



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Wilhelm-Wundt-Institut für Psychologie

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie

Evaluation des Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“

EVALUATIONSBERICHT

M. Sc. Kristin Rodney-Wolf

M. Sc. Judith Bauch

B. Sc. Geelke Focken

B. Sc. Anja Santel

Prof. Dr. Julian Schmitz

03.01.2025



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis.....	2
1 Zusammenfassung.....	6
2 Einführung.....	8
2.1 Anlass der Evaluation.....	8
2.2 Adressat:innen des Evaluationsberichtes.....	9
2.3 Umfang und Aussagekraft der Evaluation.....	9
2.4 Inhalte und Aufbau der Evaluation.....	10
3 Theoretischer und empirischer Hintergrund.....	11
3.1 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.....	11
3.1.1 Relevanz psychischer Gesundheit in Kindheit und Jugend.....	11
3.1.2 Einfluss multipler gesellschaftlicher Krisen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	12
3.2 Prävention psychischer Belastungen im Kontext Schule.....	14
3.2.1 Definition und Arten von Prävention.....	14
3.2.2 Schule als zentrales Setting für Präventionsangebote.....	15
3.2.3 Evidenz schulbasierter Prävention.....	16
3.3 Schulbasierte Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit in Deutschland.....	17
4 Evaluationsgegenstand und -fragestellungen.....	19
4.1 Projektbeschreibung des Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“.....	19
4.1.1 Anlass des Programms.....	19
4.1.2 Programmziele.....	20
4.1.3 Programmstruktur.....	20
4.1.4 Qualifikation der Mental Health Coaches.....	21
4.1.5 Aufgaben der Mental Health Coaches.....	22
4.2 Evaluationsfragestellungen.....	23
5 Methodik.....	26
5.1 Evaluationsdesign.....	26
5.1.1 Geplante Stichproben und Evaluationsdurchführung.....	26
5.1.2 Untersuchte Konstrukte und deren Operationalisierung.....	26
5.1.3 Allgemeine Datenauswertung.....	31
5.2 Schulleitungsbefragung.....	32
5.2.1 Datenerhebung.....	32
5.2.2 Stichprobe und Rekrutierung.....	33



5.3	Befragung der Mental Health Coaches	34
5.3.1	Datenerhebung	34
5.3.2	Stichprobe und Rekrutierung	34
5.4	Mental Health Coaches-Dokumentation	35
5.4.1	Datenerhebung	35
5.4.2	Stichprobe und Rekrutierung	36
5.4.3	Datenauswertung	36
5.5	Befragungen der Trägerstrukturen des Projektes	36
5.5.1	Datenerhebung	36
5.5.2	Stichprobe und Rekrutierung	37
5.6	Befragung der Pilot-Stichprobe von Schüler:innen	38
5.6.1	Datenerhebung	38
5.6.2	Stichprobe und Rekrutierung	38
6	Ergebnisse	41
6.1	Schulleitungsbefragung	41
6.1.1	Charakteristika der Stichprobe	41
6.1.2	Wahrgenommene Präsenzzeit, Angebote der Mental Health Coaches und Bedarfsdeckung an Schulen	43
6.1.3	Wahrgenommene Akzeptanz und Reichweite unter Schüler:innen	46
6.1.4	Administrativer Aufwand, Qualifikation und Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen MHC und Schule	48
6.1.5	Wunsch nach Fortführung	50
6.1.6	Globale Bewertung, positive Aspekte und Verbesserungsvorschläge	50
6.1.7	Bedarf an Mental Health Coaches von Schulen ohne Mental Health Coach	55
6.2	Befragung der Mental Health Coaches	56
6.2.1	Charakteristika der Stichprobe	56
6.2.2	Bewertung der Basisqualifikation	58
6.2.3	Merkmale durchgeführter Angebote	62
6.2.4	Offenheit und Beteiligung von Schüler:innen	65
6.2.5	Interdisziplinäre Kooperation	66
6.2.6	Eigene Arbeitsbelastung	69
6.2.7	Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte des Projektes	72
6.2.8	Offenes Feedback	74
6.3	Dokumentation der Mental Health Coaches	82
6.3.1	Charakteristika der Stichprobe	82



6.3.2	Kooperationsschulen.....	82
6.3.3	Merkmale durchgeführter Angebote	84
6.3.4	Bewertung durchgeführter Angebote	88
6.3.5	Interdisziplinäre Kooperation	90
6.4	Befragungen der Trägerstrukturen des Projektes	91
6.4.1	Charakteristika der Stichprobe	91
6.4.2	Interdisziplinäre Kooperation	91
6.4.3	Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte des Projektes.....	95
6.4.4	Offenes Feedback.....	98
6.5	Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen	106
6.5.1	Charakteristika der Stichprobe	106
6.5.2	Kenntnis über das Programm „Mental Health Coaches an Schulen“ an eigener Schule und Teilnahme an Angeboten	108
6.5.3	Charakteristika der an Angeboten der Mental Health Coaches teilnehmenden Schüler:innen	109
6.5.4	Merkmale der wahrgenommenen Gruppenangebote der Mental Health Coaches.....	112
6.5.5	Wunsch nach weiterer Teilnahme an Angeboten der Mental Health Coaches und Fortführung des Projektes	114
7	Diskussion.....	116
7.1	Kurzzusammenfassung der Untersuchungsergebnisse.....	116
7.2	Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Evaluationsfragestellungen	118
7.2.1	Umsetzung des Programms gemäß des Rahmenkonzepts	118
7.2.2	Durchgeführte Angebote der Mental Health Coaches	122
7.2.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Programm „Mental Health Coaches an Schulen“	125
7.2.4	Wahrgenommene Relevanz des MHC-Programms	130
7.3	Stärken und Limitationen der Evaluation	132
7.4	Praktische Empfehlungen und Implikationen.....	134
7.4.1	Empfehlungen hinsichtlich der Projektumsetzung	135
7.4.2	Implikationen.....	137
8	Schlussfolgerungen.....	139
9	Beiträge der Autor:innen.....	140
10	Danksagung.....	140
11	Impressum	141
12	Literaturverzeichnis	142



13 Abbildungsverzeichnis.....150

14 Tabellenverzeichnis.....152

Anhang.....155

 Anhang A.....155

 Anhang B.....156

 Anhang C.....157

 Anhang D.....158



1 ZUSAMMENFASSUNG

Psychische Belastungen und berichtete Symptome psychischer Erkrankungen von Schüler:innen in Deutschland haben in den letzten Jahren angesichts nationaler und internationaler Krisen, insbesondere im Zuge der COVID-19-Pandemie sowie deren Folgen, stark zugenommen (siehe Kapitel 3: Theoretischer und empirischer Hintergrund). Um die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Schüler:innen zu fördern, wurde im Schuljahr 2023/2024 das Modellprojekt „Mental Health Coaches an Schulen“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) initiiert. Dabei waren zum Stand von August 2024 95 sogenannte „Mental Health Coaches“ (MHC) an über 80 Standorten der Jugendmigrationsdienste (JMD) an weiterführenden Schulen tätig, um u. a. durch primärpräventive Gruppenangebote das psychische Wohlbefinden und die psychische Resilienz von Schüler:innen zu stärken, die Offenheit gegenüber dem Thema psychische Gesundheit zu fördern und der Stigmatisierung psychischer Probleme entgegenzuwirken. Begleitend wurde im Zeitraum von August 2023 bis Dezember 2024 im Auftrag des BMFSFJ eine wissenschaftliche Evaluation des Projekts durch die Abteilung Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Leipzig durchgeführt, um die Umsetzung des Projekts im Hinblick auf die gesetzten Ziele zu bewerten. Ziel war es, fundierte Erkenntnisse über die Etablierung des Programms, die Qualität der durchgeführten Maßnahmen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachkräfte und die wahrgenommene Relevanz des Projekts zu gewinnen (siehe Kapitel 4: Evaluationsgegenstand und Fragestellungen).

Um ein umfassendes Bild der Projektumsetzung zu erhalten und das Projekt aus verschiedenen Perspektiven zu evaluieren, wurden einmalige Querschnittsbefragungen der verschiedenen Projektbeteiligten durchgeführt (siehe Kapitel 5: Methodik). Befragt wurden Schulleitungen der beteiligten MHC-Schulen, um das Projekt aus schuladministrativer Sicht zu bewerten. Darüber hinaus wurden die MHC als Umsetzer:innen sowie verschiedene Vertreter:innen der JMD-Trägerstrukturen einbezogen, um die organisatorische und koordinierende Umsetzung des Programms zu beleuchten. In einer Pilotstichprobe wurden zudem Bewertungen der Schüler:innen von MHC-Schulen als Hauptadressat:innen des Programms erfasst.

Die Ergebnisse der Evaluation (siehe Kapitel 6: Ergebnisse) zeigen eine erfolgreiche Etablierung des Programms im Hinblick auf eine hohe Akzeptanz der MHC und des MHC-Programms sowie positive Bewertungen ihrer Angebote. Zudem wurden ein Bedarf an Präventionsangeboten zur psychischen Gesundheit im Schulkontext sowie ein überwiegender Wunsch nach Fortsetzung und Ausweitung des Programms festgestellt. Als verbesserungsbedürftig bewertet wurden vor allem die begrenzte und nicht eindeutig definierte



Projektlaufzeit sowie die dadurch entstandene Unsicherheit in der Planung mit damit einhergehenden Schwierigkeiten in der Projektumsetzung. Ebenso müssen die eingeschränkten Möglichkeiten zur Weitervermittlung in ergänzende Versorgungsangebote, die Qualifikation der MHC und die hohen administrativen Anforderungen kritisch betrachtet werden.

Die Ergebnisse bieten eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für die zukünftige Planung und Optimierung dieses und vergleichbarer Projekte. Empfehlungen für die Projektumsetzung, Implikationen der Ergebnisse sowie Stärken und Schwächen der Evaluation werden diskutiert (siehe Kapitel 7: Diskussion).



2 EINFÜHRUNG

2.1 Anlass der Evaluation

Zahlreiche Studien belegen, dass die psychische Belastung von Schüler:innen in Deutschland angesichts nationaler und internationaler Krisen über die letzten Jahre stark zugenommen hat. Insbesondere die COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben von Kindern und Jugendlichen, wie Schulschließungen und Lockdowns, haben sich negativ auf die psychische Gesundheit von Heranwachsenden ausgewirkt (Bujard et al., 2021; Bussières et al., 2021; Rabe-Menssen et al., 2023; Robert Koch-Institut, 2023; Schlack et al., 2023; Wolf & Schmitz, 2023). Aktuelle bundesweite Daten aus Deutschland weisen darauf hin, dass psychische Auffälligkeiten im Vergleich zu prä-pandemischen Studien nach wie vor erhöht sind (Ravens-Sieberer, Devine et al., 2023). Einschränkungen in der psychischen Gesundheit machen sich dabei u. a. in Schule und Unterricht bemerkbar und schränken die Bildungsteilhabe von Schüler:innen sowie den Schulalltag erheblich ein (Dadaczynski, 2012). Ohne frühzeitige Hilfe bestehen psychische Probleme in der Kindheit und Jugend bis ins Erwachsenenalter fort und bedrohen langfristig die gesellschaftliche Teilhabe über die gesamte Lebensspanne (Blakemore, 2019; Caspi et al., 2020). Bereits heute sind psychische Probleme in Deutschland unter den Hauptursachen für Behinderungen und frühzeitigen Tod im Kindes- und Jugendalter sowie für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen im Erwachsenenalter (Deutsche Rentenversicherung, 2023; Fegert et al., 2017; Hildebrandt et al., 2023; Kieling et al., 2011; Merikangas et al., 2009; Statista, 2024; World Health Organization, 2023).

Um die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden von Heranwachsenden an Schulen zu stärken, wurde im Schuljahr 2023/2024 das Modellprojekt „Mental Health Coaches an Schulen“ vom BMFSFJ entwickelt (www.mental-health-coaches.de). Dazu wurden zu an über 80 Standorten der JMD in Deutschland etwa 100 MHC an etwa 100 Schulen eingesetzt, die durch primärpräventive Gruppenangebote die psychische Gesundheit von Schüler:innen ab der Sekundarstufe I stärken sollen.

Die Arbeitsgruppe Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Leipzig unter der Leitung von Prof. Dr. Julian Schmitz wurde vom BMFSFJ beauftragt, das beschriebene Modellprojekt „Mental Health Coaches an Schulen“ im Zeitraum vom 01.08.2023 bis 31.12.2024 wissenschaftlich zu evaluieren. Für die Evaluation wurden der Universität Leipzig 75.068,42 € vom BMFSFJ als Projektförderung bereitgestellt.

Ziel der Evaluation ist es, das Projekt auf seine Umsetzung, Akzeptanz und Wirkung hinsichtlich der im Modellkonzept gesetzten Ziele zu untersuchen. Die Ergebnisse der



Evaluation sollen dazu dienen, das Modellprojekt hinsichtlich positiver Effekte, aber auch hinsichtlich veränderungsbedürftiger Punkte umfassend und auf verschiedenen strukturellen Ebenen summativ-bilanzierend zu bewerten. Dadurch soll ein evidenzbasiertes Vorgehen bei der weiteren Planung und Ausgestaltung dieses und zukünftiger vergleichbarer Projekte gewährleistet werden.

2.2 Adressat:innen des Evaluationsberichtes

Der vorliegende Evaluationsbericht richtet sich an die projektfördernde Stelle (BMFSFJ), die projektdurchführenden Stellen (JMD) sowie weitere zuständige politische Entscheidungsträger:innen in den jeweiligen kooperierenden Bundesländern. Darüber hinaus wendet sich der Bericht an die interessierte Fachöffentlichkeit.

2.3 Umfang und Aussagekraft der Evaluation

Unter dem gegebenen zeitlichen und organisatorischen Rahmen besteht eine große Stärke dieser Evaluation darin, dass sie die Perspektiven verschiedener Projektbeteiligter untersucht und diskutiert. Während die Ergebnisse, die in einer Befragung einer Pilotstichprobe von Schüler:innen erhoben wurden, aufgrund einer geringen Rücklaufquote nicht generalisierbar sind, lassen sich die Ergebnisse der anderen drei Erhebungen, die in die Evaluation eingehen, aufgrund eines hohen Rücklaufs mit ausreichender Repräsentativität auf das Gesamtprojekt übertragen und mit hoher Aussagefähigkeit interpretieren. Die vorgestellten Ergebnisse gewähren umfangreiche Einblicke in Umsetzung, Einschätzungen sowie Erfahrungen mit dem MHC-Projekt aus verschiedenen Perspektiven der vielfältigen Projektbeteiligten und -adressat:innen.

Aufgrund der Begrenzung der Programm- und Evaluationslaufzeit auf zunächst ein Schuljahr und des zeitgleichen Beginns des Programms und der Evaluation waren die Möglichkeiten einer Messung von Programmeffekten und der Wirksamkeit des Projektes allerdings eingeschränkt. Zum einen beschränkte die begrenzte Vorlaufzeit der Evaluation eine elaborierte Planung und Etablierung einer tiefgreifenden Evaluationsstrategie. Zum anderen erlaubten die zeitlichen Beschränkungen keine mehrfachen und längsschnittlichen Erhebungen, welche notwendig wären, um Veränderungen durch die Intervention sowie Langzeiteffekte durch das Programm valide abbilden zu können. Aufgrund dieser Voraussetzungen beschränkt sich die derzeitige Evaluation auf eine einmalige querschnittliche Erfassung von Erfahrungen, Wahrnehmungen, Einstellungen zum Programm und kurzfristigen Ergebnissen nach etwa einer halbjährigen Laufzeit.



2.4 Inhalte und Aufbau der Evaluation

Um die Evaluation umfassend, aussagekräftig und valide zu gestalten, sollte sie auf vier verschiedenen Ebenen möglichst alle Projektbeteiligten involvieren: Schulleitungen und eine Pilotstichprobe von Schüler:innen der beteiligten Schulen als Adressat:innen, die MHC als Umsetzende sowie Vertreter:innen der Trägerstruktur als Organisator:innen des Programms. Erfasst wurden dabei u. a. Daten zu umgesetzten Angeboten, zur wahrgenommenen Akzeptanz und Relevanz des Programms, zu administrativen Anforderungen, zur interdisziplinären Kooperation sowie zum Wunsch nach Fortführung und Ausweitung des Angebots aus der Perspektive der vier projektbeteiligten Gruppen.

Vor dem Hintergrund der methodischen Voraussetzungen untersucht die Evaluation angelehnt an die Vorgaben und Ziele aus dem entwickelten Rahmenkonzept zum Programm des BMFSFJ und der JMD, ob das MHC-Programm wie im Rahmenkonzept vorgesehen etabliert werden konnte, wie die umgesetzten Angebote bewertet wurden, ob die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Projekt gelang und wie die Relevanz des Programms eingeschätzt wurde. Der Aufbau des Evaluationsberichtes orientiert sich an den Empfehlungen für die Strukturierung von Evaluationsberichten des Deutschen Jugendinstituts (Projekt eXe, 2007). Er bietet zunächst einen Überblick über den theoretischen und empirischen Hintergrund des Projekts. Dabei werden die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ebenso wie die Prävention psychischer Belastungen im schulischen Kontext und bereits etablierte sowie evaluierte Präventionsangebote an Schulen thematisiert. Darauf folgend wird der Evaluationsgegenstand – das Modellprogramm „Mental Health Coaches an Schulen“ – detailliert vorgestellt. Anhand des Rahmenkonzeptes des Programms werden Fragestellungen für die Evaluation abgeleitet. Darauf aufbauend werden das Evaluationsdesign sowie die Methodik der Datenerhebung und -auswertung in den einzelnen Evaluationssäulen dargestellt. Nach einer umfassenden Präsentation der Ergebnisse aus den einzelnen Erhebungen werden diese im Hinblick auf die aufgestellten Evaluationsfragestellungen diskutiert. Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung mit Stärken und Limitationen der Evaluation werden abschließend praktische Implikationen und Empfehlungen aus den gewonnenen Ergebnissen abgeleitet.



3 THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND

3.1 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

3.1.1 Relevanz psychischer Gesundheit in Kindheit und Jugend

Die allgemeine Prävalenz von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wird in nationalen und internationalen Studien relativ stabil auf 20–25 % geschätzt, was in etwa der Häufigkeit von psychischen Problemen im Erwachsenenalter entspricht (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Hölling et al., 2014; Ihle & Esser, 2002; Kieling et al., 2011; Merikangas et al., 2009; Sacco et al., 2024; Solmi et al., 2022). Die häufigsten Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter sind Angststörungen, Verhaltensstörungen (inkl. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung [ADHS] und Störung des Sozialverhaltens), affektive Störungen, Entwicklungsstörungen (inkl. Autismus-Spektrum-Störungen) und Störungen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch (Ihle & Esser, 2002; Merikangas et al., 2009; Sacco et al., 2024).

Die Prävention und die adäquate Behandlung von psychischen Störungen in Kindheit und Jugend ist wichtig, da diese Lebensabschnitte entscheidende Entwicklungsprozesse umfassen, die die lebenslange psychische Gesundheit bis ins Erwachsenenalter beeinflussen. Empirische Studien legen nahe, dass etwa ein Drittel bis die Hälfte aller psychischen Störungen spätestens im Jugendalter beginnt (Caspi et al., 2020; Ihle & Esser, 2002; R. C. Kessler et al., 2007; R. C. Kessler et al., 2005; Lambert et al., 2013; Solmi et al., 2022). Etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Fälle von psychischen Störungen entstehen vor dem 25. Lebensjahr, während spätere Erkrankungen oft als sekundäre komorbide Störungen auftreten, die aus unbehandelten Primärstörungen aus der Kindheit oder Jugend resultieren (Blakemore, 2019; R. C. Kessler et al., 2007; Solmi et al., 2022). Trotz dieses Wissens werden der Schutz der psychischen Gesundheit und die Versorgung von psychischen Problemen in Kindheit und Jugend nach wie vor häufig vernachlässigt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2006, 2023; Deutscher Ethikrat, 2022; Fegert et al., 2017; Hanke et al., 2022).

Psychische Störungen in der Kindheit und Jugend bergen jedoch, insbesondere wenn sie unbehandelt bleiben, ein hohes Risiko für Chronifizierung, Persistenz und Therapieresistenz sowie für die Entstehung komorbider Störungen (Blakemore, 2019; Caspi et al., 2020). Psychische Probleme, wie Verhaltensstörungen, Depressionen, Selbstverletzungen und Substanzmissbrauch, gehören zu den Hauptursachen für Beeinträchtigung, Behinderung und frühzeitigen Tod von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Kieling et al., 2011;



Merikangas et al., 2009; World Health Organization, 2023). Daher ist ein frühzeitiges Eingreifen erforderlich, um psychischen Problemen im Erwachsenenalter vorzubeugen und psychisches Wohlbefinden, gesellschaftliche Teilhabe und Produktivität über die gesamte Lebensspanne zu schützen (Kieling et al., 2011).

3.1.2 Einfluss multipler gesellschaftlicher Krisen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Psychische Störungen werden in der Regel durch eine Kombination aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren in einem Zusammenspiel aus prädisponierenden und Umweltbedingungen verursacht (z. B. Barkmann & Schulte-Markwort, 2007; Buxbaum, 2015; Fegert et al., 2017; Zietlow & Krumpoltz, 2024). Kinder und Jugendliche sind in ihrer Entwicklung stark von ihrer Umgebung abhängig, weshalb sie besonders vulnerabel für den Einfluss Umweltstressoren sind.

Kinder und Jugendliche erleben derzeit weltweit und auch in Deutschland eine Vielzahl globaler Krisen und existenzieller Bedrohungen, wie z. B. die Klimakatastrophe, die Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie sowie die Auswirkungen von Unterdrückung, Krieg, Terror, Flucht und Vertreibung beispielsweise in der Ukraine oder in Gebieten des Nahen und Mittleren Ostens. Diese Erfahrungen stellen eine massive zusätzliche Belastung für die ohnehin schon vulnerable physische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar. Aber auch nationale Krisen, wie wachsende Armutssorgen oder der eklatante und fortschreitende Lehrkräftemangel und fehlende psychosoziale Versorgungsangebote an deutschen Schulen sorgen für eine zunehmende Belastung unter Schüler:innen (Robert Bosch Stiftung, 2021, 2022).

Insbesondere zu den psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie gibt es relativ viel Forschung, weshalb im Folgenden beispielhaft der aktuelle Kenntnisstand zu den Auswirkungen dieser globalen Krise auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dargestellt werden soll.

Die COVID-19-Pandemie und damit verbundene Sorgen über Sicherheit und Gesundheit sowie Schutzmaßnahmen, wie Lockdowns und Social Distancing, führten insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zu einem hohen Ausmaß an pandemiebezogenen Belastungen. Darunter zählen beispielsweise durch Schulschließungen und Homeschooling bedingte verringerte Lernzeiten und Lernrückstände sowie der Wegfall von Routinen, haltgebenden Strukturen, sozialen Kontakten, Sport- und Freizeitbeschäftigungen (Bujard et al., 2021; Rabe-Menssen et al., 2023; Schlack et al., 2023). Diese Faktoren führten bei vielen Schüler:innen zu Vereinsamung, Isolation, andauernder Belastung und Überforderung (Rabe-Menssen et al.,



2023; Schlack et al., 2023). Bis zum Jahresende 2020 fühlten sich mehr als vier von fünf Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie belastet (Ravens-Sieberer et al., 2022).

Tatsächlich konnte in einer Vielzahl deutscher Studien eine Zunahme psychischer Auffälligkeiten – meist in Form eines Anstiegs psychosomatischer, depressiver und Angstsymptomatik – sowie Beeinträchtigungen der Lebensqualität verzeichnet werden (Bujard et al., 2021; Christner et al., 2021; Kuger et al., 2022; Kurz et al., 2022; Rabe-Menssen et al., 2023; Ravens-Sieberer, Devine et al., 2023; Ravens-Sieberer et al., 2022; Ravens-Sieberer et al., 2021; Robert Koch-Institut, 2023; Schlack et al., 2023; Tempelmann et al., 2022; Weber et al., 2022). Eine Hochrechnung von Bujard et al. (2021) kam zu dem Schluss, dass durch die COVID-19-Pandemie 477 000 Jugendlichen zusätzlich von klinisch relevanter depressiver Symptomatik betroffen waren. Eine Metaanalyse des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung zeigte, dass depressive Symptome in ganz Europa während der COVID-19-bedingten Schulschließungen zu 75 % häufiger auftraten als vor der Pandemie (Ludwig-Walz et al., 2022).

Die pandemieassoziierten Belastungen variierten mit den Pandemiewellen und den damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen (Schlack et al., 2023). Dies zeigt auch die längsschnittliche COPSY-Studie in ihrer letzten Erhebungswelle: Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten stieg zuletzt bis Ende 2021 auf 31 % und fiel im Herbst 2022 auf 23 % ab, was jedoch immer noch über dem präpandemischen Level von 18 % liegt (Ravens-Sieberer, Devine et al., 2023).

In der Versorgung zeigten sich ebenfalls starke Schwankungen, wie einen Rückgang der Inanspruchnahme im ambulanten und stationären Setting während der Pandemiewellen und anschließende Nachholeffekte (Schlack et al., 2023; Witte et al., 2022; Wosnitzka, 2023). Dabei standen sich das deutliche Wachstum des Bedarfs an professioneller psychotherapeutischer Unterstützung aufgrund der stärkeren psychischen Belastungen in der Pandemie und Einschnitte in der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher durch Infektionsschutzmaßnahmen diametral entgegen. Auch bei Kindern und Jugendlichen, die bereits den Weg in die psychotherapeutische Versorgung gefunden hatten, stellten behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in einer Befragung im Frühjahr 2021 bei mehr als der Hälfte ihrer Patient:innen pandemieassoziierte Symptomverschlechterungen fest (Plötner et al., 2022).

Die Pandemie führte zudem zu einer Verschärfung bestehender sozialer Ungleichheiten: Kinder und Jugendliche mit einem niedrigeren sozio-ökonomischen Status, einem niedrigeren Bildungsniveau der Eltern, mit Migrationshintergrund und jene, die in beengtem Wohnraum lebten, waren häufiger von den psychischen Folgen der Pandemie betroffen und ebenso



einem höheren Risiko häuslicher Gewalt ausgesetzt (Rabe-Menssen et al., 2023; Ravens-Sieberer et al., 2022; Schlack et al., 2023).

Der Deutsche Ethikrat und das Deutsche Kinderhilfswerk bemängeln, dass diese psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen bisher nur unzureichende Beachtung erfahren haben und das Kindeswohl nicht ausreichend berücksichtigt worden seien (Deutscher Ethikrat, 2022; Hanke et al., 2022). Der Deutsche Ethikrat (2022) schreibt zusammenfassend in seiner Empfehlung bezüglich der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen angesichts der COVID-19-Pandemie:

„Wissenschaftliche Studien belegen, dass die COVID-19-Pandemie nahezu für alle jungen Menschen eine Zeit der emotionalen und existenziellen Krise war, gekennzeichnet durch Vereinsamung, Isolation und Angst, übermäßigen Medienkonsum sowie das Fehlen äußerer Strukturen, die dem eigenen Leben üblicherweise Halt geben. Nicht wenige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene entwickelten im Laufe der Zeit manifeste psychische Erkrankungen wie Ess- und Angststörungen, Süchte und Depressionen. In dieser Ad-hoc-Empfehlung fordert der Deutsche Ethikrat die rasche und nachhaltige Verbesserung der psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungssituation junger Menschen.“

3.2 Prävention psychischer Belastungen im Kontext Schule

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen und steigende Belastungen von Kindern und Jugendlichen sowie die erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen verdeutlichen die Notwendigkeit frühzeitiger Präventionsangebote, welche beispielsweise an Schulen angegliedert werden können.

3.2.1 Definition und Arten von Prävention

Prävention bezeichnet hierbei alle Maßnahmen, die die Manifestation einer psychischen Störung verhindern und somit deren Häufigkeit reduzieren sollen, und wird üblicherweise, in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Umsetzung, in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention untergliedert (Asbrand et al., 2023; Caplan, 1964). Die Primärprävention setzt vor der Entstehung einer psychischen Erkrankung an und richtet sich grundsätzlich an alle Menschen. Ziel ist es, das Eintreten von psychischen Erkrankungen zu vermeiden und somit die Gesundheit zu erhalten. Zu den Angeboten der Primärprävention im Schulkontext gehören z. B. Aufklärungsprojekte über gesunde Ernährung oder zum Umgang mit Leistungsdruck und Stress. Im Gegensatz dazu fokussiert sekundäre Prävention explizit auf Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko, um dadurch die Entwicklung einer vollwertigen psychischen Erkrankung abzuwenden. So sind etwa schulische Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche



psychisch erkrankter Eltern oder mit Fluchterfahrung der Sekundärprävention zuzuordnen. Liegt eine psychische Erkrankung bereits vor, sollen durch tertiärpräventive Maßnahmen eine Verschlimmerung, Chronifizierung sowie Folgeschäden vermieden werden (Franzkowiak, 2022; M. Kessler & Albee, 1975). Beispiele im Schulkontext sind die Zusammenarbeit mit externen Behandlungsstellen oder auch die Umsetzung von sonderpädagogischen Fördermaßnahmen, wie eine persönliche Unterrichtsbegleitung.

Zusätzlich wird zwischen verhaltensbezogener und verhältnisbezogener Prävention differenziert. Verhaltensprävention zielt auf die Veränderung individuellen Verhaltens durch z. B. Aufklärung, Beratung oder Training im Einzel- oder Gruppenkontext ab. Dazu zählen schulische Aufklärungsprojekte zum Thema Drogenkonsum und Sucht, die Vermittlung von Entspannungsübungen oder auch das Training sozialer Kompetenzen. Dahingegen werden bei der Verhältnisprävention Umweltfaktoren in den Blick genommen. Durch die Gestaltung von Ruheräumen in der Schule, den Zugang zu Beratungsangeboten (z. B. durch schulpsychologische Angebote) oder etwa die systematische Fortbildung von Lehrkräften zu Themen der mentalen Gesundheit soll gesundheitsförderliches Verhalten auf struktureller Ebene unterstützt und Risiken reduziert werden (Leppin, 2018).

3.2.2 Schule als zentrales Setting für Präventionsangebote

Präventive Angebote können in verschiedenen Lebensbereichen von Kindern und Jugendlichen implementiert werden. Schulen stellen ein bedeutsames Setting für die Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter dar, da aufgrund der allgemeinen Schulpflicht in Deutschland fast alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersgruppe während entscheidender Phasen ihrer kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung erreicht werden können. Schulbasierte Präventionsprogramme können somit eine wichtige Zugangsbarriere zur psychosozialen Gesundheitsversorgung überwinden, insbesondere auch für vulnerable Gruppen, wie Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (Bornheimer et al., 2018). Des Weiteren ermöglicht der regelmäßige und mehrjährige Schulbesuch die Etablierung längerfristiger Präventionsprogramme. Zudem können bereits bestehende Ressourcen, wie Räume, Materialien und Betreuungspersonal, genutzt werden.

Ein wesentlicher Vorteil von Schulen als Setting für Prävention liegt darin, dass Hemmschwellen abgebaut werden können, z. B. indem Interventionen so gestaltet werden, dass sie als Teil des regulären Schulalltags wahrgenommen werden. So kann in der Schule langfristig ein geschütztes Umfeld etabliert werden, in dem Themen, wie psychische Gesundheit, offen und ohne Stigmatisierung besprochen werden können. Dies ist wichtig, da



eine bedeutende Zugangsbarriere zu präventiven Angeboten die Angst vor Stigmatisierung und Schamgefühle sind (Radez et al., 2021).

Ein zusätzlicher Vorteil von Prävention im schulischen Kontext ist die bereits bestehende Beziehung zwischen Lehrkraft und Schüler:innen. Der tägliche Kontakt zwischen Lehrkräften und Schüler:innen bietet die Möglichkeit, Anzeichen von psychischer Belastung, wie plötzliche Verhaltensänderungen, sozialen Rückzug oder Konzentrationsprobleme, frühzeitig zu bemerken. Dies begünstigt eine rechtzeitige Intervention und trägt zur Prävention chronischer und schwerwiegender Krankheitsverläufe bei. Zudem können Lehrkräfte aufgrund ihrer Vorbildfunktion Werte und Verhaltensweisen glaubwürdig vermitteln sowie vorleben und auf diese Weise dazu beitragen, ein diskriminierungsfreies Klima zu etablieren, in dem psychische Gesundheit offen thematisiert werden kann.

Zusammenfassend reduzieren schulbasierte Programme viele typische Zugangsbarrieren zu Prävention und Behandlung, darunter Erreichbarkeit, räumliche Distanz, Stigmatisierung und Kosten (Stephan et al., 2007).

3.2.3 Evidenz schulbasierter Prävention

Verschiedene empirische Studien liefern Hinweise auf die Effektivität schulischer Präventionsprogramme im Allgemeinen. So konnte gezeigt werden, dass schulische Präventionsprogramme die Entwicklung psychischer Störungen verringern können (Fenwick-Smith et al., 2018). Eine umfassende Metaanalyse ergab, dass schulische Präventionsprogramme soziale und emotionale Kompetenzen sowie prosoziales Verhalten fördern. Zudem sind sie mit einer Verbesserung der schulischen Leistung verbunden, während antisoziales Verhalten und Substanzkonsum reduziert werden. Diese Effekte fanden sich auch dann, wenn die Interventionen von Lehrkräften durchgeführt wurden (Durlak et al., 2011). Gestützt werden die Ergebnisse durch verschiedene systematische Reviews; auch hier fanden sich positive Effekte auf die psychische Gesundheit, soziale und emotionale Kompetenzen, den Umgang mit Gewalt und Konflikten sowie die schulische Leistung (z. B. Cilar et al., 2020; Weare & Nind, 2011). Auch depressive und ängstliche Symptome sowie aggressives Verhalten können durch schulische Präventionsprogramme reduziert werden. Größere Effekte wurden dabei gefundenen, wenn sich die Intervention an Schüler:innen mit Risikofaktoren oder Symptomen richtete (Werner-Seidler et al., 2021; Wilson & Lipsey, 2007). Insgesamt können schulische Präventionsprogramme langfristig die Lebensqualität der Schüler:innen erhöhen und die potentiell negativen Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf den Bildungserfolg minimieren (Stelmach et al., 2022).



3.3 Schulbasierte Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit in Deutschland

In Deutschland gibt es bereits verschiedene Initiativen, die sich mit der Förderung psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schulen beschäftigen. So verfolgt das Projekt „Verrückt? Na und!“ seit 2001 das Ziel, Schüler:innen für psychische Gesundheit zu sensibilisieren, Präventionsmaßnahmen zu stärken und Stigmatisierung abzubauen (Conrad et al., 2010). Jugendliche aus den Klassenstufen sieben, neun und zehn nehmen an diesem Projekt teil und setzen sich einen Tag lang intensiv mit dem Thema psychische Gesundheit auseinander (Corrieri et al., 2012). Eine Evaluation dieses Projekts ergab, dass schon ein eintägiger Workshop mit Veränderungen des Hilfesuchverhaltens zusammenhing und den Wunsch der Schüler:innen nach sozialer Distanz gegenüber psychisch erkrankten Personen verringerte (Conrad et al., 2010; Corrieri et al., 2012). Außerdem stieg die Bereitschaft, Menschen mit psychischen Problemen Unterstützung zu bieten (Corrieri et al., 2012). Allerdings zeigte die Evaluation auch, dass die positiven Effekte des Projekts nur kurzfristig anhielten (Conrad et al., 2010).

Das Projekt „MindMatters“ verfolgte ein ähnliches Ziel, indem es psychische Gesundheit in Schulen fördern und psychische Störungen vorbeugen möchte. Zwischen 2002 und 2006 wurde das Projekt an mehreren Schulen in Deutschland durchgeführt (Franze et al., 2007). Ein zentrales Anliegen war es, die psychische Gesundheit der Schüler:innen zu verbessern, indem Themen, wie der Umgang mit Gefühlen, psychische Störungen, Resilienzförderung, Stressbewältigung und Mobbing, behandelt wurden (MindMatters Programmzentrum, 2020). Die Auseinandersetzung mit diesen Themen erfolgte in Form von Modulen und mit Unterstützung von Unterrichtsmaterialien. Die Ergebnisse der Evaluation zeigten, dass das Programm erste Erfolge bei der Verbesserung der psychischen Gesundheit der Schüler:innen erzielen konnte. So hing eine Teilnahme mit der Reduktion von psychovegetativen Beschwerden, Schulstress, psychischen Belastungen und negativen Gefühlen zusammen (Franze et al., 2007).

In einem weiteren Programm untersuchten Corrieri et al. (2015) die Arbeit von Schulcoaches über einen Zeitraum von zwei Jahren (2012–2014) an fünf Projektschulen in Sachsen. Die Schulcoaches beabsichtigten, das Bewusstsein für psychische Gesundheit zu schärfen, Vorurteilen und Stigmatisierung entgegenzuwirken sowie die Resilienz von Schüler:innen zu stärken. Die genaue Umsetzung dieser Ziele wurde den Schulcoaches überlassen, sodass sie ihre Angebote flexibel gestalten konnten. Die Schüler:innen wurden vor Beginn des Projekts sowie acht und zwölf Monate nach Projektende zu verschiedenen Aspekten befragt. Dabei wurden sowohl die Arbeit der Schulcoaches als auch die Themen Stigmatisierung und



Hilfesuchverhalten untersucht. Im Vergleich zu den Werten vor Projektbeginn sank nach Abschluss des Projekts der Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch erkrankten Menschen deutlich (Corrieri et al., 2015). Aufgrund der flexiblen Gestaltung der Angebote der Schulcoaches war es jedoch nicht möglich, die Projekterfolge auf einzelne Komponenten zurückzuführen.

Das MHC-Programm gliedert sich mit seinen verfolgten Zielen in die Reihe der bereits existierenden schulbasierten Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens von Schüler:innen ein. Ähnlich der Schulcoaches in Sachsen ist die konkrete Umsetzung der Angebote abhängig von den MHC selbst, was ein flexibles Eingehen auf vorhandene Bedarfe an den Schulen ermöglicht. Im Gegensatz dazu bietet das MHC-Programm allerdings eine bundesweite Umsetzung und strukturelle Verankerung in allen Bundesländern, was zu einer größeren Reichweite führt. Darüber hinaus können die MHC neben selbst durchgeführten Angeboten externe Anbieter:innen akquirieren und Angebote auswählen, die regelmäßig während des Schuljahres wahrgenommen werden können.



4 EVALUATIONSGEGENSTAND UND -FRAGESTELLUNGEN

4.1 Projektbeschreibung des Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“

Um die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen an Schulen zu stärken, wurde im Schuljahr 2023/2024 das Modellprojekt „Mental Health Coaches an Schulen“ vom BMFSFJ entwickelt (www.mental-health-coaches.de). Dazu wurden deutschlandweit an über 80 Standorten der JMD 95 MHC eingesetzt, die durch primärpräventive Ansätze an 118 Schulen, insbesondere Gruppenangebote, die psychische Gesundheit von Schüler:innen stärken sollen (Stand: August 2024). Zielgruppe des Modellprojektes sind Schüler:innen ab der Sekundarstufe I der am Modellvorhaben teilnehmenden allgemein- und berufsbildenden Schulen. Das Modellvorhaben soll in die Struktur der teilnehmenden Schulen und deren bestehende primärpräventive Maßnahmen im Bereich psychische Gesundheit sowie in die regional vorhandenen Beratungs- und Hilfsangebote eingebunden werden.

4.1.1 Anlass des Programms

Im Rahmenkonzept des Modellprogramms der JMD und des BMFSFJ (2023b, S. 1) wird der Anlass des Programms wie folgt beschrieben:

„Unter dem Eindruck mehrerer sich überlappender Krisen (Corona-Pandemie, Russischer Angriffskrieg gegen die Ukraine, Inflation und Energiekrise, Klimakrise) stehen viele Kinder und Jugendliche in Deutschland unter anhaltendem psychischem Stress. Laut der COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf waren im Herbst 2022 mehr als 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychisch belastet¹ [Ravens-Sieberer, Devine et al., 2023]. Tendenziell sind ältere Kinder und Jugendliche stärker betroffen. Sozioökonomische Benachteiligungen wirken sich zusätzlich negativ verstärkend auf das psychische Wohlbefinden aus.

Die Interministerielle Arbeitsgruppe ‚Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona‘ (IMA) unter dem gemeinsamen Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat die Situation im Herbst 2022 gründlich analysiert und auf der Grundlage wissenschaftlicher Daten Maßnahmen empfohlen, die zur Stärkung der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beitragen sollen. Im Februar 2023 veröffentlichte die IMA in ihrem Abschlussbericht entsprechende



Empfehlungen, um die Resilienz sowie die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen zu stärken.

Entsprechend dem Leitgedanken der IMA, dass Angebote für alle Kinder und Jugendlichen zugänglich und deshalb an Regelstrukturen angebunden sein sollen, bietet sich die Schule als ein ganz zentraler Ort an. Das BMFSFJ startet deshalb ab dem Schuljahr 2023/24 das Modellvorhaben ‚Mental Health Coaches an Schulen‘ als Teil des im Koalitionsvertrag vereinbarten Bundesprogramms ‚Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit‘.

4.1.2 Programmziele

Im Rahmenkonzept des Modellprogrammes der JMD und des BMFSFJ werden folgende Ziele für das Projekt benannt (2023b):

- Das Modellvorhaben soll dazu beitragen, die Resilienz sowie die mentale Gesundheit und das psychische Wohlbefinden junger Menschen zu stärken.
- Das Modellvorhaben soll einen primärpräventiven Ansatz verfolgen und zu mehr Offenheit gegenüber dem Thema „psychische Gesundheit“ an den teilnehmenden Schulen beitragen.
- Das Programm soll zur Entstigmatisierung von psychischen Belastungen beitragen.
- Durch die Anbindung der MHC an den teilnehmenden Schulen sollen junge Menschen einen geschützten Rahmen erhalten, um ihre persönlichen Themen in der Schule ansprechen zu können.
- Das Modellvorhaben soll dazu beitragen, das Wissen über mentale Gesundheit allgemein sowie über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebote bei jungen Menschen zu erweitern.
- Bei Bedarf sollen die MHC den Schüler:innen vermitteln, wie sie vertiefende Hilfs- und Beratungsangebote wahrnehmen und erste Kontakte herstellen können.
- Das Modellvorhaben soll den Austausch und die Vernetzung der Fachkräfte fördern und aktuelle sowie zukünftige Bedarfe im Themenfeld mentale Gesundheit aufzeigen.

4.1.3 Programmstruktur

Umgesetzt wird das vom BMFSFJ geförderte MHC-Programm im Rahmen des Kinder- und Jugendplans von den JMD und Träger:innen der Jugendsozialarbeit (JSA). Das Bundesprogramm „Jugendmigrationsdienste“ unterstützt bundesweit junge Menschen mit Migrationsbiografie zwischen 12 und 27 Jahren durch Beratung, Bildungs- und Freizeitangebote, insbesondere beim Übergang von Schule zu Ausbildung und Beruf (JMD, 2024). Zu den vier Trägergruppen der JMD zählen die Arbeiterwohlfahrt, die



Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit, die Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Jugendsozialarbeit und die Arbeitsgemeinschaft der Freien Trägergruppe mit dem Internationalen Bund, dem Paritätischen Gesamtverband und dem Deutschen Roten Kreuz. Die vier Vertreter:innen der Trägergruppen, die Bundestutor:innen, steuern das Bundesprogramm „Jugendmigrationsdienste“. Ihnen obliegt die Einhaltung und Umsetzung der JMD-Grundsätze, die Weiterentwicklung der Programmschwerpunkte und JMD-Rahmenkonzepte. Im MHC-Programm sind sie für die Verwaltung der Fördermittel, den administrativen Prozess sowie die inhaltliche Entwicklung des Programms auf Bundesebene verantwortlich. Gemeinsam mit dem BMFSFJ entwickelten die Bundestutor:innen das MHC-Konzept und erarbeiteten Kriterien für die Auswahl der MHC-Standorte und Kooperationsschulen. Innerhalb des MHC-Programms verfügt jede der vier Trägergruppen zudem über eine Fachreferentin, die für die Umsetzung des MHC-Programms verantwortlich ist und als direkte Ansprechperson für die Modellstandorte und die MHC fungiert. Während die MHC lokal bei den Träger:innen der JMD bzw. JSA angestellt sind, sind die vier Fachreferentinnen bei den jeweiligen Trägergruppen angesiedelt.

4.1.4 Qualifikation der Mental Health Coaches

Im Rahmenkonzept des Modellprogrammes (JMD & BMFSFJ, 2023b) MHC über einen Hochschulabschluss, d. h. einen Bachelor-, Master- oder Diplomabschluss, in den Fächern Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Erziehungswissenschaften, Psychologie oder einem vergleichbaren Fachgebiet verfügen sollen. Des Weiteren werden berufliche Erfahrungen und Fachkenntnisse in den Arbeitsfeldern der Jugendsozialarbeit und der Jugendbildungsarbeit, Kenntnisse des Schulsystems, Kenntnisse im Bereich „Mental Health“ sowie Kompetenzen im Projektmanagement vorausgesetzt. Zudem ist eine verpflichtende Basisqualifikation für die angehenden MHC vorgesehen. Diese soll laut des Rahmenkonzepts des Programms (JMD & BMFSFJ, 2023b) und des Konzepts zur Basisqualifikation (JMD & BMFSFJ 2023a) folgende Themen umfassen:

- Basiswissen zum Themenfeld mentale Gesundheit:
 - Vulnerabilitäts-Stress-Modell, biopsychosoziales Modell, Pathogenese, Schutz- und Risikofaktoren, Entwicklungsaufgaben nach Havinghurst, Stressmanagement, Bindungstheorie nach Bowlby, Affect-Behaviour-Cognition-Modell, transaktionales Stressmodell nach Lazarus, Ressourcenaktivierung, emotionale Kompetenz, Prozessmodell der Emotionsregulation, Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit,
 - Sensibilisierung für psychosozialen Unterstützungsbedarf und Umgang mit Krisensituationen junger Menschen,



- Methodenkompetenz zur Gestaltung von Gruppenarbeit mit jungen Menschen:
 - Vermittlung von Wissen zum Themenfeld „mentale Gesundheit“ für junge Menschen im Gruppenkontext, z. B. zu den Themen Achtsamkeit, Stressbewältigung, Psychohygiene und deeskalierende Kommunikation,
 - partizipative Bedarfsermittlung,
 - sensible Gesprächsführung,
- Verständnis zur eigenen Rolle und Aufgaben des MHC:
 - Rahmenkonzept des Modellvorhabens,
 - Einbettung und Abgrenzung der eigenen Rolle im bestehenden Unterstützungssystem an den kooperierenden Schulen,
 - Netzwerkgestaltung und interdisziplinäre Kooperation,
 - Struktur der JMD, Austauschmöglichkeiten, Informationskanäle,
 - Berichtswesen, Datenerfassung, Materialnutzung, Öffentlichkeitsarbeit.

Die Basisqualifizierung wurde durch die Fachreferentinnen der JMD-Trägergruppen und das JMD-Servicebüro trägergruppenübergreifend geplant, organisiert und umgesetzt. In Absprache mit dem JMD-Servicebüro wurden durch den externen Anbieter Kopfsachen e. V. weitere Inhalte und Methoden an die MHC vermittelt. Diese Inhalte basierten auf entwicklungspsychologischer und subklinischer Forschung, Therapiemanualen sowie Konstrukten aus der positiven Psychologie und Resilienzforschung.

Die Basisqualifizierung umfasste insgesamt 30 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten in Präsenz. Sie erfolgte bis Ende 2023 dreimal und begleitete somit den laufenden Einstellungsprozess der MHC. Zwanzig Unterrichtseinheiten wurden durch drei externe Referent:innen des externen Anbieters Kopfsachen e. V. durchgeführt. Diese Referent:innen verfügten über Masterabschlüsse in den Fächern Psychologie und interkulturelles Konfliktmanagement und befanden sich in Ausbildung in Psychotherapie oder Beratung. Sie gestalteten die Teile zur Vermittlung von Basiswissen und Methodenkompetenz. Die restlichen 10 Unterrichtseinheiten wurden durch die Fachreferentinnen der Trägergruppen sowie durch das JMD-Servicebüro durchgeführt. Diese vermittelten die Themen zum Verständnis der Rolle und den Aufgaben als MHC.

4.1.5 Aufgaben der Mental Health Coaches

Als Aufgaben der MHC werden im Rahmenkonzept folgende Tätigkeitsschwerpunkte definiert (JMD & BMFSFJ, 2023b):



- Schulkooperation:
 - Aufbau einer Kooperation mit den teilnehmenden Schulen am jeweiligen Standort zur Umsetzung primärpräventiver Maßnahmen im Themenfeld mentale Gesundheit,
 - Schaffung von mehr Offenheit für das Thema „psychische Gesundheit“ an der Schule,
 - ggf. Kooperation mit dem Ganztags an dem jeweiligen Schulstandort,
 - Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und Nachbereitung von Gruppenangeboten (in enger Abstimmung mit der Schulleitung, den Schulgremien und dem an der Schule bestehenden Unterstützungssystem),
- Umsetzung primärpräventiver Maßnahmen:
 - Umsetzung von primärpräventiven Gruppenangeboten zur Förderung und Stärkung der Resilienz der teilnehmenden jungen Menschen,
- Netzwerkarbeit:
 - Recherche und Akquise geeigneter externer Anbieter:innen primärpräventiver Maßnahmen,
 - Beratung der Schüler:innen zu weiteren Hilfsangeboten in enger Abstimmung mit den vorhandenen Unterstützungsstrukturen an der Schule und in der Region,
- fachspezifischer Austausch:
 - Mitwirkung in Arbeitsgruppen und Netzwerken zum Thema „psychische Gesundheit“ auf kommunaler, Landes- und Bundesebene,
 - Teilnahme an bundesweiten Austausch- und Fortbildungsveranstaltungen sowie an Supervision,
 - Abstimmung und Zusammenarbeit mit der jeweils zuständigen Zentralstelle der JMD auf Bundesebene.

4.2 Evaluationsfragestellungen

Die Arbeitsgruppe Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Leipzig wurde vom BMFSFJ beauftragt, die Wirkung und Umsetzung des Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“ hinsichtlich der im Modellkonzept gesetzten Ziele zu untersuchen. Die Ergebnisse der Evaluation sollen dazu dienen, das Modellprojekt hinsichtlich positiver Effekte, aber auch hinsichtlich verbesserungswürdiger Punkte umfassend und auf verschiedenen strukturellen Ebenen zu bewerten. Dadurch soll ein evidenzbasiertes Vorgehen bei der weiteren Planung und Ausgestaltung dieses und zukünftiger vergleichbarer Projekte gewährleistet werden.



Aufgrund der Begrenzung der Programm- und Evaluationslaufzeit auf zunächst ein Schuljahr sowie des zeitgleichen Beginns des Programms und der Evaluation waren die Möglichkeiten einer Messung von Programmeffekten und der Wirksamkeit des Projektes eingeschränkt. Zum einen beschränkten die kurze Laufzeit und die begrenzten Ressourcen für die Evaluation eine tiefgreifende und elaborierte Planung und Etablierung einer Evaluationsstrategie. Zum anderen erlaubten die zeitlichen Beschränkungen keine mehrfachen, längsschnittlichen Erhebungen, welche notwendig wären, um Veränderungen durch Intervention sowie Langzeiteffekte durch das Programm valide abbilden zu können (z. B. Prä-Post-Messungen von Offenheit der Schüler:innen gegenüber dem Thema „psychische Gesundheit“ vor und nach der Teilnahme an einem Gruppenprogramm). Aufgrund dieser Voraussetzungen beschränkt sich die derzeitige Evaluation auf eine einmalige querschnittliche Erfassung von Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einstellungen zum Programm nach etwa einer halbjährigen Laufzeit. Um diese möglichst umfassend, aussagekräftig und valide zu gestalten, involviert sie alle Projektbeteiligten auf vier verschiedenen Ebenen: Schulleitungen und eine Pilotstichprobe von Schüler:innen der beteiligten Schulen als Adressat:innen, die MHC als Umsetzende sowie Vertreter:innen der Trägerstruktur der JMD als Organisator:innen des Programms.

Vor dem Hintergrund der genannten methodischen Voraussetzungen der Evaluation wurden angelehnt an die Vorgaben und Ziele aus dem entwickelten Rahmenkonzept zum Programm des BMFSFJ und der JMD folgende Evaluationsfragen abgeleitet:

1. Inwieweit konnte das MHC-Programm wie im Rahmenkonzept vorgesehen etabliert werden?
 - 1.1. Wie ist die Qualifikation der MHC vor dem Hintergrund der gesetzten qualifikatorischen Voraussetzungen und Ziele der Basisqualifikation einzuschätzen?
 - 1.2. Wie gestaltet sich die Akzeptanz des MHC-Programmes und der MHC selbst durch verschiedene am Projekt beteiligte Akteur:innen?
 - 1.3. Wie werden administrative Anforderungen von verschiedenen Projektbeteiligten bewertet?



2. Wie sind die bisher durch die MHC organisierten und umgesetzten primärpräventiven Gruppenangebote und ergänzenden Angebote zu bewerten?
 - 2.1. Werden die Themen der durchgeführten Angebote den im Rahmenkonzept gesetzten Zielen gerecht? (angelehnt an die Schwerpunktthemen: Resilienz- und Wohlbefindensstärkung, Entstigmatisierung psychischer Probleme, Information über Hilfs- und Beratungsangebote)
 - 2.2. Wie ist die Reichweite des Programmes zu bewerten, d. h. wie viele Angebote wurden durchgeführt und wie viele Schüler:innen erreicht?
 - 2.3. Wie werden die durchgeführten Angebote von den beteiligten Schulen, Schüler:innen und MHC bewertet?
3. Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung von Fachkräften im MHC-Programm?
 - 3.1. Wie wird die Schulkooperation von verschiedenen Projektbeteiligten bewertet?
 - 3.2. Wie gelingt das Einfügen in bestehende Hilfsstrukturen an den teilnehmenden Schulen (z. B. Schulsozialarbeit)?
 - 3.3. Wie gelingt die Akquise externer Anbieter:innen primärpräventiver Angebote?
 - 3.4. Wie gestaltet sich die Weiterleitung an weiterführende Hilfsangebote bei festgestelltem Bedarf?
 - 3.5. Wie gelingt die interne Zusammenarbeit innerhalb der MHC-Organisationsstruktur (z. B. Zusammenarbeit mit Trägergruppen, JMD-Standorten, BMFSFJ)?
4. Welche Bedeutung wird dem Programm zugeschrieben?
 - 4.1. Wie wird die Relevanz des Projektes global bewertet?
 - 4.2. Wie gelingen Bedarfsermittlung und -deckung durch das MHC-Programm?
 - 4.3. Welcher Wunsch an Fortführung und Ausweitung des Programms besteht aus Sicht verschiedener Projektbeteiligter?



5 METHODIK

5.1 Evaluationsdesign

5.1.1 Geplante Stichproben und Evaluationsdurchführung

Aus den verschiedenen Projektbeteiligten ergaben sich vier Stichproben, welche für die Evaluation rekrutiert wurden: Schulleitungen aller MHC-Schulen, die MHC selbst, Vertreter:innen der Trägerstruktur der JMD (Fachreferentinnen der Trägergruppen, Bundestutor:innen und lokale Träger:innen an den Modellstandorten) sowie eine Pilotstichprobe von Schüler:innen ab der neunten Klasse aus zwei Bundesländern. Alle Personengruppen wurden eingeladen, an einer für die Stichprobe spezifischen Online-Befragung einmalig in einem querschnittlichen Studiendesign teilzunehmen, welche über die lizenzierte Online-Umfrageplattform Unipark (Tivian XI GmbH, 2024) durchgeführt wurde. Zu Beginn der Befragungen wurde eine Teilnehmendeninformation inklusive Datenschutzbestimmungen angezeigt, denen für eine Teilnahme zugestimmt werden musste. Alle Befragungen erfolgten vollständig anonymisiert. Es wurden keinerlei personenbezogene Daten erhoben. Zugang zu den Daten der Studie hatten nur Mitglieder des Forschungsteams. Die Durchführung aller Befragungen wurde durch den Ethikbeirat und den Datenschutzbeauftragten der Universität Leipzig geprüft und genehmigt.

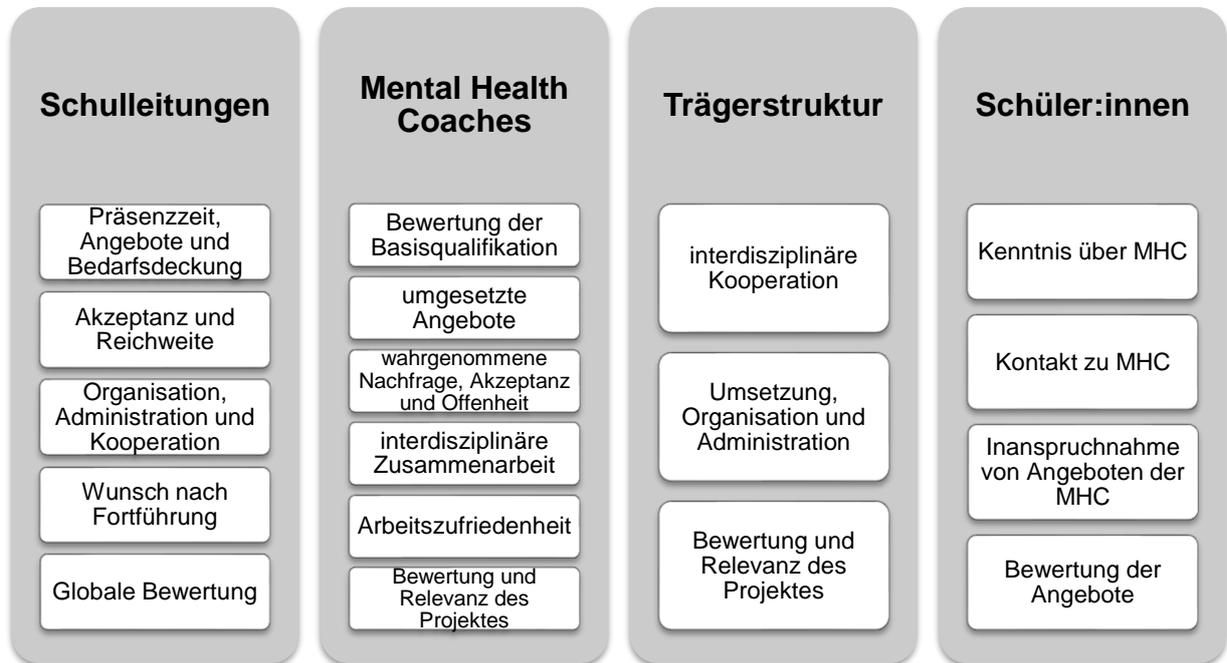
5.1.2 Untersuchte Konstrukte und deren Operationalisierung

Die Inhalte der einzelnen Befragungen sind überblicksartig für die vier Evaluationsebenen in Abbildung 1 dargestellt. Tabelle 1 gibt einen Überblick darüber, wie die in 4.2 entwickelten Fragestellungen in den einzelnen Evaluationsebenen untersucht werden sollen. Die konkreten Operationalisierungen der Konstrukte finden sich für jede Evaluationsebene in den Abschnitten 5.2 bis 5.6 unter Datenerhebung sowie in den einzelnen Fragebögen im Anhang (siehe Anhang A bis D). Dabei ist zu beachten, dass nicht alle in den Fragebögen erhobenen Daten für die Beantwortung der Evaluationsfragestellung ausgewertet und in diesem Bericht dargestellt werden.



Abbildung 1

Überblick über Evaluationsmaße in den verschiedenen Evaluationsebenen



Anmerkung. MHC = Mental Health Coaches.

Tabelle 1

Operationalisierung der Evaluationsfragestellungen

Fragestellung	Evaluationsebene	Erhobene Informationen
1. Inwieweit konnte das MHC-Programm wie im Rahmenkonzept vorgesehen etabliert werden?		
1.1. Wie ist die Qualifikation der MHC vor dem Hintergrund der gesetzten qualifikatorischen Voraussetzungen und Ziele der Basisqualifikation einzuschätzen?	Schulleitungsbefragung	eingeschätzte Qualifikation der MHC
	MHC-Befragung	eigene Qualifikation und Vorerfahrungen Bewertung der Basisqualifikation
	Befragung der Trägerstruktur	Bewertung des Rekrutierungsprozesses

Fragestellung	Evaluationsebene	Erhobene Informationen
1.2. Wie gestaltet sich die Akzeptanz des MHC-Programmes und der MHC selbst durch verschiedene am Projekt beteiligte Akteur:innen?	Schulleitungsbefragung	globale Bewertung des MHC-Programms
	MHC-Befragung	wahrgenommene Akzeptanz durch die Schüler:innen
		wahrgenommene Akzeptanz und Offenheit der Schüler:innen
1.3. Wie werden administrative Anforderungen von verschiedenen Projektbeteiligten bewertet?	Schulleitungsbefragung, MHC-Befragung, Befragung der Trägerstrukturen	Bewertung organisatorischer Aspekte
	MHC-Befragung	eigene Arbeitsbelastung
2. Wie sind die bisher durch die MHC organisierten und umgesetzten Angebote zu bewerten?		
2.1. Werden die Themen der durchgeführten Angebote den im Rahmenkonzept gesetzten Zielen gerecht?	Schulleitungsbefragung, MHC-Dokumentation, MHC-Befragung	Merkmale durchgeführter Angebote
	Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen	Themen wahrgenommener Angebote
2.2. Wie ist die Reichweite des Programmes zu bewerten, d. h. wie viele Angebote wurden durchgeführt und wie viele Schüler:innen erreicht?	MHC-Dokumentation, MHC-Befragung	Merkmale durchgeführter Angebote
	Schulleitungsbefragung	wahrgenommene Akzeptanz und Angebotsreichweite unter den Schüler:innen

Fragestellung	Evaluationsebene	Erhobene Informationen
2.3. Wie werden die durchgeführten Angebote von den beteiligten Schulen, Schüler:innen und MHC bewertet?	Schulleitungsbefragung	Ausweitung bestehender Angebote durch das MHC-Programm
	MHC-Dokumentation, MHC-Befragung	wahrgenommene Offenheit und Beteiligung der Schüler:innen
	Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen	Bewertung wahrgenommener Angebote Wunsch nach erneuter Teilnahme
3. Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung von Fachkräften im MHC-Programm?		
3.1. Wie wird die Schulkooperation von verschiedenen Projektbeteiligten bewertet?	Schulleitungsbefragung	Zufriedenheit mit der Kooperation mit MHC
	MHC-Befragung	Bewertung interdisziplinärer Kooperation
	MHC-Dokumentation	Zufriedenheit mit der Schulkooperation
3.2. Wie gelingt das Einfügen in bestehende Hilfestrukturen an den teilnehmenden Schulen (z. B. Schulsozialarbeit)?	Schulleitungsbefragung	Ausweitung bestehender Angebote durch das MHC-Programm
	MHC-Befragung	Bewertung interdisziplinärer Kooperation
	MHC-Dokumentation	Bewertung der Kooperation mit Schulsozialarbeit
3.3. Wie gelingt die Akquise externer Anbieter:innen primärpräventiver Angebote?	MHC-Befragung	eigene Arbeitsbelastung Bewertung organisatorischer Aspekte Bewertung interdisziplinärer Kooperation

Fragestellung	Evaluationsebene	Erhobene Informationen
3.4. Wie gestaltet sich die Weiterleitung an weiterführende Hilfsangebote bei festgestelltem Bedarf?	Schulleitungsbefragung	Ausweitung bestehender Angebote durch das MHC-Programm
	MHC-Befragung	eigene Arbeitsbelastung Bewertung organisatorischer Aspekte Bewertung interdisziplinärer Kooperation
3.5. Wie gelingt die interne Zusammenarbeit innerhalb der MHC-Organisationsstruktur (z. B. Zusammenarbeit mit Trägergruppen, JMD-Standorten, BMFSFJ)?	MHC-Befragung	Zufriedenheit mit Betreuung als MHC
	MHC-Befragung, Befragung der Trägerstrukturen	Bewertung interdisziplinärer Kooperation
4. Welche Bedeutung wird dem Programm zugeschrieben?		
4.1. Wie wird die Relevanz des Projektes global bewertet?	Schulleitungsbefragung	globale Bewertung des MHC-Programms
	Befragung der Trägerstruktur	Einschätzung der Relevanz und Wirksamkeit des Programmes

Fragestellung	Evaluationsebene	Erhobene Informationen
4.2. Wie gelingen Bedarfsermittlung und -deckung durch das MHC-Programm?	Schulleitungsbefragung	wahrgenommene Präsenzzeit der MHC wahrgenommene Bedarfsdeckung geschätzte Angebotsreichweite Bedarf an MHC bei Schulen ohne MHC
	MHC-Befragung	wahrgenommene Bedarfsdeckung Angemessenheit der Arbeitszeit
	Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen	Bedarf an MHC bei Schüler:innen, die noch an keinem Angebot teilgenommen haben
4.3. Welcher Wunsch an Fortführung und Ausweitung des Programms besteht aus Sicht verschiedener Projektbeteiligter?	Schulleitungsbefragung, MHC-Befragung, Befragung der Trägerstrukturen, Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen	Wunsch nach Programmfortführung
	Schulleitungsbefragung	Wunsch nach bundesweiter Verstetigung

Anmerkungen. Ergänzt wird die Beantwortung der einzelnen Fragestellungen durch offenes Feedback zu positiven und negativen Projektbestandteilen aus der Schulleitungsbefragung, MHC-Befragung und der Befragung der Trägerstrukturen. BMFSFJ = Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, JMD = Jugendmigrationsdienste, MHC = Mental Health Coaches.

5.1.3 Allgemeine Datenauswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte über R (Version 4.2.1, R Core Team, 2023). Alle quantitativen Daten wurden nach einem deskriptiven und explorativen Ansatz ausgewertet.



Offene Antwortkategorien, welche als Ergänzung zu quantitativen Fragen dienten, wurden in der Auswertung als zusätzliche Information ergänzt, ohne dass dafür eine standardisierte Analyse erfolgte. Alle durch offene Fragen erhobenen qualitativen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2019) ausgewertet. Das Selektionskriterium umfasste alle Antworten zu den Fragen nach positiven oder negativen Aspekten des Modellprojekts sowie die Antworten zu sonstigen Anmerkungen. Als Abstraktionsniveau wurden konkrete positive bzw. negative Bestandteile des MHC-Projektes festgelegt. Als Kodiereinheit wurden klare bedeutungstragende Elemente aus den Antworten definiert. Eine Kontexteinheit stellt dabei die gesamte Antwort einer Person dar. Im Sinne der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden die Antworten im ersten Schritt zunächst paraphrasiert und reduziert. Im nächsten Schritt wurden auf Grundlage der Aussagen Kategorien gebildet und zu Hauptkategorien zusammengefasst. Die Kategorien wurden induktiv gebildet, während des Auswertungsprozesses fortlaufend überprüft und ggf. revidiert. In der MHC-Befragung und den Befragungen der Trägersstruktur des Projektes erfolgte die Zuordnung der Kodiereinheiten zu den Kategorien durch eine Raterin und wurde von einer zweiten Person supervidiert. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse der Daten der Schulleitungsbefragung erfolgte die Zuordnung der Antworten zu den Kategorien durch zwei unabhängige Raterinnen. Die Interrater-Reliabilität wurde mithilfe des Koeffizienten Cohens Kappa (κ) überprüft (Cohen, 1960). Für die Kodierung von Verbesserungsvorschlägen für das MHC-Programm ergab sich eine perfekte Übereinstimmung von $\kappa = 1$. Bei der Kodierung von positiven Aspekten des MHC-Programms lag die Interrater-Reliabilität mit $\kappa = 0,95$ im fast perfekten Bereich (Landis & Koch, 1977). Anschließend wurde durch gemeinsame Konsensfindung eine komplette Übereinstimmung erreicht. Die Kategorien wurden in allen Befragungen anschließend quantitativ anhand von Häufigkeitsauswertungen analysiert.

5.2 Schulleitungsbefragung

5.2.1 Datenerhebung

Für die Evaluation des Programms auf Schulleitungsebene wurden die Schulleitungen der MHC-Schulen bundesweit (ausgenommen Sachsen, Bayern und Saarland) mittels eines anonymen Online-Fragebogens einmalig im Zeitraum vom 30.04.2024 bis 16.06.2024 befragt. Es liegen Genehmigungen der zuständigen Ministerien aller Bundesländer vor, ausgenommen Sachsen, Bayern und dem Saarland, welche die Durchführung der Erhebung ablehnten.

Dazu wurde ein Fragebogen genutzt, welcher im Rahmen einer bereits konzipierten Studie zur Untersuchung der psychosozialen Infrastrukturen an Schulen in 13 Bundesländern in Deutschland mittels intuitiver Konstruktionsstrategie entworfen wurde (siehe Anhang A). Dem



lagen eine ausführliche Literaturrecherche sowie halbstrukturierte Forschungsinterviews mit Privatpersonen aus den Bereichen Schulleitung, Schulsozialarbeit, Schulpsychologie und Beratungspädagogik zugrunde. Der Fragebogen enthält Abschnitte zu Schulcharakteristika, Quantitäten und Bedarfen von psychosozialen Infrastrukturen, Strukturen zum Kinderschutz an Schulen, wahrgenommenen psychischen Auffälligkeiten und wahrgenommenen Belastungsfaktoren. Der Fragebogen wurde um einen spezifischen Fragebogenabschnitt zum MHC-Programm ergänzt. Dieser enthielt Fragen zu folgenden quantitativen und qualitativen Daten:

- MHC-Angebote,
- wöchentliche Präsenzzeit,
- Bedarfsdeckung der MHC-Angebote,
- Akzeptanz der Schüler:innen,
- Reichweite der Angebote,
- administrativer Aufwand für die Schulen,
- wahrgenommene Qualifikation,
- Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen Schule und MHC,
- Wunsch nach Fortsetzung,
- globale Bewertung,
- offenes Feedback zu positiven und negativen Projektbestandteilen.

In die Evaluation des Programms wurde aus der Befragung der MHC-Schulleitungen nur der Fragebogenabschnitt zu Schulcharakteristika und zum MHC-Programm einbezogen. Zusätzlich wurden in die Evaluation des MHC-Programms Ergebnisse der ursprünglichen für 13 Bundesländer repräsentativen Schulleitungsbefragung eingeschlossen, welche den Bedarf von Schulen ohne MHC nach einem MHC abbilden. Für diese Frage liegen repräsentative nach Schulform und Bundesländern gewichtete Daten von 481 Schulleitungen aus 13 Bundesländern vor.

5.2.2 Stichprobe und Rekrutierung

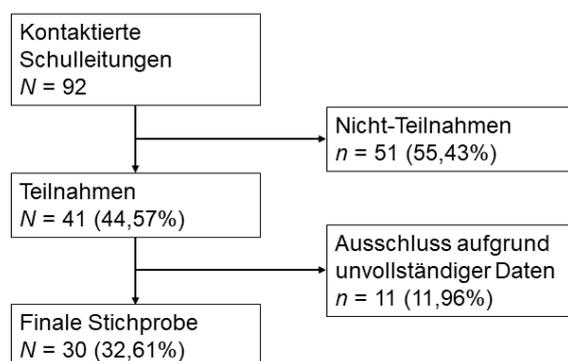
Alle MHC-Schulen der Bundesländer mit vorliegender Genehmigung ($N = 92$) wurden postalisch kontaktiert. In einem Informationsschreiben wurden die Schulleitungen über die Durchführung und den Ablauf der Evaluation informiert und eingeladen, über einen QR-Code oder einen Link mit einem privaten Endgerät an der anonymen Online-Umfrage teilzunehmen. Von den 92 kontaktierten Schulleitungen nahmen 41 Personen an der Befragung teil. In die Datenauswertung wurden nur Daten eingeschlossen, für die der Fragebogenabschnitt zum MHC-Programm vollständig vorlag ($N = 30$). Dies entspricht einer Rücklaufquote von 32,61 %.



Abbildung 2 stellt den Rekrutierungsprozess und die Einschlusskriterien für die finale Stichprobe dar.

Abbildung 2

Flowchart zum Rekrutierungsprozess der Schulleitungen



5.3 Befragung der Mental Health Coaches

5.3.1 Datenerhebung

Die Erhebung auf Ebene der MHC erfolgte über einen Zeitraum von vier Wochen vom 02.05. bis 31.05.2024. Für die Erhebung wurde ein eigener Fragebogen entwickelt, dessen Fragen am Rahmenkonzept und den Projektzielen der JMD für das MHC-Programm in Absprache mit dem JMD-Servicebüro abgeleitet wurden. Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang B. Er enthielt insgesamt 42 Items zur Erfassung von quantitativen und qualitativen Daten, u. a. zu folgenden Themen:

- Basisdaten zu den MHC (demografische Daten, Qualifikation, Kooperationsschulform),
- Bewertung der Basisqualifikation,
- Merkmale durchgeführter Angebote,
- Offenheit und Beteiligung der Schüler:innen in den Angeboten,
- interdisziplinäre Kooperation,
- Arbeitsbelastung der MHC,
- offenes Feedback zu positiven und negativen Projektbestandteilen.

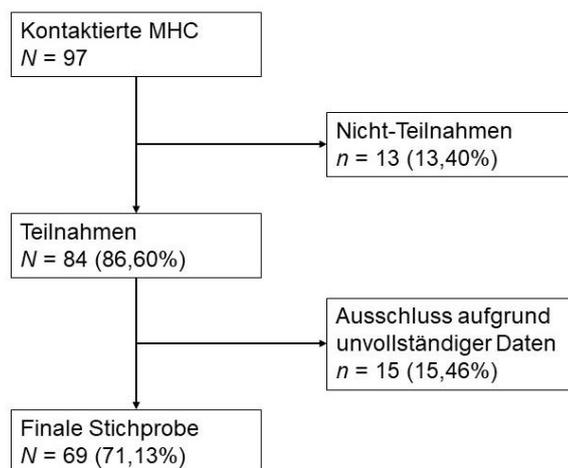
5.3.2 Stichprobe und Rekrutierung

Zur Teilnahme an der Befragung wurden alle zum Zeitpunkt der Befragung tätigen 97 MHC eingeladen. Die Einladung zur Online-Befragung wurde an das JMD-Servicebüro weitergeleitet und von dort aus über die verantwortlichen Trägergruppen per E-Mail an die

MHC gesendet. Eine Woche vor dem Ende des Befragungszeitraums wurden die MHC per E-Mail an die Teilnahme erinnert. An der Umfrage nahmen 84 Personen teil, wovon 69 die Umfrage abschlossen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 71,13 %. In die Datenauswertung wurden nur die 69 vollständigen Datensätze eingeschlossen. Die Rücklaufquote und Zusammensetzung der Stichprobe sind in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3

Flowchart zum Rekrutierungsprozess der Mental Health Coaches



5.4 Mental Health Coaches-Dokumentation

5.4.1 Datenerhebung

Ergänzend zu der oben beschriebenen einmaligen Befragung der MHC wurden für diese Evaluation Daten aus der MHC-Dokumentation der JMD vom JMD-Servicebüro bereitgestellt. Diese Dokumentation wurde über den Projektzeitraum von den JMD mittels der Dokumentations- und Monitoringsoftware JMD i-mpuls erhoben. Zu dieser Software hatten alle MHC Zugang und wurden angewiesen, ihre Gruppenangebote laufend und spätestens bis zum Ende des jeweiligen Schulhalbjahres vollständig zu erfassen. Hierbei wurden u. a.

- Anzahl, Dauer, Ort, Ziele, Inhalte, Methoden und Formate der durchgeführten Gruppenangebote,
- Anzahl, Geschlecht und Klassenstufe der Teilnehmenden,
- Kooperation mit Schulsozialarbeit und externen Anbieter:innen sowie
- die Beurteilung der Angebote hinsichtlich Zielerreichung, Aktivität und Offenheit der Teilnehmenden und wahrgenommener positiver und negativer Effekte erfasst.

Neben den regelmäßigen Angaben zu den durchgeführten Gruppenangeboten wurden einmal pro Schulhalbjahr (d. h. bis zum 31.01.2024 für das erste Schulhalbjahr und bis zum 31.07.2024 für das zweite Schulhalbjahr) ergänzende Informationen zur Zusammenarbeit mit der Kooperationsschule sowie zur Netzwerkarbeit von jedem Standort erhoben. Darüber hinaus wurden Informationen zu den Kooperationsschulen (d. h. Schulform, erreichbare Schulabschlüsse, Bundesland, Dauer der Kooperation) erfasst.

5.4.2 Stichprobe und Rekrutierung

Zu der Dokumentationssoftware hatten ausschließlich die MHC Zugriff. Die Durchführung der regelmäßigen Dokumentation der Gruppenangebote sowie der halbjährlichen ergänzenden Befragung war für alle MHC ($N = 95$, Stand August 2024) verpflichtend. Dazu wurden die MHC per E-Mail und in einem internen Forum an die Dokumentation erinnert. Eine Prüfung der Teilnahme fand nur in Verdachtsfällen durch die Fachreferentin der jeweiligen Trägergruppe statt.

5.4.3 Datenauswertung

Die Daten der Dokumentation wurden einmal wöchentlich anonymisiert auf den Auswertungsserver der JMD übertragen. Die für die Evaluation vorliegenden Daten umfassen den Zeitraum vom Projektstart bis zum 05.08.2024 und somit das komplette Schuljahr 2023/24 in allen Bundesländern. Die deskriptive Auswertung der kumulierten Daten auf Basis von absoluten und relativen Häufigkeiten sowie Mittelwerten wurde vom JMD-Servicebüro durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Berechnungen wurden an die Autor:innen der Evaluation mit der Erlaubnis zur Veröffentlichung weitergeleitet. Zur besseren Verständlichkeit absoluter Werte wurden diese von den Autor:innen zum Teil in relative Häufigkeiten umgerechnet und in Grafiken überführt.

5.5 Befragungen der Trägerstrukturen des Projektes

5.5.1 Datenerhebung

Für die Evaluation des Projektes auf der Ebene der Trägerstrukturen wurden zwei Online-Befragungen von Vertreter:innen der überregionalen Trägergruppen (Fachreferentinnen und Bundestutor:innen) und Vertreter:innen der lokalen Träger der JMD durchgeführt. Die beiden Erhebungen erfolgten über einen Zeitraum von vier Wochen vom 02.05. bis 31.05.2024. Die Fragebögen für die Fachreferentinnen und Bundestutor:innen sowie Vertreter:innen lokalen Träger umfassten Bewertungen folgender Punkte:

- Quantität und Qualität der Kooperation mit verschiedenen Akteur:innen,
- Bewertung allgemeiner und administrative Aspekte,



- Dauer des Projektes und
- offenes Feedback zu positiven und verbesserungswürdigen Aspekten des Programms.

Die beiden Fragebögen unterschieden sich in den angegebenen Kooperationspartner:innen und der Bewertung einzelner Projektbestandteile. Während die Fachreferentinnen und Bundestutor:innen zusätzlich um eine Einschätzung der Dauer der Basisqualifikation sowie der Fördermittel und der Auswahl der MHC-Standorte gebeten wurden, erfasste der Fragebogen für die Vertreter:innen der lokalen Träger zusätzlich Fragen zur Auswahl und Qualifikation der MHC. Analog zur MHC-Befragung endeten die Fragebögen für die Vertreter:innen der Träger mit drei offenen Fragen zur Erfassung von positiven und verbesserungswürdigen Projektbestandteilen sowie weiteren Anmerkungen. Die vollständigen Fragebögen befinden sich im Anhang C.

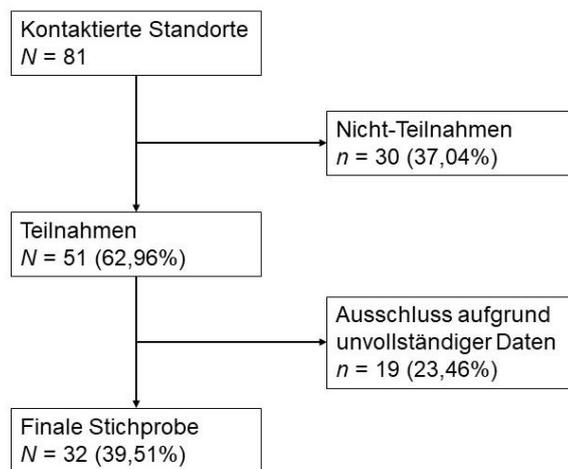
5.5.2 Stichprobe und Rekrutierung

Zur Teilnahme an der Befragung für die Vertreter:innen der überregionalen Trägerstruktur des Projektes wurden die vier Bundestutor:innen und vier Fachreferentinnen der Trägergruppen eingeladen. Für die Umfrage der lokalen Träger:innen des Projektes wurden Vertreter:innen der Träger an 81 lokalen Standorten der JMD, an denen das MHC-Programm durchgeführt wird, eingeladen. Die Einladung zur Online-Befragung wurde an das Servicebüro der JMD weitergeleitet und von dort aus an die Bundestutor:innen und Fachreferentinnen sowie lokalen Vertreter:innen der Träger geschickt. Eine Woche vor dem Ende des Befragungszeitraums wurde eine Erinnerungs-E-Mail zur Teilnahme gesendet. Alle acht eingeladenen Personen der Trägergruppenbefragungen nahmen an der Umfrage teil und schlossen diese ab. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 100,00 %. Von den 81 eingeladenen Standort-Vertretungen nahmen 51 Personen an der Erhebung teil, wovon 32 die Befragung abschlossen. Die Rücklaufquote beträgt demnach 39,51 %. In die Datenauswertung wurden nur die 32 vollständigen Datensätze eingeschlossen. Der Ablauf der Stichprobengewinnung für die lokale Trägerbefragung ist in Abbildung 4 dargestellt.



Abbildung 4

Flowchart zum Rekrutierungsprozess der lokalen Trägervertretungen



5.6 Befragung der Pilot-Stichprobe von Schüler:innen

5.6.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung auf Ebene der Schüler:innen erfolgte an einer Pilotstichprobe von Schüler:innen ab der neunten Jahrgangsstufe aus MHC-Schulen in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Die Befragung fand im Zeitraum vom 03.06. bis 15.07.2024 statt.

Der Fragebogen enthielt Fragen zu folgenden Daten:

- soziodemographische Daten (z. B. Alter, Geschlecht, Schulstufe),
- Kenntnis über die/den MHC,
- Teilnahme an MHC-Angeboten,
- Bewertung des MHC-Programmes,
- Wunsch nach Fortführung,
- Teilnahme an Gruppenangeboten (Thema, Dauer, Rahmen, Teilnahmezahl, Bewertung),
- Wunsch nach Teilnahme an MHC-Angeboten und
- Einzelkontakt zu MHC (Einschätzung der Hilfe, Wunsch nach erneuter Hilfesuche).

Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang D.

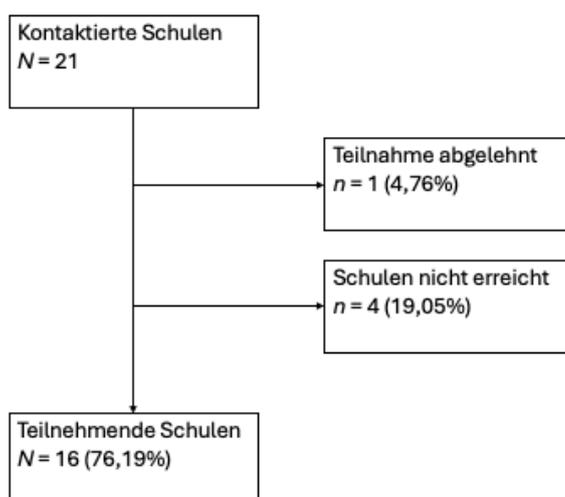
5.6.2 Stichprobe und Rekrutierung

Für die Rekrutierung der Pilotstichprobe der Schüler:innen wurden alle 21 MHC-Schulen in den Bundesländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen über ein

Einladungsschreiben zur Evaluation und darauffolgende Telefongespräche kontaktiert. Davon lehnte eine Schule die Teilnahme ab und vier Schulen reagierten nicht auf die Anfrage. An alle 16 MHC-Schulen, welche telefonisch ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Evaluation gaben, erhielten schriftlich ein Aufklärungsschreiben über das Vorgehen der Befragung, gesonderte Informationsschreiben für Schulleitungen und Lehrkräfte sowie Elternbriefe, in denen die Erziehungsberechtigten über die Befragung informiert wurden und die einen Link zur Umfrage enthielten. Bei Schüler:innen unter 18 Jahren mussten die Erziehungsberechtigten über diesen ihr Einverständnis geben, bevor die Schüler:innen an der Studie teilnehmen konnten. Nach erfolgtem Einverständnis der Eltern wurden die teilnehmenden Schüler:innen zur einer separaten Umfrage weitergeleitet, welche den selbst entworfenen Fragebogen enthielt. Zu Beginn der Umfrage mussten auch die Schüler:innen ihr Einverständnis geben, bevor sie mit dem Beantworten des Fragebogens beginnen konnten. Schüler:innen über 18 Jahren erhielten den Elternbrief selbst und konnten über den Link an der Befragung teilnehmen. Aus den teilnehmenden Schulen ergab sich eine Gesamtstichprobe von 6.732 Schüler:innen. Abbildung 5 gibt einen Überblick über den Rekrutierungsprozess. Einschlusskriterien in die Studie waren der Schulbesuch einer MHC-Schule und der Besuch mindestens der neunten Klasse und aufwärts oder ein Mindestalter von 14 Jahren. Eine bereits erfolgte Teilnahme an MHC-Angeboten war kein Einschlusskriterium.

Abbildung 5

Flowchart zum Rekrutierungsprozess der Schulen für die Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen



Von den teilnehmenden 16 Schulen waren neun Schulen aus Nordrhein-Westfalen und sieben Schulen aus Baden-Württemberg. Insgesamt wurden vier Berufsschulen, vier Gesamt- und

Gemeinschaftsschulen, drei Grund- und (Werk-)Realschulen, zwei Förderschulen, zwei Hauptschulen und ein Gymnasium kontaktiert. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die jeweilige Schüler:innenzahl der unterschiedlichen Schulformen. Insgesamt wurden 6 732 Briefe an die Schulen zur Ausgabe an die Schüler:innen gesendet. An der Studie nahmen 144 Schüler:innen teil. Bei einer Dropout-Quote von 27,78 % beendeten 104 Schüler:innen die Befragung. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 1,54 %.

Tabelle 2

Anzahl der kontaktierten Schüler:innen pro Schulform

Schulform	Anzahl der Schüler:innen
Berufsschule	4 900
Gesamt- und Gemeinschaftsschule	80
Grund- und (Werk-) Realschule	1 081
Förderschule	150
Hauptschule	301
Gymnasium	220
Gesamt	6 732



6 ERGEBNISSE

6.1 Schulleitungsbefragung

6.1.1 Charakteristika der Stichprobe

Die finale Stichprobe enthielt 30 MHC-Schulen aus 12 Bundesländern. MHC-Schulen aus Sachsen-Anhalt nahmen nicht teil. Tabelle 3 beschreibt die Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern.

Tabelle 3

Absolute und relative Häufigkeit der Schulleitungen nach Bundesländern

Bundesland	Absolute Häufigkeit (<i>n</i>)	Relative Häufigkeit (%)
Baden-Württemberg	4	13,30 %
Niedersachsen	4	13,30 %
Nordrhein-Westfalen	4	13,30 %
Berlin	3	10,00 %
Hamburg	3	10,00 %
Schleswig-Holstein	3	10,00 %
Brandenburg	2	6,67 %
Hessen	2	6,67 %
Rheinland-Pfalz	2	6,67 %
Bremen	1	3,33 %
Mecklenburg-Vorpommern	1	3,33 %
Thüringen	1	3,33 %
Sachsen-Anhalt	0	0,00 %

Anmerkung. $N = 30$.

Der größte Teil der Stichprobe ($n = 10$; 33,33 %) gehörte einer Schulform mit integrierten Bildungsgängen an (Integrierte Gesamtschule, Gemeinschaftsschule, Integrierte Sekundarschule oder Stadtteilschule). Hauptschulen, Schulformen mit kooperativen



Bildungsgängen (Kooperative Gesamtschule, Oberschule, Realschule plus, Erweiterte Realschule, Regelschule, Regionale Schule, Sekundarschule) und berufliche Schulen waren gleich verteilt (jeweils $n = 5$; 16,67 %). Am geringsten waren die Schulformen Gymnasium ($n = 3$; 10,00 %) und Förderschule ($n = 2$; 6,67 %) vertreten. Eine genaue Übersicht der Anzahl und relativen Häufigkeit der teilnehmenden Schulleitungen nach Schulform ist in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4

Absolute und relative Häufigkeit der Schulleitungen nach Schulformen

Schulform	Absolute Häufigkeit (n)	Relative Häufigkeit (%)
Schulform mit integrierten Bildungsgängen	10	33,33 %
Hauptschule	5	16,67 %
Schulform mit kooperativen Bildungsgängen	5	16,67 %
Berufliche Schule	5	16,67 %
Gymnasium	3	10,00 %
Förderschule	2	6,67 %

Anmerkung. Hauptschule = Hauptschule, Mittelschule, Mittelstufenschule, Werkrealschule; Schulform mit integrierten Bildungsgängen = Integrierte Gesamtschule, Gemeinschaftsschule, Integrierte Sekundarschule, Stadtteilschule; Schulform mit kooperativen Bildungsabschlüssen = Kooperative Gesamtschule, Oberschule, Realschule plus, Erweiterte Realschule, Regelschule, Regionale Schule, Sekundarschule.

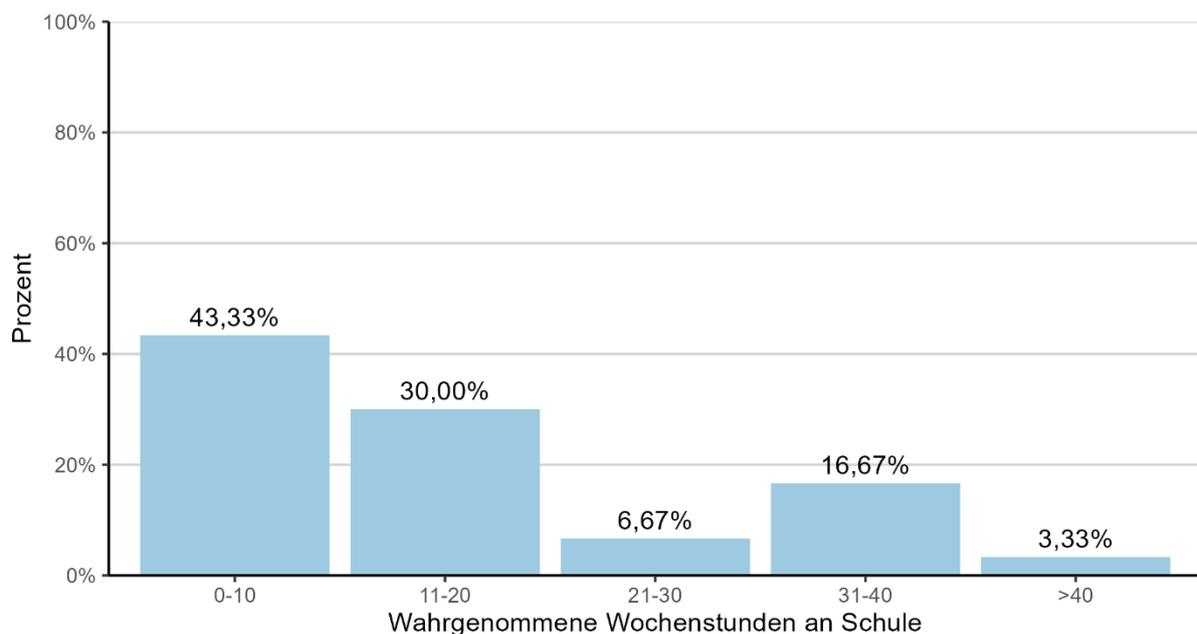
Von der Stichprobe befanden sich 29 Schulen (96,7 %) in öffentlicher Trägerschaft und eine Schule (3,33 %) in privater Trägerschaft. Die durchschnittliche Schulgröße der Stichprobe betrug 806 Schüler:innen ($SD = 603$; Mdn [Q1; Q3] = 716 [358; 1 000]). Die durchschnittliche Klassengröße der Stichprobe betrug 23 Schüler:innen ($SD = 5$; Mdn [Q1; Q3] = 25 [21; 25]).

6.1.2 Wahrgenommene Präsenzzeit, Angebote der Mental Health Coaches und Bedarfsdeckung an Schulen

Die durch die Schulleitungen wahrgenommene Präsenzzeit der MHC an den Schulen betrug durchschnittlich 17,10 Stunden pro Woche ($SD = 14,58$; $Mdn [Q1; Q3] = 15 [5,25; 23,75]$). Die Verteilung ist in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6

Wahrgenommene Präsenzzeit der MHC an Schule



Anmerkung. $N = 30$.

Tabelle 5 stellt dar, welche Angebote an den Schulen durch die MHC durchgeführt wurden. Die meisten Schulleitungen gaben an, dass die MHC an den Schulen Angebote aus den Bereichen „Durchführung schulinterner Präventionsangebote“ ($n = 26$; $86,67\%$), „klassengebundene Gruppenangebote“ ($n = 26$; $86,67\%$) und „Organisation von schulexternen Präventionsangeboten zum Thema psychische Gesundheit“ durchführten. Eine Minderheit gab die Durchführung von Angeboten aus den Bereichen „Kooperation zwischen schulischen und außerschulischen Fachkräften“ ($n = 14$; $46,67\%$), „Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebote für Schüler:innen“ ($n = 13$, $43,33\%$) sowie die „Organisation von Angeboten für Eltern zu Themen der psychischen Gesundheit“ ($n = 5$; $16,67\%$) an. Eine Schulleitung ($3,33\%$) gab in der offenen Antwortkategorie ergänzend an, dass sich ihre Angaben auf den Zeitraum bis Dezember 2023 bezogen, da seitdem die Stelle unbesetzt gewesen sei.

Tabelle 5

Absolute und relative Häufigkeiten zu durchgeführten Angeboten

Angebote	n (%)	
	Ja	Nein
Durchführung von schulinternen Präventionsangeboten zum Thema psychische Gesundheit	26 (86,67 %)	4 (13,33 %)
Klassengebundene Gruppenangebote	26 (86,67 %)	4 (13,33 %)
Organisation von schulexternen Präventionsangeboten zum Thema psychische Gesundheit	23 (76,67 %)	7 (23,33 %)
Offene Gruppenangebote	21 (70,00 %)	9 (30,00 %)
Weitervermittlung an Hilfs- und Beratungsangebote	18 (60,00 %)	12 (40,00 %)
Kooperation zwischen schulischen und außerschulischen Fachkräften	14 (46,67 %)	16 (53,33 %)
Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebot für Schüler:innen	13 (43,33 %)	17 (56,67 %)
Organisation von Angeboten für Eltern zu Themen der psychischen Gesundheit	5 (16,67 %)	25 (83,33 %)
Sonstige (Offene Antwortkategorie): „Bis Dezember; seitdem ist die Stelle unbesetzt“	-	-

Anmerkung. Angebote sind nach Häufigkeit der Ja-Angabe in absteigender Reihenfolge sortiert.

Tabelle 6 stellt dar, welche Angeboten es nach Wahrnehmung der Schulleitungen seit dem Einsatz der MHC an der Schule häufiger gab. Am häufigsten genannt wurde eine Zunahme der Angebote „klassengebundene Gruppenangebote“ ($n = 24$; 80,00 %) und „Gespräche über das Thema psychische Gesundheit“ ($n = 23$; 76,67 %).



Tabelle 6

Absolute und relative Häufigkeiten der wahrgenommenen Zunahme an durchgeführten Angeboten an der Schule durch die MHC

Seit dem Einsatz des Mental Health Coaches gibt es nun häufiger an der MHC-Schule:	n (%)	
	Ja	Nein
Klassengebundene Gruppenangebote	24 (80,00 %)	6 (20,00 %)
Gespräche über das Thema psychische Gesundheit	23 (76,67 %)	7 (23,33 %)
Schulinterne Präventionsangebote zum Thema psychische Gesundheit	19 (63,33 %)	11 (36,67 %)
Offene Gruppenangebote	18 (60,00 %)	12 (40,00 %)
Schulexterne Präventionsangebote zum Thema psychische Gesundheit	16 (53,33 %)	14 (46,67 %)
Kooperation zwischen schulischen und außerschulischen Fachkräften	13 (43,33 %)	17 (56,67 %)
Weitervermittlung an Hilfs- und Beratungsangebote	12 (40,00 %)	18 (60,00 %)
Informationsmaterialien über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebote für Schüler:innen	10 (33,33 %)	20 (66,67 %)
Angebote für Eltern zu Themen der psychischen Gesundheit	3 (10,00 %)	27 (90,00 %)
Sonstige (offene Antwortkategorie): Keine Nennungen		

Anmerkungen. N = 30. Angebote sind nach Häufigkeit der Ja-Angabe in absteigender Reihenfolge sortiert. MHC = Mental Health Coaches.

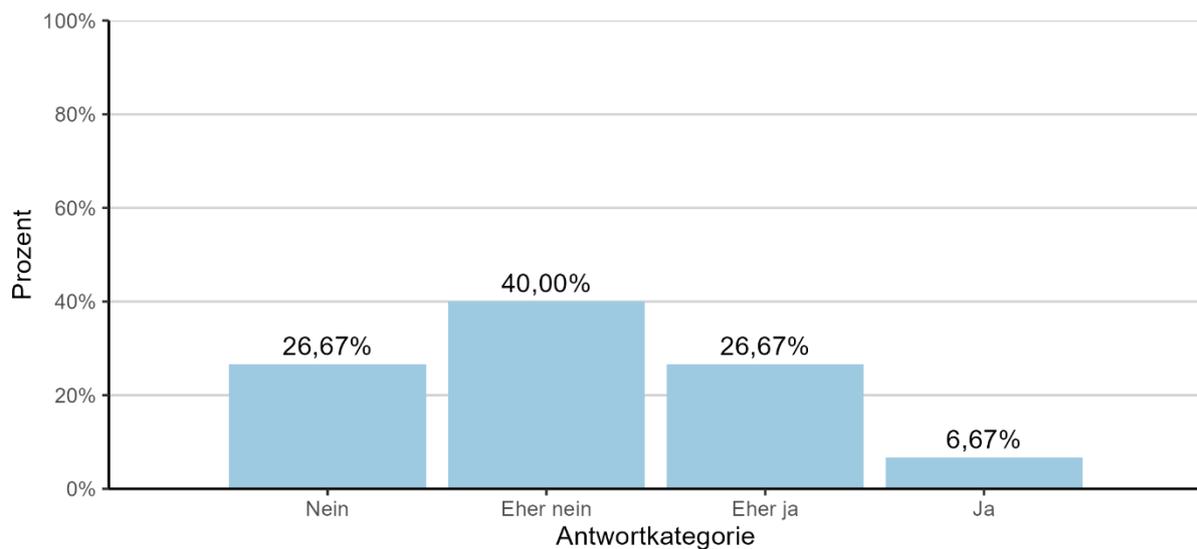
Zwei Drittel der Schulleitungen (n = 20; 66,67 %) gaben an, dass die durchgeführten Aufgaben der MHC die Bedarfe an der Schule nicht oder eher nicht abdeckten. Ein Drittel



($n = 10$; 33,33 %) gab eine positive Bedarfsdeckung an. Abbildung 7 stellt die genaue Verteilung der Antwortkategorien dar.

Abbildung 7

Durch Schulleitungen wahrgenommene Bedarfsdeckung der Angebote der Mental Health Coaches



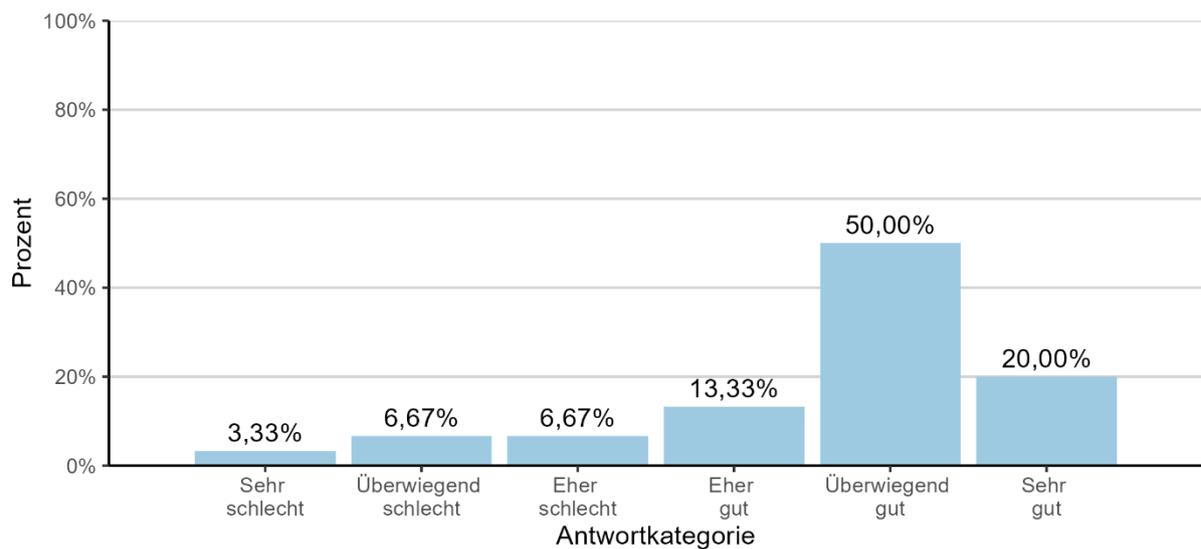
Anmerkung. $N = 30$.

6.1.3 Wahrgenommene Akzeptanz und Reichweite unter Schüler:innen

Die Mehrheit der Schulleitungen ($n = 25$; 83,33 %) schätzte die Akzeptanz der Schüler:innen als eher gut, überwiegend gut oder sehr gut ein. Eine Minderheit ($n = 5$; 16,67 %) schätzte die Akzeptanz als eher schlecht, überwiegend schlecht oder sehr schlecht ein. Die genaue Verteilung der Antwortkategorien ist in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8

Durch Schulleitung wahrgenommene Akzeptanz durch Schüler:innen

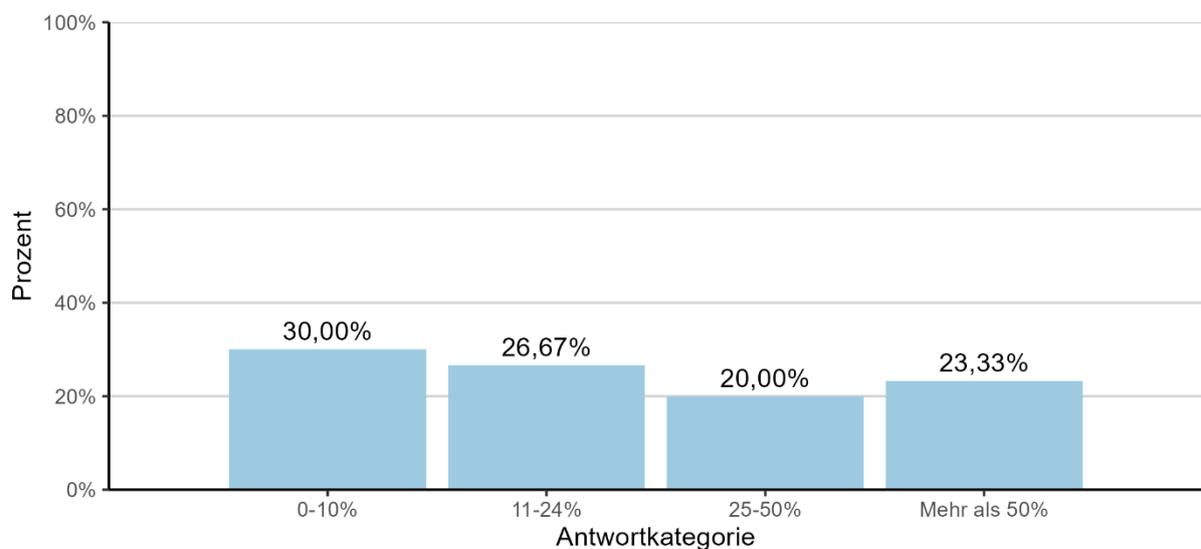


Anmerkung. N = 30.

Ein Großteil der Schulleitungen ($n = 23$; 76,67 %) schätzte die Reichweite der Angebote der MHC auf bis zu 50 % unter den Schüler:innen ein. Eine Minderheit ($n = 7$; 23,33 %) schätzte die Reichweite auf über 50 % ein. Die genaue Verteilung der Antwortkategorien ist in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9

Durch Schulleitung geschätzte Angebotsreichweite unter den Schüler:innen



Anmerkung. N = 30.

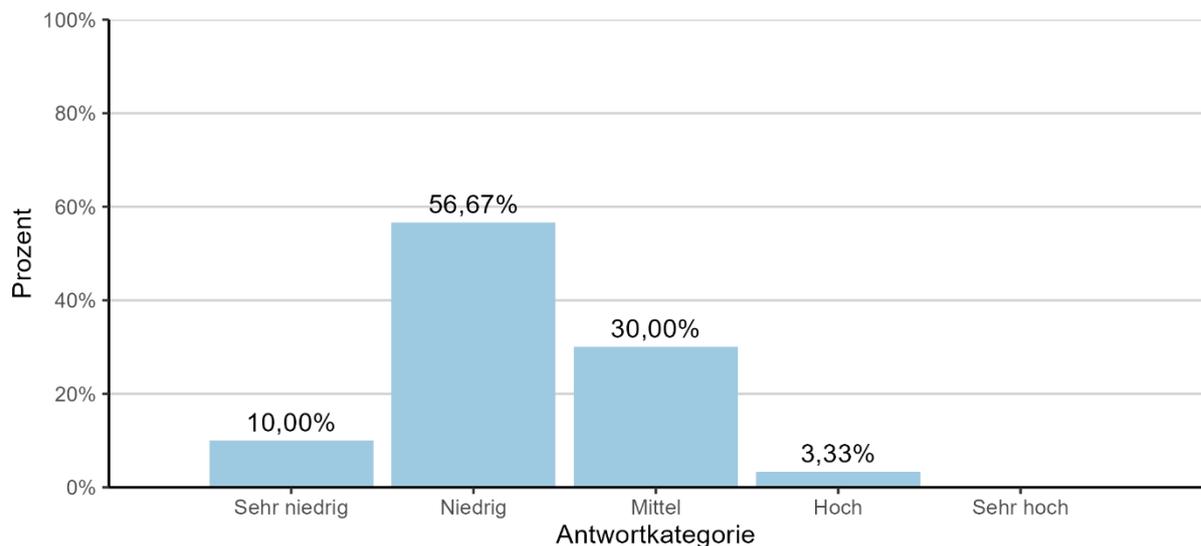


6.1.4 Administrativer Aufwand, Qualifikation und Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen MHC und Schule

Zwei Drittel der Schulleitungen ($n = 20$; 66,67 %) schätzten den administrativen Aufwand des MHC-Programms für die Schulen als sehr niedrig oder niedrig ein und neun Schulleitungen ($n = 30,00$ %) gaben den administrativen Aufwand als mittel an. Eine Schulleitung (3,33 %) schätzte den administrativen Aufwand als hoch ein. Die genaue Verteilung der Antwortkategorien ist in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10

Durch Schulleitung eingeschätzter administrativer Aufwand für die Schule

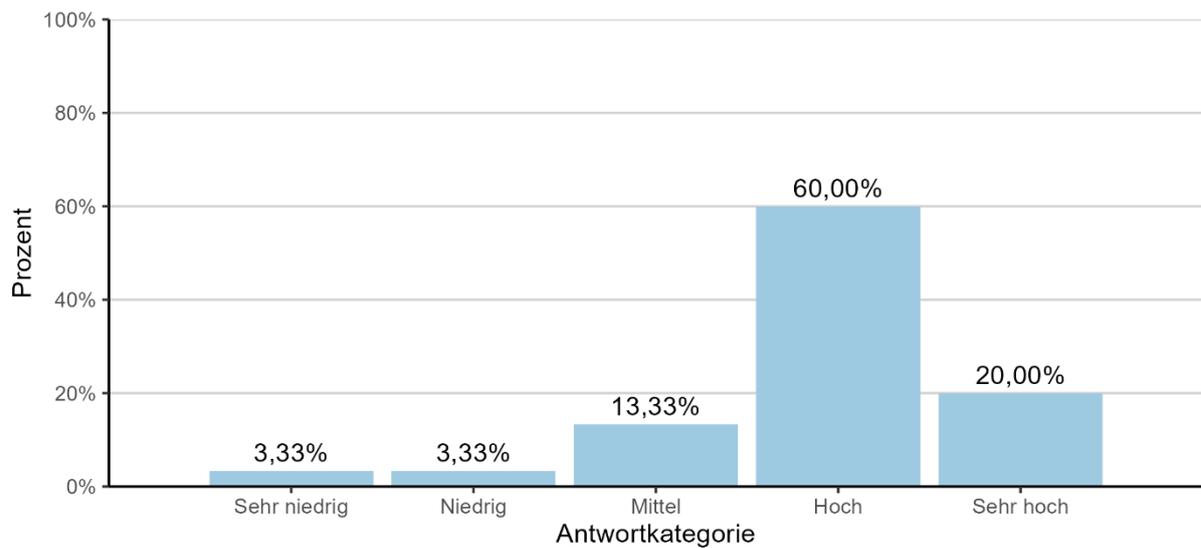


Anmerkung. N = 30.

Die Mehrheit der Schulleitungen ($n = 24$; 80,00 %) schätzte die Qualifikation der MHC als hoch oder sehr hoch, eine Minderheit ($n = 4$) als mittel und eine weitere Minderheit ($n = 2$) als niedrig oder sehr niedrig ein. Die genaue Verteilung der Antwortkategorien ist in Abbildung 11 dargestellt.

Abbildung 11

Durch Schulleitung eingeschätzte Qualifikation der Mental Health Coaches

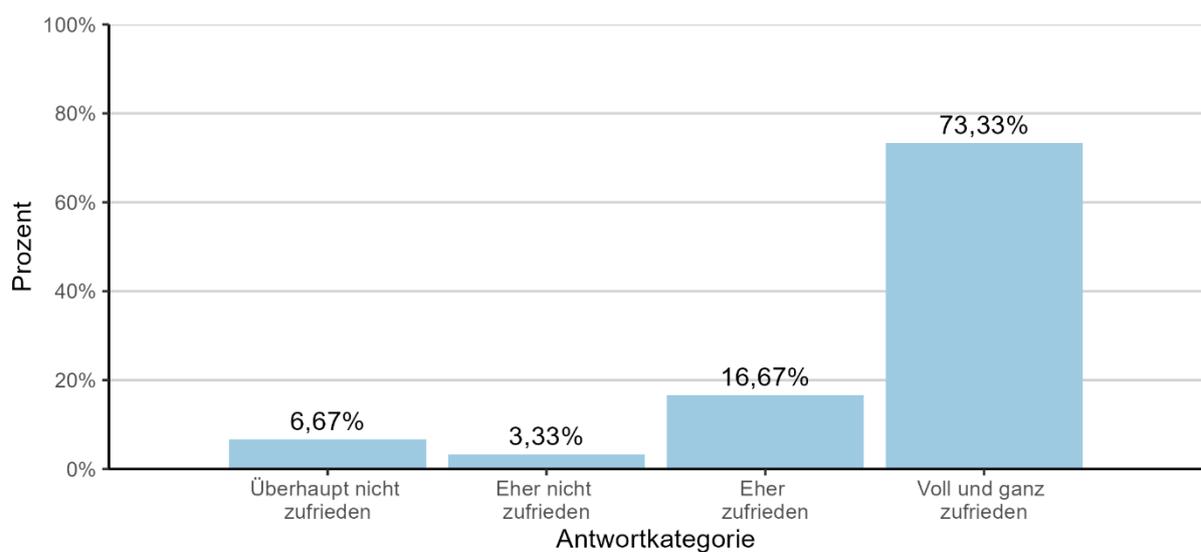


Anmerkung. N = 30.

Die Mehrheit der Schulleitungen ($n = 27$; 90,00 %) war mit der Zusammenarbeit mit den MHC eher zufrieden oder voll und ganz zufrieden. Eine Minderheit ($n = 3$; 10,00 %) war mit der Zusammenarbeit eher nicht oder überhaupt nicht zufrieden. Die genaue Verteilung der Antwortkategorien ist in Abbildung 12 dargestellt.

Abbildung 12

Zufriedenheit der Schulleitungen mit der Zusammenarbeit mit den Mental Health Coaches



Anmerkung. N = 30.



6.1.5 Wunsch nach Fortführung

Die Mehrheit der Schulleitungen ($n = 25$; 83,33 %) wünschte sich die Fortführung des MHC-Programms an der eigenen Schule. Eine Minderheit ($n = 3$; 10,00 %) gab an, die Fortführung des MHC-Programms an der eigenen Schule nicht zu wünschen. Zwei Schulleitungen (6,67 %) gaben den Wunsch nach Fortführung unter einer Bedingung an. Hierbei wurden folgende Punkte genannt: „weniger bürokratischer Aufwand für die MHC und damit mehr Zeit für die Schülerinnen und Schüler“ sowie „Es sollten mehr Stunden vor Ort an der Schule stattfinden können. Unsere MHC ist aktuell etwa drei Zeitstunden pro Woche in der Schule. Dadurch ist [die] Zusammenarbeit mit Lehrkräften sehr erschwert.“

Der Großteil der Schulleitungen ($n = 28$; 93,33 %) gab an, sich eine flächendeckende Verstetigung des MHC-Programms an Schulen in Deutschland zu wünschen. Eine Schulleitung (3,33 %) wünschte dies nicht und eine Schulleitung (3,33 %) gab den Wunsch unter der Bedingung, dass genau geprüft werden solle, welche Schulen diese Unterstützung wirklich brauchen.

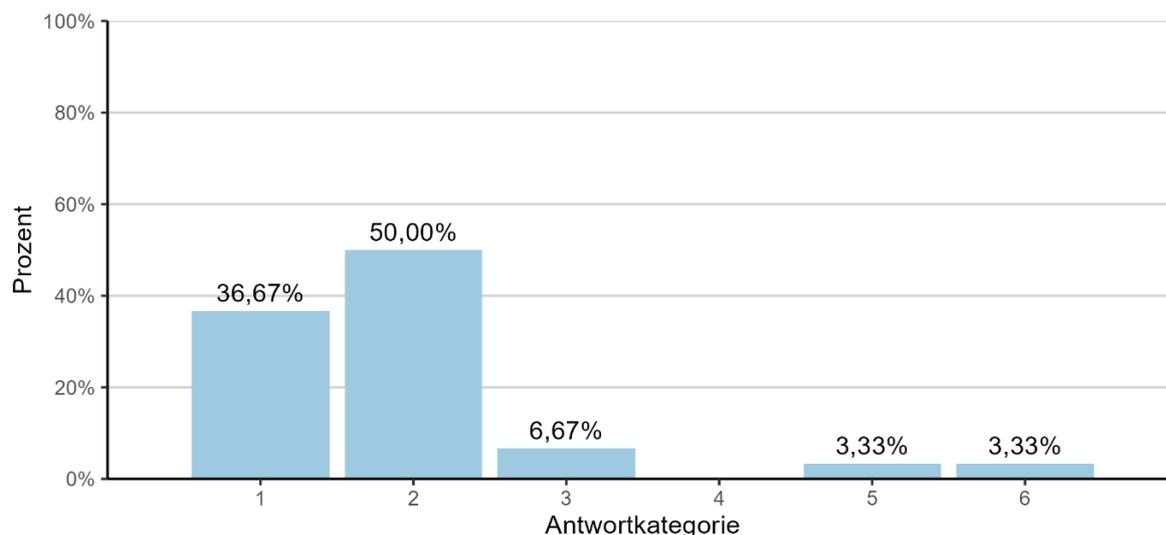
6.1.6 Globale Bewertung, positive Aspekte und Verbesserungsvorschläge

Ein Großteil der Schulleitungen ($n = 28$, 93,33 %) vergab bei der globalen Bewertung des MHC-Programms die Schulnoten 1 bis 3. Eine Minderheit der Schulleitungen ($n = 2$; 6,67 %) vergab die Schulnoten 5 bis 6. Die genaue Verteilung der Einschätzung ist in Abbildung 13 dargestellt.



Abbildung 13

Globale Bewertung des Programms „Mental Health Coaches an Schulen“ durch die Schulleitungen



Anmerkung. $N = 30$.

Tabelle 7 stellt die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dar, welche sich aus den Freitextantworten zu der offenen Frage „Was fanden Sie positiv am Modellprojekt ‚Mental Health Coaches‘?“ ergaben. Es liegen Antworten von 24 Schulleitungen (80,00 %) vor. Sechs Schulleitungen (20,00 %) beantworteten die Frage nicht. Aufgrund von Mehrfachnennungen ergab sich eine Gesamtzahl von 47 Nennungen. Am häufigsten genannt wurden als positive Aspekte des Modellprogramms die Kategorien „Personalkompetenz“ ($n = 10$, 21,28 %), „Angebots- und Methodenvielfalt“ ($n = 7$, 14,89 %) sowie „zusätzliche personelle Ressource und Ansprechperson“ ($n = 7$, 14,89 %).

Tabelle 7

Kategorien und Beispielnennungen positiver Aspekte am Programm „Mental Health Coaches an Schulen“ aus Sicht der Schulleitungen

Kategorie	Beispielnennung	n (%)
1. Personalkompetenz	„Kompetenz der Mitarbeiterinnen“, „reagiert flexibel auf unterschiedliche spontane Bedarfe“	10 (21,28 %)
2. Angebots- und Methodenvielfalt	„viele wichtige Angebote für unsere SchülerInnen“, „methodische Vielfalt“	7 (14,89 %)
3. Zusätzliche personelle Ressource und Ansprechperson	„zusätzliche Ressource im Schulalltag, neben dem Schulsozialarbeiter“, „zusätzliche Ansprechpartnerin für die Schüler“	7 (14,89 %)
4. Thematisierung psychischer Gesundheit	„die Idee der Stärkung der mentalen Gesundheit der SuS“, „Themenschwerpunkte sind aktuell sehr wichtig im Schulalltag“	6 (12,77 %)
5. Neue Impulse von außen	„Neue Impulse für den Bereich psychologische Gesundheit wurden gegeben.“, „eine andere Perspektive auf die Probleme unserer SchülerInnen“	5 (10,64 %)
6. Beratung und Hilfe für Schüler:innen	„Schüler:innen mit den Problemen Essstörungen, Selbstverletzungen, Borderline, Schulabstinenz, ... finden gezielt Hilfe.“, „Schüler:innen fordern Hilfe ein und können sie bekommen.“	3 (6,38 %)
7. Nähe zu Schüler:innen	„schülernah“, „erreicht Schüler in einem Bereich, den Lehrkräfte schwer erreichen“	2 (4,26 %)
8. Finanzielle Mittel	„finanzielle Mittel“, „eigenes Budget für externe Angebote“	2 (4,26 %)

Kategorie	Beispielnennung	n (%)
9. Sonstiges (nicht programmbezogen)	„dass wir überhaupt dabei sein dürfen“, „das Vertrauen der SuS in die Kompetenz des Coaches“	2 (4,26 %)
10. Bundesweite Vernetzung und Fortbildung	„die bundesweite Vernetzung und Fortbildung“,	1 (2,13 %)
11. Unkomplizierte Vermittlung von Expert:innen	„unkomplizierte Vermittlung von Expertinnen und Experten“	1 (2,13 %)
12. Gewinnung neuer Präventionsanbieter:innen	„die Möglichkeiten, neue Träger mit Präventionsangeboten dazuzugewinnen“	1 (2,13 %)

Anmerkungen. Häufigkeiten sind in absteigender Reihenfolge sortiert. Fehler in Rechtschreibung und Grammatik wurden korrigiert. Bis zu drei Nennungen waren möglich. Gesamtanzahl der Nennungen: $N = 47$.

Tabelle 8 stellt die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dar, welche sich aus den Freitextantworten zu der offenen Frage „Was würden Sie am Modellprojekt ‚Mental Health Coaches‘ verbessern wollen?“ ergaben. Es liegen Antworten von 21 Schulleitungen (70,00 %) vor. Acht Schulleitungen beantworteten die Frage nicht (30,00 %). Aufgrund von Mehrfachnennungen ergab sich eine Gesamtzahl von 40 Nennungen. Zu den am häufigsten genannten Verbesserungsvorschlägen für das Modellprogramm wurden die Kategorien „unbefristete Laufzeit“ ($n = 8$, 20,00 %), „mehr Präsenzzeit an der Schule“ ($n = 8$, 20,00 %) und „höhere Planungssicherheit“ ($n = 6$, 15,00 %) genannt.

Tabelle 8

Kategorien und Beispielnennungen zu Verbesserungsvorschlägen für das Programm „Mental Health Coaches an Schulen“ aus Sicht der Schulleitungen

Kategorie	Beispielnennung	n (%)
1. Unbefristete Laufzeit	„Laufzeit sollte unbegrenzt sein“, „keine zeitliche Befristung“	8 (20,00 %)
2. Mehr Präsenzzeit an der Schule	„mehr Zeit vor Ort“, „mehr Anwesenheitszeit in den Schulen“	8 (20,00 %)
3. Höhere Planungssicherheit	„Planungssicherheit würde zu einem breiteren Einsatz an unserer Schule führen“, „Planungssicherheit für den Coach durch das Programm“	6 (15,00 %)
4. Erweiterung der Angebote	„noch mehr offene Angebote“, „Angebote für Lehrer:innen“, „Gruppenangebot auch für Eltern“	3 (7,50 %)
5. Mehr finanzielle Mittel	„mehr finanzielle Mittel, um alle Schüler:innen zu versorgen“, „weiter gute finanzielle Ausstattung für Projekte“	2 (5,00 %)
6. Vereinfachte Projektbeantragung	„weniger bürokratischen Aufwand bei der Antragserstellung“	2 (5,00 %)
7. Einbezug psychologischer Angebote	„vermehrter Einsatz von psychologischen Angeboten“, „Eine Verbindung zur (psychologischen) Beratung wäre gut.“	2 (5,00 %)
8. Personalkompetenz	„höhere persönliche Qualifikation und Motivation“	2 (5,00 %)
9. Höhere Eigenständigkeit in der Projektumsetzung	„mehr Entscheidungsfreiheit bei internen Projekten“	2 (5,00 %)
10. Höhere Personalkontinuität	„Kontinuität des Personals“	1 (2,50 %)

Kategorie	Beispielnennung	n (%)
11. Stärkere Integration der Schule in die Planung	„Schulen sollten vor der Bewerbung der Träger auf ihren Bedarf angesprochen werden und mit in die Planung integriert werden.“	1 (2,50 %)
12. Bessere Organisation allgemein	„bessere Organisation, Planung“	1 (2,50 %)
13. Mehr Klarheit bzgl. der Möglichkeit von externen Partnern	„Die Möglichkeit von externen Partnern sollte klarer sein.“	1 (2,50 %)
14. Alternative Investition der Gelder in Festanstellungen	„Die Gelder aus dem Projekt sollten in festangestellte SozialarbeiterInnen und pädagogische MitarbeiterInnen investiert werden.“	1 (2,5 %)

Anmerkungen. Häufigkeiten sind in absteigender Reihenfolge sortiert. Fehler in Rechtschreibung und Grammatik wurden korrigiert. Bis zu drei Nennungen waren möglich. Gesamtanzahl der Nennungen: $N = 40$.

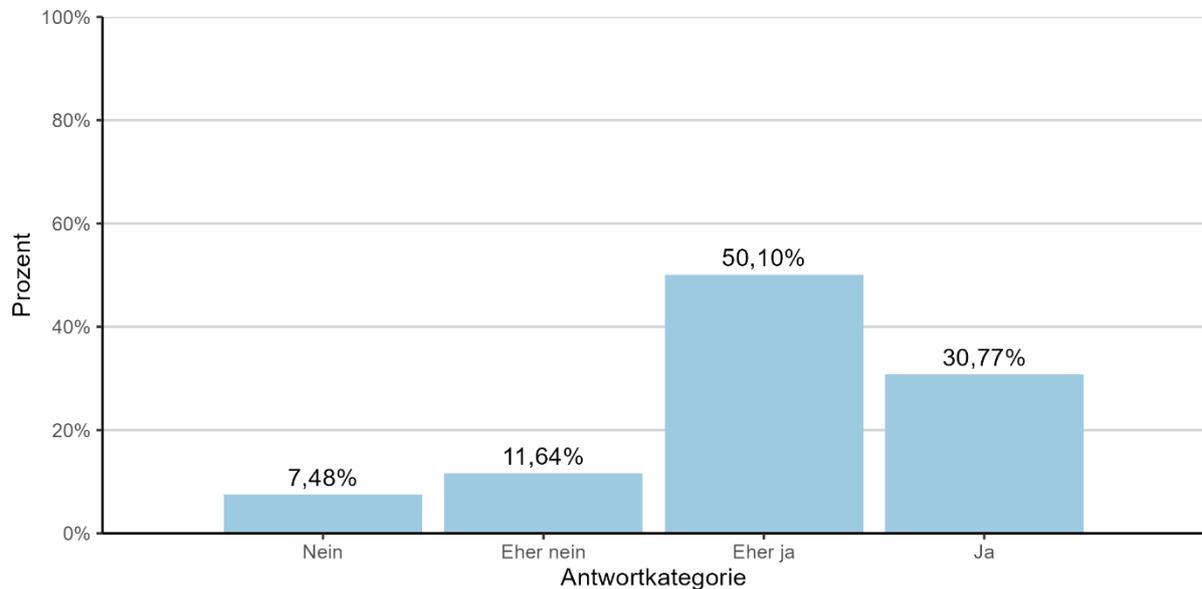
6.1.7 Bedarf an Mental Health Coaches von Schulen ohne Mental Health Coach

In einer repräsentativen Befragung von Schulleitungen allgemeinbildender Schulen in öffentlicher Trägerschaft aus 13 Bundesländern wurden ebendiesen das MHC-Programm und die Tätigkeit der MHC vorgestellt. Auf die Frage, ob es an ihrer Schule Bedarf für einen solchen MHC gebe, antwortete der Großteil ($n = 389$; 80,87 %) mit *eher ja* oder *ja* und eine Minderheit ($n = 92$; 19,12 %) mit *nein* oder *eher nein*. Fünf Schulleitungen gaben dazu keine Antwort. Die Verteilung der Antwortkategorien ist in Abbildung 14 dargestellt.



Abbildung 14

Bedarf an Mental Health Coaches von Schulen ohne Mental Health Coaches



Anmerkungen. $N = 481$. Personen, die keine Antwort gaben ($n = 5$) wurden ausgeschlossen.

6.2 Befragung der Mental Health Coaches

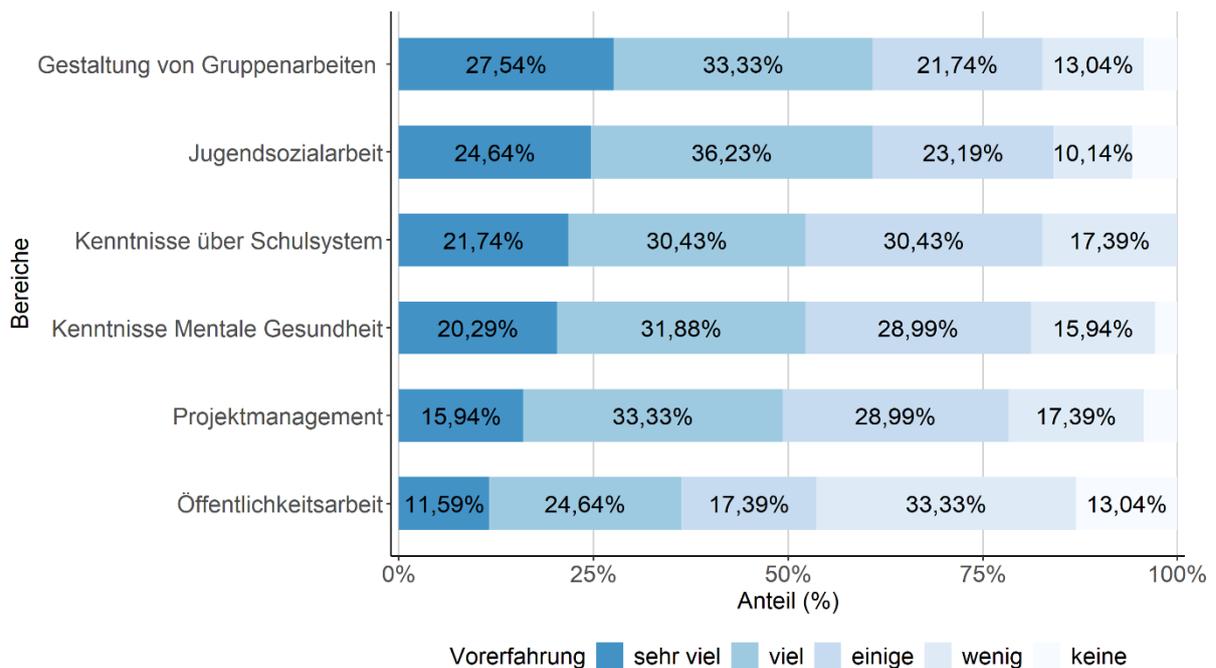
6.2.1 Charakteristika der Stichprobe

Die finale Stichprobe der MHC umfasste 69 Personen, von der 59 Personen (85,51 %) ihr Geschlecht als weiblich und 10 (14,49 %) als männlich angaben. Die Mehrheit, 65 Personen (94,20 %), berichtete, zwischen 25 und 60 Jahren alt und jeweils zwei Personen (je 2,90 %) jünger als 25 bzw. älter als 60 Jahre zu sein. Der größte Teil der MHC ($n = 29$; 42,03 %) war zwischen 31 und 40 Jahre alt. Die häufigste angegebene Qualifikation unter den MHC war ein Hochschulabschluss in den Bereichen Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik ($n = 26$; 37,68 %). Zwanzig Personen (28,99 %) berichteten, über einen Abschluss im Bereich Erziehungs-, Bildungswissenschaften und Pädagogik zu verfügen. Fünf Personen (7,25 %) gaben einen Abschluss in Psychologie an. Die restlichen 18 MHC (36,23 %) berichteten über einen Abschluss aus verschiedenen Bereichen, wie Gesundheits-, Sozial-, Kultur-, Literatur-, Religions-, Politik- Kommunikations-, Wirtschaftswissenschaften oder anderen Fachrichtungen. Jeweils mehr als die Hälfte der MHC schätzte ein, über viele oder sehr viele Vorerfahrungen in der Jugendsozialarbeit ($n = 42$; 60,87 %), der Gestaltung von Gruppenarbeiten mit jungen Menschen ($n = 42$; 60,87 %), im Bereich mentale Gesundheit ($n = 36$; 52,17 %) sowie über Kenntnisse über das Schulsystem ($n = 36$; 52,17 %) zu verfügen. In den Bereichen des Projektmanagements und der Öffentlichkeitsarbeit wurden etwas

weniger Vorerfahrungen berichtet. Dabei gaben 49 % ($n = 34$) viel oder sehr viel Vorerfahrung im Projektmanagement und 36 % ($n = 25$) eine entsprechende Vorerfahrung in der Öffentlichkeitsarbeit an. Eine vollständige Übersicht der Einschätzungen zu den Vorerfahrungen befindet sich in Abbildung 15.

Abbildung 15

Vorerfahrungen der Mental Health Coaches in verschiedenen Bereichen



Anmerkungen. $N = 69$. Abgebildet ist jeweils der prozentuale Anteil der Mental Health Coaches, die ihre Vorerfahrung in einem Bereich entsprechend groß eingeschätzt haben. Häufigkeiten unter 6,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. Die Bereiche sind absteigend nach dem Anteil der Mental Health Coaches geordnet, die von sehr viel Vorerfahrung berichteten.

Die 69 befragten MHC waren an insgesamt 83 Schulen deutschlandweit im Einsatz. Eine vollständige Auflistung der MHC-Schulen in den verschiedenen Regionen in Deutschland ist in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9

Absolute Häufigkeiten der beteiligten Schulen mit Mental Health Coaches aufgeteilt nach Regionen in Deutschland

Schulform	Regionen in Deutschland				Gesamt
	Norden ¹	Süden ²	Osten ³	Westen ⁴	
Hauptschule	4	9	2	2	17
Realschule	1	1	3	0	5
Gymnasium	4	4	4	0	12
Schulform mit integrierten Bildungsgängen	5	2	7	5	19
Schule mit kooperativen Bildungsgängen	4	1	2	6	13
Förderschule	0	2	4	1	7
Berufliche Schulen	2	2	1	4	9
Sonstige Schulformen	0	1	0	0	1
Gesamt	20	22	23	18	83

Anmerkungen. Dargestellt sind die absolute Häufigkeiten der verschiedenen Schulformen, an denen die befragten Mental Health Coaches angestellt sind. Ebenso ist die Verteilung der teilnehmenden Schulen auf die Regionen in Deutschland dargestellt. Mental Health Coaches können an mehreren Schulen tätig sein, daher ergeben sich insgesamt 83 beteiligte Schulen bei $N = 69$ Mental Health Coaches.

¹ Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein

² Baden-Württemberg, Bayern

³ Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

⁴ Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland

6.2.2 Bewertung der Basisqualifikation

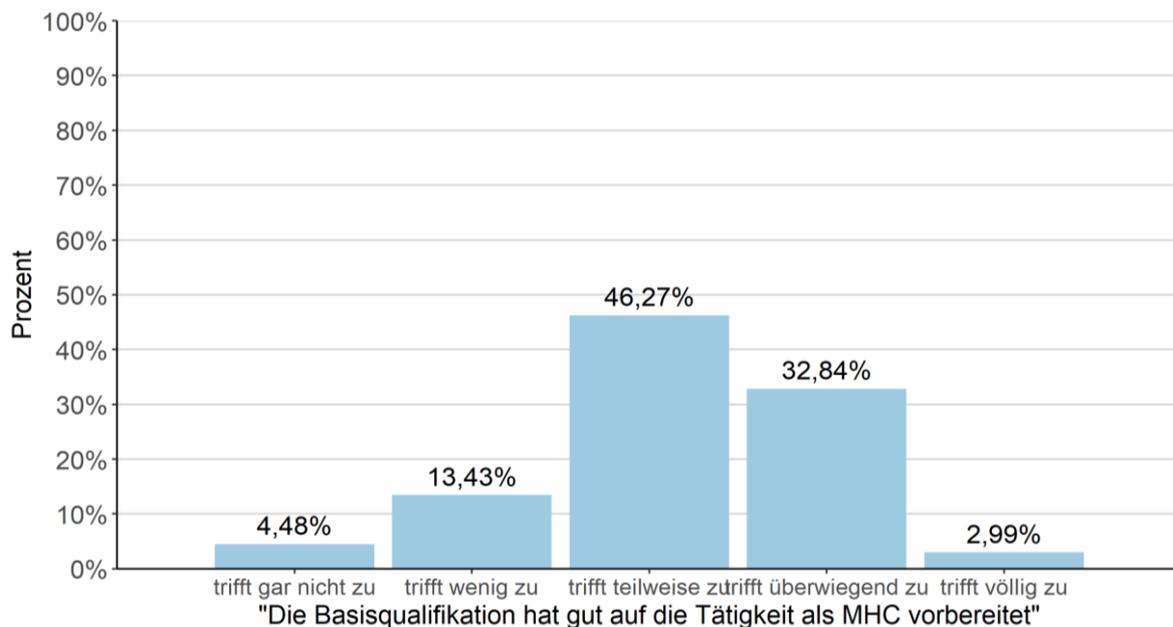
Von den 69 befragten MHC machten 67 Angaben zur Bewertung der Basisqualifikation. Zwei Befragte scheinen nicht an der Basisqualifikation teilgenommen zu haben, was auf



Nachbesetzungen der MHC-Stellen zurückzuführen sein könnte. Etwa ein Drittel der MHC, die an der Basisqualifikation teilnahmen, stimmte überwiegend ($n = 22$; 32,84 %) oder völlig ($n = 2$; 2,99 %) zu, sich durch die Basisqualifikation gut auf die Tätigkeit als MHC vorbereitet gefühlt zu haben, während die restlichen zwei Drittel der Befragten dieser Aussage nur teilweise ($n = 31$; 46,27 %) oder wenig ($n = 9$; 13,43 %) bis gar nicht ($n = 3$; 4,48 %) zustimmen konnten. Die relative Verteilung der Antworten wird in Abbildung 16 dargestellt.

Abbildung 16

Bewertung der Basisqualifikation



Anmerkung. $N = 67$.

Die Nützlichkeit einzelner Bestandteile der Basisqualifikation wurde von den MHC unterschiedlich eingeschätzt. Am hilfreichsten wurden die Inhalte zum Rollenverständnis (Skala: 1 = *gar nicht hilfreich* bis 5 = *sehr hilfreich*; $M = 3,76$; $SD = 1,09$), zum Basiswissen zum Thema mentale Gesundheit ($M = 3,76$; $SD = 0,99$) sowie die Austauschmöglichkeiten ($M = 3,73$; $SD = 1,00$) empfunden. Die Inhalte zur Netzwerkgestaltung ($M = 3,03$; $SD = 1,05$) und der Öffentlichkeitsarbeit ($M = 2,67$; $SD = 1,13$) wurden deskriptiv als vergleichsweise weniger hilfreich eingeschätzt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Einschätzungen zu den einzelnen Bestandteilen sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10

Bewertung der Nützlichkeit einzelner Bestandteile der Basisqualifikation

Inhalte der Basisqualifikation	M (SD)
Rollenverständnis	3,76 (1,09)
Basiswissen zu mentaler Gesundheit	3,76 (0,99)
Austauschmöglichkeiten	3,73 (0,91)
Methoden zur Wissensvermittlung	3,54 (1,00)
Gestaltung von Gruppenarbeiten	3,45 (1,11)
Aufgaben als Mental Health Coach	3,36 (1,02)
Netzwerkgestaltung	3,03 (1,05)
Öffentlichkeitsarbeit	2,67 (1,13)

Anmerkungen. N = 67. Die Antwortalternative *wurde nicht thematisiert* wurde in die Berechnung der Mittelwerte nicht miteinbezogen. Kodierung der Variablen: 1 = *gar nicht hilfreich*, 2 = *wenig hilfreich*, 3 = *teilweise hilfreich*, 4 = *ziemlich hilfreich*, 5 = *sehr hilfreich*. Die Inhalte sind absteigend nach Mittelwerten geordnet.

Zwei Drittel der MHC ($n = 45$; 67,16 %) gaben an, dass Methoden zur Wissensvermittlung über Themen der mentalen Gesundheit intensiver hätten behandelt werden sollen. Darüber hinaus hätte sich die Hälfte der MHC ($n = 33$; 49,25 %) mehr Vorbereitung auf die Aufgaben der MHC bei der Basisqualifikation gewünscht. Etwa 40 % der Befragten nannte in diesem Zusammenhang auch die Öffentlichkeitsarbeit ($n = 27$) und die Gestaltung von Gruppenarbeiten mit jungen Menschen ($n = 26$) als Themen, die intensiver hätten behandelt werden sollen. Die Häufigkeiten der Wünsche nach Vertiefung sind detailliert in Tabelle 11 dargestellt.



Tabelle 11

Inhalte der Basisqualifikation, die hätten intensiver behandelt werden sollen

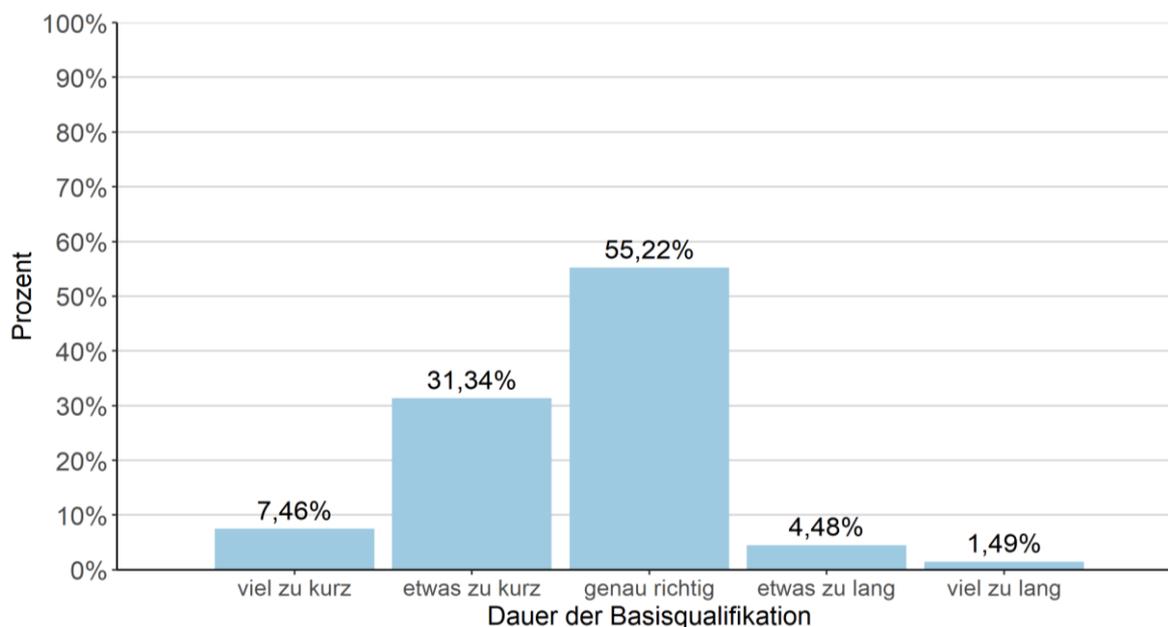
Inhalte der Basisqualifikation	Absolute Häufigkeit (n)	Relative Häufigkeit (%)
Methoden zur Wissensvermittlung	45	67,16 %
Aufgaben als Mental Health Coach	33	49,25 %
Öffentlichkeitsarbeit	27	40,30 %
Gestaltung von Gruppenarbeiten	26	38,81 %
Netzwerkgestaltung	20	29,85 %
Basiswissen zu mentaler Gesundheit	18	26,87 %
Rollenverständnis	17	25,37 %
Austauschmöglichkeiten	7	10,45 %
Sonstiges	6	8,96 %

Anmerkungen. N = 67. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Inhalte sind absteigend nach Häufigkeit geordnet.

Wie in Abbildung 17 dargestellt, wurde die Dauer der Basisqualifikation von 55 % der MHC (n = 37) als genau richtig, von 31 % (n = 21) als etwas zu kurz und von 7 % als viel zu kurz (n = 5) eingeschätzt. Nur vier MHC (5,97 %) bewerteten die Basisqualifikation als etwas oder viel zu lang.

Abbildung 17

Bewertung der Dauer der Basisqualifikation



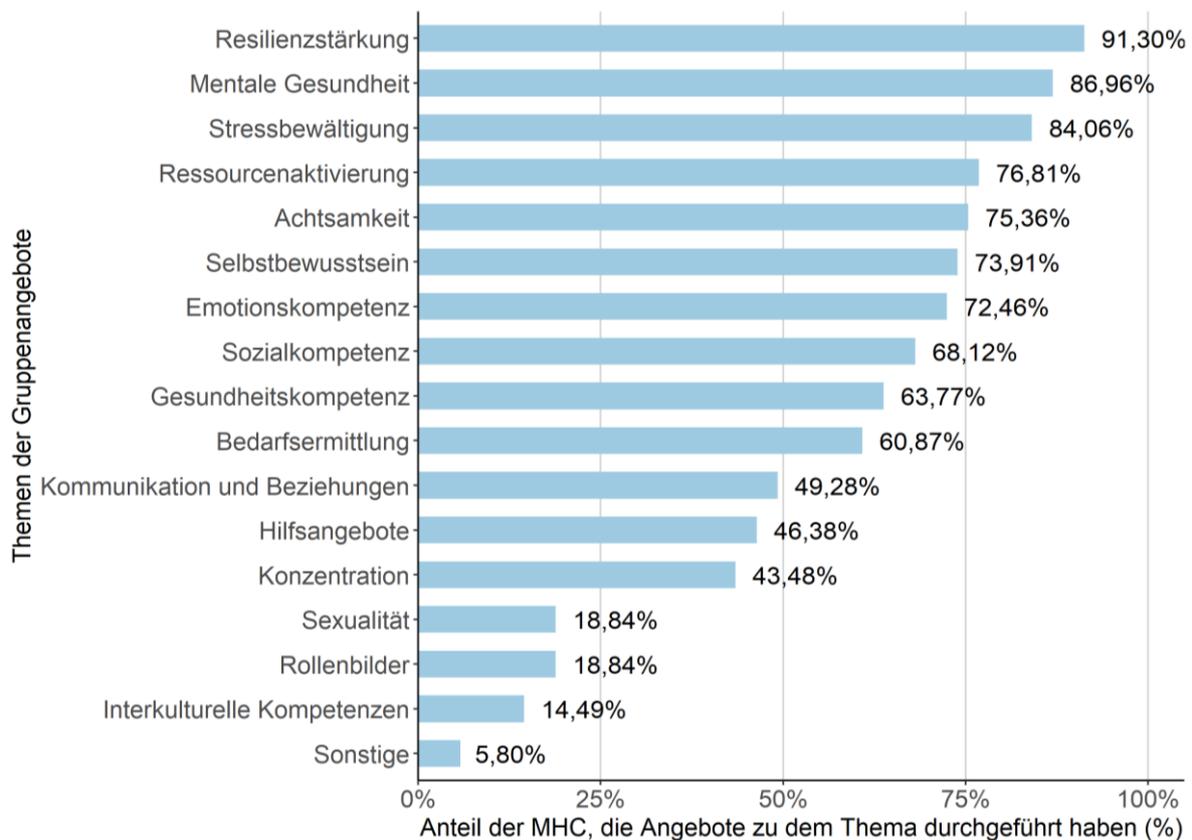
Anmerkung. $N = 67$.

6.2.3 Merkmale durchgeführter Angebote

Alle 69 befragten MHC gaben an, bereits Angebote an den Schulen durchgeführt zu haben. Am häufigsten wurden Angebote zur Stärkung der Resilienz ($n = 63$; 91,30 %) sowie zur Wissensvermittlung zu den Themenfeldern mentale Gesundheit ($n = 60$; 86,96 %) und Stressbewältigung ($n = 58$; 84,06 %) umgesetzt. Die relativen Häufigkeiten der umgesetzten Angebote sind in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18

Häufigkeit der umgesetzten Angebote zu verschiedenen Themen



Anmerkungen. N = 69. Mehrfachnennungen möglich. Abgebildet ist jeweils der prozentuale Anteil der MHC, die mindestens ein Angebot zu dem jeweiligen Thema umgesetzt haben. Die Themen sind absteigend nach Häufigkeit geordnet. MHC = Mental Health Coaches.

Während alle 69 MHC angaben, Gruppenangebote durchgeführt zu haben, wurden Einzelangebote nur von 22 % der MHC (n = 15) umgesetzt. Bis auf eine Person berichteten alle MHC (98,55 %), Workshops angeboten zu haben. Etwas weniger als die Hälfte der MHC führte darüber hinaus Arbeitsgemeinschaften und Ganztagsangebote außerhalb der Unterrichtszeit (n = 32; 46,38 %) oder Ausflüge (n = 30; 43,48 %) durch. Weitere berichtete Angebote umfassten Infostände (n = 3; 4,35 %) und Pausenaktionen (n = 6; 8,70 %). Zu den durchgeführten Einzelangeboten zählten Sprechstunden (n = 10; 14,49 %), Verweisberatungen (n = 3; 4,35 %) und Pausengespräche (n = 1; 0,69 %), die in Einzelfällen durchgeführt wurden. Im Rahmen der Verweisberatungen wurden Schüler:innen bei entsprechendem Bedarf an weiterführende Beratungsstellen und Hilfsangebote vermittelt.

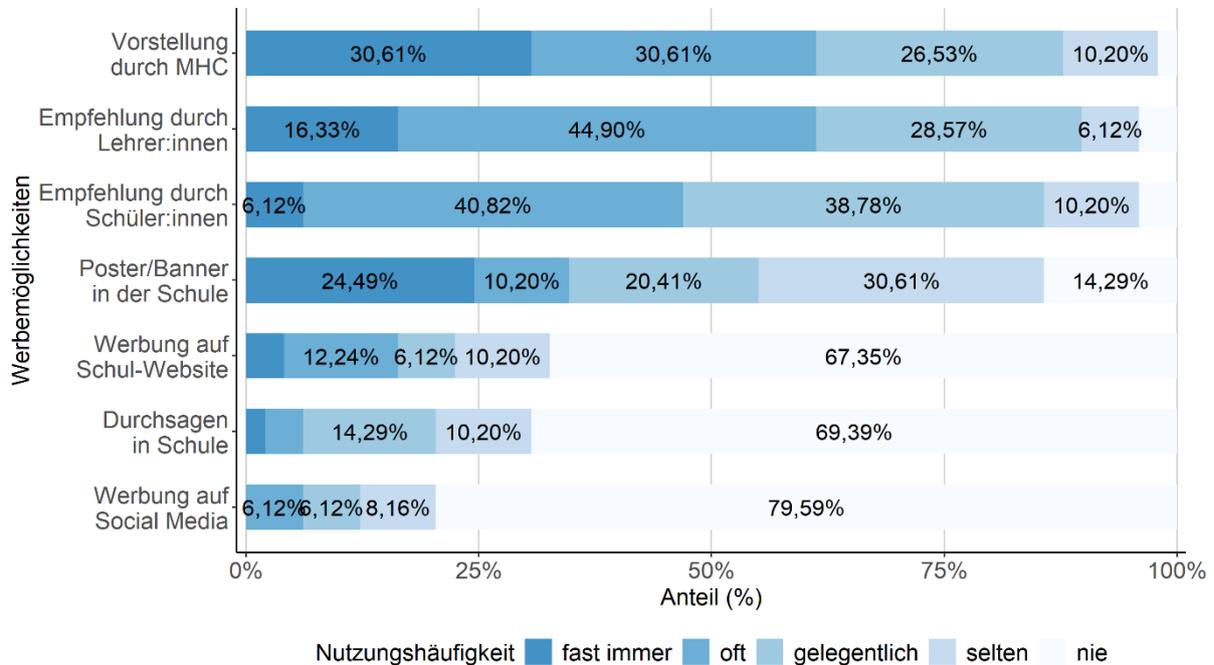
Die meisten MHC führten sowohl freiwillige als auch verpflichtende Angebote durch (n = 40; 57,97 %). Die restlichen MHC beschränkten sich auf ausschließlich freiwillige (n = 14;

20,29 %) oder verpflichtende Angebote ($n = 15$; 21,74 %). Insgesamt berichteten 71 % der MHC ($n = 50$), sowohl von den Schüler:innen aufgesucht zu werden, als auch auf diese zuzugehen. Die restlichen 29 % ($n = 19$) gaben an, nur selbst auf die Schüler:innen zuzugehen. Von den 54 MHC, die freiwillige Angebote durchführten, schätzten 63 % ($n = 34$) die Nachfrage als hoch und 4 % ($n = 2$) als zu hoch ein. Als niedrig bewerteten 28 % ($n = 15$) der MHC die Nachfrage, während nur drei MHC (5,56 %) berichteten, dass es keine Nachfrage gebe. Von den 49 MHC, welche berichteten, von Schüler:innen aufgesucht werden zu können, gaben 61 % ($n = 30$) an, oft ($n = 15$; 30,61 %) oder fast immer ($n = 15$; 30,61 %) selbst Werbung für die Angebote zu machen. Ebenso viele MHC berichteten, dass ihre Angebote oft ($n = 22$; 44,90 %) oder fast immer ($n = 8$; 16,33 %) von Lehrkräften empfohlen werden. Fast die Hälfte der MHC gab an, dass ihre Angebote oft ($n = 20$; 40,82 %) oder fast immer ($n = 3$; 6,12 %) von anderen Schüler:innen weiterempfohlen werden. Andere Werbeformen wurden insgesamt weniger genutzt. Eine detailliertere Aufgliederung der Nutzungshäufigkeiten einzelner Werbeformen findet sich in Abbildung 19.



Abbildung 19

Nutzungshäufigkeiten verschiedener Werbemöglichkeiten für die Inanspruchnahme freiwilliger Angebote durch Schüler:innen



Anmerkung. Abgebildet ist jeweils der prozentuale Anteil der MHC, die eine spezifische Werbemöglichkeit entsprechend oft genutzt hat. Die Darstellung bezieht sich nur auf die MHC, welche Angebote haben, die von Schüler:innen aktiv und freiwillig aufgesucht werden können ($N = 49$). Häufigkeiten unter 5,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. Die Werbemöglichkeiten sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *nie* geordnet. MHC = Mental Health Coach.

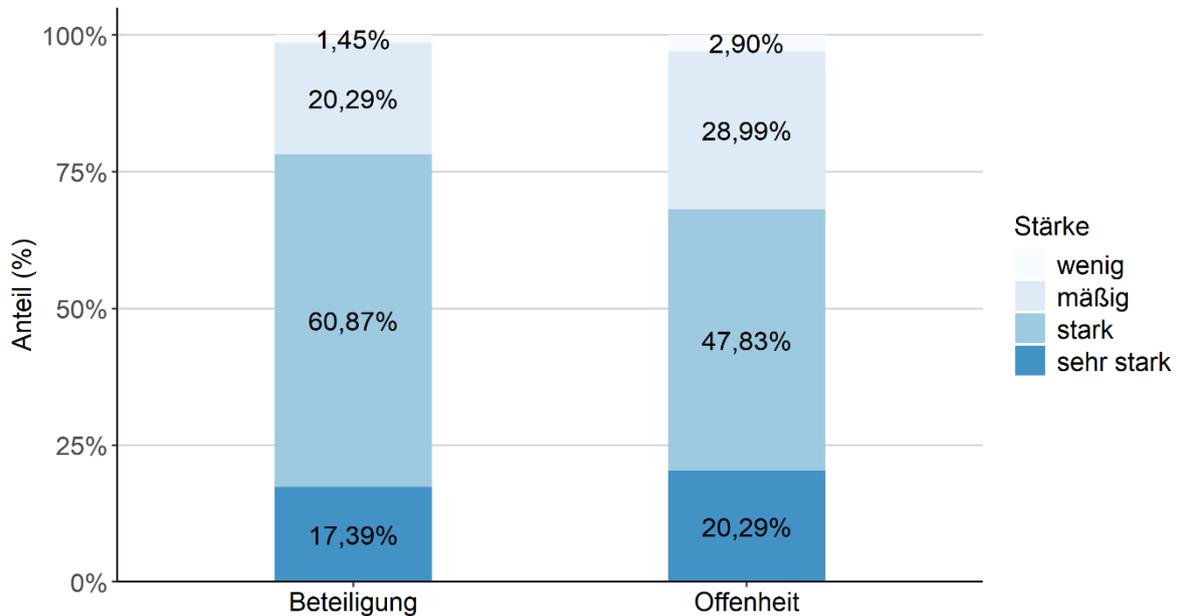
6.2.4 Offenheit und Beteiligung von Schüler:innen

Die Beteiligung der Schüler:innen innerhalb der Angebote wurde von 78 % der MHC als stark ($n = 33$; 60,87 %) oder sehr stark ($n = 33$; 17,39 %) eingeschätzt. Die Mehrheit der MHC bewertete die Offenheit der Schüler:innen gegenüber der Thematik mentaler Gesundheit als stark ($n = 33$; 47,83 %) bis sehr stark ($n = 14$; 20,29 %). Die Bewertung der Beteiligung und Offenheit der Schüler:innen in den Angeboten wird im Detail in Abbildung 20 dargestellt.



Abbildung 20

Wahrgenommene Beteiligung in Gruppenangeboten und Offenheit der Schüler:innen gegenüber dem Thema mentale Gesundheit



Anmerkungen. $N = 69$. Dargestellt sind die relativen Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien für die wahrgenommene Beteiligung und Offenheit der Schüler:innen in Gruppenangeboten. Die fünfte Antwortkategorie *keine Beteiligung/keine Offenheit* wurde nicht ausgewählt und wird daher nicht dargestellt.

6.2.5 Interdisziplinäre Kooperation

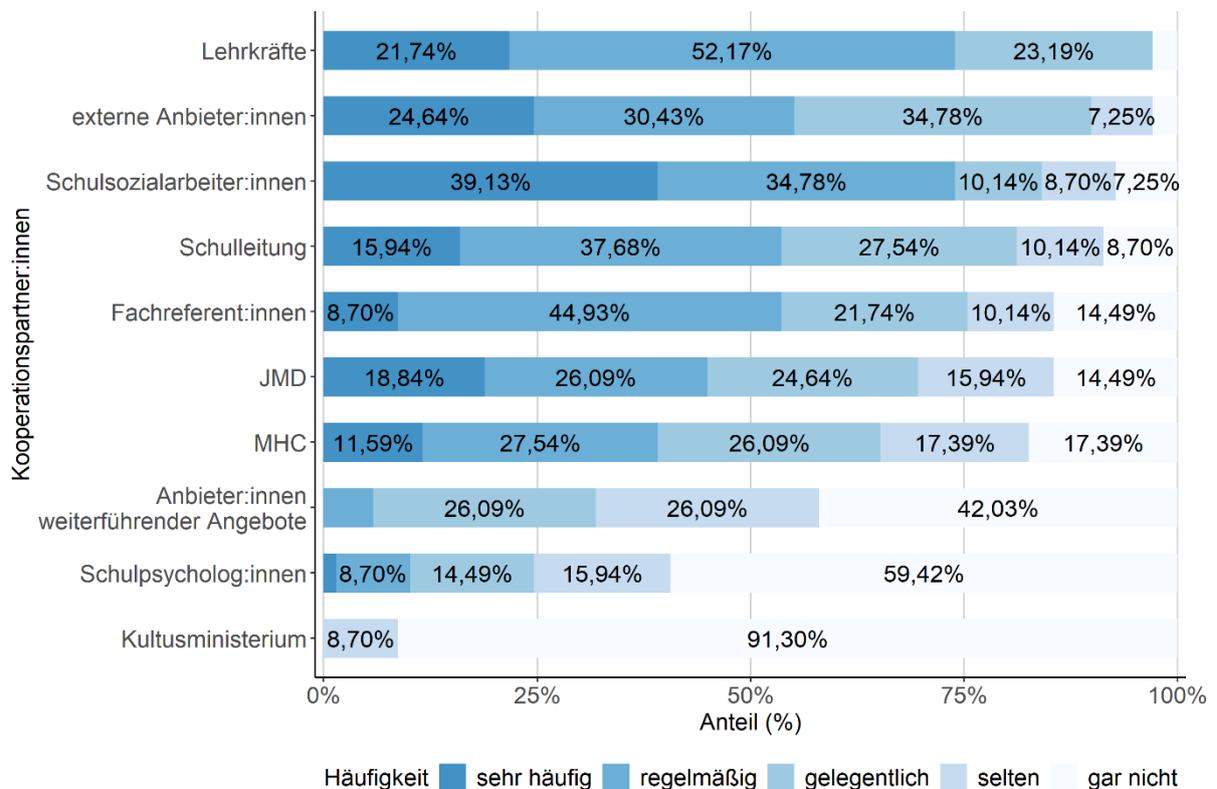
Am häufigsten gaben die MHC an, mit Lehrkräften ($n = 67$; 97,10 %), externen Anbieter:innen primärpräventiver Angebote ($n = 67$; 97,10 %), Schulsozialarbeiter:innen ($n = 64$; 92,75 %), den Schulleitungen ($n = 64$; 92,75 %) und den Fachreferentinnen ($n = 63$; 91,30 %) zu kooperieren. Mehr als die Hälfte der MHC berichtete, mit diesen Akteur:innen regelmäßig oder sehr häufig kooperiert zu haben. Die Kooperationshäufigkeit mit anderen MHC und den JMD wurde von den Befragten eher heterogen eingeschätzt. Mit dem Kultusministerium kooperierten sechs MHC selten, die restlichen MHC ($n = 63$; 91,30 %) überhaupt nicht. Die Mehrheit der Befragten berichtete außerdem, selten oder gar nicht Kontakt mit Schulpsycholog:innen ($n = 52$; 75,36 %) und mit Anbieter:innen weiterführender Angebote ($n = 47$; 68,12 %) zu haben. Von den 41 MHC (59,42 %), die berichteten, gar nicht mit Schulpsycholog:innen kooperiert zu haben, gaben 30 (43,48 %) an, dass es an ihrer Schule keine Schulpsycholog:innen gebe. Die detaillierten Häufigkeiten der interdisziplinären Kooperation mit einzelnen Akteur:innen sind der Abbildung 21 zu entnehmen. Abbildung 22



gibt einen Überblick über die Bewertung der Kooperationen. Dabei zeigt sich, dass die Befragten die Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartner:innen überwiegend als hilfreich einschätzten. Dabei wurde von jeweils über 80 % der Befragten insbesondere die Kooperation mit Anbieter:innen externer Angebote ($n = 63$; 91,3 %), anderen MHC ($n = 58$; 84,06 %), Lehrkräften ($n = 57$; 82,61 %) und Schulsozialarbeiter:innen ($n = 56$; 81,16 %) als ziemlich bis sehr hilfreich bewertet.

Abbildung 21

Häufigkeit der Kooperation mit anderen Fachgruppen

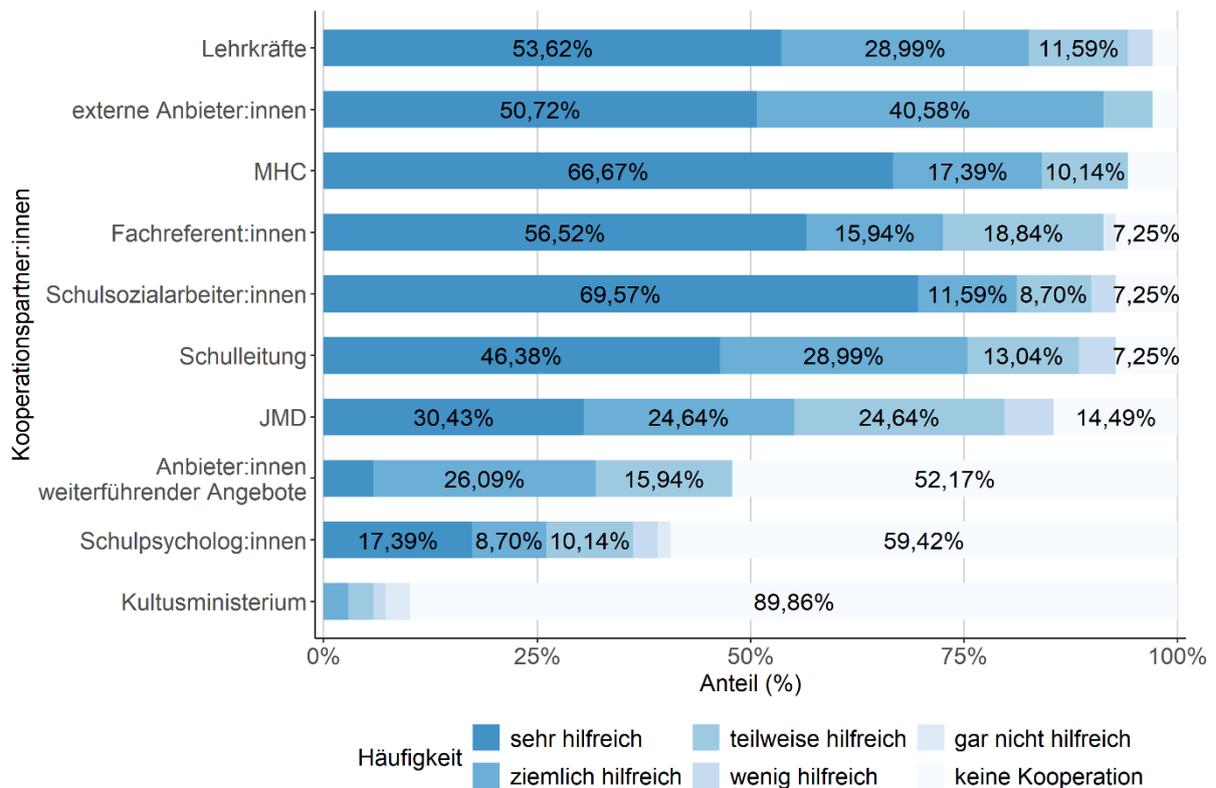


Anmerkungen. $N = 69$. Abgebildet ist der prozentuale Anteil der MHC, der mit einzelnen Kooperationspartner:innen nach eigenen Angaben zufolge entsprechend oft zusammengearbeitet hat. Häufigkeiten kleiner 6,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. Die Kooperationspartner:innen sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *gar nicht* geordnet. JMD = Jugendmigrationsdienste, MHC = Mental Health Coaches.



Abbildung 22

Bewertung der Kooperation mit anderen Fachgruppen

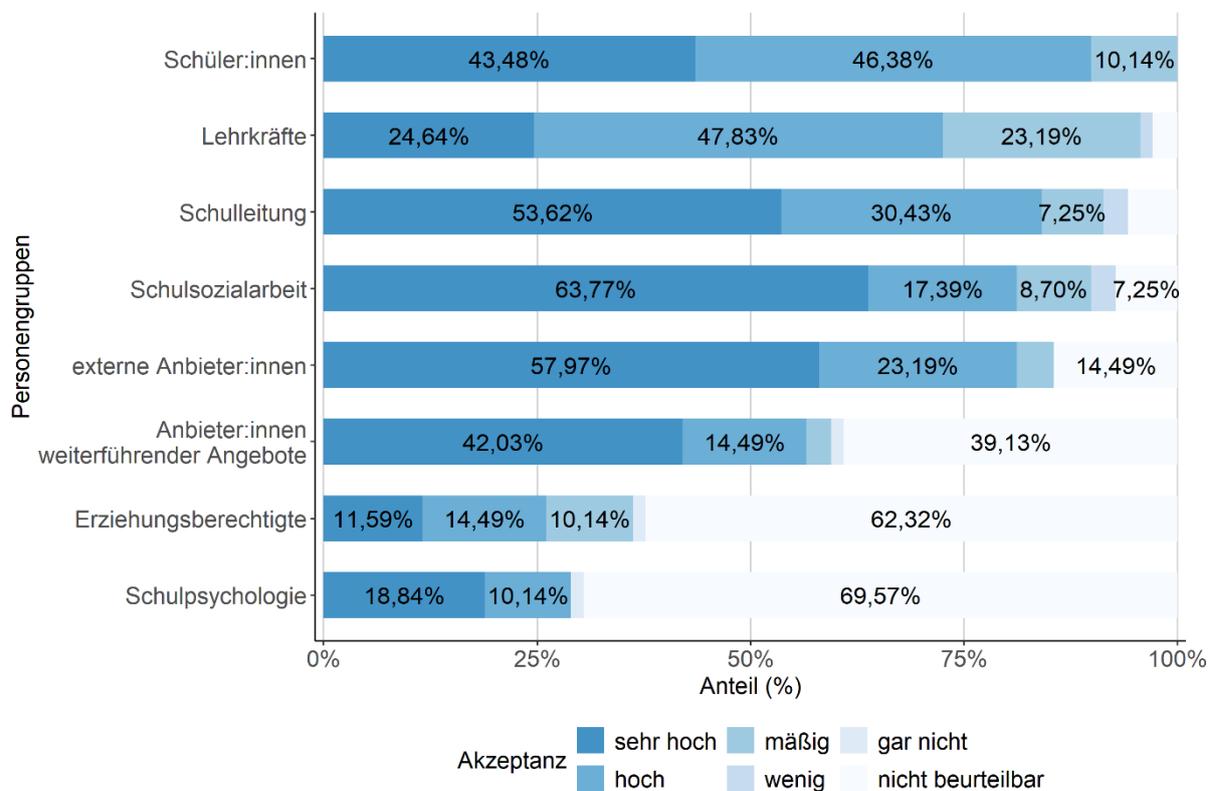


Anmerkung. N = 69. Abgebildet ist der prozentuale Anteil der MHC, der die Kooperation mit einzelnen Kooperationspartner:innen entsprechend hilfreich eingeschätzt hat. Häufigkeiten kleiner 6,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. Die Kooperationspartner:innen sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *keine Kooperation* geordnet.

Wie in Abbildung 23 dargestellt, schätzten die MHC die ihnen entgegengebrachte Akzeptanz aus Sicht verschiedener Personengruppen insgesamt recht hoch ein. Während die Akzeptanz der Erziehungsberechtigten von 62 % der MHC und die Akzeptanz der Schulpsycholog:innen von 70 % der MHC nicht bewertet werden konnte, wurde die Akzeptanz aller weiteren Personengruppen von mehr als der Hälfte der Befragten als hoch oder sehr hoch eingeschätzt. Die Anteile der MHC, die die Akzeptanz als wenig oder gar nicht vorhanden bewerteten, lagen in allen Personengruppen unter 3 %. Am höchsten wurde die Akzeptanz der Schüler:innen gegenüber den MHC bewertet; hier gaben knapp 90 % der MHC an, die Akzeptanz als hoch ($n = 32$; 46,38 %) bis sehr hoch ($n = 30$; 43,48 %) wahrzunehmen.

Abbildung 23

Einschätzung der Akzeptanz der Mental Health Coaches durch verschiedene Personengruppen



Anmerkung. $N = 69$. Abgebildet ist die prozentuale Verteilung der von den Mental Health Coaches wahrgenommenen Akzeptanz verschiedener Personengruppen ihnen gegenüber. Häufigkeiten kleiner 6,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. Die Personengruppen sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *nie* geordnet.

6.2.6 Eigene Arbeitsbelastung

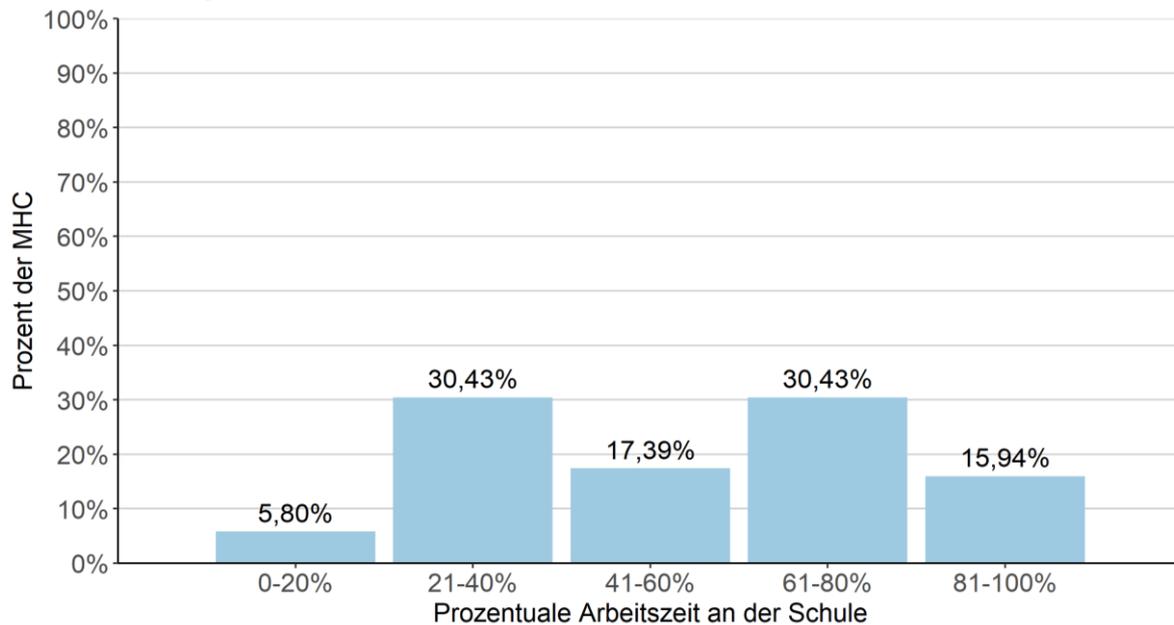
Die wöchentliche Arbeitszeit nach Vertrag variierte zwischen den MHC: 52 % der MHC ($n = 36$) gaben an, für mehr als 30 Stunden und 33 % ($n = 28$) für 11 bis 20 Stunden pro Woche eingestellt zu sein. Die restlichen 15 % der MHC ($n = 10$) berichteten über eine wöchentliche Arbeitszeit von 21–30 Stunden. Während 70 % angaben, dass die Arbeitszeit überwiegend ($n = 36$; 52,17 %) bis völlig ($n = 12$; 17,39 %) für die Tätigkeiten ausreiche, nannten 30 %, dass sie kaum ($n = 20$; 28,99 %) bis gar nicht ($n = 1$; 1,45 %) genüge. Abbildung 24 zeigt, dass der Anteil der Arbeitszeit, den die MHC an den Schulen verbrachten, sehr unterschiedlich eingeschätzt wurde ($M = 56,71$ %, $SD = 23,77$ %). In Abbildung 25 sind die Mittelwerte der Einschätzungen der Verteilung der prozentualen Arbeitszeit dargestellt. Dabei zeigt sich im Durchschnitt, dass etwa drei Viertel der Arbeitszeit für Planung und Durchführung von



Gruppenangeboten (36,30 %), administrative Tätigkeiten (24,07 %) und die Akquise externer Anbieter:innen (15,16 %) genutzt wurden.

Abbildung 24

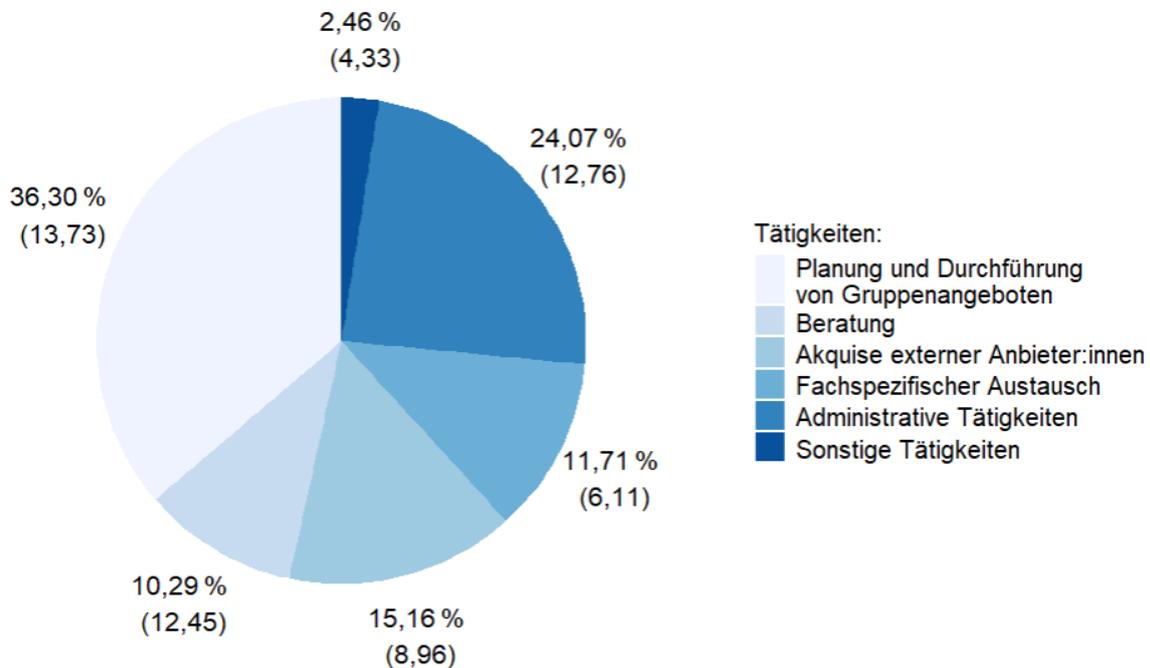
Verteilung der anteiligen Arbeitszeit an der Schule



Anmerkungen. $N = 69$. Dargestellt sind die prozentualen Häufigkeiten des eingeschätzten Anteils der Arbeitszeit, die die Mental Health Coaches an der Schule verbringen. Zur übersichtlicheren Darstellung wurden die Einschätzungen in fünf Kategorien eingeteilt.

Abbildung 25

Verteilung der Arbeitszeit auf verschiedene Tätigkeiten

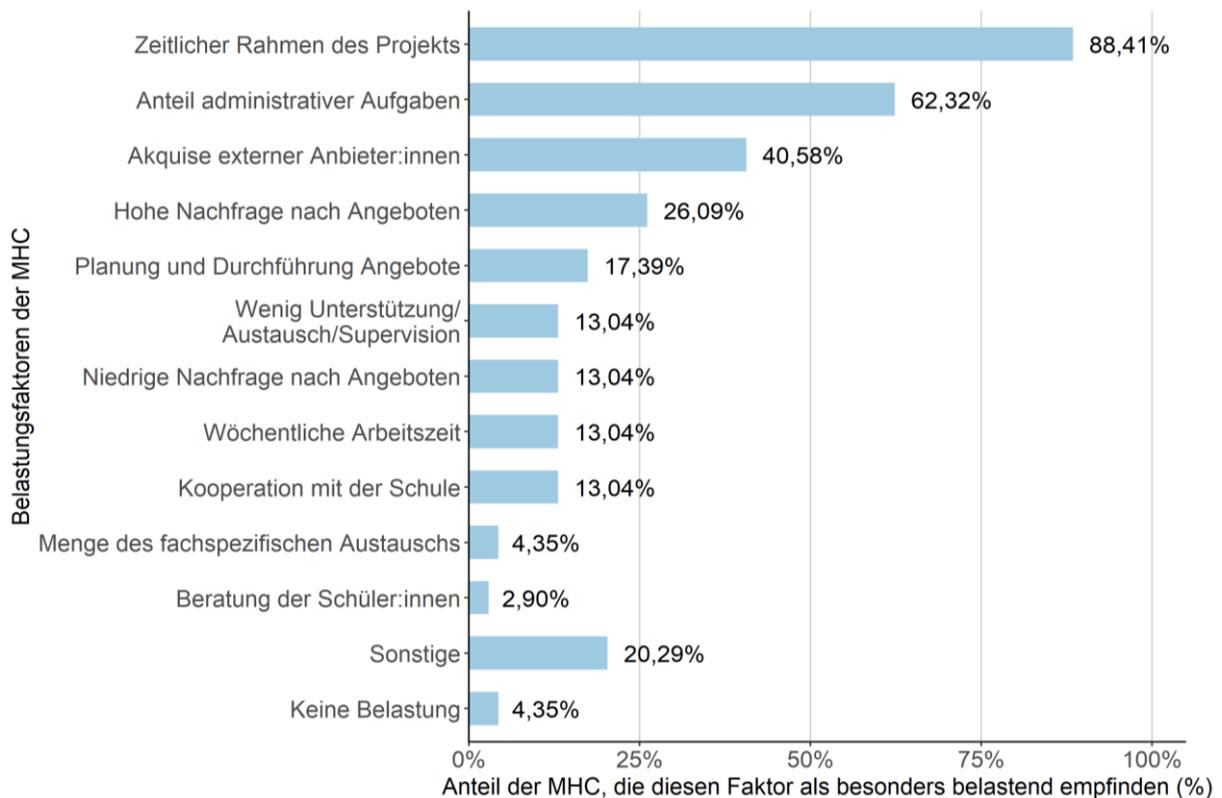


Anmerkung. $N = 69$. Dargestellt sind die Mittelwerte der Einschätzungen der prozentualen Verteilung der Arbeitszeit. Die Mental Health Coaches verteilten jeweils 100 % auf die verschiedenen Aufgabenfelder. In den Klammern sind die Standardabweichungen der Mittelwerte dargestellt.

Die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit als MHC wurde überwiegend positiv eingeschätzt. Zweiundsechzig Prozent gaben an, ziemlich ($n = 28$; 40,58 %) oder sehr zufrieden ($n = 15$; 21,74 %) zu sein, 32 % ($n = 22$) berichteten teilweise zufrieden zu sein. Die restlichen 6 % ($n = 4$) gaben an, wenig zufrieden mit der eigenen Arbeit zu sein. Drei Viertel der MHC schilderten, durch ihre Tätigkeit wenig ($n = 27$; 37,13 %) oder mäßig belastet ($n = 24$; 34,78 %) zu sein. Die restlichen MHC berichteten über eine deutliche ($n = 16$; 23,19 %) oder sehr starke Belastung ($n = 2$; 2,90 %) durch die Tätigkeit als MHC. Zu den meistgenannten Belastungsfaktoren zählten der zeitliche Rahmen des Projektes ($n = 61$; 88,41 %), der Anteil administrativer Aufgaben ($n = 43$; 62,32 %) und die Akquise geeigneter externer Anbieter:innen primärpräventiver Angebote ($n = 28$; 40,58 %). Weitere Belastungsfaktoren sind in Abbildung 26 abgebildet.

Abbildung 26

Häufigkeit berichteter Belastungsfaktoren der Mental Health Coaches



Anmerkungen. $N = 69$. Dargestellt sind die relativen Häufigkeiten der MHC, die angaben, den jeweiligen Faktor als besonders belastend empfinden. Mehrfachantworten waren möglich. Die Belastungsfaktoren sind absteigend nach Häufigkeit geordnet. In den Freitextantworten in der Kategorie „Sonstige“ wurden u. a. das Schulklima, die Integration in den Schulkontext, die Planungsunsicherheit und die Einschränkung, dass trotz Bedarf keine Beratungen möglich seien, genannt. MHC = Mental Health Coaches.

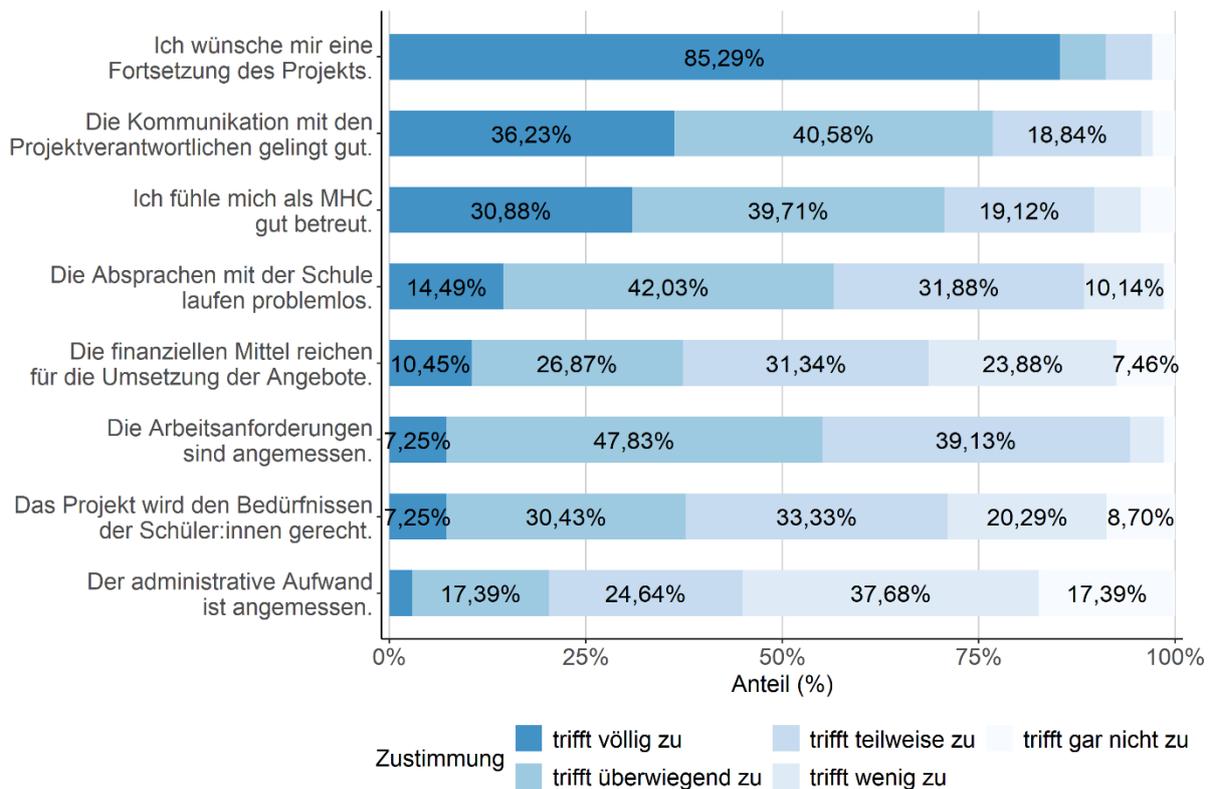
6.2.7 Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte des Projektes

Den zeitlichen Rahmen des gesamten Projektes schätzten 96 % der MHC ($n = 66$) als viel zu kurz ein. Fünfundachtzig Prozent der MHC ($n = 58$) stimmten der Aussage völlig zu, dass sie sich eine Fortsetzung des Projekts wünschen. Die Mehrheit bewertete die Kommunikation mit Verantwortlichen des Projekts ($n = 53$; 76,81 %), die Betreuung der MHC ($n = 48$; 70,59 %) und die Absprachen mit der Schule ($n = 39$; 56,52 %) überwiegend oder völlig positiv. Auch die Arbeitsanforderungen der MHC wurden mehrheitlich als überwiegend ($n = 33$; 47,83 %) oder völlig angemessen ($n = 5$; 7,25 %) bewertet. Die finanziellen Mittel, die für die Angebote zur Verfügung stehen, wurden von 37 % der MHC als überwiegend ($n = 18$; 26,87 %) oder völlig ausreichend ($n = 7$; 10,45 %) und von 31 % als teilweise ausreichend ($n = 21$)

empfunden. Der Aussage, dass das Projekt den Bedürfnissen und Belastungen der Schüler:innen gerecht werde, stimmten 33 % der MHC ($n = 17$) teilweise und 38 % überwiegend ($n = 21$; 30,43 %) bis völlig ($n = 5$; 7,25 %) zu. Der administrative Aufwand des Projekts wurde von 55 % der Befragten als wenig ($n = 26$; 37,68 %) oder gar nicht angemessen ($n = 12$; 17,39 %) und von 25 % als teilweise angemessen ($n = 17$) beurteilt. Die Verteilung der Zustimmung zu den Aussagen über organisatorische Aspekte sind in Abbildung 27 dargestellt.

Abbildung 27

Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte aus Sicht der Mental Health Coaches



Anmerkung. $N = 69$. Abgebildet ist der prozentuale Anteil der Mental Health Coaches, der einzelnen Aussagen zu allgemeinen und organisatorischen Aspekten des Projektes entsprechend stark zustimmt. Häufigkeiten unter 6,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. Die Aussagen sind absteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *trifft völlig zu* geordnet.

6.2.8 Offenes Feedback

Offenes Feedback zu den positiven Aspekten des Modellprojekts („Welche Aspekte des Projektes finden Sie gut?“) gaben 50 MHC (72,46 %). Aus ihren Angaben wurden 130 Nennungen kodiert, aus denen sechs thematische Hauptkategorien abgeleitet wurden. Eine Übersicht der Kategorien sowie deren absolute und relative Häufigkeiten sind in Tabelle 12 abgebildet.

Die erste Hauptkategorie umfasst die „Relevanz des Projekts“ ($n = 22$; 16,92 % der positiven Nennungen). Neun Personen nannten in diesem Zusammenhang „die Notwendigkeit des Projekts aufgrund vieler Belastungen der Schüler:innen“ (6,92 %). Diesbezüglich wurden beispielsweise die Klimakrise, Kriege oder die Corona-Pandemie als Faktoren aufgezählt, die Schüler:innen belasten und ein primärpräventives Angebot im Bereich mentale Gesundheit erforderlich machen. Als zweite Unterkategorie wurde daran anknüpfend der „Fokus auf die mentale Gesundheit“ definiert, der von 13 Personen genannt wurde (10,00 %). Dabei wurde betont, wie wichtig es sei, mentale Gesundheit zu thematisieren und jungen Menschen Hilfestellungen zu geben.

Die zweite Hauptkategorie bezieht sich auf das „allgemeine Konzept“ und umfasst vier Unterkategorien ($n = 27$; 20,77 %). In der Unterkategorie „Ansatz und Zielsetzung des MHC-Programms“ wurden verschiedene Aspekte des Konzepts zusammengefasst ($n = 12$; 9,23 %). Der Ansatz und die Zielsetzung im Allgemeinen wurden von sechs Personen gelobt (4,62 %). Andere Aussagen bezogen sich unter anderem auf die Themenvielfalt, den Präventionscharakter und den Gewinn für die Arbeit durch die Freiwilligkeit der Angebote. Die zweite Unterkategorie „Rahmenkonzept auf Bedarfe der Schule zugeschnitten“ beschreibt, dass die Bedürfnisse der Schüler:innen im Vordergrund stehen und im Programm berücksichtigt werden. Dieser Aspekt wurde von fünf MHC thematisiert (3,85 %). Darüber hinaus wurde auch die „Ressourcenorientierung“ von fünf Personen genannt (3,85 %). Diese Unterkategorie beschreibt, dass die MHC besonders die Ausrichtung auf Ressourcen und nicht nur auf mentale Probleme schätzten. Die letzte Unterkategorie, die sich auf das allgemeine Konzept bezieht, ist die „Einbindung externer Anbieter:innen“. Fünf MHC (3,85 %) hoben hervor, dass durch die Kooperation mit externen Anbieter:innen noch mehr Themenvielfalt geboten werden und eine Nachhaltigkeit der Angebote geschaffen werden könne.

Die dritte Hauptkategorie „Umsetzung im Schulkontext“ beschreibt die Relevanz und die Vorteile der Umsetzung des Programms in der Schule. Insgesamt 17 Nennungen (13,08 %) hoben die Eigenschaften des Schulkontextes hervor. Die erste Unterkategorie „niederschwelliger Zugang im Schulkontext“ wurde von fünf MHC (3,85 %) genannt und



beschreibt, dass in der Schule viele Personen erreicht werden können. Weitere fünf MHC (3,85 %) nannten die Unterkategorie „Ansprechperson in der Schule für sensible Themen“ und betonten damit die Relevanz einer Anlaufstelle für Schüler:innen in der Schule. In der dritten Unterkategorie „Rahmen für Austausch über mentale Gesundheit“ stellten zwei MHC (1,54 %) heraus, dass das Thema „mentale Gesundheit“ durch die Umsetzung des Programms an Schulen Teil des Schulalltags werde und dadurch ein Austausch ermöglicht werde.

In der vierten Hauptkategorie „Arbeit der MHC“ sind fünf positive Aspekte der Arbeitsstruktur enthalten ($n = 36$; 27,69 %). Oft hervorgehoben wurde in diesem Zusammenhang der „Gestaltungsspielraum bei der Durchführung von Angeboten“, der ein bedarfsorientiertes Vorgehen ermögliche. Diese Kategorie wurde von 19 MHC genannt (14,62 %). Neun Personen (6,92 %) nannten darüber hinaus die Unterkategorie „Erleben von Selbstwirksamkeit und Autonomie durch das Einbringen eigener Erfahrungen“. Weiterhin wurde der „Vorteil der externen Position der MHC“ von vier Personen (3,08 %) herausgestellt, da dies die Arbeit erleichtere und auch bei den Schüler:innen zu mehr Akzeptanz sowie einem geschützteren Umfeld führe. Ebenfalls positiv hervorgehoben wurden von je zwei Personen (je 1,54 %) das „multidisziplinäre Arbeiten“ und das „direkte Feedback durch die Arbeit mit den Schüler:innen“.

Als fünfte Hauptkategorie wurden die „Effekte des MHC-Programms“ mit drei Unterkategorien definiert ($n = 19$; 14,62 %). Der erste Aspekt umfasst die „Akzeptanz durch Schüler:innen, Lehrkräfte und die Schule“. Sieben MHC (5,38 %) betonten, dass die Angebote von den Lehrkräften und Schüler:innen gut angenommen wurden und sie Unterstützung von der Schule erfahren. Die zweite Unterkategorie „Umsetzung der Ziele“ umfasst verschiedene Ziele des MHC-Programms, die nach den Erfahrungen der MHC bereits umgesetzt werden konnten ($n = 10$; 7,69 %). Fünf MHC betonten, dass Unterstützungsmöglichkeiten und Raum für Reflexion geschaffen werden konnten (3,85 %). Darüber hinaus wurde auch erwähnt, dass Bedürfnisse der Schüler:innen aufgezeigt und die Resilienz durch regelmäßige Angebote gestärkt werden konnte. Eine Person (0,77 %) schrieb, dass sowohl die Schüler:innen als auch die Lehrkräfte etwas über Hilfsangebote lernen konnten. Die Unterkategorie „Entlastung der Schulsozialarbeit“ wurde von zwei Personen benannt (1,54 %).

Die letzte Hauptkategorie „Begleitung der MHC“ umfasst Schulungen und Austauschmöglichkeiten für die MHC ($n = 9$; 6,92 %). Fünf Personen lobten die Fortbildungsmöglichkeiten für die MHC (3,85 %). Ebenso nannten je zwei MHC (je 1,54 %) die Netzwerkarbeit und den Austausch unter Fachkräften sowie die gute Betreuung durch und Kommunikation mit den Verantwortlichen.



Tabelle 12

Kategorien der positiven Aspekte aus dem offenen Feedback der Mental Health Coaches

Kategorien	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen ¹	Anteil der MHC ²
1. Relevanz des Projekts			
1.1. Notwendigkeit des Projekts aufgrund vieler Belastungen der Schüler:innen	9	6,92 %	13,04 %
1.2. Fokus auf mentale Gesundheit	13	10,00 %	18,84 %
2. allgemeines Konzept			
2.1. Ansatz und Zielsetzung des MHC-Programms	12	9,23 %	17,39 %
2.2. Rahmenkonzept auf Bedarfe der Schule zugeschnitten	5	3,85 %	7,25 %
2.3. Ressourcenorientierung	5	3,85 %	7,25 %
2.4. Einbindung externer Anbieter:innen	5	3,85 %	7,25 %
3. Umsetzung im Schulkontext			
3.1. niederschwelliger Zugang im Schulkontext	5	3,85 %	7,25 %
3.2. Ansprechperson in der Schule für sensible Themen	5	3,85 %	7,25 %
3.3. Rahmen für Austausch über mentale Gesundheit	2	1,54 %	2,90 %
3.4. Schulkontext allgemein	5	3,85 %	7,25 %
4. Arbeit der MHC			
4.1. Gestaltungsspielraum bei der Durchführung von Angeboten	19	14,62 %	27,54 %
4.2. Erleben von Selbstwirksamkeit und Autonomie durch das Einbringen eigener Erfahrungen	9	6,92 %	13,04 %

Kategorien	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen ¹	Anteil der MHC ²
4.3. Vorteil der externen Position der MHC	4	3,08 %	5,80 %
4.4. multidisziplinäres Arbeiten	2	1,54 %	2,90 %
4.5. direktes Feedback durch die Arbeit mit den Schüler:innen	2	1,54 %	2,90 %
5. Effekte des MHC-Programms			
5.1. Akzeptanz durch Schüler:innen, Lehrkräfte und die Schule	7	5,38 %	10,14 %
5.2. Umsetzung der Ziele	10	7,69 %	14,49 %
5.3. Entlastung der Schulsozialarbeit	2	1,54 %	2,90 %
6. Begleitung der MHC			
6.1. Fortbildungsmöglichkeiten	5	3,85 %	7,25 %
6.2. Austausch, Vernetzung und Betreuung	4	3,08 %	5,80 %

Anmerkungen. Dargestellt sind die Haupt- und Unterkategorien der ausgewerteten offenen Feedbacks der MHC bezogen auf die positiven Bestandteile des Modellprojekts. Darüber hinaus sind die absoluten und relativen Häufigkeiten der Unterkategorien dargestellt. Neunzehn MHC machten keine Aussage zu positiven Projektbestandteilen. Aussagen der MHC konnten mehreren Unterkategorien innerhalb einer Hauptkategorie zugeteilt werden. MHC = Mental Health Coaches.

¹ Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf den Anteil der 130 kodierten Nennungen.

² Die dargestellten relativen Häufigkeiten in der rechten Spalte „Anteil der MHC“ beziehen sich auf $N = 69$ MHC.

Offenes Feedback zu den verbesserungswürdigen Aspekten des Modellprojekts gaben 57 MHC (82,61 %). Aus den 160 Nennungen auf die Frage: „Welche Aspekte des Projektes sind aus Ihrer Sicht verbesserungswürdig?“ wurden sieben Hauptkategorien abgeleitet. Eine Übersicht der Kategorien sowie deren absolute und relative Häufigkeiten sind in Tabelle 13 abgebildet.

Am häufigsten genannt wurde die Kategorie „Projektlaufzeit“ ($n = 58$; 36,25 % der negativen Nennungen). Während zehn Personen (6,25 %) die Projektlaufzeit im Allgemeinen nannten,



konnten vier weitere Unterkategorien abgeleitet werden. Die erste Unterkategorie „Projektlaufzeit erschwert Planung und Zusammenarbeit“ wurde von 17 Personen (10,63 %) genannt und umfasst die Schwierigkeiten in der Planung von Angeboten, aber auch in der Kooperation mit externen Anbieter:innen und der Schule. Damit geht auch der Kritikpunkt einher, dass die Förderdauer nicht mit den Zeiten der Schuljahre übereinstimme und die Planung zusätzlich erschwere. Daran knüpft auch die zweite Unterkategorie „Projektlaufzeit erschwert langfristige Erfolge und Vertrauensbildung“ an, die von 18 Personen thematisiert wurde (11,25 %). Die dritte Unterkategorie „Belastung für persönliche berufliche Planung“ beschreibt die Unsicherheiten über die Fortführung des Arbeitsvertrages, die eine Belastung für die MHC darstellten. Dieser Aspekt wurde von sechs Personen genannt (3,75 %). Als vierte Unterkategorie wurde „mehr Transparenz in der Kommunikation“ abgeleitet. Darin adressierten sieben MHC (4,38 %) die Unsicherheiten um die Finanzierung und dass diese hätte transparenter kommuniziert werden sollen. Zusammenfassen lässt sich die Hauptkategorie „Projektlaufzeit“ mit folgendem Zitat eines/einer Teilnehmenden: „Damit wir als MHCs wirklich einen Platz im System Schule – innerhalb von starren Zeitstrukturen und Leistungsanforderungen – finden können, braucht es mehr als ein Jahr.“

Die zweite Hauptkategorie „Administrativer Aufwand“ wurde von 24 Personen aufgegriffen (15,00 %). Insbesondere die Beantragung von Gruppenangeboten sei mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden. Die Vorgabe, mehrere Vergleichsangebote einholen zu müssen, sei insbesondere in Kleinstädten und im ländlichen Raum oft schwierig, schrieben fünf MHC (3,13 %).

In der dritten Hauptkategorie „Angebote“ sind zwei Unterkategorien enthalten ($n = 21$; 13,13 %). Die erste, „Einzelangebote ermöglichen“, wurde von 14 MHC (8,75 %) genannt und bezieht sich darauf, als MHC mehr Flexibilität in der Durchführung von Beratungen und Beziehungsarbeit haben zu wollen und dadurch mehr auf den Bedarf der Schüler:innen eingehen zu können. Die zweite Unterkategorie „Finanzierung von Gruppenangeboten“ thematisiert, dass mehr finanzielle Mittel für die Durchführung von Angeboten zur Verfügung stehen sollten. Dieser Aspekt wurde von sieben Personen benannt (4,38 %).

In der vierten Hauptkategorie geht es um die „Integration in das Schulsystem“ ($n = 16$; 10,00 %). Drei Personen (1,88 %) äußerten, dass in ihrer Schule wenig Akzeptanz für das Programm vorhanden sei und Schulen daher „im Vorfeld für das Thema sensibilisiert“ werden sollten, bevor der/die MHC an die Schule komme. Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf die „Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit“ ($n = 5$; 3,13 %). Während drei Personen erwähnten, dass die Zuständigkeiten teilweise unklar seien, hoben zwei Personen hervor, dass es durch Verweisberatungen zu einem Mehraufwand für die Schulsozialarbeit komme.



Die fünfte Hauptkategorie lautet „Arbeitsbedingungen der MHC“ und umfasst zwei Subkategorien ($n = 7$; 4,38 %). Die erste beschreibt den Wunsch nach „Ausbildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten“ und wurde von fünf Personen thematisiert (3,13 %). Neben der Forderung nach mehr Weiterbildungsmöglichkeiten nannten zwei Personen (1,25 %) auch, dass die Basisqualifikation nicht gut auf die Durchführung eigener Angebote vorbereitet habe. Die zweite Unterkategorie umfasst den Wunsch nach einem höheren „Gehalt für die MHC“, was von zwei Personen gefordert wurde (1,25 %).

Die sechste Hauptkategorie bezieht sich auf die „Ausweitung des Angebots“ ($n = 29$; 18,13 %). Neun Personen (5,63 %) wünschten sich ein „flächendeckendes Angebot“ und somit die Ausweitung des Programms auf mehr Schulen. Drei Personen (1,88 %) äußerten darüber hinaus, dass bereits in Grundschulen mit der Präventionsarbeit begonnen werden sollte. Neben einer Ausweitung des Angebots wurde auch eine „Erhöhung des Zeitkontingents“ von fünf Personen vorgeschlagen (3,13 %). Dies könne sowohl durch mehr MHC-Fachkräfte als auch durch eine Aufstockung der Stundenzahl realisiert werden. Vier Personen (2,50 %) schrieben weiterhin, dass „Angebote zur mentalen Gesundheit fest an Schulen verankert“ werden sollten. Das Thema könne nicht in einem Jahr behandelt werden und müsse langfristig in die Schulen integriert werden. Die vierte Unterkategorie „systemische Perspektive“ greift den Wunsch auf, auch Lehrkräfte und Eltern mit einbeziehen zu können und das gesamte Schulsystem zu betrachten, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Dieser Aspekt wurde von fünf MHC beschrieben (3,13 %). Explizit wünschten sich sechs Personen (3,75 %) eine „Weiterführung des Programms“, um bereits aufgebaute Strukturen zu erhalten und Beziehungen nicht zu enttäuschen.

Die siebte Hauptkategorie enthält „weitere Anregungen“ ($n = 5$; 3,13 %). In diesem Zusammenhang wurde sich eine „Investition in eine Schulreform“ gewünscht. Zwei Personen (1,25 %) schrieben, dass das Schulsystem reformiert werden müsse. Darüber hinaus äußerten zwei Personen (1,25 %), dass vor allem in nachweislich wirksame Projekte, wie die Schulsozialarbeit oder schulpsychologische Arbeit investiert werden solle. Eine weitere Person (0,63 %) wünschte sich in Bezug auf das MHC-Programm eine engere Zusammenarbeit mit dem schulpsychologischen Dienst und weiteren etablierten Hilfsstrukturen, um über die Präventionsarbeit hinauszugehen.



Tabelle 13

Kategorien der verbesserungswürdigen Aspekte aus dem offenen Feedback der Mental Health Coaches

Kategorien	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen ¹	Anteil der MHC ²
1. Projektlaufzeit			
1.1. Projektlaufzeit erschwert Planung und Zusammenarbeit	17	10,63 %	24,64 %
1.2. Projektlaufzeit erschwert langfristige Erfolge und Vertrauensbildung	18	11,25 %	26,09 %
1.3. Belastung für persönliche berufliche Planung	6	3,75 %	8,70 %
1.4. mehr Transparenz in der Kommunikation	7	4,38 %	10,14 %
1.5. Projektlaufzeit allgemein	10	6,25 %	14,49 %
2. administrativer Aufwand			
2.1. Einholen von Vergleichsangeboten	5	3,13 %	7,25 %
2.2. administrativer Aufwand allgemein	19	11,88 %	27,54 %
3. Angebote			
3.1. Einzelangebote ermöglichen	14	8,75 %	20,29 %
3.2. Finanzierung von Gruppenangeboten	7	4,38 %	10,14 %
4. Integration in das Schulsystem	8	5,00 %	11,59 %
4.1. Schulen im Vorfeld für das Thema sensibilisieren	3	1,88 %	4,35 %
4.2. Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit	5	3,13 %	7,25 %

Kategorien	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen ¹	Anteil der MHC ²
5. Arbeitsbedingungen der MHC			
5.1. Ausbildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten	5	3,13 %	7,25 %
5.2. Gehalt der MHC	2	1,25 %	2,90 %
6. Ausweitung des Angebots			
6.1. flächendeckendes Angebot	9	5,63 %	13,04 %
6.2. Erhöhung des Zeitkontingents	5	3,13 %	7,25 %
6.3. Angebote zur mentalen Gesundheit fest an Schulen verankern	4	2,50 %	5,80 %
6.4. systemische Perspektive	5	3,13 %	7,25 %
6.5. Weiterführung des Programms gewünscht	6	3,75 %	8,70 %
7. weitere Anregungen			
7.1. Investition in eine Schulreform	2	1,25 %	2,90 %
7.2. Investition in nachweislich wirksame Programme	2	1,25 %	2,90 %
7.3. engere Zusammenarbeit mit etablierten Hilfsstrukturen	1	0,63 %	1,45 %

Anmerkung. Dargestellt sind die Haupt- und Unterkategorien der ausgewerteten offenen Feedbacks der MHC bezogen auf die verbesserungswürdigen Bestandteile des Modellprojekts. Darüber hinaus sind die absoluten und relativen Häufigkeiten der Unterkategorien dargestellt. Zwölf MHC machten keine Aussage zu verbesserungswürdigen Projektbestandteilen. Aussagen der MHC konnten mehreren Unterkategorien innerhalb einer Hauptkategorie zugeteilt werden.

¹ Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf den Anteil der 160 kodierten Nennungen.

² Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf $N = 69$ MHC.



6.3 Dokumentation der Mental Health Coaches

Wie in Kapitel 5.4 beschrieben, beziehen sich die im Folgenden dargestellten Daten auf die Dokumentation des MHC-Programms durch die JMD, welche als ergänzende Informationen zu diesem Evaluationsbericht bereitgestellt wurden. Es handelt sich hierbei nicht um Daten, welche von den Autor:innen dieses Berichtes im Rahmen der Evaluation erhoben und ausgewertet wurden.

6.3.1 Charakteristika der Stichprobe

Die regelmäßige Dokumentation von Gruppenangeboten sowie die Teilnahme an den halbjährlichen ergänzenden Befragungen war für alle MHC verpflichtend. Zum Schuljahresende 2024 umfasste dies 95 Personen. Durch Fluktuationen in der Besetzung der MHC-Stellen über das Schuljahr entspricht diese Zahl jedoch nicht der Grundgesamtheit der MHC zu jedem Erhebungszeitpunkt. Demographische Daten sowie die genaue Anzahl von Teilnehmenden und fehlende Daten in der regelmäßigen Dokumentation liegen den Autor:innen nicht vor. In den einmalig in jedem Schulhalbjahr stattfindenden ergänzenden Befragungen nahmen im ersten Schulhalbjahr 2023/24 MHC von 70 und im zweiten Schulhalbjahr 2024 MHC von 60 Standorten teil.

6.3.2 Kooperationsschulen

Die Ergebnisse der Dokumentation zeigen, dass bundesweit Kooperationen mit 125 Schulen geschlossen wurden. Am häufigsten waren dabei Kooperationen mit Schulen mit mehreren Bildungsgängen ($n = 38$; 30,40 %), mit Gymnasien ($n = 18$; 14,40 %) und mit Hauptschulen ($n = 13$; 10,40 %). Durch die hohe Zahl der MHC, welche angaben, mit einer „sonstigen Schulform“ kooperiert zu haben ($n = 28$; 22,40 %), ist die genaue Verteilung der MHC an den einzelnen Schulformen nicht vollständig nachvollziehbar. Die meisten Schulkooperationen entstanden in Nordrhein-Westfalen ($n = 13$; 10,40 %) und Bayern ($n = 13$; 10,40 %), die wenigsten in Mecklenburg-Vorpommern ($n = 3$; 2,40 %), Bremen ($n = 4$; 3,20 %) und Sachsen-Anhalt ($n = 4$; 3,20 %). Die genauen Verteilungen der MHC-Schulen auf Bundesländer sowie Schulformen sind in den Tabellen 14 und 15 dargestellt.



Tabelle 14

Absolute und relative Häufigkeiten der Kooperationsschulen aufgeteilt nach Schulform

Schulform	Absolute Häufigkeit (<i>n</i>)	Relative Häufigkeit (%)
Hauptschule	13	10,40 %
Realschule	7	5,60 %
Gymnasium	18	14,40 %
Schulformen mit drei Bildungsgängen/Gesamtschule	24	19,20 %
Schulformen mit zwei Bildungsgängen	14	11,20 %
Förderschule	7	5,60 %
Berufsschule	12	9,60 %
Berufskolleg	2	1,60 %
sonstige Schulformen	28	22,40 %
Gesamt	125	100,00 %



Tabelle 15

Absolute und relative Häufigkeiten der Kooperationsschulen aufgeteilt nach Bundesland

Schulform	Absolute Häufigkeit (<i>n</i>)	Relative Häufigkeit (%)
Baden-Württemberg	12	9,60 %
Bayern	13	10,40 %
Berlin	6	4,80 %
Brandenburg	6	4,80 %
Bremen	4	3,20 %
Hamburg	6	4,80 %
Hessen	10	8,00 %
Mecklenburg-Vorpommern	3	2,40 %
Niedersachsen	12	9,60 %
Nordrhein-Westfalen	13	10,40 %
Rheinland-Pfalz	7	5,60 %
Saarland	5	4,00 %
Sachsen	7	5,60 %
Sachsen-Anhalt	4	3,20 %
Schleswig-Holstein	11	8,80 %
Thüringen	6	4,80 %
Gesamt	125	100,00 %

6.3.3 Merkmale durchgeführter Angebote

Im Schuljahr 2023/24 wurden insgesamt 1 052 Gruppenangebote von den MHC dokumentiert. Ein Angebot setzte sich dabei im Durchschnitt aus drei bis vier Terminen ($M = 3,80$) zusammen. Es wurden insgesamt 38 501 Teilnahmen an Gruppenangeboten dokumentiert. Teilnehmende an diesen Gruppenangeboten waren im Mittel zu 51 % weiblich, 48 % männlich und 1 % divers und durchschnittlich zwischen 13 und 16 Jahren alt. Die meisten Gruppenangebote wurden in den Klassenstufen sieben ($n = 283$; 26,90 %), acht ($n = 309$;



29,37 %) und neun ($n = 275$; 26,14 %) durchgeführt. Die genaue Aufteilung der Angebote auf die Klassenstufen ist in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16

Absolute und relative Häufigkeiten von Angeboten aufgeteilt nach Klassenstufe

Klassenstufe	Absolute Häufigkeit (n)	Relative Häufigkeit (%)
Klassenstufe 5	218	20,72 %
Klassenstufe 6	254	24,14 %
Klassenstufe 7	283	26,90 %
Klassenstufe 8	309	29,37 %
Klassenstufe 9	275	26,14 %
Klassenstufe 10	188	17,87 %
Klassenstufe 11	72	6,84 %
Klassenstufe 12	50	4,75 %
Klassenstufe 13	26	2,47 %
berufliche Schule	136	12,93 %

Anmerkung. Aufgrund von Mehrfachantworten durch klassenstufenübergreifende Angebote summieren sich die absoluten Häufigkeiten über die Gesamtzahl von Angeboten ($N = 1\ 035$). Die relativen Häufigkeiten wurden durch den Anteil der absoluten Häufigkeiten an der Gesamtzahl der Angebote berechnet, wodurch sich die relativen Häufigkeiten auf über 100,00 % summieren.

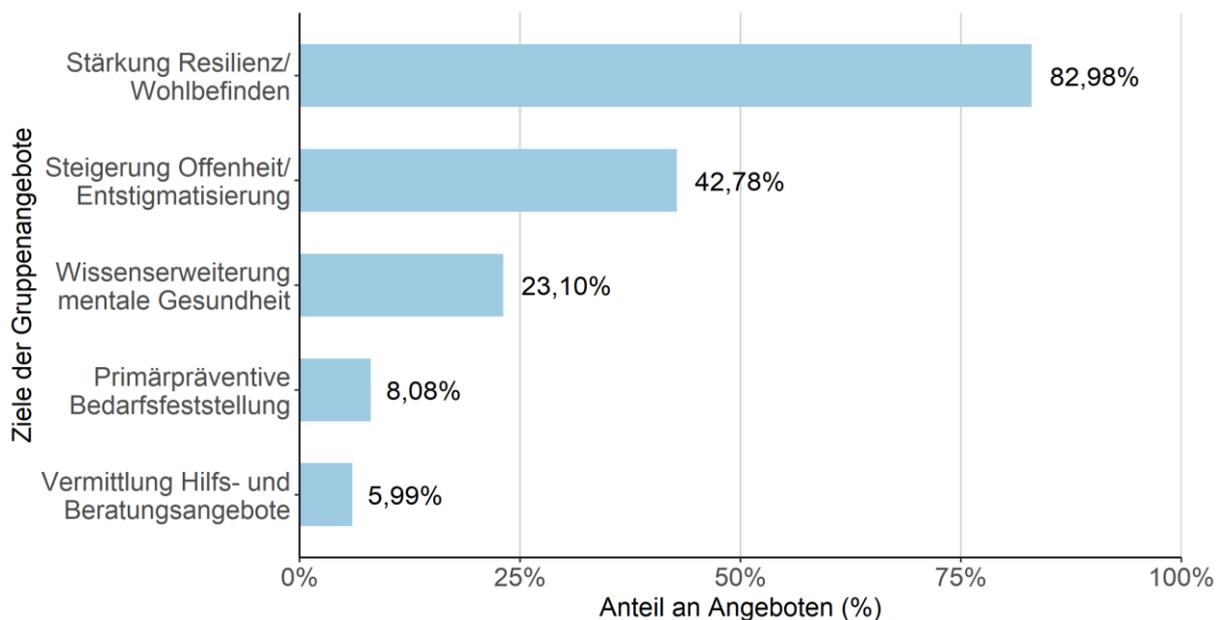
Die meisten Gruppenangebote wurden als Workshop ($n = 528$; 50,19 %) bzw. Workshopreihe ($n = 128$; 12,17 %) umgesetzt. Darüber hinaus wurden u. a. Projektstage ($n = 131$; 12,45 %) und Arbeitsgemeinschaften ($n = 104$; 9,89 %) angeboten. Während etwa ein Drittel aller Angebote allein von externen Anbieter:innen ($n = 350$; 33,27 %) durchgeführt wurde, wurden die restlichen Angebote von den MHC allein ($n = 383$; 36,41 %), den MHC in Kooperation mit externen Anbieter:innen ($n = 215$; 20,44 %) oder MHC in Kooperation mit dem Schulpersonal ($n = 96$; 9,13 %) umgesetzt.

Über 80 % der Angebote verfolgten das Ziel, Resilienz, psychische Gesundheit und Wohlbefinden zu stärken ($n = 873$). Seltener wurden Angebote zur Steigerung von Offenheit

und Entstigmatisierung ($n = 450$; 42,78 %) sowie von Wissen zum Thema psychische Gesundheit ($n = 243$; 23,10 %) durchgeführt. Am wenigsten verfolgten die durchgeführten Angebote das Ziel, primärpräventive Bedarfe der Gruppe festzustellen ($n = 85$; 8,08 %) und Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zu Hilfs- und Beratungsangeboten zu vermitteln ($n = 63$; 5,99 %). Abbildung 28 gibt einen Überblick über die genaue prozentuale Verteilung der verfolgten Ziele.

Abbildung 28

Relative Häufigkeit der Ziele der Gruppenangebote

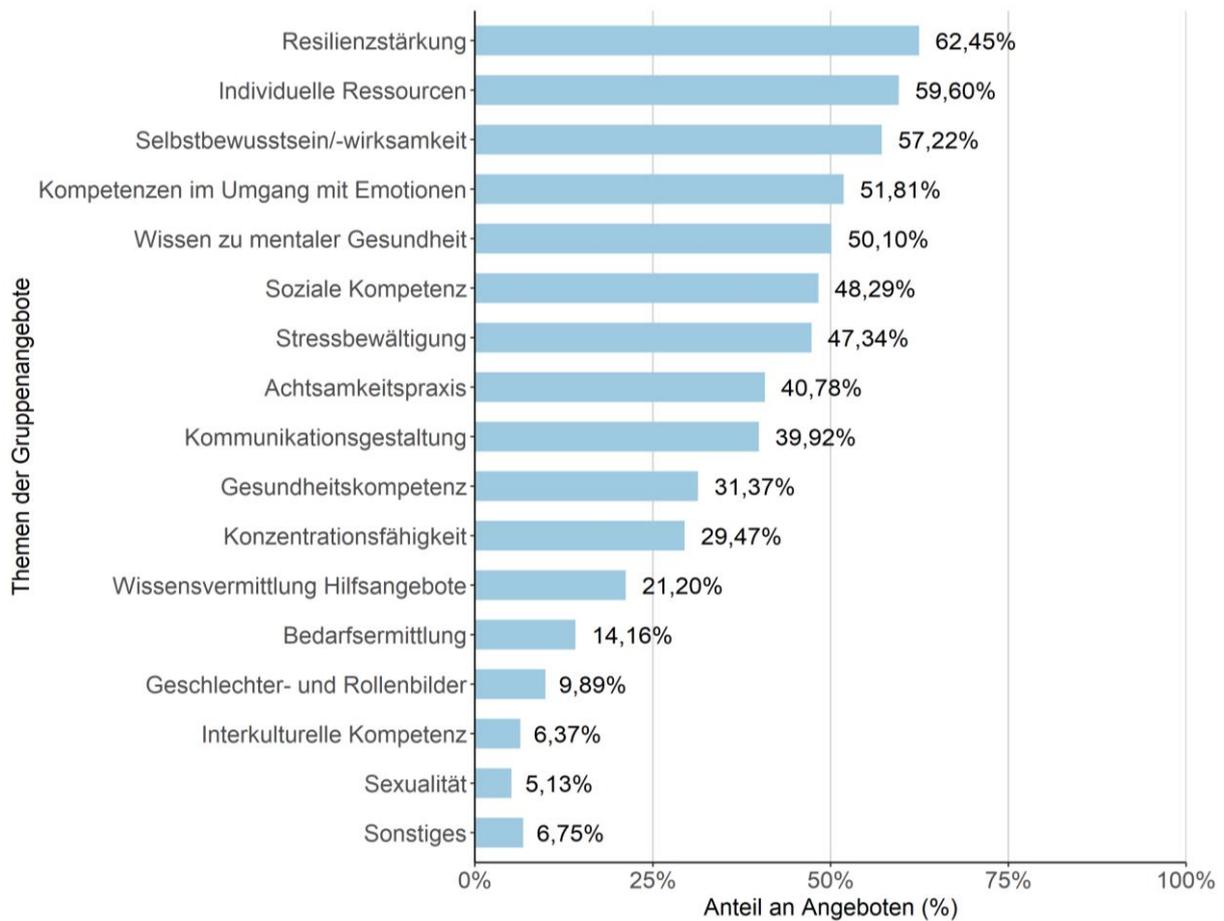


Anmerkung. Aufgrund von Mehrfachantworten summieren sich die relativen Häufigkeiten als Anteil der Angebote mit dem jeweiligen Ziel an der Gesamtzahl von durchgeführten Angeboten ($N = 1\,052$) auf über 100,00 %.

Über die Hälfte der durchgeführten Angebote beinhaltete die Themen Resilienz ($n = 657$; 62,45 %), individuelle Ressourcen ($n = 627$; 59,60 %), Selbstbewusstsein und -wirksamkeit ($n = 602$; 57,22 %), Kompetenzen im Umgang mit Emotionen ($n = 545$; 51,81 %) sowie Wissen zu psychischer Gesundheit ($n = 527$; 50,10 %). Die Häufigkeit verschiedener Angebotsthemen ist in Abbildung 29 detailliert dargestellt.

Abbildung 29

Häufigkeit der Themen der Gruppenangebote

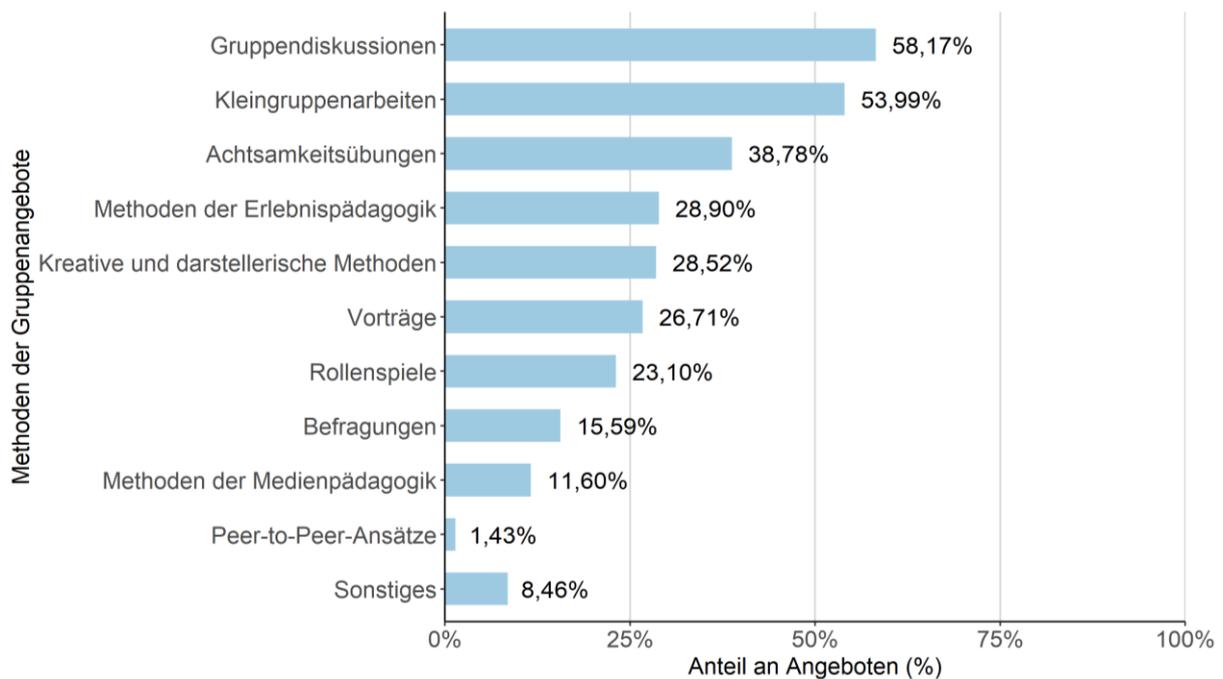


Anmerkung. Aufgrund von Mehrfachantworten summieren sich die relativen Häufigkeiten als Anteil der Angebote mit dem jeweiligen Thema an der Gesamtzahl von durchgeführten Angeboten ($N = 1\ 052$) auf über 100,00 %.

Am häufigsten nutzten MHC in ihren Angeboten Gruppendiskussionen ($n = 612$; 58,17 %), Kleingruppenarbeiten ($n = 568$; 53,99 %) sowie Achtsamkeitsübungen ($n = 408$; 38,78 %). Die Häufigkeit verschiedener Angebotsthemen ist in Abbildung 30 detaillierter dargestellt.

Abbildung 30

Häufigkeit der Methoden der Gruppenangebote



Anmerkung. Aufgrund von Mehrfachantworten summieren sich die relativen Häufigkeiten als Anteil der Angebote mit der jeweiligen Methode an der Gesamtzahl von durchgeführten Angeboten ($N = 1\,052$) auf über 100,00 %.

Neben den regulären primärpräventiven Gruppenangeboten wurden von den MHC knapp 800 Verweisberatungen dokumentiert. In diesen Beratungen verweisen die MHC an spezialisiertere Beratungsstellen und Hilfsangebote, falls bei Schüler:innen zusätzlicher Bedarf nach Vertiefung bestimmter Themen oder einer fachspezifischen Beratung über den primärpräventiven Rahmen hinaus deutlich wird.

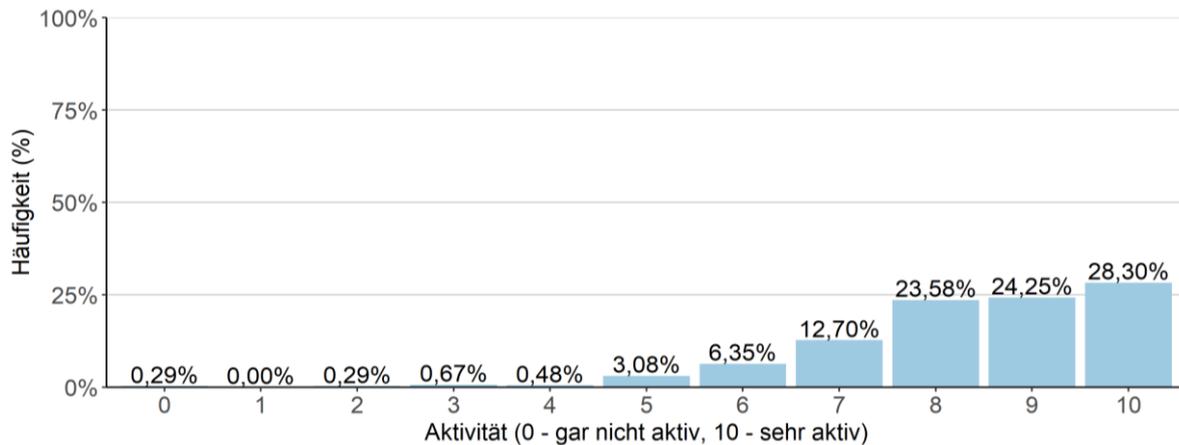
6.3.4 Bewertung durchgeführter Angebote

Die MHC gaben im Durchschnitt an, die Ziele ihres jeweiligen Angebots zu 80 % erreicht zu haben. Im Mittel bewerteten die MHC die Aktivität und die Offenheit der Schüler:innen auf einer Skala von 0 (*gar nicht*) bis 10 (*sehr*) als hoch ($M_{\text{Aktivität}} = 8,36$, $SD_{\text{Aktivität}} = 1,56$; $M_{\text{Offenheit}} = 8,23$, $SD_{\text{Offenheit}} = 1,57$). Bei über drei Viertel der Angebote bewerteten die MHC die Aktivität der Schüler:innen in den Gruppenangeboten mit 8 ($n = 245$; 23,58 %), 9 ($n = 252$; 24,25 %) oder 10 ($n = 294$; 28,30 %). Das gleiche Bild zeigt sich bei der Bewertung der Offenheit der Schüler:innen, welche die MHC bei knapp drei Viertel der Angebote hoch mit 8 ($n = 260$; 25,05 %), 9 ($n = 261$; 25,14 %) oder 10 ($n = 243$; 23,41 %) einschätzten. Die genauen

relativen Verteilungen der wahrgenommenen Aktivität und der Offenheit sind in den Abbildungen 31 und 32 dargestellt.

Abbildung 31

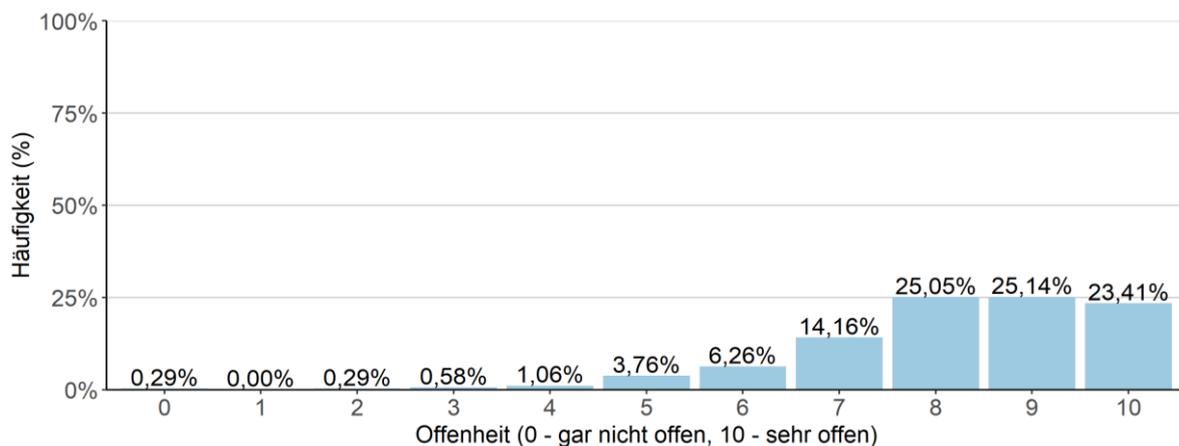
Wahrgenommene Aktivität der Schüler:innen in den Gruppenangeboten



Anmerkung. Dargestellt sind die relativen Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien basierend auf der Gesamtzahl von bewerteten Angeboten ($N = 1\ 038$).

Abbildung 32

Wahrgenommene Offenheit der Schüler:innen in den Gruppenangeboten



Anmerkung. Dargestellt sind die relativen Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien basierend auf der Gesamtzahl von bewerteten Angeboten ($N = 1\ 038$).

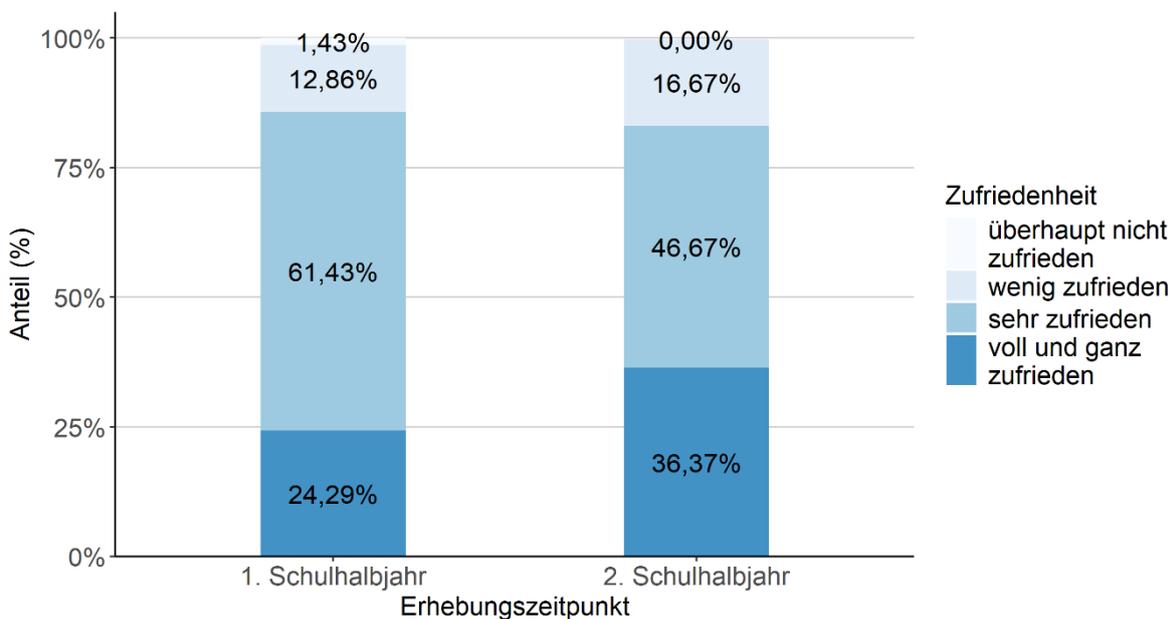
Die MHC gaben im Durchschnitt an, dass bei 77 % der teilnehmenden Schüler:innen an einem Gruppenangebot positive Effekte durch das Angebot erkennbar gewesen seien. Bei durchschnittlich knapp 4 % der Teilnehmenden nahmen die MHC negative Effekte im Rahmen des Angebots wahr.

6.3.5 Interdisziplinäre Kooperation

In der halbjährlichen ergänzenden Dokumentation ($N_{1.\text{Schulhalbjahr}(\text{SHJ})} = 70/N_{2.\text{SHJ}} = 60$) berichteten jeweils über 80 % der MHC, mit ihrer Kooperationsschule bzw. ihren Kooperationsschulen sehr zufrieden ($n_{1.\text{SHJ}} = 43; 61,43\%/n_{2.\text{SHJ}} = 28; 46,67\%$) oder voll und ganz zufrieden ($n_{1.\text{SHJ}} = 17; 24,29\%/n_{2.\text{SHJ}} = 22; 36,37\%$) zu sein. Die Zufriedenheitsratings für beide Schulhalbjahre sind in Abbildung 33 dargestellt.

Abbildung 33

Zufriedenheit der Mental Health Coaches mit der Kooperationsschule



Anmerkung. Dargestellt sind die relativen Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien für die beiden Erhebungszeitpunkte basierend auf der Anzahl befragter Mental Health Coaches ($N_{1.\text{SHJ}} = 70/N_{2.\text{SHJ}} = 60$).

Etwa 90 % der MHC ($n_{1.\text{SHJ}} = 63; 90,00\%/n_{2.\text{SHJ}} = 55; 91,67\%$) gaben an, dass an ihrer Kooperationsschule Schulsozialarbeit vorhanden sei. An den Schulen mit Schulsozialarbeit berichteten fast alle MHC, mit der Schulsozialarbeit zusammenzuarbeiten. Auf einer Skala von 0 (*sehr schlecht*) bis 10 (*sehr gut*) bewerteten die MHC die Zusammenarbeit im Durchschnitt als gut ($M_{1.\text{SHJ}} = 8,00; SD_{1.\text{SHJ}} = 2,14/M_{2.\text{SHJ}} = 8,12; SD_{2.\text{SHJ}} = 2,10$). In einigen Fällen berichteten die MHC jedoch Herausforderungen in der Abgrenzung von Themen ($n_{1.\text{SHJ}} = 13; 18,57\%/n_{2.\text{SHJ}} = 8; 13,33\%$) und Zuständigkeitsbereichen ($n_{1.\text{SHJ}} = 17; 24,29\%/n_{2.\text{SHJ}} = 13; 21,67\%$) zwischen den MHC und der Schulsozialarbeit. Während im ersten Schulhalbjahr noch knapp 40 % der MHC ($n_{1.\text{SHJ}} = 43$) berichteten, nicht mit dem schulpsychologischen

Dienst zusammengearbeitet zu haben, nannten dies nur noch 30 % der MHC ($n_{2.SHJ} = 42$) im zweiten Schulhalbjahr.

6.4 Befragungen der Trägerstrukturen des Projektes

6.4.1 Charakteristika der Stichprobe

Die Evaluationsebene der Trägerstrukturen setzt sich aus zwei Stichproben zusammen. Die erste Stichprobe besteht aus acht Vertreter:innen der überregionalen Organisationsstruktur der vier Trägergruppen. Diese Stichprobe umfasst pro Trägergruppe je eine:n Bundestutor:in und eine Fachreferentin. Die zweite Stichprobe besteht aus 32 Vertretungen der lokalen JMD-Standorte.

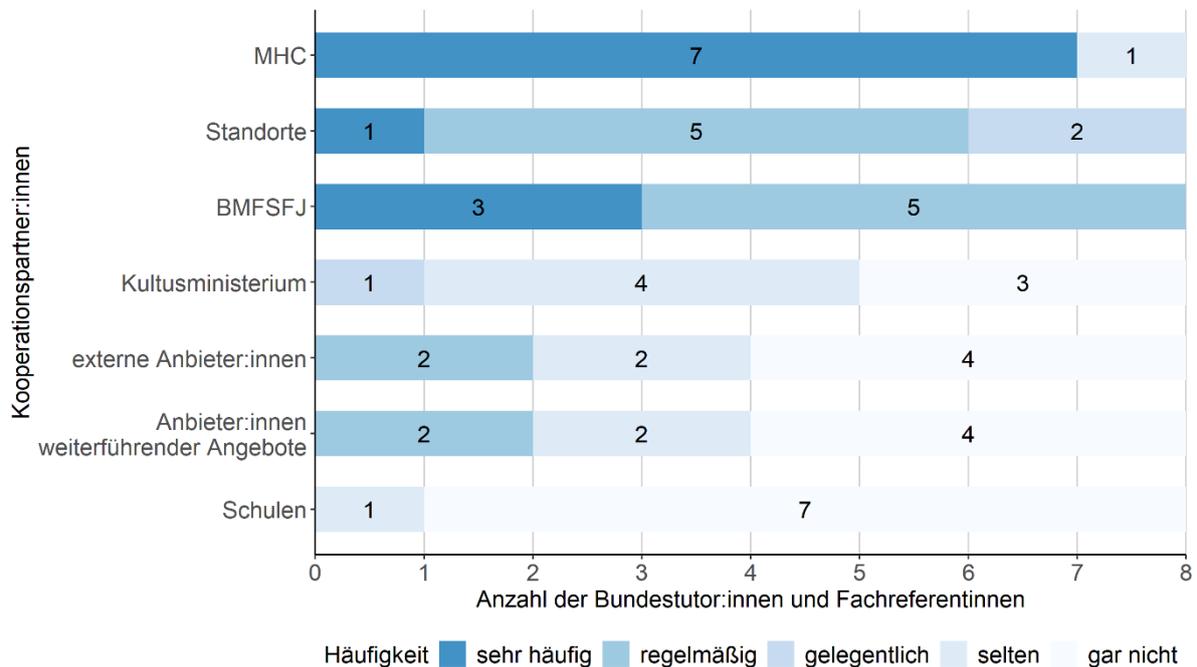
6.4.2 Interdisziplinäre Kooperation

Die Bundestutor:innen und Fachreferentinnen gaben an, vor allem mit den MHC, den Standorten der MHC und dem BMFSFJ zusammenzuarbeiten. Sieben Personen gaben an, überhaupt nicht mit den beteiligten Schulen zu kooperieren, und eine Person erklärte, dies nur selten zu tun. Mit Anbieter:innen primärpräventiver oder weiterführender Angebote sowie dem Kultusministerium fand nur vereinzelt ein Austausch statt. Die detaillierten Häufigkeiten der interdisziplinären Kooperation mit einzelnen Akteur:innen sind Abbildung 34 zu entnehmen.



Abbildung 34

Häufigkeit der Kooperation mit anderen Fachgruppen

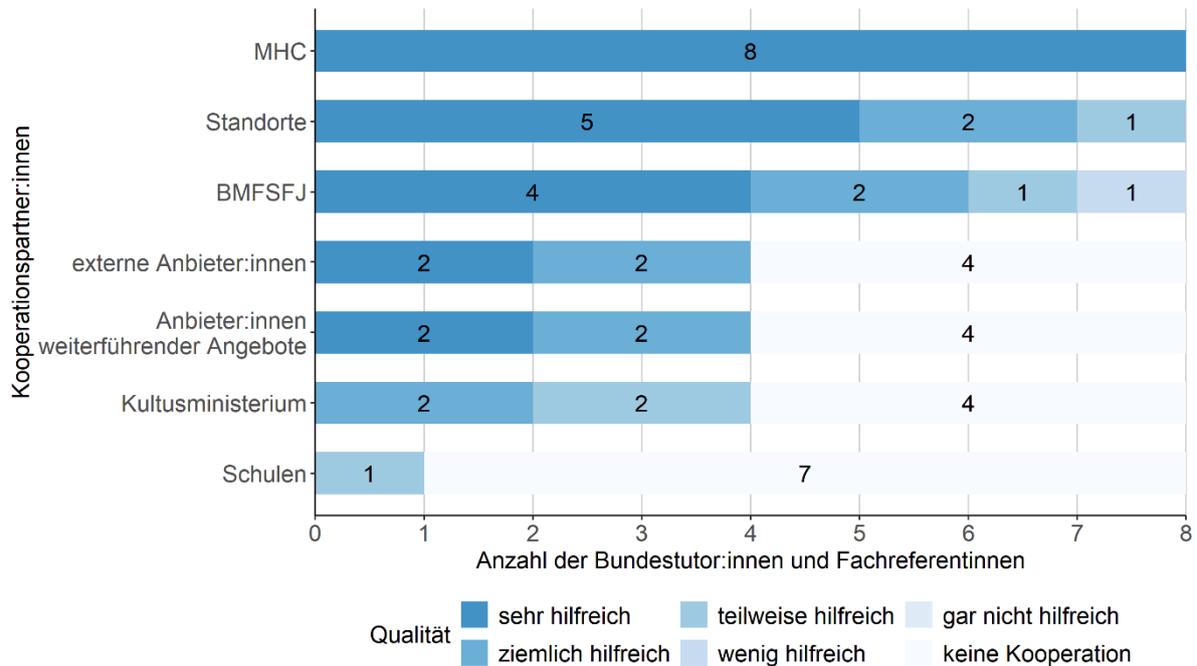


Anmerkungen. $N = 8$. Abgebildet ist der absolute Anteil der Bundestutor:innen und Fachreferentinnen, der mit einzelnen Kooperationspartner:innen eigenen Angaben zufolge entsprechend oft zusammengearbeitet hat. Die Kooperationspartner:innen sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *gar nicht* geordnet. BMFSFJ = Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; MHC = Mental Health Coaches.

Der Austausch mit den MHC wurde von allen Befragten sehr hilfreich empfunden ($n = 8$). Sieben Personen empfanden den Austausch mit den Standorten der MHC ziemlich oder sehr hilfreich. Die Kooperation mit dem BMFSFJ wurde von der Hälfte der Befragten ($n = 4$) als sehr hilfreich bewertet, während die übrigen Befragten sie als wenig, teilweise oder ziemlich hilfreich beurteilten. Die detaillierten Einschätzungen zur Qualität der interdisziplinären Kooperation mit den einzelnen Akteur:innen sind Abbildung 35 zu entnehmen.

Abbildung 35

Bewertung der Kooperation mit anderen Fachgruppen aus Sicht der Bundestutor:innen und Fachreferentinnen



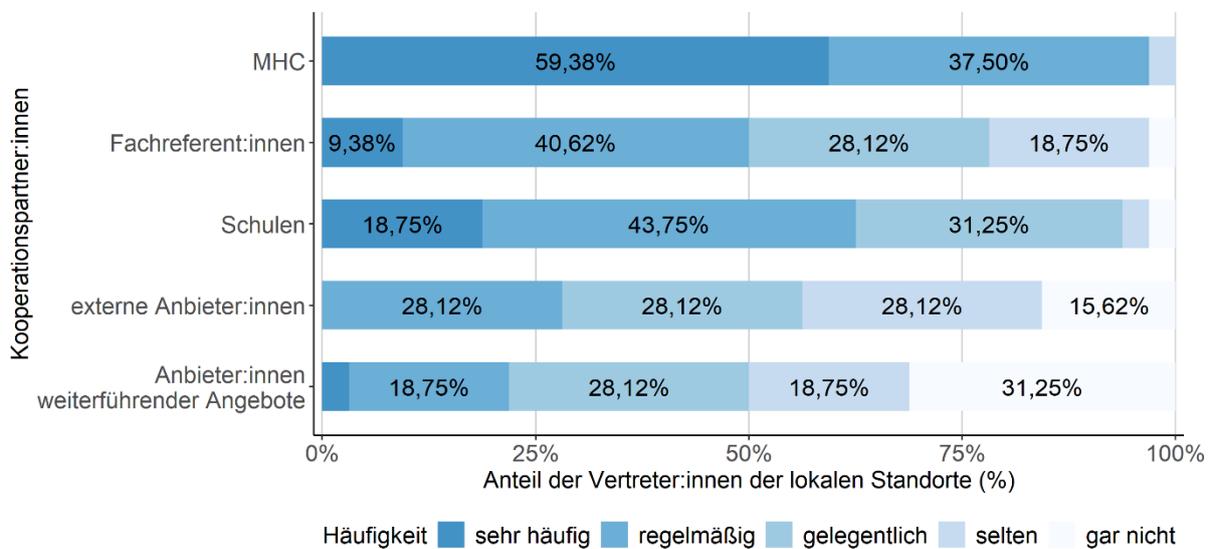
Anmerkungen. $N = 8$. Abgebildet ist der absolute Anteil der Bundestutor:innen und Fachreferentinnen, der die Kooperation mit einzelnen Kooperationspartner:innen entsprechend hilfreich eingeschätzt hat. Die Kooperationspartner:innen sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *keine Kooperation* geordnet. BMFSFJ = Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; MHC = Mental Health Coaches.

Die Vertreter:innen der Standorte arbeiteten am häufigsten mit den MHC zusammen. Von den 32 Personen gaben 31 an, regelmäßig ($n = 12$; 37,50 %) oder sehr häufig ($n = 19$; 59,38 %) mit den MHC zu kooperieren. Der Großteil der Befragten berichtete darüber hinaus, gelegentlich ($n = 9$; 28,13 %) oder regelmäßig mit den Fachreferentinnen ($n = 13$; 40,63 %) und gelegentlich ($n = 10$; 31,25 %), regelmäßig ($n = 14$; 43,75 %) oder sehr häufig ($n = 6$; 18,75 %) mit den beteiligten Schulen im Austausch zu sein. Während die Hälfte der Befragten angab, selten ($n = 6$; 18,75 %) oder gar nicht ($n = 10$; 31,25 %) mit Anbieter:innen weiterführender Angebote zu kooperieren, berichtete die andere Hälfte, gelegentlich ($n = 9$; 28,13 %), regelmäßig ($n = 6$; 18,75 %) oder sehr häufig ($n = 1$; 3,13 %) mit diesen zusammenzuarbeiten. Mit externen Anbieter:innen primärpräventiver Angebote kooperierten über die Hälfte der Standortvertretungen regelmäßig ($n = 9$; 28,13 %) oder

gelegentlich ($n = 9$; 28,13 %), während die restlichen Vertretungen selten ($n = 9$; 28,13 %) oder gar nicht ($n = 5$; 15,63 %) mit diesen kooperierten. Die detaillierten Häufigkeiten der interdisziplinären Kooperation mit den einzelnen Akteur:innen sind Abbildung 36 zu entnehmen.

Abbildung 36

Häufigkeit der Kooperation mit anderen Fachgruppen aus Sicht der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste

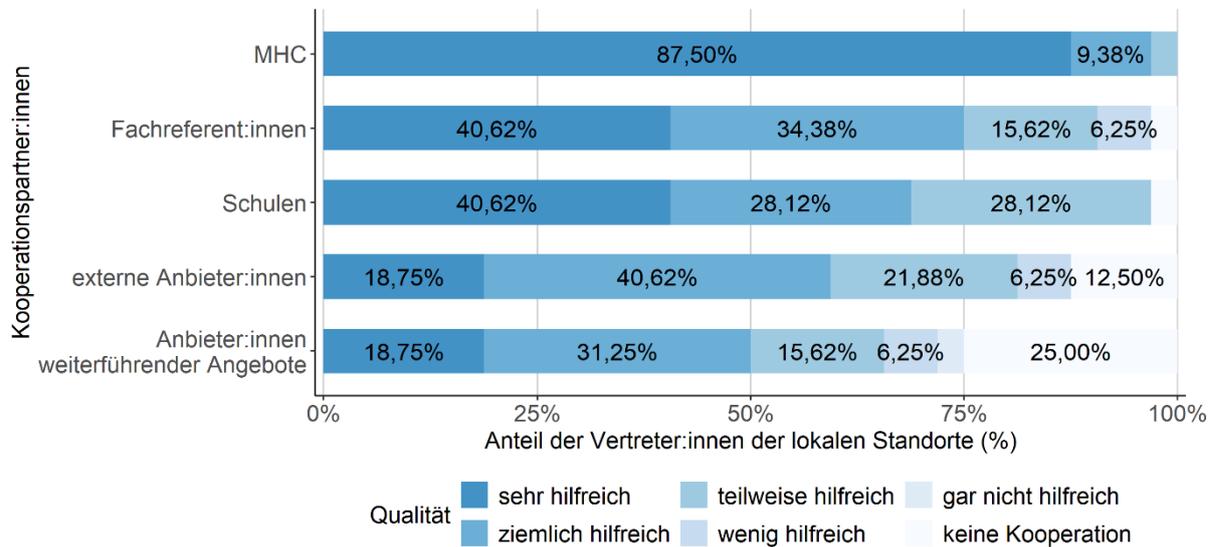


Anmerkungen. $N = 32$. Abgebildet ist der relative Anteil der Standortvertretungen, der mit einzelnen Kooperationspartner:innen eigenen Angaben zufolge entsprechend oft zusammengearbeitet hat. Die Kooperationspartner:innen sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *gar nicht* geordnet. MHC = Mental Health Coaches.

Der Austausch mit allen Akteur:innen wurde insgesamt als hilfreich bewertet. Bei vorhandener Kooperation wurde diese nur sehr selten ($n = 2$; 6,25 %) als wenig oder gar nicht hilfreich bewertet ($n = 1$; 3,13 %). Insbesondere der Austausch mit den MHC wurde von 28 Personen (87,50 %) als sehr hilfreich eingeschätzt. Die detaillierten Bewertungen des Austauschs sind in Abbildung 37 dargestellt.

Abbildung 37

Bewertung der Kooperation mit anderen Fachgruppen aus Sicht der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste



Anmerkungen. N = 32. Abgebildet ist der relative Anteil der Standortvertretungen, der die Kooperation mit den einzelnen Kooperationspartner:innen als entsprechend hilfreich eingeschätzt hat. Die Kooperationspartner:innen sind aufsteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *keine Kooperation* geordnet. Häufigkeiten unter 5,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. MHC = Mental Health Coaches.

6.4.3 Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte des Projektes

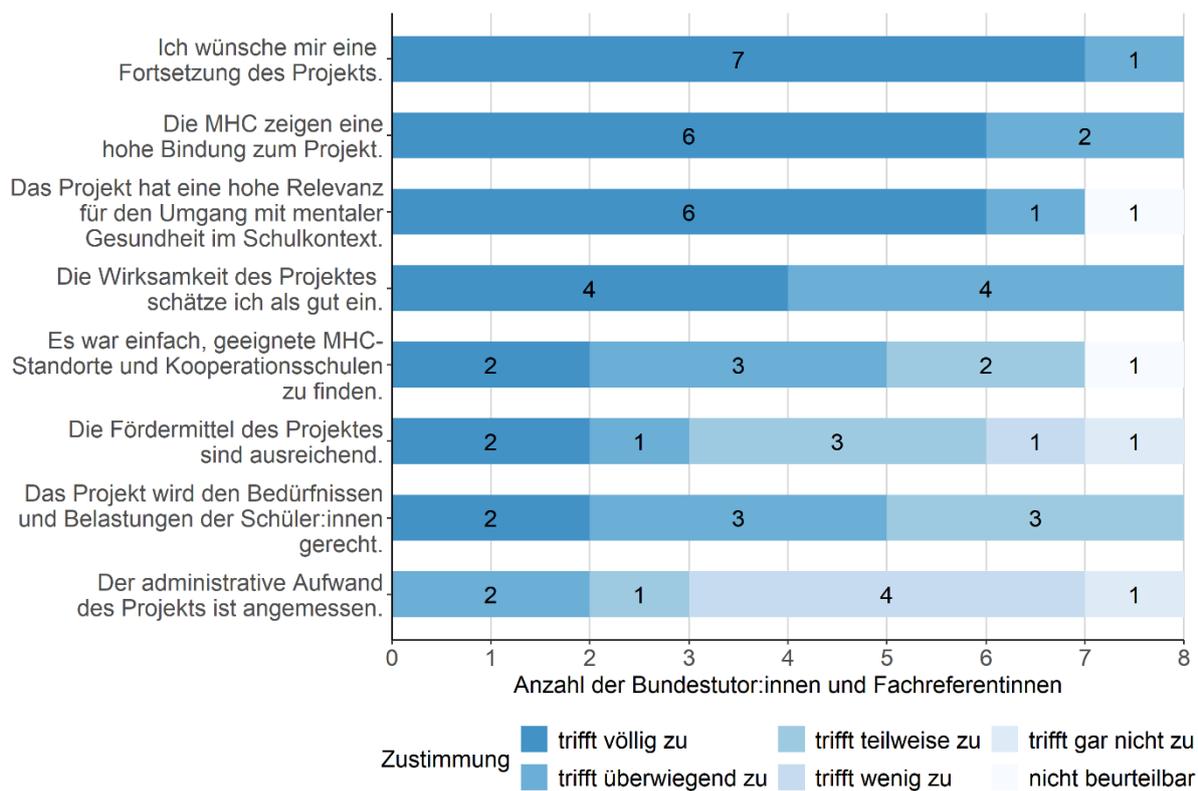
Der zeitliche Rahmen des gesamten Projektes wurde von allen Fachreferentinnen und Bundestutor:innen als viel zu kurz eingestuft. Die Dauer der Basisqualifikation wurde dahingegen unterschiedlich eingeschätzt. Fünf von acht Befragten gaben an, dass die Dauer genau richtig gewesen sei, während zwei Personen die Dauer als etwas zu lang und eine Person sie als etwas zu kurz bewertete.

Alle Fachreferentinnen und Bundestutor:innen gaben an, sich eine Fortsetzung des Projektes zu wünschen. Sieben Personen stimmten dieser Aussage völlig zu und eine Person überwiegend. Alle acht Befragten stimmten der Aussage „Die MHC zeigen eine hohe Bindung zum Projekt.“ völlig ($n = 6$) oder überwiegend ($n = 2$) zu. Der Aussage „Es war einfach, geeignete MHC-Standorte und Kooperationsschulen zu finden.“ stimmten zwei Personen zumindest teilweise und fünf Personen überwiegend ($n = 3$) oder völlig ($n = 2$) zu. Die Wirksamkeit des Projekts und die Relevanz für den Umgang mit mentaler Gesundheit im Schulkontext wurden von allen Befragten überwiegend ($n = 4$) oder vollkommen ($n = 4$) gut

eingeschätzt. Ebenso stimmten alle Befragten der Aussage „Das Projekt wird den Bedürfnissen und Belastungen der Schüler:innen gerecht.“ teilweise ($n = 3$), überwiegend ($n = 3$) oder völlig ($n = 2$) zu. Sechs der acht Befragten schätzten die Fördermittel als teilweise ($n = 3$), überwiegend ($n = 1$) oder völlig ausreichend ($n = 2$) ein, während zwei Personen diese als wenig oder gar nicht ausreichend bewerteten. Fünf der Befragten gaben an, den administrativen Aufwand für das Projekt als gar nicht ($n = 1$) oder nur wenig ($n = 4$) angemessen wahrzunehmen, wohingegen drei Personen ihn als teilweise ($n = 1$) oder überwiegend ($n = 2$) angemessen empfanden. Eine Übersicht der Zustimmung zu den Aussagen über die Projektbestandteile ist in Abbildung 38 dargestellt.

Abbildung 38

Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte aus Sicht der Bundestutor:innen und Fachreferentinnen



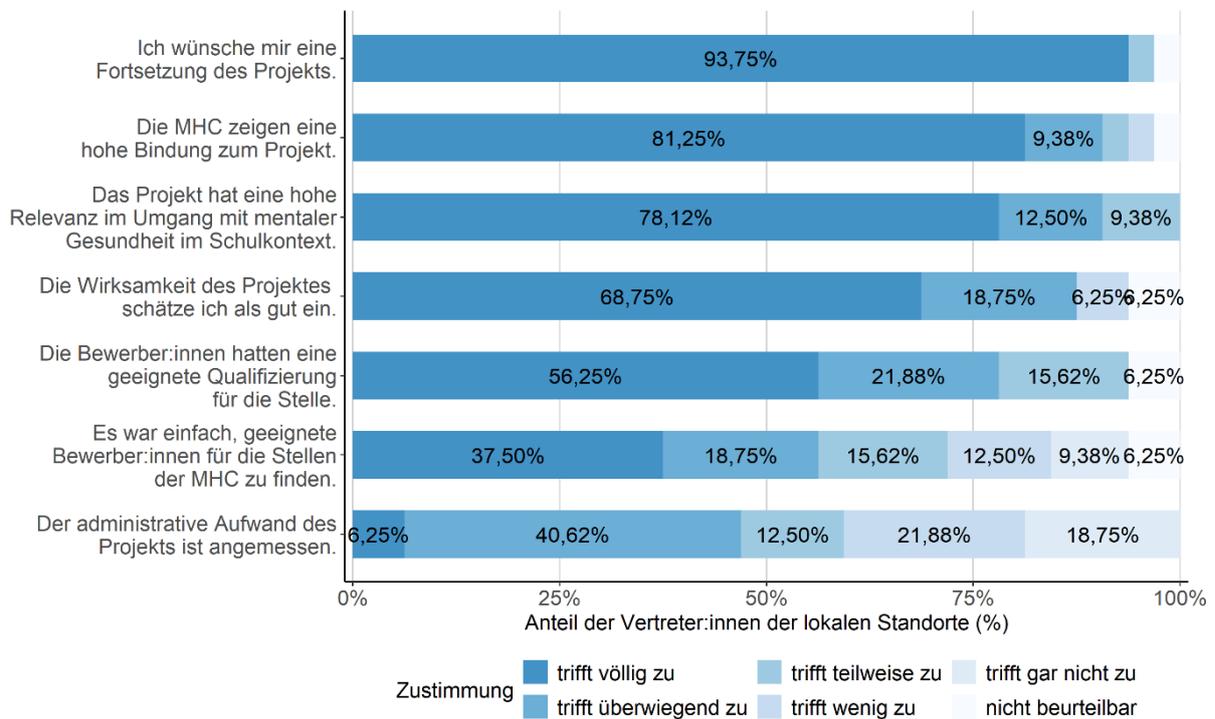
Anmerkungen. $N = 8$. Abgebildet ist der absolute Anteil der Bundestutor:innen und Fachreferentinnen, der einzelnen Aussagen zu allgemeinen und organisatorischen Aspekten des Projektes entsprechend stark zustimmte. Die Aussagen sind absteigend nach Häufigkeit der Antwortkategorie *trifft völlig zu* geordnet. MHC = Mental Health Coaches.

Von den 32 JMD-Standortvertretungen schätzten 27 Personen (84,38 %) die Laufzeit als viel zu kurz und drei Personen (9,38 %) als etwas zu kurz ein. Von jeweils einer Standortvertretung wurde die Projektdauer als genau richtig (3,13 %) oder etwas zu lang (3,13 %) eingeschätzt. Eine Fortsetzung des Projekts wünschten sich 94 % ($n = 30$) der befragten Vertreter:innen der Standorte völlig und 6 % ($n = 2$) überwiegend. Neunzig Prozent der Personen stimmten völlig ($n = 26$; 81,25 %) oder überwiegend ($n = 3$; 9,38 %) zu, dass die MHC eine hohe Bindung zum Projekt haben. Die Relevanz des Projektes für den Umgang mit mentaler Gesundheit im Schulkontext und die Wirksamkeit wurden größtenteils sehr positiv eingeschätzt. So stimmten 29 Personen (90,63 %) der Aussage zur hohen Relevanz und 28 Personen (87,50 %) jener zur Wirksamkeit des Projekts überwiegend oder voll zu. Die Auswahl der MHC wurde überwiegend als angemessen bewertet. Der Aussage „Es war einfach, geeignete Bewerber:innen für die Stellen der MHC zu finden.“ stimmten 18 Befragte (37,50 %) völlig und sechs (18,75 %) überwiegend zu. Sieben Personen (21,88 %) stimmten dieser Aussage jedoch wenig oder gar nicht zu. Die Qualifikation der Bewerber:innen wurde insgesamt als geeignet für die Stelle bewertet. Der entsprechenden Aussage stimmten 18 Personen völlig und sieben (21,88 %) überwiegend zu. Der administrative Aufwand wurde sehr unterschiedlich bewertet. Während 47 % ihn als völlig ($n = 2$; 6,25 %) oder überwiegend ($n = 13$; 40,62 %) angemessen bewerteten, gaben weitere 53 % an, dass sie der Aussage nur teilweise ($n = 4$; 12,50 %), wenig ($n = 7$; 21,88 %) oder gar nicht ($n = 6$; 18,75 %) zustimmten. Eine vollständige Übersicht der Zustimmung zu den Aussagen über die Projektbestandteile ist in Abbildung 39 dargestellt.



Abbildung 39

Bewertung organisatorischer Aspekte des Projektes aus Sicht der Standortvertretungen



Anmerkungen. $N = 32$. Abgebildet ist die relative Verteilung der Zustimmung der Standortvertretungen der Jugendmigrationsdienste zu den Aussagen zu organisatorischen Aspekten des Projektes. Häufigkeiten unter 5,00 % sind zur besseren Lesbarkeit nicht beschriftet. MHC = Mental Health Coaches.

6.4.4 Offenes Feedback

Offenes Feedback zu den positiven Aspekten des Modellprojekts („Welche Aspekte des Projektes finden Sie gut?“) gaben sechs der acht Fachreferentinnen und Bundestutor:innen. Daraus wurden 16 Nennungen kodiert, die zu acht thematischen Kategorien zusammengefasst wurden. Einen Überblick über die gebildeten Kategorien bietet Tabelle 17. Positiv hervorgehoben wurden die Relevanz des Themas und der Fokus auf mentale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen ($n = 5$). Insbesondere die Umsetzung im Schulkontext wurde in diesem Zusammenhang betont, da dieser einen niederschweligen Zugang ermögliche ($n = 4$). Ein weiterer Aspekt, der genannt wurde, ist die Flexibilität bei den Angeboten, die ein bedarfsorientiertes Vorgehen ermögliche ($n = 1$). Der Fokus auf Gruppenangebote stelle eine Entlastung und Ergänzung der Schulsozialarbeit dar ($n = 1$). Die externe Position der MHC sei förderlich für die Rollenklarheit und Fachexpertise der MHC ($n = 1$), die auch durch die Betreuung der MHC durch die Träger:innen sowie

Weiterbildungsmöglichkeiten gefördert werde ($n = 1$). Weiterhin wurden auch der bundesweite Ansatz und die Vernetzung der Trägergruppen positiv hervorgehoben, wodurch die Qualität des Programms sichergestellt werde sowie an bestehenden Strukturen und Erfahrungen angesetzt werden könne ($n = 2$).

Tabelle 17

Kategorien der positiven Aspekte aus dem offenen Feedback der Fachreferentinnen und Bundestutor:innen

Kategorien	Anzahl der Nennungen
1. Relevanz des Themas und Fokus auf mentale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen	5
2. Niederschwelliger Zugang durch Umsetzung im Schulkontext	4
3. Bundesweiter Ansatz und Vernetzung der Trägergruppen	2
4. Bedarfsorientierung durch Flexibilität in der Angebotsgestaltung	1
5. Entlastung und Ergänzung der Schulsozialarbeit	1
6. Vorteil der externen Position der MHC	1
7. Betreuung und Weiterbildungsmöglichkeiten der MHC fördern Fachexpertise	1
8. Ziele des MHC-Programms	1

Anmerkungen. $N = 6$. Dargestellt sind die Kategorien des offenen Feedbacks der Fachreferentinnen und Bundestutor:innen bezogen auf die positiven Bestandteile des Modellprojekts. Darüber hinaus sind die absoluten Häufigkeiten der Nennungen dargestellt. Zwei Personen machten keine Aussage zu positiven Projektbestandteilen. MHC = Mental Health Coaches.

Offenes Feedback zu den verbesserungswürdigen Aspekten des Modellprojekts („Welche Aspekte des Projektes sind aus Ihrer Sicht verbesserungswürdig?“) gaben sechs Fachreferentinnen und Bundestutor:innen. Daraus wurden 24 Nennungen kodiert, aus denen neun thematische Schwerpunkte abgeleitet wurden.

Als verbesserungswürdig wurde vor allem die Projektlaufzeit genannt ($n = 6$). Durch die zeitliche Befristung des Programms werde die Projektsteuerung und -umsetzung erschwert ($n = 4$). Dies beziehe sich einerseits auf die Zusammenarbeit mit den Schulen und andererseits auf die Arbeitsbedingungen der MHC. Fünf Personen erwähnten, dass die

Planungsunsicherheit zu Fluktuation der Fachkräfte führe, die jedoch für eine erfolgreiche Umsetzung des Programms notwendig seien. Darüber hinaus wurden auch die finanziellen Rahmenbedingungen mehrfach kritisiert ($n = 4$). Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit von flächendeckenden, dauerhaften Angeboten, um langfristige Effekte zu erzielen, hervorgehoben ($n = 3$). Zwei Personen betonten, dass sich auch die Rahmenbedingungen an den Schulen und in Bezug auf die Überlastung vorhandener Hilfsstrukturen ändern müssten, damit das MHC-Modellvorhaben seine volle Wirkung entfalten könne. Ein weiterer Kritikpunkt umfasst den administrativen Aufwand der Angebotsplanung ($n = 2$). Weiterhin müssten laut je einer Person das Profil und die Aufgaben der MHC mehr spezifiziert werden sowie die Möglichkeit zu Erstberatungen geschaffen werden. Eine Zusammenfassung der verbesserungswürdigen Aspekte ist in Tabelle 18 dargestellt.



Tabelle 18

Kategorien der verbesserungswürdigen Aspekte aus dem offenen Feedback der Fachreferentinnen und Bundestutor:innen

Kategorien	Anzahl der Nennungen
1. Projektlaufzeit zu kurz	6
2. Projektsteuerung und -umsetzung durch kurze Projektlaufzeit erschwert	4
3. Fluktuation der Fachkräfte durch Planungsunsicherheit	5
4. finanzielle Rahmenbedingungen	4
5. Notwendigkeit von flächendeckenden, dauerhaften Angeboten	3
6. Änderung der Rahmenbedingungen an den Schulen sowie vorhandener Hilfsstrukturen notwendig	2
7. administrativer Aufwand der Angebotsplanung	2
8. Profil und Aufgaben der MHC müssten mehr spezifiziert werden	1
9. Möglichkeit zu Erstberatungen sollte geschaffen werden	1

Anmerkungen. $N = 6$. Dargestellt sind die Kategorien der Auswertung des offenen Feedbacks der Fachreferentinnen und Bundestutor:innen bezogen auf die verbesserungswürdigen Bestandteile des Modellprojekts. Darüber hinaus sind die absoluten Häufigkeiten der Nennungen dargestellt. Zwei Personen machten keine Aussage zu verbesserungswürdigen Projektbestandteilen.

Offenes Feedback zu den positiven Aspekten des Modellprojekts („Welche Aspekte des Projektes finden Sie gut?“) gaben 28 Vertreter:innen der lokalen Träger (87,50 %). Aus 62 kodierten Nennungen wurden vier thematische Hauptkategorien und mehrere Unterkategorien gebildet. Diese sind zusammen mit den absoluten und relativen Häufigkeiten ihrer Nennung in Tabelle 19 übersichtsartig dargestellt.

Von 21 Personen (33,87 % der positiven Nennungen) wurden die Relevanz des Themas und der Fokus auf mentale Gesundheit positiv hervorgehoben. Insbesondere aufgrund zahlreicher Krisen, wie z. B. den Auswirkungen der Corona-Pandemie, sei es wichtig, psychischen Belastungen von Schüler:innen entgegenzuwirken ($n = 3$; 4,84 %). Die Projektziele ($n = 1$; 1,61 %) und vor allem die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen sowie der



Präventionscharakter des Programms ($n = 3$; 4,84 %) seien dabei wichtige Elemente. Dreizehn Personen (20,97 %) hoben auch die Bedeutung des Schulkontextes hervor, da mentale Gesundheit dort eine hohe Relevanz habe und so niederschwellig viele Kinder und Jugendliche erreicht werden können. Weiterhin wurde auch die Entlastung der Schulsozialarbeit durch die MHC benannt, da durch die externe Position der MHC explizit Themen der mentalen Gesundheit in den Schulen adressiert werden können ($n = 1$; 1,61 %). Durch den Fokus auf wenige Kooperationsschulen ($n = 1$; 1,61 %) und Flexibilität in der Angebotsgestaltung ($n = 2$; 3,23 %) sei ein bedarfsorientiertes, nachhaltiges Arbeiten möglich. Ein weiterer positiver Aspekt sei das generelle Konzept, das einen ganzheitlichen Ansatz darstelle, da der Fokus sowohl auf der Stärkung der Resilienz der Schüler:innen, aber auch auf der Unterstützung von Lehrkräften liege ($n = 2$; 3,23 %). Darüber hinaus lobten drei Personen (4,84 %), dass durch das Modellprojekt finanzielle Mittel für Angebote zur Verfügung stehen. Eine Person (1,61 %) erwähnte auch, dass die Rolle der MHC im Vorfeld klar kommuniziert worden sei, sodass eine schnelle Integration in den Schulkontext möglich gewesen sei. Drei Personen (4,84 %) benannten die bundesweite Umsetzung als einen positiven Aspekt, da dadurch ein Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung ermöglicht werden. Daran anknüpfend wurden auch die Betreuung der MHC sowie die Fortbildungsmöglichkeiten positiv hervorgehoben ($n = 3$; 4,84 %).

Tabelle 19

Kategorien der positiven Aspekte aus dem offenen Feedback der Vertreter:innen der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste

Kategorien	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen ¹	Anteil der Befragten ²
1. Konzept und Thematik			
1.1. Relevanz des Themas und Fokus auf mentale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen	21	33,87 %	65,63 %
1.2. Relevanz aufgrund zahlreicher Krisen	3	4,84 %	9,38 %
1.3. Präventionscharakter	3	4,84 %	9,38 %
1.4. ganzheitlicher Ansatz	2	3,23 %	6,25 %
1.5. Projektziele	1	1,61 %	3,13 %

Kategorien	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen ¹	Anteil der Befragten ²
1.6. Bedarfsorientierung durch Fokus auf wenige Kooperationsschulen	1	1,61 %	3,13 %
2. Schulkontext			
2.1. Niederschwelliger Zugang im Schulkontext	13	20,97 %	40,63 %
2.2. Entlastung der Schulsozialarbeit	1	1,61 %	3,13 %
2.3. Vorteil der externen Position der MHC	1	1,61 %	3,13 %
3. Angebote an den Schulen			
3.1. Finanzielle Mittel für Angebote	3	4,84 %	9,38 %
3.2. Flexibilität in der Angebotsgestaltung ermöglicht bedarfsorientiertes Arbeiten	2	3,23 %	6,25 %
3.3. Vielfältige Themen	1	1,61 %	3,13 %
4. Arbeit der MHC			
4.1. Erfahrungsaustausch und Unterstützung durch bundesweite Umsetzung	3	4,84 %	9,38 %
4.2. Betreuung der MHC	3	4,84 %	9,38 %
4.3. Fortbildungsmöglichkeiten der MHC	3	4,84 %	9,38 %
4.4. Schnelle Integration der MHC in die Schule durch gelungene Kommunikation im Vorfeld	1	1,61 %	3,13 %

Anmerkungen. $N = 28$. Dargestellt sind die Kategorien des offenen Feedbacks der Vertreter:innen der lokalen Träger bezogen auf die positiven Projektbestandteile. Zudem sind die absoluten und relativen Häufigkeiten der Kategorien dargestellt. Zur Übersichtlichkeit wurden die Kategorien in Hauptkategorien gruppiert. Vier Befragte machten keine Aussage zu positiven Projektbestandteilen. MHC = Mental Health Coaches.

¹ Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf den Anteil der 62 kodierten Nennungen.

² Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf $N = 32$ Vertreter:innen der lokalen Träger.



Offenes Feedback zu den verbesserungswürdigen Aspekten des Modellprojekts („Welche Aspekte des Projektes sind aus Ihrer Sicht verbesserungswürdig?“) gaben 28 Vertreter:innen der lokalen Träger (87,50 %). Aus den 73 kodierten Nennungen wurden sieben thematische Hauptkategorien abgeleitet, welche in Tabelle 20 zusammen mit den absoluten und relativen Häufigkeiten ihrer Nennung dargestellt sind.

Am häufigsten wurden die Projektlaufzeit und die damit einhergehende Planungsunsicherheit bezüglich der Finanzierung negativ hervorgehoben ($n = 24$; 32,88 % der Nennungen verbesserungswürdiger Aspekte). Die unklare Kommunikation über die Projektlaufzeit, die teilweise nicht mit der Dauer eines Schuljahres übereinstimme ($n = 1$; 1,37 %), führe zu Unsicherheiten für die Schulen, die Träger:innen und auch die MHC ($n = 7$; 9,59 %). Infolgedessen sei es schwierig, Fachkräfte zu halten ($n = 5$; 6,85 %) sowie die Kooperation zu Schulen und externen Kooperationspartner:innen ($n = 5$; 6,85 %) aufzubauen. Darüber hinaus wurde von acht befragten Personen (10,96 %) thematisiert, dass eine längere Projektlaufzeit für den Aufbau von Strukturen und Beziehungen und somit für langfristige Effekte erforderlich sei.

Weiterhin schrieben neun Personen (12,33 %), dass sie sich ein flächendeckendes Angebot wünschten, um den Bedarf und die Nachfrage abzudecken. Ein weiterer genannter Kritikpunkt umfasste den administrativen Aufwand ($n = 8$; 10,96 %), für den die Träger:innen nicht zusätzlich vergütet wurden ($n = 2$; 2,74 %). Eine befragte Person (1,37 %) schrieb darüber hinaus, dass die Rahmenbedingungen für den/die Träger:in nicht stimmig seien und der/die Träger:in das Projekt beenden werde, wenn der/die MHC aussteige. Insbesondere die Bewilligung von Gruppenangeboten sei mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden. Zwei Personen hoben diesbezüglich auch hervor, dass zu wenig finanzielle Mittel für die Gruppenangebote zur Verfügung stehen ($n = 2$; 2,74 %). Eine weitere Person kritisierte, dass es zu wenige Schulungen für die MHC gebe (1,37 %).



Tabelle 20

Kategorien der verbesserungswürdigen Aspekte aus dem offenen Feedback der Vertreter:innen der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste

Kategorien	Anzahl der Nennungen	Anteil der Nennungen ¹	Anteil der Befragten ²
1. Projektlaufzeit			
1.1. Zu kurze Projektlaufzeit und Planungsunsicherheit bzgl. der Finanzierung	24	32,88 %	75,00 %
1.2. Unklare Kommunikation über die Projektlaufzeit führe zu Unsicherheiten aller Beteiligten	7	9,59 %	21,88 %
1.3. Schwierigkeit Fachkräfte zu halten	5	6,85 %	15,63 %
1.4. Kooperation zu Schulen und externen Kooperationspartnern erschwert	5	6,85 %	15,63 %
1.5. Förderdauer nicht mit Schuljahr übereinstimmend	1	1,37 %	3,13 %
1.6. Längere Projektlaufzeit erforderlich für Aufbau von Strukturen und Beziehungen	8	10,96 %	25,00 %
2. Flächendeckendes Angebot gewünscht	9	12,33 %	28,13 %
3. Administrativer Aufwand	8	10,96 %	25,00 %
4. Mehraufwand der Träger:innen nicht vergütet	2	2,74 %	6,25 %
5. Zu wenig finanzielle Mittel für Gruppenangebote	2	2,74 %	6,25 %
6. Zu wenige Schulungen für die MHC	1	1,37 %	3,13 %
7. Rahmenbedingungen für Träger:in nicht stimmig	1	1,37 %	3,13 %

Anmerkung. N = 28. Dargestellt sind die Kategorien des offenen Feedbacks der Vertreter:innen der lokalen Träger bezogen auf die verbesserungswürdigen



Projektbestandteile. Zudem sind die absoluten und relativen Häufigkeiten der Kategorien dargestellt.

¹ Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf den Anteil der 73 kodierten Nennungen.

² Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf $N = 32$ Vertreter der lokalen Träger.

6.5 Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen

6.5.1 Charakteristika der Stichprobe

Der Großteil der 104 teilnehmenden Schüler:innen besuchte eine berufliche Schule ($n = 85$; 81,73 %) und war weiblich ($n = 55$; 52,88 %). Das durchschnittliche Alter lag bei 18,54 Jahren ($SD = 3,09$). Eine genaue Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tabelle 21.

Tabelle 21

Beschreibung der Pilotstichprobe der Schüler:innenbefragung ($N = 104$)

Charakteristika		$M (SD)$	Absolute (relative) Häufigkeiten
Alter		18,54 (3,09)	
Geschlecht	weiblich		55 (52,89 %)
	männlich		45 (43,27 %)
	divers		4 (3,85 %)
Schulstufe	9. Klasse		6 (5,77 %)
	10. Klasse		6 (5,77 %)
	11. Klasse		30 (28,85 %)
	12. Klasse		16 (15,38 %)
	13. Klasse		3 (2,89 %)
	Sonstiges		41 (39,42 %)
	keine Angabe		2 (1,92 %)

	Charakteristika	<i>M (SD)</i>	Absolute (relative) Häufigkeiten
angestrebter Schulabschluss	Abitur		25 (24,04 %)
	Fachabitur		30 (28,85 %)
	Realschulabschluss/ Mittlere Reife		13 (12,50 %)
	Hauptschulabschluss		4 (3,84 %)
	Berufsschulabschluss		26 (25,00 %)
	Sonstiges		5 (4,81 %)
	keine Angabe		1 (0,96 %)
	Schulform	Gymnasium	
integrierte Schulform			8 (7,69 %)
Realschule			5 (4,81 %)
Haupt- und Werkrealschule			3 (2,88 %)
berufliche Schule			85 (81,73 %)
Sonstiges			1 (0,96 %)
keine Angabe			1 (0,96 %)
Bundesland	Nordrhein-Westfalen		59 (56,73 %)
	Baden-Württemberg		44 (42,31 %)
	keine Angabe		1 (0,96 %)
Deutsch als	Muttersprache		82 (78,85 %)
	Nicht-Muttersprache		21 (20,19 %)
	keine Angabe		1 (0,96 %)

Charakteristika	M (SD)	Absolute (relative) Häufigkeiten
Länge des Deutschlernens in Jahren bei Deutsch als Nicht-Muttersprache (n = 24)	13,25 (6,91)	

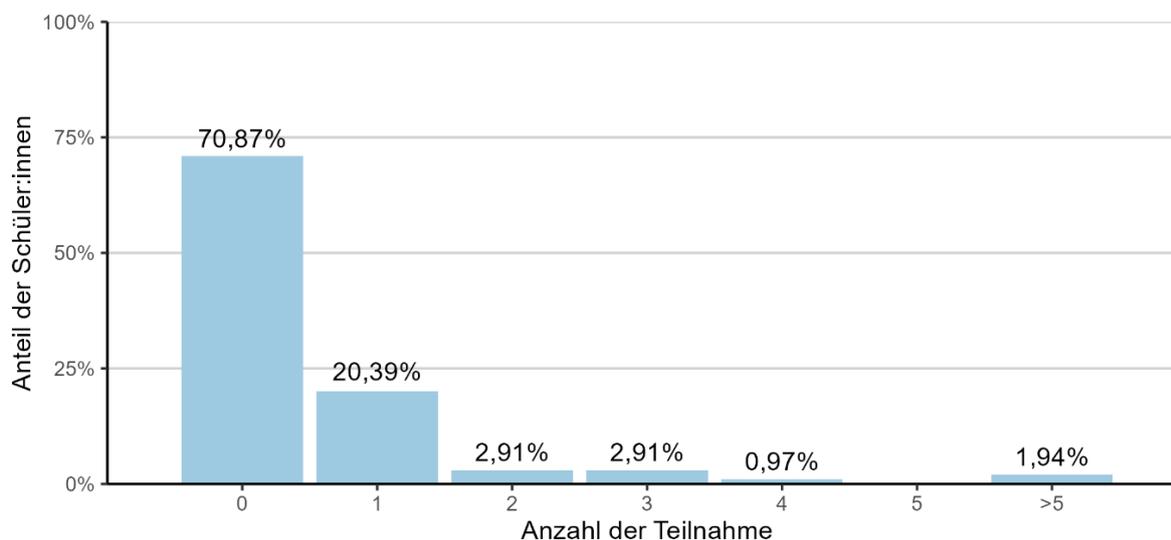
Anmerkung. Dargestellt sind die Charakteristika der Gesamtpilotstichprobe der Schüler:innenbefragung (N = 104).

6.5.2 Kenntnis über das Programm „Mental Health Coaches an Schulen“ an eigener Schule und Teilnahme an Angeboten

Von der Gesamtzahl der Schüler:innen (N = 104) gaben 52 (50,00 %) Schüler:innen an, zu wissen, dass es eine/einen MHC an der Schule gebe, und 27 (25,96 %) berichteten, im Schuljahr 2023/24 an MHC-Angeboten teilgenommen zu haben. Der Großteil (n = 21; 20,19 %) hat einmalig an einem MHC-Gruppenangebot teilgenommen. Die Verteilung der Teilnahmehäufigkeiten an MHC-Gruppenangeboten ist in Abbildung 40 dargestellt

Abbildung 40

Häufigkeit der Teilnahme an Gruppenangeboten der Mental Health Coaches



Anmerkungen. N = 103. Dargestellt ist der relative Anteil der Schüler:innen der Gesamtstichprobe, die entsprechend oft an Gruppenangeboten der Mental Health Coaches teilnahmen. Eine Person machte keine Angabe zur Häufigkeit der Teilnahme und wurde nicht in die Grafik einbezogen.

Außerdem berichteten fünf Schüler:innen (4,81 %) durch Einzelkontakt mit der/dem MHC Hilfe erhalten zu haben. Von diesen gaben vier Schüler:innen an, dass diese:r ihnen gut oder eher gut habe helfen können. Eine Person schätzte die durch die/den MHC erhaltene Hilfe als eher schlecht ein. Drei Schüler:innen gaben an, dass sie sich in Zukunft eher oder noch einmal an die/den MHC wenden würden, während sich zwei Personen eher nicht noch einmal an die/den MHC wenden würden. Unabhängig von nicht oder bereits stattgefundenem Einzelkontakt gaben von allen Schüler:innen 48 (46,16 %) an, dass sie sich in Zukunft eher oder noch einmal an die/den MHC wenden würden, während 55 Schüler:innen (52,88 %) sich in Zukunft eher nicht oder nicht an die/den MHC wenden würden. Eine Person (0,96 %) machte keine Angabe.

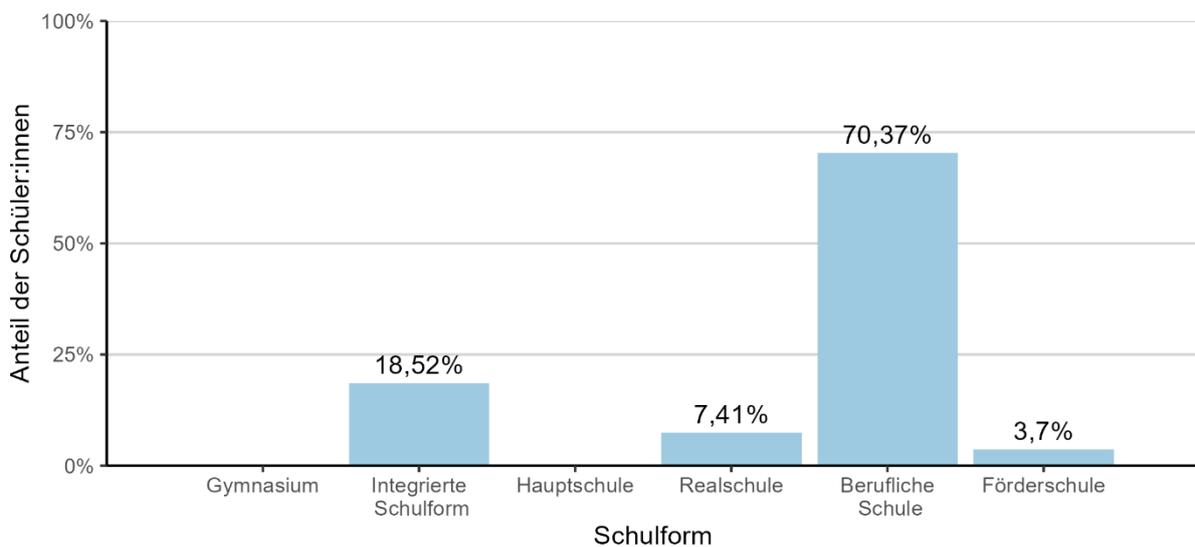
6.5.3 Charakteristika der an Angeboten der Mental Health Coaches teilnehmenden Schüler:innen

Schüler:innen, die angaben, an MHC-Angeboten teilgenommen zu haben, waren zwischen 13 und 31 Jahre und im Schnitt 17,30 Jahre ($SD = 3,22$) alt. Von diesen identifizierten sich 15 (55,56 %) als weiblich, neun (33,33 %) als männlich und drei (11,11 %) als divers. Fünf (18,52 %) der Teilnehmenden kamen aus Baden-Württemberg und 22 (81,48 %) aus Nordrhein-Westfalen. Die häufigste Schulform war mit 19 Angaben (70,37 %) die berufliche Schule. Die meisten Schüler:innen ($n = 12$; 44,44 %) strebten als Schulabschluss das Fachabitur an. Die genaue Verteilung der Schulformen und angestrebten Schulabschlüsse ist aus Abbildungen 41 und 42 zu entnehmen. Die Charakteristika der teilnehmenden Schüler:innen sind in Tabelle 22 dargestellt.



Abbildung 41

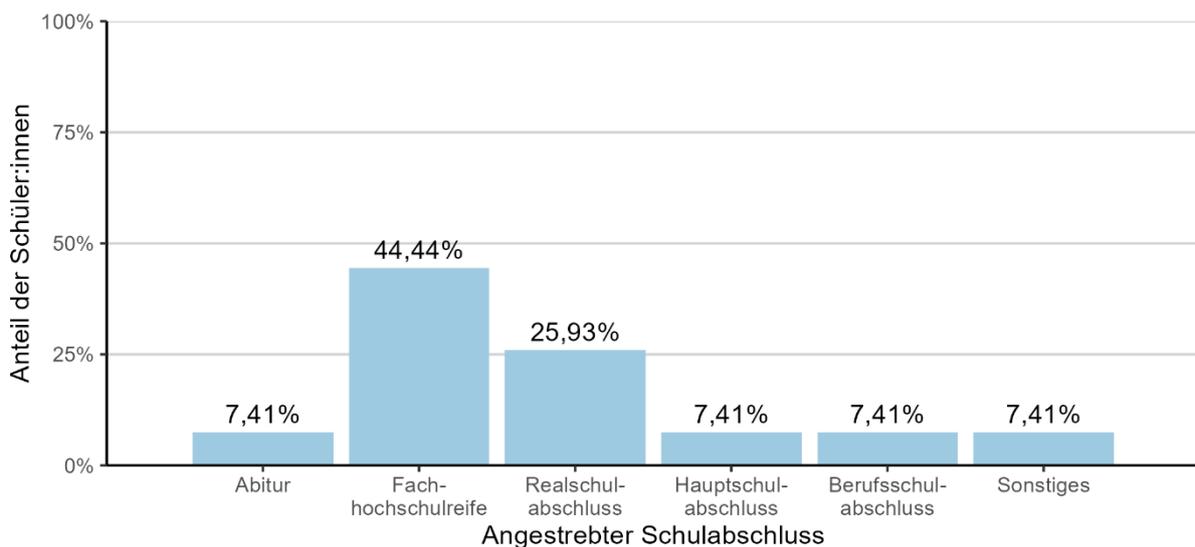
Schulformen der Teilnehmenden an Angeboten der Mental Health Coaches



Anmerkungen. N = 27. Dargestellt ist der relative Anteil der Schüler:innen, die eine entsprechende Schule besuchten, an der Teilstichprobe der Schüler:innen, die an Angeboten der Mental Health Coaches teilnahmen.

Abbildung 42

Schulabschluss der Teilnehmenden an Angeboten der Mental Health Coaches



Anmerkungen. N = 27. Dargestellt ist der relative Anteil der Schüler:innen, die einen entsprechenden Schulabschluss anstrebten, an der Teilstichprobe der Schüler:innen, die an Angeboten der Mental Health Coaches teilnahmen.



Tabelle 22

Charakteristika der an Angeboten der Mental Health Coaches teilnehmenden Schüler:innen

Charakteristika		<i>M (SD)</i>	Absolute (relative) Häufigkeiten
Alter		17,30 (3,22)	
Geschlecht	weiblich		15 (55,56 %)
	männlich		9 (33,33 %)
	divers		3 (11,11 %)
Schulstufe	9. Klasse		3 (11,11 %)
	10. Klasse		3 (11,11 %)
	11. Klasse		13 (48,15 %)
	12. Klasse		0 (0,00 %)
	13. Klasse		0 (0,00 %)
	Sonstiges		7 (25,93 %)
	keine Angabe		1 (3,70 %)
angestrebter Schulabschluss	Abitur		2 (7,41 %)
	Fachabitur		12 (44,44 %)
	Realschulabschluss/ Mittlere Reife		7 (25,92 %)
	Hauptschulabschluss		2 (7,41 %)
	Berufsschulabschluss		2 (7,41 %)
	Sonstiges		2 (7,41 %)

	Charakteristika	<i>M (SD)</i>	Absolute (relative) Häufigkeiten
Schulform	Gymnasium		0 (0,00 %)
	integrierte Schulform		5 (18,52 %)
	Realschule		2 (7,41 %)
	Haupt- und Werkrealschule		0 (0,00 %)
	Förderschule		1 (3,70 %)
	berufliche Schule		19 (70,37 %)
	Sonstiges		0 (0,00 %)
Bundesland	Nordrhein-Westfalen		22 (81,48 %)
	Baden-Württemberg		5 (18,52 %)
Deutsch als	Muttersprache		20 (74,07 %)
	Nicht-Muttersprache		7 (25,93 %)
Länge des Deutschlernens in Jahren bei Deutsch als Nicht-Muttersprache (<i>n</i> = 9)		11,67(6,2)	

Anmerkung. Dargestellt sind die Charakteristika der Teilstichprobe der Schüler:innen, die angaben, an Angeboten der Mental Health Coaches teilgenommen zu haben (*n* = 27).

6.5.4 Merkmale der wahrgenommenen Gruppenangebote der Mental Health Coaches

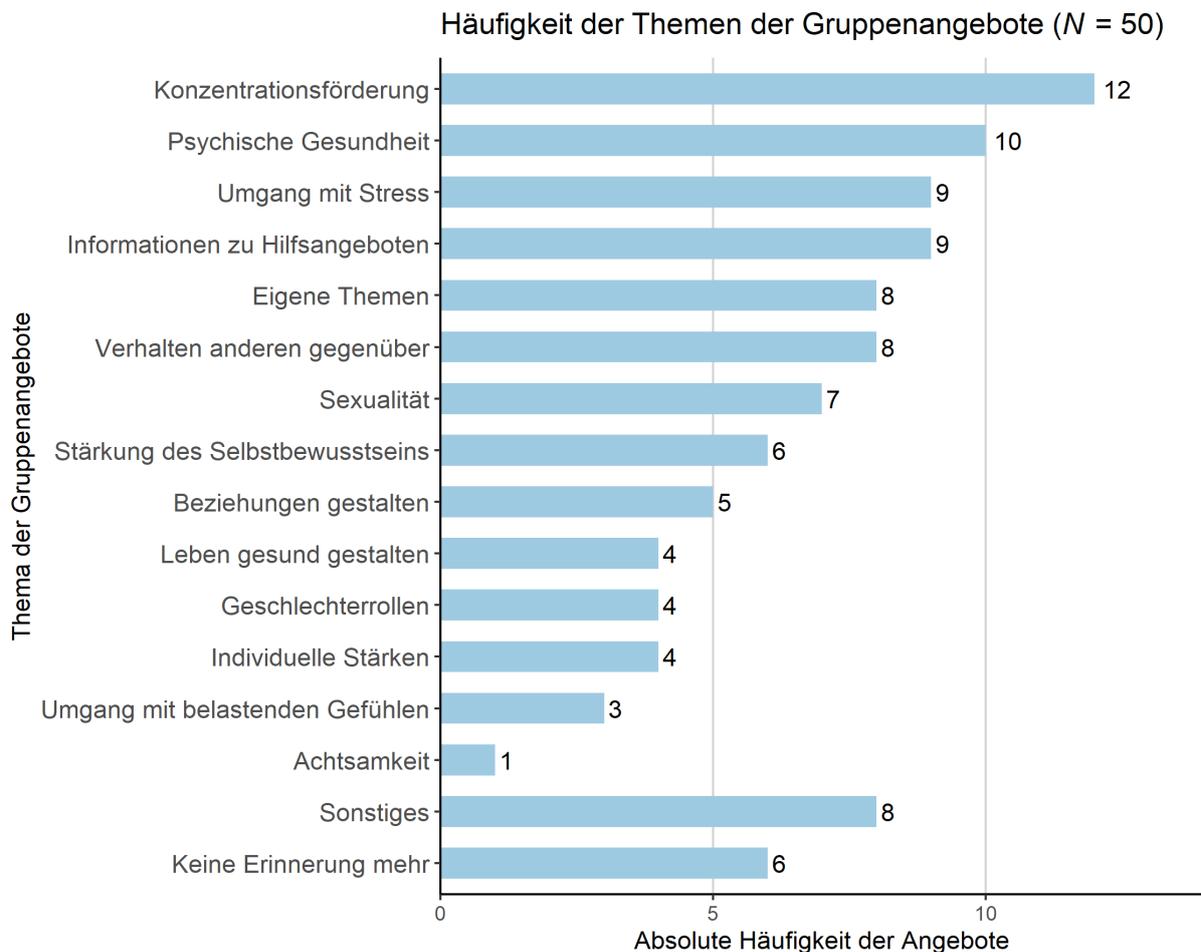
Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf von den befragten Schüler:innen berichtete Merkmale wahrgenommener MHC-Gruppenangebote. Abbildung 43 gibt einen Überblick über die in den Gruppenangeboten behandelten Themen, wobei in einem Gruppenangebot mehrere Inhalte thematisiert werden konnten. Die Länge der Gruppenangebote variierte, 19 (38,00 %) Gruppenangebote dauerten bis zu einer Schulstunde, 26 (52,00 %) nahmen mehrere Schulstunden an einem Schultag in Anspruch, keines dauerte bis zu einer Woche und fünf (10,00 %) waren länger als eine Woche. Zwanzig (40,00 %) Gruppenangebote waren für die Schüler:innen verpflichtend und 30 (60,00 %) freiwillig. Außerdem fanden 34 (68,00 %)



Gruppenangebote während der regulären Unterrichtszeit statt und 16 (32,00 %) außerhalb der Unterrichtszeit. Die meisten Gruppenangebote fanden in der Schule statt ($n = 44$; 88,00 %) und nur wenige außerhalb der Schule ($n = 6$; 12,00 %). Jeweils die Hälfte der Gruppenangebote ($n = 50$, 50,00 %) wurde innerhalb einer Klasse oder klassenübergreifend durchgeführt. Zudem fanden 16 (32,00 %) Gruppenangebote in Kleingruppen mit bis zu acht Schüler:innen statt und 34 (68,00 %) in einer größere Gruppe.

Abbildung 43

Themen der Gruppenangebote der Mental Health Coaches aus Sicht von Schüler:innen



Anmerkungen. Dargestellt sind die absoluten Häufigkeiten der genannten Themen der Gruppenangebote der Mental Health Coaches aus Sicht von Schüler:innen. Mehrfachnennung war möglich. Gesamtanzahl der wahrgenommenen Angebote: $N = 50$.

6.5.5 Wunsch nach weiterer Teilnahme an Angeboten der Mental Health Coaches und Fortführung des Projektes

Von jenen Schüler:innen, die bereits an MHC-Angeboten teilgenommen hatten, gaben alle 27 Schüler:innen (100,00 %) an, die Angebote als eher gut bis sehr gut empfunden zu haben. Eher oder erneut an einem Angebot teilnehmen würden 21 Schüler:innen (77,78 %), während vier (14,81 %) eher nicht noch einmal an einem Angebot teilnehmen würden. Weiterhin wünschten 23 Schüler:innen (85,18 %) eine Weiterführung des Projektes im nächsten Schuljahr. Von jenen Schüler:innen, die bis zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht an MHC-Angeboten teilgenommen hatten, berichteten 73 (96,04 %), die Angebote generell eher gut bis sehr gut zu finden, und 36 (47,37 %) gaben an, einmal an einem Angebot teilnehmen zu wollen. Weiterhin wünschten sich von diesen Schüler:innen 69 (90,76 %) eine Weiterführung des Projektes im nächsten Schuljahr. Von allen befragten Schüler:innen bewerteten 100 (97,09 %) die Angebote als eher gut bis sehr gut und 92 (89,32 %) wünschten sich eine Fortführung des Projektes im nächsten Schuljahr. Die detaillierten Ergebnisse zur Beurteilung des Programms sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23

Beurteilung des Programms „Mental Health Coaches an Schulen“ aus Sicht der Schüler:innen

Item	Alle ¹	Schüler:innen mit Teilnahme ²	Schüler:innen ohne Teilnahme ³
Beurteilung	Absolute (relative) Häufigkeiten		
sehr gut	58 (56,31 %)	18 (66,66 %)	40 (52,62 %)
gut	36 (34,95 %)	7 (25,93 %)	29 (38,16 %)
eher gut	6 (5,83 %)	2 (7,41 %)	4 (5,26 %)
eher schlecht	1 (0,97 %)	0 (0,00 %)	1 (1,32 %)
schlecht	1 (0,97 %)	0 (0,00 %)	1 (1,32 %)
sehr schlecht	1 (0,97 %)	0 (0,00 %)	1 (1,32 %)

Item	Alle ¹	Schüler:innen mit Teilnahme ²	Schüler:innen ohne Teilnahme ³
Wunsch nach (erneuter) Teilnahme			
ja		17 (62,97 %)	15 (19,74 %)
eher ja		4 (14,81 %)	21 (27,63 %)
eher nein		4 (14,81 %)	30 (39,47 %)
nein		0 (00,00 %)	10 (13,16 %)
keine Angabe		2 (7,41 %)	0 (00,00 %)
Wunsch nach Weiterführung			
ja	58 (56,31 %)	22 (81,48 %)	36 (47,37 %)
eher ja	34 (33,01 %)	1 (3,70 %)	33 (43,42 %)
eher nein	8 (7,77 %)	2 (7,41 %)	6 (7,89 %)
nein	3 (2,91 %)	2 (7,41 %)	1 (1,32 %)

Anmerkungen. Dargestellt sind die absoluten und relativen Häufigkeiten der Bewertungen der Schüler:innen des Programms „Mental Health Coaches an Schulen“.

¹ Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe der Schüler:innen ($N = 104$), wobei eine Person aufgrund von fehlender Angaben ausgeschlossen wurde.

² Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die Teilstichprobe der Schüler:innen, welche angab, an Angeboten der Mental Health Coaches teilgenommen zu haben ($n = 27$).

³ Die dargestellten relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die Teilstichprobe der Schüler:innen, welche angab, nicht an Angeboten der Mental Health Coaches teilgenommen zu haben ($n = 76$), wobei eine Person aufgrund von fehlender Angaben ausgeschlossen wurde.

7 DISKUSSION

7.1 Kurzzusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Um eine umfassende Bewertung des vom BMFSFJ initiierten Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“ zur Primärprävention psychischer Belastungen bei Schüler:innen weiterführender Schulen zu gewährleisten, wurde von der Universität Leipzig eine Evaluation des Programmes durchgeführt. Hierzu wurden Schulleitungen und eine Pilotstichprobe von Schüler:innen der am Programm teilnehmenden Schulen als Adressat:innen, MHC als Umsetzende und Vertreter:innen der JMD-Trägerstruktur als Organisator:innen des Programms befragt. Der Fokus der Evaluation liegt auf der Untersuchung der Akzeptanz und Umsetzung des Programms im Hinblick auf das Rahmenkonzept, einer ersten Einschätzung seiner Wirkung, der Bewertung der durchgeführten Angebote, der interdisziplinären Vernetzung innerhalb des Programms sowie der wahrgenommenen Relevanz des Projekts.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus den einzelnen Befragungsgruppen überblicksartig dargestellt. Die Mehrheit der befragten Schulleitungen gab an, mit der Zusammenarbeit mit den MHC eher oder voll und ganz zufrieden zu sein und die Qualifikation der MHC als hoch bis sehr hoch zu beurteilen. Über 80 % schätzten die Akzeptanz der Schüler:innen als eher gut bis sehr gut ein. Zwei Drittel der Schulleitungen gaben jedoch an, dass die Angebote der MHC die Bedarfe an der Schule eher nicht oder gar nicht abdecken. Im offenen Feedback lobten die Schulleitungen am häufigsten die Kompetenz der MHC, die gewonnene personelle Ressource und Ansprechperson sowie die Angebots- und Methodenvielfalt. Als Verbesserungsvorschläge nannten die Schulleitungen am häufigsten eine unbefristete Laufzeit, mehr Präsenzzeit der MHC an den Schulen und eine höhere Planungssicherheit.

Die MHC berichteten, am häufigsten Gruppenangebote zur Stärkung der Resilienz, zur allgemeinen Wissensvermittlung zu den Themenfeldern mentale Gesundheit und Stressbewältigung umgesetzt zu haben. Von den MHC, die freiwillige Angebote bereitstellten, schätzte die Mehrheit die Nachfrage als hoch bis zu hoch ein. Die meisten MHC bewerteten die Offenheit der Schüler:innen gegenüber der Thematik mentaler Gesundheit als stark bis sehr stark und die Akzeptanz der Schüler:innen gegenüber den MHC als hoch bis sehr hoch. Am häufigsten kooperierten die MHC mit Lehrkräften, externen Anbieter:innen primärpräventiver Angebote, Schulsozialarbeiter:innen, den Schulleitungen und den Fachreferentinnen. Die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit als MHC wurde überwiegend positiv eingeschätzt. So gaben knapp zwei Drittel der Befragten an, ziemlich zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Arbeit zu sein, während ein Drittel berichtete, teilweise zufrieden zu



sein. Ein Viertel der MHC berichtete jedoch, durch ihre Tätigkeit deutlich oder sehr stark belastet zu sein. Zu den meistgenannten Belastungsfaktoren zählten der zeitliche Rahmen des Projektes, der Anteil administrativer Aufgaben und die Akquise geeigneter externer Anbieter:innen primärpräventiver Angebote. Den zeitlichen Rahmen des Projektes schätzten fast alle MHC als viel zu kurz ein. Im offenen Feedback lobten die MHC am häufigsten die Konzeptualisierung und Relevanz des Präventionsprojektes, den Gestaltungsspielraum bei der Durchführung von Angeboten und die Umsetzung im Schulkontext. Kritisch angemerkt wurden am häufigsten die Projektlaufzeit, der Bedarf, das Angebot auszuweiten und fest zu verankern, der administrative Aufwand bei der Organisation von Gruppenangeboten sowie der Wunsch nach Einzelangeboten.

Die Mehrheit der Vertreter:innen der überregionalen und lokalen Trägerstruktur des Projektes schätzte die Relevanz des Projekts für den Umgang mit mentaler Gesundheit im Schulkontext als hoch ein. Ebenso wurde die Wirksamkeit des Projekts mehrheitlich als gut bewertet. Die Mehrzahl der Vertreter:innen der lokalen Standorte der Trägergruppen, bei welchen die MHC angestellt waren, schätzte die Qualifikation der MHC als überwiegend oder völlig geeignet für die Stelle ein. Der zeitliche Rahmen des Modellprojekts wurde hingegen von fast allen der Befragten der überregionalen und lokalen Trägerstruktur als etwas oder viel zu kurz eingestuft. Im offenen Feedback betrafen die meisten positiven Anmerkungen die Relevanz des Themas psychische Gesundheit und der Prävention und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie die Bedeutung des Schulkontextes im niedrighwelligen und breiten Zugang zu Angeboten. Die Nennungen zu Verbesserungsvorschlägen bezogen sich hauptsächlich auf die Projektlaufzeit und die damit einhergehende Planungsunsicherheit bezüglich der Finanzierung. Diese erschwere das Halten von Fachkräften, den Aufbau von Kooperationen mit Schulen und externen Partner:innen sowie das Erzielen langfristiger Effekte. Weiterhin wurde in einigen Kommentaren der Wunsch nach flächendeckenden Angeboten, um den Bedarf und die Nachfrage abzudecken, sowie nach einer Reduktion des administrativen Aufwands deutlich.

Von den befragten Schüler:innen der Pilotstichprobe gab die Hälfte an, zu wissen, dass es an ihrer Schule eine:n MHC gebe, und etwa ein Viertel berichtete, bereits an MHC-Angeboten teilgenommen zu haben. Von diesen Schüler:innen nahmen die meisten nur einmalig an einem MHC-Gruppenangebot teil. Einzelne Schüler:innen berichteten, Einzelkontakt mit der/dem MHC gehabt zu haben. Alle teilnehmenden Schüler:innen berichteten, die Angebote als eher gut, gut oder sehr gut empfunden zu haben. Knapp 90 % würden erneut an einem Angebot teilnehmen.



Zusammengenommen – über alle vier Ebenen der Evaluation hinweg – bildete sich ein überwiegender Wunsch nach Fortsetzung des MHC-Programmes ab. So wünschten sich etwa 90 % aller Befragten eine Fortführung des Projektes.

7.2 Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Evaluationsfragestellungen

7.2.1 Umsetzung des Programms gemäß des Rahmenkonzepts

Ziel der Evaluation ist es, das MHC-Programm anhand von vier Evaluationsfragestellungen umfassend zu bewerten. Die erste Fragestellung beschäftigt sich damit, ob das Programm gemäß der Zielsetzungen und Vorgaben im Rahmenkonzept des BMFSFJ und der JMD umgesetzt werden konnte (JMD & BMFSFJ, 2023b).

Qualifikation der MHC

Zunächst wird dafür die Qualifikation der MHC untersucht. Im Rahmenkonzept wurde dazu festgelegt, dass die MHC einen Hochschulabschluss in den Fächern Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Erziehungswissenschaften, Psychologie oder einem vergleichbaren Fachgebiet haben sollen. Knapp zwei Drittel der befragten MHC berichteten, einen dieser angegebenen Abschlüsse zu besitzen. Das restliche Drittel gab jedoch an, über verschiedenste geisteswissenschaftliche Hochschulabschlüsse, meist ohne direkt erkennbaren Bezug zu den vorgegebenen Fachrichtungen, zu verfügen. Hinsichtlich der gewünschten Vorerfahrungen in den Bereichen Jugendsozialarbeit und Jugendbildungsarbeit, Kenntnisse des Schulsystems, Wissen über psychische Gesundheit und Kompetenzen im Projektmanagement gab etwa die Hälfte der MHC an, viele Vorkenntnisse oder -erfahrungen zu diesen Themen zu besitzen. Mehr als drei Viertel der MHC berichteten, mindestens einige Vorkenntnisse oder -erfahrungen diesbezüglich zu haben. Eine Gruppe von rund 15–20 % der befragten MHC gab allerdings an, jeweils keine oder nur wenige Vorkenntnisse oder -erfahrungen in den vier Bereichen zu haben.

Über die vorausgesetzte Qualifikation und die entsprechenden Vorerfahrungen hinaus sollten die MHC in einer Basisqualifikation in 30 Unterrichtseinheiten (à 45 min) auf ihre Tätigkeit vorbereitet werden. Diese wurde als verpflichtende Voraussetzung für die Tätigkeit als MHC konzipiert. Sie sollte Basiswissen zum Thema „psychische Gesundheit“, Methoden zur Gestaltung von Gruppenarbeiten mit Schüler:innen sowie Verständnis zur eigenen Rolle als MHC und zu organisatorischen Aspekten des MHC-Programms vermitteln. In der Evaluation stellte sich jedoch heraus, dass einzelne MHC scheinbar nicht an der Basisqualifikation teilnahmen, vermutlich aus Gründen der Stellennachbesetzung. Zwei Drittel der befragten MHC gaben an, sich durch die Basisqualifikation nur teilweise, wenig oder gar nicht auf die



Stelle vorbereitet zu fühlen, während ein Drittel sich durch die Teilnahme überwiegend gut vorbereitet fühle. Die einzelnen Inhalte der Basisqualifikation wurden im Mittel als teilweise bis ziemlich hilfreich bewertet. Eine große Zahl der Befragten gab an, dass Inhalte zu den Methoden zur Wissensvermittlung über Themen der psychischen Gesundheit, Aufgaben der MHC, Informationen zur Öffentlichkeitsarbeit und zur Gestaltung von Gruppenarbeiten intensiver hätten behandelt werden sollen. Die Länge der Basisqualifikation wurde mehrheitlich als angemessen oder etwas zu kurz bewertet.

Über die Hälfte der JMD-Standorte, die für die Personalrekrutierung zuständig war, stimmte überwiegend oder völlig zu, dass es einfach gewesen sei, geeignete Bewerber:innen für die Stellen der MHC zu finden. Über drei Viertel stimmten darüber hinaus überwiegend oder völlig zu, dass die Qualifikation der Bewerber:innen geeignet gewesen sei. Einzelne Vertretungen der Trägerstruktur gaben jedoch an, dass die Schulung der MHC ungenügend sei und das Profil und Aufgaben der MHC genauer spezifiziert werden müssten. Die beteiligten Schulleitungen bewerteten die Qualifikation der MHC an ihrer Schule mehrheitlich als hoch oder sehr hoch und wertschätzten diese darüber hinaus mehrfach im offenen Feedback.

Zusammenfassend verfügten die überwiegende Anzahl der MHC über die erforderlichen Qualifikationen und Erfahrungen, welche im Rahmenkonzept festgelegt wurden. Von der beteiligten Trägerstruktur und den Schulleitungen wurde ihre Qualifikation überwiegend als angemessen bewertet. Hinsichtlich der Basisqualifikation scheinen viele MHC eine vertiefende Schulung für notwendig zu halten, um adäquat auf die Stelle vorbereitet zu werden. Kritisch betrachtet werden sollte, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil der MHC laut eigenen Angaben nicht über die geforderte Hochschulqualifikation und die gewünschten Vorerfahrungen verfügte sowie dass nicht alle MHC die Basisqualifikation durchlaufen zu haben scheinen. Die tatsächliche Qualifizierung der MHC entspricht demnach nur zum Teil der im Rahmenkonzept vorgesehenen Anforderungen.

Akzeptanz der Mental Health Coaches und des Programms

Neben der Qualifikation der MHC wird zur Bewertung der Etablierung des Programms auch die Akzeptanz der MHC und des MHC-Programms aus der Sicht verschiedener Projektbeteiligter betrachtet. Hier zeigt sich insbesondere aus der Sicht der Schulleitungen eine hohe Akzeptanz des Programms: Etwa 80–90 % der befragten Schulleitungen gaben jeweils an, mit der Kooperation mit ihrer/ihrer MHC eher bis voll und ganz zufrieden zu sein, sich eine Fortsetzung des Programms an der eigenen Schule sowie eine bundesweite Verstetigung zu wünschen und bewerteten das Programm mit der Schulnote 1 oder 2. Diese Einschätzungen decken sich mit den Angaben zur wahrgenommenen Akzeptanz von Seiten



der Schulleitungen aus Sicht der MHC. Hier gaben über 80 % der MHC an, hohe oder sehr hohe Akzeptanz von ihrer Schulleitung zu erfahren.

Die MHC gaben in der kontinuierlichen Dokumentation bei drei Viertel der Angebote an, die Schüler:innen als deutlich bis sehr aktiv und offen erlebt zu haben. Diese Angaben decken sich mit den Angaben in der einmaligen MHC-Befragung, in der ebenfalls die Mehrheit der MHC berichtete, die Beteiligung der Schüler:innen in den Gruppenangeboten und ihre Offenheit gegenüber dem Thema psychische Gesundheit als stark bis sehr stark wahrzunehmen. Fast alle MHC gaben an, von den Schüler:innen stark bis sehr stark akzeptiert zu werden. Dies deckt sich mit der Einschätzung der Schulleitungen, von denen die Mehrheit berichtete, die Akzeptanz der Schüler:innen gegenüber den MHC als gut bis sehr gut wahrzunehmen. Auch hinsichtlich der anderen projektbeteiligten Personengruppen, wie der Schulsozialarbeit oder Anbieter:innen externer oder weiterführender Angebote oder Erziehungsberechtigter, schätzte jeweils nur ein kleiner Prozentsatz der MHC, von diesen nur wenig akzeptiert zu werden. Allerdings gab knapp ein Viertel der MHC an, von den Lehrkräften an den Kooperationsschulen nur wenig bis mäßig akzeptiert zu werden.

Zusammenfassend wurden das Programm und die jeweiligen MHC von den Schulleitungen hoch geschätzt und die MHC fühlten sich von verschiedenen Personengruppen überwiegend akzeptiert, insbesondere von den Schüler:innen und den Schulleitungen.

Administrative Anforderungen

Zuletzt wird zur Bewertung der Umsetzung des Programms der administrative Aufwand, der mit der Programmetablierung und -durchführung einhergeht, betrachtet. Der kritischste Punkt, der hierzu von allen Projektbeteiligten einstimmig benannt wurde, ist die kurze Projektlaufzeit. Auf der organisatorischen Ebene erschwere diese die Steuerung und Umsetzung des Programms deutlich, unter anderem dadurch, dass die Planungsunsicherheit die Rekrutierung und das Halten geeigneten Personals für die Stellen der MHC beeinträchtigt. Für die MHC stelle die unklare Kommunikation bezüglich der Projektlaufzeit eine deutliche Belastung für die persönliche berufliche Planung dar. Auch die Kooperationen zu Schulen und externen Kooperationspartner:innen seien dadurch gefährdet und der Aufbau verlässlicher Strukturen und Vertrauensbeziehungen an den Schulen sowie das Erzielen langfristiger Effekte nur begrenzt möglich.

Während die Herausforderungen der Rekrutierung von Kooperationsschulen und die bereitgestellten Fördermittel von den meisten Vertreter:innen der überregionalen Trägerstruktur als zumindest teilweise, überwiegend oder völlig angemessen bewertet wurden, berichtete über die Hälfte, dass der administrative Aufwand des Gesamtprojektes nur wenig oder gar nicht angemessen sei. Eine ähnliche Einschätzung trafen die regionalen



Träger, von denen mehr als die Hälfte die administrativen Anforderungen des Projektes nur teilweise, wenig oder gar nicht angemessen empfand.

Auf der umsetzenden Ebene der MHC zeigte sich dies noch deutlicher: Weit über die Hälfte der MHC gab an, den administrativen Aufwand des Projektes als wenig oder gar nicht angemessen zu empfinden; ein weiteres Viertel fand ihn nur teilweise angemessen. Insgesamt nehmen administrative Tätigkeiten laut den Angaben der MHC etwa ein Viertel der Arbeitszeit ein. Insbesondere die Angebotsplanung sei aufwendig, da beispielsweise Vergleichsangebote eingeholt werden müssen. Ebenfalls berichtete nur ein Drittel der MHC, dass die finanziellen Mittel für die Umsetzung von Angeboten ausreichen. Ein Viertel gab an, durch die Tätigkeit als MHC deutlich belastet zu sein. Als Hauptbelastungsfaktoren wurden der zeitliche Rahmen sowie der Anteil administrativer Aufgaben genannt. Jedoch schilderten insgesamt nur sehr wenige MHC, Arbeitsanforderungen als unpassend wahrzunehmen oder nur wenig zufrieden mit der Tätigkeit zu sein.

Von den Schulleitungen der beteiligten Schulen wurde der administrative Aufwand hingegen mehrheitlich als niedrig oder sehr niedrig bewertet. Auch die zusätzlichen finanziellen Mittel und für die Schulen unkompliziertere Rekrutierung externer Angebote wurden von einzelnen Schulleitungen gelobt. Jedoch berichteten einige Schulleitungen, sich eine Reduktion des bürokratischen Aufwands für die MHC und somit eine höhere Verfügbarkeit der MHC für die Schüler:innen zu wünschen. Einzelne Schulleitungen benannten darüber hinaus, sich vom Programm einen weiteren Ausbau finanzieller und personeller Ressourcen, mehr Planungssicherheit, Klarheit über organisatorische Punkte sowie ggf. eine Integration der Schulen in die Planung des Programms zu wünschen.

Hinsichtlich der administrativen Vorgaben führte somit zusammenfassend die kurze Projektlaufzeit auf allen Ebenen des Programms zu Belastungen und wurde als Gefährdung für den Erfolg des Projektes angesehen. Während der administrative Aufwand für die beteiligten Schulen als überwiegend angemessen bewertet wurde, wurde er von den Trägerstrukturen und vor allem von den MHC selbst als eher unangemessen und belastend empfunden.

Für die Beantwortung der ersten Evaluationsfragestellung „Inwieweit konnte das MHC-Programm wie im Rahmenkonzept vorgesehen etabliert werden?“ lässt sich somit Folgendes schlussfolgern: Für eine gute Etablierung des Programmes spricht, dass die MHC und das MHC-Programm von verschiedenen Personengruppen akzeptiert und geschätzt werden. Kritisch betrachtet werden sollte, dass die Qualifizierung der MHC nur teilweise der im Rahmenkonzept vorgesehenen Anforderungen entspricht. Die größte administrative Herausforderung für die Etablierung und Wirksamkeit des Programmes gemäß der im



Rahmenkonzept aufgestellten Ziele stellt die begrenzte Projektlaufzeit und damit einhergehende Planungsunsicherheit für alle Projektbeteiligten dar.

7.2.2 Durchgeführte Angebote der Mental Health Coaches

Die zweite Evaluationsfragestellung beschäftigt sich mit der Untersuchung der durchgeführten Angebote der MHC hinsichtlich Reichweite, behandelter Themen und Bewertung durch verschiedene Projektbeteiligte.

Themen durchgeführter Angebote in Bezug zum Rahmenkonzept

Zuerst wird hierfür überprüft, inwieweit diese den im Rahmenkonzept gesetzten Zielen entsprechen. Dort wurde festgelegt, dass sich die Angebote insbesondere der Resilienz- und Wohlbefindensstärkung, Entstigmatisierung psychischer Probleme und der Information über Hilfs- und Beratungsangebote widmen sollen.

Über drei Viertel der MHC gaben hierzu an, bereits Angebote zu den Themen Resilienzstärkung, Stressbewältigung, Ressourcenaktivierung und Achtsamkeit durchgeführt zu haben, welche zum ersten gesetzten inhaltlichen Schwerpunkt des Rahmenkonzeptes passen. Auch berichteten 87 % der MHC, Inhalte zum Thema psychische Gesundheit angeboten zu haben, was dem zweiten Schwerpunktthema des Rahmenkonzeptes entspricht. Zum Thema weiterführende Hilfsangebote sowie Bedarfsermittlung, welche zum dritten inhaltlichen Schwerpunkt passen, wurden im Vergleich dazu von weniger MHC Angebote durchgeführt: Hier berichteten nur etwa 50–60 % der MHC, ein entsprechendes Angebot realisiert zu haben.

Aus der Dokumentation der JMD geht hervor, dass sich die meisten der MHC-Angebote mit dem Thema Resilienz-, Ressourcen- und Wohlbefindensstärkung beschäftigten, was das erste Schwerpunktthema abdeckt. Zum zweiten Themenschwerpunkt enthielten etwa die Hälfte der Angebote Inhalte zur Entstigmatisierung und Förderung der Offenheit für psychischer Gesundheitsthemen sowie zur Wissenserweiterung zu psychischer Gesundheit. Nur wenige Angebote beschäftigten sich mit dem dritten Schwerpunktthema der Bedarfsfeststellung und Vermittlung an Hilfs- und Beratungsangebote. Es wurden allerdings knapp 800 Verweisberatungen dokumentiert, in denen einzelne Schüler:innen bei erkanntem Bedarf an Hilfs- und Beratungsstellen weitergeleitet werden sollten.

Die Angaben der MHC zu den behandelten Themen deckten sich weitgehend mit den Informationen der befragten Schulleitungen. Die meisten dieser berichteten, dass von den MHC an ihrer Schule Präventionsangebote zum Thema psychische Gesundheit zur Verfügung gestellt werden. An etwa der Hälfte der Schulen gebe es auch Angebote des MHC zur



Weitervermittlung an und Information über Hilfs- und Beratungsangeboten, welche sich dem dritten Schwerpunktthema widmen.

Die von den befragten Schüler:innen besuchten Angebote beschäftigten sich laut den Schüler:innen am häufigsten mit den Themen Konzentrationsförderung, Informationen zu psychischer Gesundheit, Umgang mit Stress und Informationen über Hilfsangebote. Die benannten Themen entsprechen hierbei auch zum großen Teil den gesetzten inhaltlichen Schwerpunkten des MHC-Programmes. Hierbei muss beachtet werden, dass in der Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen kein repräsentatives Sample erhoben werden konnte und die Ergebnisse daher als weniger aussagekräftig zu bewerten sind.

Zusammenfassend stimmen die Themen der MHC-Angebote zum Großteil mit den festgesetzten Schwerpunktthemen des Programmes überein. Während insbesondere zum Thema Resilienz- und Ressourcenstärkung viele Angebote umgesetzt wurden, scheint es etwas weniger Angebote zur Stärkung von Offenheit und Entstigmatisierung gegenüber dem Thema psychische Gesundheit gegeben zu haben. Inhalte zur Bedarfserfassung und Weiterverweis an Hilfs- und Beratungsangebote wurden vergleichsweise am seltensten durchgeführt. Themen, die nicht zu den drei Schwerpunkten passen, wurden eher wenig angeboten, was darauf hindeutet, dass es gelungen ist, die thematische Schwerpunktsetzung zu befolgen.

Jedoch muss beachtet werden, dass hier nur die berichteten Themen und Ziele der Angebote analysiert werden konnten, jedoch keine Informationen dazu vorliegen, welche konkreten Inhalte in den Angeboten besprochen oder welche Materialien oder Manuale zur Gestaltung der Angebote genutzt wurden. In der MHC-Dokumentation und -Befragung zeigte sich, dass eine große Breite an Formaten und Methoden eingesetzt wurde. Durch die fehlende Standardisierung des Programms lässt sich nicht beantworten, wie und inwieweit es gelungen ist, durch die Angebote tatsächlich die Resilienz und das psychische Wohlbefinden von Schüler:innen zu stärken, das Thema psychische Gesundheit zu entstigmatisieren und die Offenheit der Schüler:innen diesbezüglich zu erhöhen sowie eine Vermittlung zu weiterreichenden Hilfsangeboten zu erreichen.

Reichweite des Programmes: Zahl umgesetzter Angebote und erreichter Schüler:innen

Bei der Bewertung der durchgeführten Angebote wird zudem die Anzahl umgesetzter Angebote und erreichter Schüler:innen betrachtet. An den teilnehmenden Schulen berichteten etwa drei Viertel der Schulleitungen, dass durch die/den MHC weniger als die Hälfte der Schüler:innen an der jeweiligen Schule erreicht werden konnten. Auch nur etwa die Hälfte der befragten Schüler:innen an MHC-Schulen gab an, davon zu wissen, dass es eine:n MHC an



der Schule gebe, und nur etwa ein Viertel der Befragten berichtete, an einem Angebot teilgenommen zu haben.

Laut Dokumentation der JMD wurden für das Schuljahr 2023/24 insgesamt 1 052 Gruppenangebote mit insgesamt 38 501 Teilnahmen von den MHC dokumentiert. Auf einen MHC kamen also im Durchschnitt etwa elf umgesetzte Gruppenangebote mit durchschnittlich je vier Terminen je Angebot. Pro MHC wurden etwa 400 Teilnahmen dokumentiert. Dabei geht aus den Daten nicht klar hervor, ob es sich bei den 38 501 dokumentierten Teilnahmen um tatsächlich 38 501 individuelle Schüler:innen handelt oder ob Personen, die an mehr als einem Angebot teilnahmen, mehrfach erfasst wurden. Die Anzahl der Teilnahmen könnte also eine Überschätzung der erreichten Schüler:innen sein. Gleichzeitig liegen den Autor:innen keine Informationen dazu vor, wie viele der MHC ihre Angebote regelmäßig dokumentierten, wodurch es möglich ist, dass die tatsächliche Anzahl durchgeführter Angebote und Teilnahmen etwas höher ist. Bei Schätzung der erreichten Schüler:innen durch die Zahl der 38 501 Teilnahmen wurden durch das MHC-Programm etwa 0,35 % von allen insgesamt ca. 11 Millionen Schüler:innen allgemein- und berufsbildender Schulen in Deutschland und 0,5 % der 7,5 Millionen Schüler:innen ab Sekundarstufe I an allgemein- und berufsbildenden Schulen in Deutschland im Schuljahr 2023/24 erreicht (Statistisches Bundesamt, 2024a, 2024b).

Die Reichweite des Projektes als Programm zur Prävention psychischer Gesundheit von Schüler:innen in Deutschland lässt sich also nur als sehr gering bewerten, was allerdings auch dem Modellcharakter des Programms zuzuschreiben ist. Auch an den teilnehmenden Schulen scheint nur ein Teil der Schüler:innen vom Angebot erreicht zu werden.

Bewertung durchgeführter Angebote

Zuletzt wird zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage untersucht, wie die durchgeführten Angebote durch verschiedene Beteiligte bewertet wurden. In der MHC-Dokumentation der JMD gaben die MHC im Mittel an, die Ziele ihres Angebots zu 80 % erreicht zu haben. Die Aktivität und Offenheit der Schüler:innen im Programm bewerteten die MHC in der Dokumentation und in der Befragung als überwiegend hoch. Bei drei Viertel der Teilnehmenden stellten die MHC positive Effekte durch die Teilnahme am Gruppenangebot fest, bei 4 % negative Effekte, wobei nicht spezifiziert wurde, um welche Effekte es sich jeweils handelte. Viele MHC gaben an, den Gestaltungsspielraum bei der Durchführung von Angeboten besonders zu schätzen, wünschten sich jedoch eine Ausweitung ihres Angebots auf Einzelangebote.

Die Schulleitungen lobten in Bezug auf die Angebote der MHC vor allem die Angebots- und Methodenvielfalt, neue Impulse durch die MHC in Bezug auf den Umgang mit psychischer



Gesundheit von Schüler:innen, die Nähe der MHC zu den Schüler:innen sowie den Gewinn externer Anbieter:innen und Expert:innen. Einige wünschten sich jedoch einen stärkeren Einsatz psychologischer Angebote und eine Ausweitung und Öffnung der Angebote für andere Personengruppen, wie Lehrkräfte und Erziehungsberechtigte.

Die befragten Schüler:innen, die an einem MHC-Angebot teilnahmen, bewerteten dieses als gut bis sehr gut und gaben mehrheitlich an, nochmal an einem Angebot teilnehmen zu wollen. Vier von fünf der befragten Schüler:innen, die Einzelkontakt zu einer/einem MHC hatten, berichteten, dass diese:r ihnen habe weiterhelfen können.

Es zeigte sich also, dass die Schulleitungen und Schüler:innen die MHC-Angebote überwiegend positiv bewerteten, von den MHC mehrheitlich positive Effekte ihrer Angebote wahrgenommen wurden und sie ihre gesetzten Ziele in den Angeboten nach eigener Einschätzung überwiegend erreichen konnten.

Zur Beantwortung der zweiten Evaluationsfragestellung „Wie sind die bisher durch die MHC organisierten und umgesetzten primärpräventiven Gruppenangebote und ergänzenden Angebote zu bewerten?“ lässt sich demnach folgendes Fazit ziehen: Die Themen der Angebote der MHC entsprechen weitestgehend den im Rahmenkonzept gesetzten thematischen Schwerpunkten, wobei besonders viele Angebote zur Resilienz- und Wohlbefindensstärkung durchgeführt wurden, während nur wenige Angebote zur Information über weiterführende Hilfs- und Beratungsangebote erfolgten. Die durchgeführten Angebote wurden von den MHC selbst, den Schulleitungen und den teilnehmenden Schüler:innen überwiegend positiv wahrgenommen. Trotz der positiven Bewertung der Angebote muss jedoch beachtet werden, dass innerhalb MHC-Schulen nur ein Bruchteil der Schüler:innen durch MHC-Angebote erreicht zu werden scheint und seitens der Schulleitungen und MHC Bedarf zur Ausweitung der Angebote berichtet wurde.

7.2.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Programm „Mental Health Coaches an Schulen“

Die dritte Evaluationsfragestellung beschäftigt sich mit der interdisziplinären Zusammenarbeit und Vernetzung, welche im Rahmenkonzept des Programms als ein Hauptziel des Programms benannt wird.

Schulkooperation

Eine Hauptaufgabe der MHC war der Aufbau einer tragfähigen Schulkooperation, weshalb als Erstes die Qualität der Schulkooperationen betrachtet wird. Fast alle befragten Schulleitungen gaben hierzu an, zufrieden mit der Kooperation mit ihrer/ihrem MHC zu sein, knapp drei Viertel



berichteten sogar, voll und ganz zufrieden zu sein. Wie in Kapitel 7.2.1 beschrieben, schätzten die meisten Schulleitungen insbesondere die Qualifikation ihrer MHC.

Über drei Viertel der MHC berichteten, mit der Kooperationsschule sehr oder voll und ganz zufrieden zu sein, während die restlichen MHC angaben, nur wenig zufrieden zu sein. Etwas mehr als die Hälfte der MHC gab an, dass die Absprachen mit den Schulen überwiegend oder völlig problemlos ablaufen, während die restlichen MHC allerdings berichteten, dass die Absprachen nur teilweise oder wenig problemlos seien. Eine kleine Gruppe von MHC gab zudem an, sich insbesondere durch die Schulkooperation belastet zu fühlen.

Die MHC berichteten, dass die Personengruppe, mit der sie im Programm am meisten zusammenarbeiteten, Lehrkräfte seien. Knapp drei Viertel kooperierten mit diesen regelmäßig oder sehr häufig. Etwas weniger arbeiteten die MHC mit den Schulleitungen zusammen. Etwas mehr als die Hälfte kooperierte mit diesen regelmäßig oder sehr häufig. Die Kooperationen wurden von den MHC mit beiden Gruppen überwiegend als ziemlich oder sehr hilfreich wahrgenommen. Während die Akzeptanz der Schulleitungen gegenüber den MHC als mehrheitlich hoch bis sehr hoch bewertet wurde, gab knapp ein Viertel der MHC an, nur mäßig von den Lehrkräften akzeptiert zu werden.

Insgesamt wurde die Zusammenarbeit zwischen den MHC und den Schulen von beiden Seiten überwiegend positiv bewertet, wobei insbesondere die Schulleitungen die MHC als zusätzliche personelle Ressource schätzten, während die Akzeptanz seitens der Lehrkräfte teilweise noch mäßig sei. In einigen Fällen scheint die Kooperation jedoch auch als problemhaft, nicht zufriedenstellend und belastend erlebt worden sein.

Einfügen in bestehende Hilfestrukturen an Schulen

Eine weitere Vorgabe des MHC-Programmes war das Einfügen der MHC in die an den Schulen bestehenden psychosozialen Hilfsstrukturen. Die Durchführung von Angeboten und die Beratung zu weiterführenden Hilfsangeboten sollen in enger Abstimmung mit den bestehenden Unterstützungsstrukturen an der Schule erfolgen. Zu diesen schulinternen Hilfsstrukturen zählen unter anderem die Schulsozialarbeit sowie die Schulpsychologie.

In der MHC-Dokumentation der JMD berichteten 90 % der MHC, dass an ihrer Schule Schulsozialarbeit vorhanden sei. Aus der MHC-Dokumentation und der MHC-Befragung ging hervor, dass fast alle MHC mit der Schulsozialarbeit kooperierten, knapp drei Viertel sogar regelmäßig bis sehr häufig. Diese Zusammenarbeit wurde in den meisten Fällen als ziemlich oder sehr hilfreich wahrgenommen. Einzelne MHC berichteten auch, durch ihre Arbeit die Schulsozialarbeit zu entlasten. Ein Teil der MHC schilderte jedoch, dass es Herausforderungen in der Abgrenzung von Themen und Zuständigkeitsbereichen und



Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit gebe. Der überwiegende Teil der MHC gab darüber hinaus an, bereits mit dem schulpsychologischen Dienst zusammengearbeitet zu haben, während nur ein Viertel über eine gelegentliche oder regelmäßige Kooperation mit Schulpsycholog:innen berichtete, welche dann jedoch überwiegend als ziemlich hilfreich empfunden wurde. Auch die Akzeptanz der MHC durch die Schulsozialarbeit und Schulpsychologie wurde überwiegend als hoch bis sehr hoch eingeschätzt.

Die befragten Schulleitungen berichteten mehrheitlich, dass es durch die MHC mehr Gespräche sowie schulinterne Präventionsangebote zu psychischer Gesundheit an ihrer Schule gebe. Einige hoben positiv hervor, dass die MHC eine zusätzliche Ressource und Ergänzung der Schulsozialarbeit darstellen. Allerdings gaben MHC und Schulleitungen vereinzelt auch an, dass eine verstärkte Zusammenarbeit mit bereits etablierten Hilfsstrukturen notwendig sei und finanzielle Ressourcen besser in feste Stellen für Schulsozialarbeit oder in eine feste Verankerung von Angeboten zur psychischen Gesundheit investiert werden sollten.

Zusammenfassend gab es weitgehend eine gute Kooperation zwischen den MHC und den an der Schule verfügbaren Hilfsstrukturen in Form von Schulsozialarbeit oder in einigen Fällen auch Schulpsychologie. Zudem konnten durch die MHC ergänzende Angebote zum Thema psychische Gesundheit aufgebaut werden. Dennoch sei es zum Teil zu Schwierigkeiten in der Festlegung von Zuständigkeitsbereichen gekommen.

Akquise externer Anbieter:innen

Zur Durchführung der Angebote sollen die MHC auch externe Anbieter:innen primärpräventiver Angebote rekrutieren. Tatsächlich berichteten über 90 % der befragten MHC mit diesen mindestens gelegentlich zu kooperieren, über die Hälfte kooperiere sogar regelmäßig bis sehr häufig. Diese Kooperation wurde von fast allen MHC als ziemlich oder sehr hilfreich wahrgenommen. Im Durchschnitt nehme die Akquise und Kooperation mit den externen Anbieter:innen nach der Planung und Durchführung von Gruppenangeboten und administrativen Tätigkeiten einen recht hohen Anteil der Arbeitstätigkeit der MHC ein. Die meisten MHC berichteten, sich von den Anbieter:innen stark oder sehr stark akzeptiert zu fühlen. Einige MHC hoben den Aspekt der Einbindung externer Anbieter:innen explizit als Stärke des Programms hervor. Allerdings gaben auch etwa 40 % der MHC an, sich durch die Akquise externer Anbieter:innen belastet zu fühlen. Hierzu kritisierten einige MHC die Finanzierung der externen Angebote und das Einholen von Vergleichsangeboten.

Es zeigt sich also, dass aus Sicht der MHC im Projekt eine gute Kooperation zu externen Anbieter:innen primärpräventiver Angebote aufgebaut werden konnte, welche für die MHC jedoch mit einigem Arbeitsaufwand und administrativen Anforderungen einhergegangen sei.



Weiterleitung an weiterführende Angebote

Neben der Akquise externer Anbieter:innen für die Angebote an den Schulen sollen die MHC Schüler:innen bei erkanntem Bedarf an weiterführende Hilfs-, Beratungs- oder Versorgungsangebote weiterverweisen. Wie in Kapitel 7.2.2 beschrieben, wurden im Vergleich zu Angeboten zur Resilienz- und Wohlbefindensstärkung sowie Wissensvermittlung zum Thema psychische Gesundheit nur relativ wenige Gruppenangebote zur Information über diese weiterführenden Angebote durchgeführt, jedoch pro MHC ca. acht Verweisberatungen im Einzelkontakt durchgeführt. Insgesamt gaben zwei Drittel der MHC an, gar nicht oder nur selten mit Anbieter:innen weiterführender Angebote kooperiert zu haben, ein weiteres Viertel habe gelegentlich kooperiert. Die erfolgten Kooperationen wurden jedoch überwiegend als ziemlich hilfreich bewertet.

Etwa ein Drittel der Schulleitungen an MHC-Schulen berichtete, dass durch die MHC mehr Informationsmaterialien über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebote für Schüler:innen in der Schule vorhanden seien und nur 40 % berichteten, dass an ihrer Schule Angebote zur Weitervermittlung an Hilfs- und Beratungsangebote stattgefunden haben.

Die Weiterleitung an weiterführende Angebote und der Austausch mit Anbieter:innen dieser scheint also nur vereinzelt im Programm stattgefunden zu haben. Dies ist in gewisser Weise auch zu erwarten, da eine Weiterleitung an spezialisiertere Hilfsangebote in den Bereich der indizierten Prävention fällt, welche zum einen über den primärpräventiven Ansatz des Programms hinausgeht und zum anderen nur für eine Subgruppe von Schüler:innen relevant ist, welche einen Bedarf für weiterführende Angebote aufweist. Des Weiteren setzt ein Verweis an weiterführende Versorgungsangebote eine Verfügbarkeit solcher Angebote voraus, die beispielsweise im Bereich der ambulanten Psychotherapie bekanntermaßen nur begrenzt und mit beträchtlichen Wartezeiten vorhanden ist (vgl. Plötner et al., 2022; Rabe-Menssen, 2021, 2022).

Zusammenarbeit in JMD-Organisationsstruktur

Zuletzt wird zur Beantwortung der dritten Fragestellung die Zusammenarbeit innerhalb der Organisationsstruktur des Programms betrachtet. Hierzu berichtete mehr als die Hälfte der MHC, nur gelegentlich, selten oder gar nicht mit anderen MHC zusammenzuarbeiten. Im Gegensatz dazu gaben ebenso viele MHC an, regelmäßig oder sehr häufig mit den Fachreferentinnen der Trägergruppen zu kooperieren, während ein Viertel jedoch angab, mit diesen selten oder gar nicht zusammenzuarbeiten. Mit den lokalen Trägern der JMD arbeiteten knapp drei Viertel der MHC gelegentlich, regelmäßig oder sehr häufig zusammen; mehr als ein Viertel gab hier jedoch ebenfalls an, nur selten oder gar nicht mit dieser Gruppe zu kooperieren. Wenn eine Zusammenarbeit stattfand, wurde diese bei allen genannten Gruppen



mehrheitlich als ziemlich oder sehr hilfreich bewertet, wobei jeweils etwa ein Viertel der MHC den Austausch nur teilweise als hilfreich empfand. Dennoch stimmten rund drei Viertel der MHC überwiegend oder vollständig zu, dass die Kommunikation mit den Projektverantwortlichen gut funktioniere. Einzelne MHC lobten explizit die Betreuung sowie Möglichkeiten im Projekt zur Fortbildung, zur Vernetzung und zum Austausch. Ein Drittel der MHC gab jedoch an, sich nur teilweise, wenig oder gar nicht gut betreut zu fühlen. Ein kleiner Teil der MHC berichtete, sich durch fehlende Unterstützung, Austauschmöglichkeiten und Supervision besonders belastet zu fühlen.

Fast alle befragten Bundestutor:innen und Fachreferentinnen der Trägergruppen gaben an, sehr häufig mit den MHC sowie regelmäßig oder sehr häufig mit den lokalen JMD-Standorten und dem BMFSFJ zu kooperieren. Auch die lokalen JMD-Standorte berichteten, regelmäßig oder sehr häufig mit den MHC zusammenzuarbeiten, während etwa die Hälfte angab, ebenso oft mit den Fachreferentinnen zu kooperieren. Diese Kooperationen wurden überwiegend als ziemlich oder sehr hilfreich eingeschätzt. Lediglich die Zusammenarbeit mit den Fachreferentinnen wurde von etwa einem Viertel der befragten JMD-Standorte als nur teilweise oder wenig hilfreich empfunden. Sowohl die Bundestutor:innen und Fachreferentinnen als auch die JMD-Standorte stimmten überwiegend oder völlig zu, dass die MHC eine hohe Bindung zum Projekt aufweisen. Einzelne Standortvertretungen lobten insbesondere die Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch durch eine bundesweite Umsetzung des Programms sowie die gute Betreuung der MHC.

Hinsichtlich der Vernetzung und Zusammenarbeit innerhalb der Organisationsstruktur des Programms zeigte sich, dass die MHC tendenziell weniger mit den Trägerstrukturen kooperierten als mit dem Schulpersonal vor Ort. Dennoch wurden diese Kooperationen von beiden Seiten überwiegend als hilfreich empfunden. Hinsichtlich der Betreuung und der Möglichkeiten zum Austausch äußerte sich die Mehrheit der MHC zufrieden, wenngleich ein großer Teil das Gegenteil berichtete. Innerhalb der MHC selbst scheint es nur teilweise zu regelmäßigem Austausch und Vernetzung gekommen zu sein.

In Bezug auf interdisziplinäre Kooperation sollte kritisch beachtet werden, dass sowohl die MHC als auch die Vertreter:innen der Trägerstrukturen angaben, gar nicht oder nur selten mit den Kultusministerien als oberste Verwaltungsbehörde der Bundesländer für den Bereich Schule und Bildung zusammengearbeitet zu haben.

Die dritte Forschungsfrage „Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung von Fachkräften im MHC-Programm?“ lässt sich wie folgt beantworten: Während überwiegend gute Kooperationen zwischen den MHC und den Schulen und ihrer vorhandenen Hilfsstrukturen, externen Anbieter:innen primärpräventiver Angebote sowie zur JMD-



Trägerstruktur aufgebaut werden konnten, erfolgten Verweise an weiterführende Angebote eher selten und die Vernetzung zwischen den MHC scheint ausbaufähig.

7.2.4 Wahrgenommene Relevanz des MHC-Programms

Die letzte Evaluationsfragestellung untersucht die wahrgenommene Bedeutung des MHC-Programms hinsichtlich der Relevanz der thematischen Ausrichtung, der Bedarfsdeckung und des Wunschs nach Fortführung und Ausweitung des Programms.

Globale Relevanz des Programms

Wie bereits beschrieben, äußerten sich die beteiligten Schulleitungen überwiegend positiv zum MHC-Programm, den einzelnen MHC und deren Angeboten. Einige hoben dabei explizit hervor, wie wichtig das Thema „psychische Gesundheit“ im Schulalltag sei, und lobten den Schwerpunkt des Programms auf die Stärkung psychischer Gesundheit von Schüler:innen.

Die befragten Trägervertretungen stimmten fast alle überwiegend oder völlig zu, dass das Projekt aus ihrer Sicht eine hohe Relevanz für den Umgang mit psychischer Gesundheit im Schulkontext und eine gute Wirksamkeit habe. Ein großer Teil der Trägervertretungen als auch der MHC betonte in den offenen Rückmeldungen die Relevanz des Programms, den Fokus auf psychische Gesundheit sowie die niedrighschwellige Umsetzung im Schulkontext, unter anderem auch im Hinblick auf die zusätzlichen Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch zahlreiche gesellschaftliche Krisen.

Abschließend wurde somit dem Schwerpunktthema des MHC-Programms – der Prävention psychischer Belastungen von Schüler:innen – von den verschiedenen Projektbeteiligten eine sehr hohe subjektive Relevanz zugeschrieben.

Bedarfsdeckung durch das Programm „Mental Health Coaches an Schulen“

Bereits zuvor wurde dargestellt, dass davon ausgegangen werden muss, dass tatsächlich nur bis zu 0,35 % der Schüler:innen in Deutschland durch das Projekt erreicht wurden. Dies ist jedoch in einem Modellvorhaben, in dem neue Konzepte und Interventionen in kleinem Rahmen getestet werden sollen, als angemessen zu bewerten. Allerdings ist auch fraglich, ob der tatsächliche Präventionsbedarf bei den 0,35 % der erreichten Schüler:innen durch das Programm gedeckt werden konnte.

Laut den Schulleitungen erreichten die MHC-Angebote an über der Hälfte der MHC-Schulen weniger als ein Viertel der Schüler:innen. Einige Schulleitungen äußerten deshalb den Wunsch nach mehr Präsenzzeit der MHC an der Schule sowie nach einer Ausweitung der Angebote. Allerdings meinten einzelne Schulleitungen, dass besser geprüft werden solle, welche Schulen eine:n MHC wirklich benötigen. In einer repräsentativen Befragung von Schulleitungen aus 13



Bundesländern, an deren Schulen kein:e MHC tätig war, gaben etwa 80 % an, dass an ihrer Schule Bedarf für eine:n MHC bestehe.

Laut den Schulleitungen und der Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen nahm etwa ein Viertel der Schüler:innen an MHC-Schulen an einem MHC-Angebot teil. In der Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen stellte sich zudem heraus, dass etwa die Hälfte der Befragten keine Kenntnis von der Existenz einer/eines MHC an der Schule gehabt habe. Diejenigen Schüler:innen, die noch an keinem MHC-Angebot teilgenommen hatten, berichteten, die Angebote eher gut oder sehr gut zu finden. Etwa die Hälfte dieser Schüler:innen gab an, auch an solchen Angeboten teilhaben zu wollen. Etwa achtzig Prozent der Schüler:innen, die bereits an einem Angebot teilgenommen hatten, berichteten Interesse an einer weiteren Teilnahme.

Die MHC selbst stimmten mehrheitlich nur teilweise, wenig oder gar nicht zu, dass das Programm den Bedürfnissen der Schüler:innen, d. h. dem Umfang an notwendiger Unterstützung, gerecht werde. Viele von ihnen forderten einen flächendeckenden Ausbau und eine Verstärkung des Programms sowie eine Erhöhung ihres Zeitkontingents. Über ein Viertel der MHC berichtete in diesem Kontext, dass ihre wöchentliche Arbeitszeit kaum bis gar nicht zur Bewältigung ihrer Arbeitsaufgaben ausreiche und dass sie sich durch eine zu hohe Nachfrage an ihren Angeboten belastet fühlen.

Auch Vertreter:innen der Trägerstruktur betonten die Notwendigkeit von flächendeckenden und dauerhaften Angeboten. Einzelne schilderten zudem, dass zur adäquaten Bedarfsdeckung Veränderung von Rahmenbedingungen an Schulen sowie vorhandener Hilfsstrukturen notwendig seien.

Es wird somit deutlich, dass der Bedarf an psychosozialer Prävention an der Gesamtheit von Schulen in Deutschland durch das Programm nur in einem sehr geringen Maße gedeckt wird. Auch an den teilnehmenden Schulen scheint der Bedarf durch die aktuellen Stellen nicht völlig gedeckt werden. Hierzu wird von den Projektbeteiligten sowohl eine Ausweitung und Verstärkung des MHC-Programms als auch eine Erweiterung bestehender Versorgungsstrukturen als notwendig erachtet.

Wunsch nach Fortführung

Abschließend wird der Wunsch nach einer Fortführung des Programms als Indikator für den wahrgenommenen Bedarf und die eingeschätzte Relevanz des Angebots betrachtet. Fast alle befragten Schulleitungen, Schüler:innen, MHC und Trägervertretungen gaben einstimmig an, sich eine Fortsetzung des MHC-Programms zu wünschen. Als Voraussetzung für die Weiterführung gaben einzelne Schulleitungen an, sich mehr Zeit der MHC an den Schulen und



mit den Schüler:innen zu wünschen. Wie bereits in Kapitel 7.2.1 beschrieben, wurde die kurze Projektlaufzeit von allen Beteiligten als ein Hauptkritikpunkt des Projektes benannt, welcher die Projektsteuerung und -planung, die Personalgewinnung, den Aufbau von Vertrauensbeziehungen zur Schule und den Schüler:innen sowie Kooperationen mit anderen Projektbeteiligten erschwere und somit letztendlich die Wirksamkeit des Angebots korrumpiere. Zudem gaben alle Projektbeteiligten an, sich einen Ausbau des Programms zu wünschen, um künftig noch mehr Schüler:innen erreichen zu können. Hierzu schilderten beispielsweise fast alle befragten Schulleitungen, eine bundesweite Verstetigung des Programmes zu unterstützen. Zusammenfassend zeigte sich ein starker Wunsch nach einer Fortsetzung beziehungsweise einer Verstetigung des Programms von Seiten aller Projektbeteiligter.

Die vierte Evaluationsfragestellung „Welche Bedeutung wird dem Programm zugeschrieben?“ kann schließlich wie folgt beantwortet werden: Von allen Programmbeteiligten wird dem Programmthema der Prävention psychischer Belastungen im Schulkontext eine hohe Bedeutung zugemessen. Fast alle Beteiligten gaben an, sich eine Fortsetzung und eine Ausweitung des Programmes zu wünschen. Dies scheint insbesondere deshalb relevant, da die Reichweite des Angebots der MHC zum einen in den Schulen anscheinend ist und die bestehenden Bedarfe nur teilweise deckt und zum anderen bisher im Rahmen des Modellvorhabens nur einen sehr geringen Teil der Schüler:innen in Deutschland erreicht.

Es sollte beachtet werden, dass es sich bei den beschriebenen Ergebnissen um die Erhebung subjektiver Einschätzungen zu Relevanz, Bedarf und Wirksamkeit handelt. Der tatsächliche Effekt des Programms auf die psychische Gesundheit der teilnehmenden Schüler:innen kann dabei mit den erhobenen Daten nicht ermittelt werden, da es hierzu beispielsweise systematische Vorher-Nachher-Vergleiche relevanter Konstrukte (z. B. Wissen über psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden vor und nach der Teilnahme an einem MHC-Angebot) sowie fest definierte Programminhalte und -methoden benötigen würde. Ebenso lassen sich über Langzeiteffekte des Programms keinerlei Aussage treffen.

7.3 Stärken und Limitationen der Evaluation

Die vorgestellten Ergebnisse der Evaluation müssen unter Berücksichtigung verschiedener Limitationen interpretiert werden. Die wichtigste Einschränkung der vorliegenden Evaluation über alle Evaluationsebenen hinweg stellt das querschnittliche Untersuchungsdesign mit einem einzigen Erhebungszeitpunkt dar. Aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit und des zeitlich asynchronen Evaluationsbeginns konnten alle Befragungen nur zu einem Zeitpunkt stattfinden. Eine Ausnahme stellt hier die Dokumentation der JMD dar, in der die MHC



kontinuierlich über den Projektverlauf Gruppenangebote dokumentierten. Jedoch liegen die Daten dieser Dokumentation den Autor:innen der Evaluation lediglich als aggregierte Daten über den Erhebungszeitraum vor, wodurch die Auswertung dieser Daten ebenfalls nur deskriptive sowie querschnittliche Analysen erlaubten. Es liegen keine Daten für einen Prä-Post-Vergleich oder eine längsschnittliche Analyse vor, sodass die Wirksamkeit und Effekte des Projektes nicht evaluiert werden können. Die dargestellten Ergebnisse der Evaluation können daher lediglich Aussagen zu Meinungen und Einstellungen zum Programm sowie zur bisherigen Umsetzung abbilden. Auf einzelne Limitationen der Evaluationsebenen sowie deren Implikationen soll im Folgenden eingegangen werden.

Auf Ebene der Schulleitungen lässt sich anmerken, dass sich die Ergebnisse trotz hoher Rücklaufquote aufgrund fehlender Erhebungen in den Bundesländer Bayern, Sachsen und dem Saarland nicht auf alle 16 Bundesländer generalisieren lassen und somit nur bedingt auf alle MHC-Schulen übertragen werden können. Zudem wurde die Befragung einmalig und retrospektiv am Ende des Schuljahres 2023/24 durchgeführt, wodurch Verzerrungen durch Retrospektionseffekte nicht ausgeschlossen werden können. Ebenso wenig kontrolliert werden konnte eine mögliche selektive Teilnahme der Schulleitungen, z. B. nach persönlicher Meinung über das Projekt oder vorhandenen zeitlichen Ressourcen.

Auf Ebene der Vertreter:innen der Trägerstruktur und der MHC selbst könnte die Aussagekraft der Ergebnisse durch einen Interessenskonflikt der Befragten eingeschränkt sein. Um die Fortführung des Projektes durch eine möglichst positive Evaluation zu gewährleisten, könnten die Antworten bewusst oder unbewusst positiv verzerrt worden sein. Daran anknüpfend ist hervorzuheben, dass die befragten Vertreter:innen der Trägerstruktur durch den Versand der Links zur Befragung in die Durchführung der Evaluation mit einbezogen wurden. Die Durchführung erfolgte somit nicht nur durch neutrale Dritte. Da jedoch die Auswertung sowie die finale Konzeption der Fragebögen ohne Einbezug der Trägervertretungen erfolgte, sollte die Neutralität der Evaluation dennoch gewährleistet sein. Aufgrund der retrospektiven Einschätzungen, wie z. B. der Vorerfahrungen oder des Kenntnisstandes vor der Basisqualifikation, kann es zu einem Retrospektionseffekt gekommen sein, wodurch die Einschätzungen ggf. positiv oder negativ verzerrt wurden. Eine weitere Limitation bezieht sich auf das Design der Fragebögen. Durch die Vorgabe von Antwortoptionen konnte einerseits die Auswertung erleichtert werden. Andererseits könnte dies zu einer Varianzeinschränkung geführt haben, da beispielsweise potenzielle Belastungsfaktoren der MHC vorgegeben wurden und weitere relevante Aspekte dadurch ggf. nicht genannt wurden.

Während bei den Befragungen von Schulleitungen, MHC und Vertreter:innen der Trägerstruktur ausreichend repräsentative Stichproben erreicht werden konnten, ist die



Aussagekraft der Ergebnisse auf Ebene einer ersten Pilotstichprobe von Schüler:innen im Hinblick auf eine sehr niedrige Rücklaufquote bedingt durch eine kurze Projektlaufzeit und hohe formale Hürden stark eingeschränkt. Von 6 732 versandten Einladungen nahmen nur 144 Schüler:innen an der Befragung teil, wovon 104 die Befragung abschlossen. Die Aussagekraft aller Ergebnisse zur Wirkungsreichweite der Angebote der MHC auf Ebene der Pilotstichprobe von Schüler:innen ist daher stark limitiert. Dies müsste in Zukunft bei einer möglichen Verstetigung des Projektes durch einen stärkeren Fokus auf Wirkungen und Effekte auf Ebene der Schüler:innen adressiert werden.

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse auf Ebene der Pilotstichprobe von Schüler:innen nicht auf andere Schulformen, Bundesländer und das Gesamtprojekt generalisieren, während sich die Ergebnisse der anderen drei Evaluationsebenen aufgrund einer hohen Rücklaufquote mit ausreichender Repräsentativität auf das Gesamtprojekt übertragen lassen und mit hoher Aussagefähigkeit interpretiert werden können. Die vorgestellten Ergebnisse gewähren trotz einzelner Limitationen umfangreiche erste Einblicke in Umsetzung, Einschätzungen sowie Erfahrungen mit dem MHC-Projekt aus verschiedenen Perspektiven der vielfältigen Projektbeteiligten und -adressat:innen. Dies stellt unter dem gegebenen zeitlichen und organisatorischen Rahmen eine große Stärke der Evaluation dar.

7.4 Praktische Empfehlungen und Implikationen

Die Evaluationsergebnisse der befragten Projektbeteiligten zeichnen insgesamt ein überwiegend positives Bild des Modellprojektes „Mental Health Coaches an Schulen“. Dieses zielt mit seiner Konzeptualisierung darauf ab, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld durch einen primärpräventiven Ansatz zu fördern. Neben zahlreichen wissenschaftlicher Studien, die die hohe psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen belegen (z. B. Baumgarten et al., 2018; Ravens-Sieberer, Kaman et al., 2023), bestätigen auch die Ergebnisse unserer Evaluation die hohe Relevanz des Themas „psychische Gesundheit“ im schulischen Kontext: Die Befragungen zeigten eine durchschnittlich sehr hohe Akzeptanz des Modellprojekts, insbesondere unter Schulleitungen und einer ersten Pilotstichprobe von Schüler:innen, eine als unzureichend bewertete Bedarfsdeckung der Angebote an den Schulen und den Wunsch der meisten Befragten nach einer Fortführung des Projekts. Die positive Gesamtbeurteilung durch die Projektbeteiligten selbst spricht vor dem Hintergrund der aktuellen hohen psychischen Belastung von Kindern und Jugendlichen für eine Verstetigung des Projektes, welche zum jetzigen Zeitpunkt allerdings ohne evidenzbasierte Ergebnisse zu Wirkungen und Effekten auf Ebene der Schüler:innen stattfinden würde. Für eine langfristige Umsetzung und flächendeckende Implementierung des Projektes wäre es notwendig, die Wirkung des Projektes und im



Speziellen Effekte der Gruppenangebote auf die Schüler:innen, zu untersuchen. Um dies umzusetzen, benötigt es eine längere Projekt- und Evaluationslaufzeit, die es ermöglicht, über einen größeren Zeitraum querschnittliche quantitative Daten mit mehreren Messzeitpunkten sowie einer Kontrollgruppe oder längsschnittliche Daten zu erheben, um Prä-Post-Effekte sowie die Nachhaltigkeit der Wirkung zu untersuchen. Ergänzend dazu empfiehlt sich, die Datenerhebung durch qualitative Daten in Form von Fokusgruppen mit Schüler:innen zu ergänzen.

7.4.1 Empfehlungen hinsichtlich der Projektumsetzung

Für die konkrete Projektumsetzung im Hinblick auf eine mögliche Fortführung oder Verstetigung des Projektes ergeben sich aus Sicht der Autor:innen basierend auf den Evaluationsergebnissen die im Folgenden dargestellten Empfehlungen.

Anpassung der Projektlaufzeit

Eine vorrangige Empfehlung betrifft die Anpassung der Projektlaufzeit, die von den befragten Projektbeteiligten mehrheitlich als zu kurz und als hinderlich für eine effektive Umsetzung bewertet wurde. Die begrenzte Laufzeit erschwert zum einen die Rekrutierung und Bindung von qualifiziertem Personal. Hierbei zeigte sich, dass nicht alle Mitarbeitenden über die erforderlichen Qualifikationen verfügten oder dass Positionen im Einzelnen nachbesetzt werden mussten, was möglicherweise auf die eingeschränkte Planungssicherheit zurückzuführen ist. Zum anderen beeinträchtigt die kurze Projektlaufzeit den Aufbau und den Erhalt stabiler Strukturen und vertrauensvoller Beziehungen zwischen Schulen und Kooperationspartner:innen, die für nachhaltige Effekte erforderlich sind. Eine Verlängerung der Projektlaufzeit könnte die Planungssicherheit verbessern, qualifiziertes Personal langfristig binden und die Etablierung stabiler Kooperationsstrukturen fördern. Neben einer längeren Projektlaufzeit zeigt sich auch Bedarf an einer grundsätzlichen Festlegung und klaren Kommunikation der Laufzeit, um Verunsicherung bei allen Projektbeteiligten entgegenzuwirken.

Darüber hinaus würde eine Verlängerung der Laufzeit einen erweiterten Evaluationszeitraum ermöglichen, in dem Untersuchungsdesigns mit mehreren Messzeitpunkten, Kontrollgruppen oder Längsschnittdaten realisierbar wären, was eine präzisere Wirkungsmessung des gesamten Modellprojekts erlauben würde. Angesichts der inhaltlichen und methodischen Heterogenität der MHC-Angebote sowie der uneinheitlichen Projektumsetzung an den Schulen erscheint eine Standardisierung der Inhalte und Methoden erforderlich, um eine belastbare Wirksamkeitsmessung einzelner Projektbestandteile zu gewährleisten.



Anpassung der Qualifikationsanforderungen

Ein wesentlicher Bestandteil einer möglichen Projektförderung sollte zudem die Überprüfung und Anpassung der Qualifikationsanforderungen der MHC darstellen, da etwa ein Drittel der MHC über Abschlüsse verfügt, die nicht den im Rahmenkonzept festgelegten Fachrichtungen entsprechen. Dies legt nahe, dass die Anforderungsprofile möglicherweise klarer und spezifischer definiert werden sollten. Im Auswahlprozess sollte eine Passung des beruflichen Profils der Bewerber:innen entsprechend des Anforderungsprofils geprüft und im Entscheidungsprozess sichergestellt werden. Zudem ist auf Basis der Ergebnisse eine Erweiterung und Vertiefung der Basisqualifikation zu empfehlen, da diese in einigen Bereichen als unzureichend wahrgenommen wurde – insbesondere zu Themen, wie Methoden zur Wissensvermittlung, MHC-Aufgaben, Öffentlichkeitsarbeit und Gestaltung von Gruppenarbeiten. Auch eine Verlängerung der Dauer der Basisqualifikation wäre auf Grundlage der Ergebnisse denkbar. Als äußerst kritisch zu bewerten ist, dass einzelne MHC die Basisqualifikation offenbar nicht absolviert haben. Hier sollte geprüft werden, wie eine flächendeckende Teilnahme, etwa durch verpflichtende Nachschulungen für nachträglich eingestellte MHC, sichergestellt werden kann. Über fortlaufende Schulungsangebote, z. B. vertiefende praxisorientierte Weiterbildungen, oder regelmäßige Inter- oder Supervisionen während des Schuljahres könnte eine kontinuierliche Qualitätssicherung sowie eine verstärkte Vernetzung unter den MHC gefördert werden.

Reduktion der administrativen Anforderungen

Weiterhin lässt sich aus den Evaluationsergebnissen die Empfehlung ableiten, den administrativen Aufwand sowohl auf regionaler und überregionaler Trägerstruktur, vor allem aber auf Ebene der MHC, zu verringern, z. B. durch die Vereinfachung von Antragsprozessen bei der Rekrutierung externer Anbieter:innen. Dies könnte sowohl zur Entlastung der Umsetzenden beitragen als auch eine höhere Verfügbarkeit der MHC an den Schulen ermöglichen, welche die Akzeptanz und Zusammenarbeit der MHC vor Ort – insbesondere mit Lehrkräften als Hauptkooperationspartner:innen – fördern könnte.

Ausbau der Möglichkeiten zum Weiterverweis an externe Versorgungsangebote

Zuletzt lässt sich aus den Ergebnissen die Empfehlung ableiten, dass bei einer zukünftigen Projektumsetzung die Möglichkeiten und Angebote der MHC für den Weiterverweis an externe Versorgungsangebote bei vorhandenen Hilfebedarfen stärker fokussiert und ausgebaut werden sollten. Als eines der genannten Hauptziele wurde dieses im Vergleich zu anderen Projektzielen in geringerem Maße adressiert. Obwohl bestehende Kooperationen zu weiterführenden Angeboten als hilfreich eingeschätzt wurden, fanden diese bisher



vergleichsweise wenig statt. Eine zukünftige Projektumsetzung sollte den Ausbau von Kooperationen zu weiterführenden Angeboten fokussieren, um bei bestehenden konkreten Hilfebedarfen auf ein Netzwerk an weiterführenden Hilfsangeboten zurückgreifen zu können und Weiterverweise zu erleichtern. Denkbar wäre auch, die MHC im Schulentwicklungsprozess bei der Erstellung von Informationsmaterialien über Unterstützungsangebote stärker einzubeziehen, so dass Schüler:innen, Familien und Schulpersonal bei Bedarfen auf regionale sowie überregionale Informationen zurückgreifen können. Dabei ist es wichtig, die Weiterleitung an spezialisierte Angebote als gezielten Teilbereich des Programms zu betrachten, der sich auf Schüler:innen mit erkennbarem Bedarf konzentriert, ohne den primärpräventiven Ansatz des Programms zu vernachlässigen.

7.4.2 Implikationen

Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext ist angesichts der aktuellen Datenlage zur psychischen Belastung von Kindern und Jugendlichen äußerst relevant. Das Modellprojekt „Mental Health Coaches an Schulen“ adressiert dieses wichtige Anliegen in seiner Umsetzung konzeptionell sowie inhaltlich. Aus der Gesamtbeurteilung der Evaluationsergebnisse lässt sich schließen, dass das Modellprojekt in relativ kurzer Etablierungszeit von den Projektbeteiligten mit hoher Akzeptanz angenommen wurde und die Projektziele auf einen vorhandenen Bedarf an den Schulen treffen. Jedoch ist anzumerken, dass das als Modellvorhaben umgesetzte Projekt in seiner Wirkungsreichweite stark eingeschränkt ist und vergleichsweise wenige Schüler:innen erreicht werden konnten, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen. Um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext nachhaltig zu stärken, benötigt es eine flächendeckende und vor allem langfristige Etablierung von wissenschaftlich fundierten Präventionsangeboten. Solche primärpräventiven Angebote, welche die Resilienzförderung, Sensibilisierung und Entstigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen sowie die Stärkung der mentalen Gesundheitskompetenz adressieren, sind im Sinne der Verhaltens- und Primärprävention zur Stärkung der psychischen Gesundheit unabdingbar. Diese sollten jedoch nicht ohne gleichzeitig stattfindende indizierte und sekundäre Präventionsmaßnahmen stattfinden, welche gezielt bei Bedarf Hilfs- und Beratungsangebote vermitteln können. Hierbei zeigt sich aus den Evaluationsergebnissen, dass das Modellprojekt dieses selbst formulierte Programmziel nur mangelhaft adressiert und die Abgrenzung zu bereits bestehenden Strukturen, insbesondere zur Schulsozialarbeit, zum Teil schwierig ist. Langfristig sollte daher zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext neben primärpräventiven Angeboten in bereits gut etablierte sekundärpräventive und indizierte Maßnahmen investiert werden. Dies könnte z. B. durch einen Ausbau von Stellen



Evaluation Modellprogramm „Mental Health Coaches an Schulen“

der Schulsozialarbeit oder Schulpsychologie stattfinden, welche durch klar definierte Tätigkeitsbereiche und fachliche Expertise grundlegende psychosoziale Infrastrukturen für Schulen darstellen, jedoch noch nicht flächendeckend und in ausreichendem Maß an Schulen in Deutschland vorhanden sind (Robert Bosch Stiftung, 2022).



8 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Diese querschnittliche Evaluation des BMFSFJ-Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“ aus Sicht von beteiligten Schulleitungen, Schüler:innen, MHC und Vertreter:innen von Trägerstrukturen zeigt eine überwiegend erfolgreiche und planungsgemäße Umsetzung des primärpräventiven Programms nach einer Laufzeit von einem Schuljahr.

Eine erfolgreiche Etablierung des Programms zeigt sich in der hohen Akzeptanz und Wertschätzung gegenüber den MHC und dem MHC-Programm, der positiven Bewertung ihrer Angebote, dem klar bekundeten Bedarf an Präventionsangeboten zu psychischen Belastungen im Schulkontext sowie dem einhelligen Wunsch nach Fortsetzung und Ausweitung des Programms.

Als verbesserungswürdig erwiesen sich insbesondere die begrenzte und unklare Projektlaufzeit, die damit verbundene Planungsunsicherheit sowie fehlende systematische Wirksamkeitsüberprüfung, die vergleichsweise geringe Reichweite des Programms, der begrenzte Weiterverweis an weiterführende Versorgungsangebote, die Qualifizierung der MHC sowie administrative Anforderungen.

Die Ergebnisse verdeutlichen die Wichtigkeit einer langfristigen Investition in nachweislich wirksame, beständige und flächendeckende Präventions- und Versorgungsangebote, um die hohe und wachsende psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere im schulischen Kontext, adäquat auffangen zu können. Nur so kann die lebenslange psychische Gesundheit der gegenwärtigen und künftigen Generationen wirksam geschützt werden.



9 BEITRÄGE DER AUTOR:INNEN

Konzeptualisierung:	Judith Bauch, Kristin Rodney-Wolf, Julian Schmitz
Literaturrecherche:	Anja Santel, Judith Bauch, Kristin Rodney-Wolf
Methodik:	Judith Bauch, Kristin Rodney-Wolf, Anja Santel, Geelke Focken
Datenerhebung:	Judith Bauch, Anja Santel, Geelke Focken, Kristin Rodney-Wolf
Datenauswertung:	Judith Bauch, Geelke Focken, Anja Santel, Kristin Rodney-Wolf
Ergebnisdarstellung:	Kristin Rodney-Wolf, Judith Bauch, Geelke Focken, Anja Santel
Ergebnisvalidierung:	Kristin Rodney-Wolf, Judith Bauch
Verfassen des Berichts:	Kristin Rodney-Wolf, Judith Bauch
Review und Überarbeitung:	Kristin Rodney-Wolf, Judith Bauch
Supervision:	Julian Schmitz
Projektleitung:	Julian Schmitz

10 DANKSAGUNG

Unser Dank gilt zuallererst allen an der Evaluation beteiligten Personengruppen. Allen voran danken wir den Schüler:innen, welche an unserer Umfrage teilgenommen haben, sowie ihren Erziehungsberechtigten, die dies ermöglicht haben. Ebenso danken wir allen Schulleitungen, die sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten. Weiterhin danken wir allen MHC und beteiligten Personen der Trägergruppen für ihre Teilnahme sowie den Mitarbeiter:innen des Servicebüro der Jugendmigrationsdienste für die kooperative Zusammenarbeit. Für die Unterstützung bei der Literaturrecherche danken wir Leona Baeßler. Ein besonderer Dank gilt zuletzt Anja Santel und Geelke Focken, ohne deren Engagement und hervorragende Arbeit die Datenerhebung und -auswertung in dem vorliegenden Umfang nicht möglich gewesen wäre.



11 IMPRESSUM

Evaluation des Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“

EVALUATIONSBERICHT

03. Januar 2025

Autor:innen:

Kristin Rodney-Wolf, M. Sc.

Judith Bauch, M. Sc.

Geelke Focken, B. Sc.

Anja Santel, B. Sc.

Julian Schmitz, Prof. Dr.

Abteilung Klinische Kinder- und Jugendpsychologie

Wilhelm-Wundt-Institut für Psychologie

Universität Leipzig

Neumarkt 9-19

04109 Leipzig

Korrespondenzadressen:

kristin.rodney-wolf@uni-leipzig.de

judith.bauch@uni-leipzig.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



12 LITERATURVERZEICHNIS

- Asbrand, J., Schmitz, J., Hasselhorn, M., Kunde, W., Schneider, S. & Deserno, L. (2023). *Lehrbuch Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und Psychotherapie*. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-040355-0>
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2007). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155(10), 906–914. <https://doi.org/10.1007/s00112-007-1588-4>
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*, 66(3), 194–203. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102467>
- Baumgarten, F., Klipker, K., Göbel, K., Janitza, S. & Hölling, H. (2018). Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 60–65. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-011>
- Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. *The Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31013-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31013-x)
- Bornheimer, L. A., Acri, M. C., Gopalan, G. & McKay, M. M. (2018). Barriers to Service Utilization and Child Mental Health Treatment Attendance Among Poverty-Affected Families. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 69(10), 1101–1104. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700317>
- Bujard, M., den Driesch, E. von, Kerstin, R., Laß, I., Thönnissen, C., Schumann, A. & Schneider, N. (2021). *Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie*. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. <https://doi.org/10.12765/bro-2021-02>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2006). *Positionspapier - Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Handlungsbedarf im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz*. <https://www.bptk.de/positionspapier-unterversorgung-psychisch-kranker-kinder-und-jugendlicher/>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2023, 10. Februar). *Minister Lauterbach erkennt Situation psychisch kranker Kinder: BPTK fordert nachhaltige Reform der Bedarfsplanung* [Pressemitteilung]. https://api.bptk.de/uploads/20230210_pm_bptk_IMA_c192913196.pdf
- Bussi eres, E.-L., Malboeuf-Hurtubise, C., Meilleur, A., Mastine, T., H erault, E., Chadi, N., Montreuil, M., G en ereux, M. & Camden, C. (2021). Consequences of the COVID-19

- Pandemic on Children's Mental Health: A Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 12, Artikel 691659. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.691659>
- Buxbaum, O. (2015). Ätiologie psychischer Störungen. In O. Buxbaum (Hrsg.), *Neues Wissen über Grundfragen der Psychiatrie* (S. 29–60). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-08067-9_3
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L. J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S. & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3(4), Artikel e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>
- Christner, N., Essler, S., Hazzam, A. & Paulus, M. (2021). Children's psychological well-being and problem behavior during the COVID-19 pandemic: An online study during the lockdown period in Germany. *PLoS ONE*, 16(6), Artikel e0253473. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253473>
- Cilar, L., Štiglic, G., Kmetec, S., Barr, O. & Pajnkihar, M. (2020). Effectiveness of school-based mental well-being interventions among adolescents: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 76(8), 2023–2045. <https://doi.org/10.1111/jan.14408>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573950400996786688>
- Conrad, I., Heider, D. & Riedel-Heller, S. G. (2010). Die Evaluation des Schulprojekts „Verrückt? Na und!“ – Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule. *Das Gesundheitswesen*, 72(08/09). <https://doi.org/10.1055/s-0030-1266545>
- Corrieri, S., Conrad, I., Heider, D. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Evaluation der Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“. *Das Gesundheitswesen*, 74(08/09). <https://doi.org/10.1055/s-0032-1322010>
- Corrieri, S., Conrad, I. & Riedel-Heller, S. G. (2015). Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen. *Psychiatrische Praxis*, 42(02/2), 82–89. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1359928>
- Dadaczynski, K. (2012). Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20(3), 141–153. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000072>

- Deutsche Rentenversicherung. (2023, 13. Oktober). *Rentenversicherung in Zeitreihen*.
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.html
- Deutscher Ethikrat. (2022). *Pandemie und psychische Gesundheit Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen: Ad-Hoc Empfehlung*.
https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82(1), 405–432.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Fegert, J. M., Kölch, M. & Krüger, U. (2017). *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse: Sachbericht zum Projekt*. Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK). <https://www.apk-ev.de/projekte/kiju-bestandsaufnahme/startseite-kiju?contrast=1%27A%3D0&cHash=e4d069642b788b56885323b7fbf3a5ac>
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E. & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC psychology*, 6(1), Artikel 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). „MindMatters“: Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 221–227.
<https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3>
- Franzkowiak, P. (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I091-3.0>
- Hanke, K., Hofmann, H., Kamp, U., Krüger, T. & Ohlmeier, N. (2022). *Kinderreport Deutschland 2022: Rechte von Kindern in Deutschland: Generationengerechte Politik gemeinsam mit und im Interesse von Kindern*. Deutsches Kinderhilfswerk e.V.
https://www.dkhw.de/filestorage/1_Informieren/1.1_Unsere_Themen/Kinderrechte/Kinderreport/DKHW_Kinderreport_2022.pdf
- Hildebrandt, S., Dehl, T., Zich, K. & Nolting, H.-D. (2023). *Gesundheitsreport 2023: Analyse Arbeitsunfähigkeiten Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck*.



- DAK-Gesundheit. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporteforschung/gesundheitsreport-2023_34592
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012) : Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57(7), 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159–169. <https://doi.org/10.1026//0033-3042.53.4.159>
- Jugendmigrationsdienste. (2024). *Sagen, was ist. Tun, was hilft.: Mental Health Coaches. Ein Programm der Jugendmigrationsdienste*. <https://www.mental-health-coaches.de/>
- Jugendmigrationsdienste & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2023a). *Konzeption zur Basisqualifizierung der Mental Health Coaches*. https://www.mental-health-coaches.de/fileadmin/user_upload/onepager/25092023_RahmenkonzeptModellvorhabenMentalHealthCoaches.pdf
- Jugendmigrationsdienste & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2023b). *Rahmenkonzept zum Modellvorhaben "Mental Health Coaches an Schulen"*. https://www.mental-health-coaches.de/fileadmin/user_upload/onepager/25092023_RahmenkonzeptModellvorhabenMentalHealthCoaches.pdf
- Kessler, M. & Albee, G. W. (1975). Primary Prevention. *Annual Review of Psychology*, 26(1), 557–591.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)

- Kuger, S., Haas, W., Kalicki, B., Loss, J., Buchholz, U., Fackler, S., Finkel, B., Grgic, M., Jordan, S., Lehfeld, A.-S., Maly-Motta, H., Neuberger, F., Wurm, J., Braun, D., Iwanowski, H., Kubisch, U., Maron, J., Sandoni, A., Schienkewitz, A. & Wieschke, J. (2022). *Kindertagesbetreuung und Infektionsgeschehen während der COVID-19-Pandemie: Abschlussbericht der Corona-KiTa-Studie*. wbv Publikation.
<https://elibrary.utb.de/doi/book/10.3278/9783763973279>
- Kurz, D., Braig, S., Genuneit, J. & Rothenbacher, D. (2022). Lifestyle changes, mental health, and health-related quality of life in children aged 6-7 years before and during the COVID-19 pandemic in South Germany. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), Artikel 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00454-1>
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., Gumz, A., Degkwitz, P., Schulte, B., König, H. H., Konnopka, A., Bauer, M., Bechdorf, A., Correll, C., Juckel, G., Klosterkötter, J., Leopold, K., Pfennig, A. & Karow, A. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 81(11), 614–627. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1355843>
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*(33), Artikel 1, 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5. Auflage, S. 47–55). Huber.
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M. & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), Artikel 109.
<https://doi.org/10.1186/s13034-022-00546-y>
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F. & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 7–20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>
- MindMatters Programmzentrum. (2020). *MindMatters: Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln*. <https://mindmatters-schule.de/home.html>



- Plötner, M., Moldt, K., In-Albon, T. & Schmitz, J. (2022). Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. *Die Psychotherapie*, 67(6), 469–477. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00604-y>
- Projekt eXe (Hrsg.). (2007). *Empfehlungen für die Strukturierung von Evaluationsberichten: Strategien und Konzepte externer Evaluation in der Kinder- und Jugendhilfe*. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/evaluation/Struktur_Evaluationsberichte_eXe.pdf
- R Core Team. (2023). *R: A Language and Environment for Statistical Computing [Computer software]*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Rabe-Menssen, C. (2021). Patientenfragen während der Corona-Pandemie. *Psychotherapie Aktuell*, 13(2), 6–13. <https://www.dptv.de/wissensdatenbank/eintrag/dokument/patientenanfragen-waehrend-der-corona-pandemie/>
- Rabe-Menssen, C. (2022). Patientenfragen während der Corona-Pandemie 2022. *Psychotherapie Aktuell*, 15(1), 8–15. <https://www.dptv.de/wissensdatenbank/eintrag/dokument/patientenanfragen-waehrend-der-corona-pandemie-2022/>
- Rabe-Menssen, C., Hübner, L. & Maaß, E. (2023). Report Psychotherapie 2023: Sonderausgabe Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie. *Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)*. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2023.pdf
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G. & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 183–211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Ravens-Sieberer, U., Devine, J., Napp, A.-K., Kaman, A., Saftig, L., Gilbert, M., Reiß, F., Löffler, C., Simon, A. M., Hurrelmann, K., Walper, S., Schlack, R., Hölling, H., Wieler, L. H. & Erhart, M. (2023). Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSYS study on youth mental health and health-related quality of life. *Frontiers in public health*, 11, Artikel 1129073. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1129073>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Devine, J., Gilbert, M., Reiß, F., Barkmann, C., Siegel, N. A., Simon, A. M., Hurrelmann, K., Schlack, R., Hölling, H., Wieler, L. H. & Kaman, A. (2022). Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19

- Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. *Journal of Adolescent Health*, 71(5), 570–578. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.06.022>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Devine, J. & Reiß, F. (2023). Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 171, 1–7. <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01775-x>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 879–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Robert Bosch Stiftung. (2021). *Das Deutsche Schulbarometer Spezial: Zweite Folgebefragung: Ergebnisse einer Befragung von Lehrerinnen und Lehrern an allgemeinbildenden Schulen im Auftrag der Robert Bosch Stiftung in Kooperation mit der ZEIT*. http://docs.dpaq.de/18110-deutsches_schulbarometer_corona_spezial_september_2021-1.pdf
- Robert Bosch Stiftung. (2022). *Das Deutsche Schulbarometer: Aktuelle Herausforderungen aus Sicht von Schulleitungen: Ergebnisse einer Befragung von Schulleitungen allgemein- und berufsbildender Schulen*. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2022-06/41546_f22.0127_text_Schulbarometer_Gesundheit.pdf
- Robert Koch-Institut (2023). 3. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Schwerpunkt Ernährungsverhalten. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022 – 11/2022. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kida/3-Quartalsbericht-KIDA.pdf?__blob=publicationFile
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K. & Newbury-Birch, D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 2877–2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
- Schlack, R., Neuperd, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., Thom, J., Ravens-Sieberer, U. & Beyer, A.-K. (2023). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. *Journal of Health Monitoring*, 8(S1). <https://doi.org/10.25646/10760>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar De Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V.,



- Correll, C. U. & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 2023, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Statista. (2024). *Häufigste Ursachen von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland 2017: (Rentenneuzugang)*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/899209/umfrage/haeufigste-ursachen-von-erwerbsminderungsrenten-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt. (2024a). *Schüler in beruflichen Schulen: Deutschland, Schuljahr, Schulart*. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=21121-0001#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt. (2024b). *Statistischer Bericht - Allgemeinbildende Schulen - Schuljahr 2023/2024*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Schulen/Publikationen/Downloads-Schulen/statistischer-bericht-allgemeinbildende-schulen-2110100247005.html>
- Stelmach, R., Kocher, E. L., Kataria, I., Jackson-Morris, A. M., Saxena, S. & Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ global health*, 7(6), Artikel e007759. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007759>
- Stephan, S. H., Weist, M., Kataoka, S., Adelsheim, S. & Mills, C. (2007). Transformation of children's mental health services: the role of school mental health. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(10), 1330–1338. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.10.1330>
- Tempelmann, A., Sieland, J. & Kolpatzik, K. (2022, 6. Dezember). *AOK-Familienstudie 2022: Mehr Belastungen drücken auf das Wohlbefinden* [Pressemitteilung]. https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2022/index_26093.html
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health promotion international*, 26(Suppl 1), 29-69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Weber, K., Kostev, K., Bohlken, J. & Riedel-Heller, S. G. (2022). Psychische Störungen in deutschen pädiatrischen Praxen vor und während der COVID-19-Pandemie. *Psychiatrische Praxis*, 49(7), 382–385. <https://doi.org/10.1055/a-1888-4811>
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Calear, A. L., Perry, Y., Torok, M., O'Dea, B., Christensen, H. & Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 89(102079). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>



- Wilson, S. J. & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 33(2 Suppl), 130-143. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.011>
- Witte, J., Zeitler, A., Batram, M., Diekmannshemke, J. & Hasemann, L. (2022). *Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie: Eine Studie im Auftrag der DAK Gesundheit*. Vandage. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/27568/data/5b0387cd24815b7b4200773f4d9912dd/kinder-und-jugendreport-2022-studie.pdf>
- Wolf, K. & Schmitz, J. (2023). Scoping review: longitudinal effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1257–1312. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02206-8>
- World Health Organization. (2023, 22. Mai). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- Wosnitzka, D. (2023). *Zi stellt Projektion zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung bis 2030 vor*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi). <https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/zi-stellt-projektion-zur-inanspruchnahme-der-vertragsaerztlichen-versorgung-bis-2030-vor>
- Zietlow, A.-L. & Krumpholtz, L. (2024). Von Generation zu Generation: Mechanismen der Risikoübertragung elterlicher psychischer Erkrankungen im frühen Kindesalter [From generation to generation: mechanisms of risk transmission of parental mental illness in early childhood]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 67(12), 1350–1358. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03978-3>

13 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Überblick über Evaluationsmaße in den verschiedenen Evaluationsebenen.....	27
Abbildung 2 Flowchart zum Rekrutierungsprozess der Schulleitungen.....	34
Abbildung 3 Flowchart zum Rekrutierungsprozess der Mental Health Coaches	35
Abbildung 4 Flowchart zum Rekrutierungsprozess der lokalen Trägervertretungen.....	38
Abbildung 5 Flowchart zum Rekrutierungsprozess der Schulen für die Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen	39
Abbildung 6 Wahrgenommene Präsenzzeit der MHC an Schule.....	43



Abbildung 7 <i>Durch Schulleitungen wahrgenommene Bedarfsdeckung der Angebote der Mental Health Coaches</i>	46
Abbildung 8 <i>Durch Schulleitung wahrgenommene Akzeptanz durch Schüler:innen</i>	47
Abbildung 9 <i>Durch Schulleitung geschätzte Angebotsreichweite unter den Schüler:innen</i> ...	47
Abbildung 10 <i>Durch Schulleitung eingeschätzter administrativer Aufwand für die Schule</i>	48
Abbildung 11 <i>Durch Schulleitung eingeschätzte Qualifikation der Mental Health Coaches</i> ...	49
Abbildung 12 <i>Zufriedenheit der Schulleitungen mit der Zusammenarbeit mit den Mental Health Coaches</i>	49
Abbildung 13 <i>Globale Bewertung des Programms „Mental Health Coaches an Schulen“ durch die Schulleitungen</i>	51
Abbildung 14 <i>Bedarf an Mental Health Coaches von Schulen ohne Mental Health Coaches</i>	56
Abbildung 15 <i>Vorerfahrungen der Mental Health Coaches in verschiedenen Bereichen</i>	57
Abbildung 16 <i>Bewertung der Basisqualifikation</i>	59
Abbildung 17 <i>Bewertung der Dauer der Basisqualifikation</i>	62
Abbildung 18 <i>Häufigkeit der umgesetzten Angebote zu verschiedenen Themen</i>	63
Abbildung 19 <i>Nutzungshäufigkeiten verschiedener Werbemöglichkeiten für die Inanspruchnahme freiwilliger Angebote durch Schüler:innen</i>	65
Abbildung 20 <i>Wahrgenommene Beteiligung in Gruppenangeboten und Offenheit der Schüler:innen gegenüber dem Thema mentale Gesundheit</i>	66
Abbildung 21 <i>Häufigkeit der Kooperation mit anderen Fachgruppen</i>	67
Abbildung 22 <i>Bewertung der Kooperation mit anderen Fachgruppen</i>	68
Abbildung 23 <i>Einschätzung der Akzeptanz der Mental Health Coaches durch verschiedene Personengruppen</i>	69
Abbildung 24 <i>Verteilung der anteiligen Arbeitszeit an der Schule</i>	70
Abbildung 25 <i>Verteilung der Arbeitszeit auf verschiedene Tätigkeiten</i>	71
Abbildung 26 <i>Häufigkeit berichteter Belastungsfaktoren der Mental Health Coaches</i>	72
Abbildung 27 <i>Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte aus Sicht der Mental Health Coaches</i>	73
Abbildung 28 <i>Relative Häufigkeit der Ziele der Gruppenangebote</i>	86



Abbildung 29 Häufigkeit der Themen der Gruppenangebote	87
Abbildung 30 Häufigkeit der Methoden der Gruppenangebote	88
Abbildung 31 Wahrgenommene Aktivität der Schüler:innen in den Gruppenangeboten	89
Abbildung 32 Wahrgenommene Offenheit der Schüler:innen in den Gruppenangeboten	89
Abbildung 33 Zufriedenheit der Mental Health Coaches mit der Kooperationsschule	90
Abbildung 34 Häufigkeit der Kooperation mit anderen Fachgruppen	92
Abbildung 35 Bewertung der Kooperation mit anderen Fachgruppen aus Sicht der Bundestutor:innen und Fachreferentinnen.....	93
Abbildung 36 Häufigkeit der Kooperation mit anderen Fachgruppen aus Sicht der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste	94
Abbildung 37 Bewertung der Kooperation mit anderen Fachgruppen aus Sicht der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste	95
Abbildung 38 Bewertung allgemeiner und organisatorischer Aspekte aus Sicht der Bundestutor:innen und Fachreferentinnen.....	96
Abbildung 39 Bewertung organisatorischer Aspekte des Projektes aus Sicht der Standortvertretungen.....	98
Abbildung 40 Häufigkeit der Teilnahme an Gruppenangeboten der Mental Health Coaches	108
Abbildung 41 Schulformen der Teilnehmenden an Angeboten der Mental Health Coaches	110
Abbildung 42 Schulabschluss der Teilnehmenden an Angeboten der Mental Health Coaches	110
Abbildung 43 Themen der Gruppenangebote der Mental Health Coaches aus Sicht von Schüler:innen	113

14 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Operationalisierung der Evaluationsfragestellungen	27
Tabelle 2 Anzahl der kontaktierten Schüler:innen pro Schulform.....	40
Tabelle 3 Absolute und relative Häufigkeit der Schulleitungen nach Bundesländern	41
Tabelle 4 Absolute und relative Häufigkeit der Schulleitungen nach Schulformen	42
Tabelle 5 Absolute und relative Häufigkeiten zu durchgeführten Angeboten	44



Tabelle 6 <i>Absolute und relative Häufigkeiten der wahrgenommenen Zunahme an durchgeführten Angeboten an der Schule durch die MHC</i>	45
Tabelle 7 <i>Kategorien und Beispielnennungen positiver Aspekte am Programm „Mental Health Coaches an Schulen“ aus Sicht der Schulleitungen</i>	52
Tabelle 8 <i>Kategorien und Beispielnennungen zu Verbesserungsvorschlägen für das Programm „Mental Health Coaches an Schulen“ aus Sicht der Schulleitungen</i>	54
Tabelle 9 <i>Absolute Häufigkeiten der beteiligten Schulen mit Mental Health Coaches aufgeteilt nach Regionen in Deutschland</i>	58
Tabelle 10 <i>Bewertung der Nützlichkeit einzelner Bestandteile der Basisqualifikation</i>	60
Tabelle 11 <i>Inhalte der Basisqualifikation, die hätten intensiver behandelt werden sollen</i>	61
Tabelle 12 <i>Kategorien der positiven Aspekte aus dem offenen Feedback der Mental Health Coaches</i>	76
Tabelle 13 <i>Kategorien der verbesserungswürdigen Aspekte aus dem offenen Feedback der Mental Health Coaches</i>	80
Tabelle 14 <i>Absolute und relative Häufigkeiten der Kooperationsschulen aufgeteilt nach Schulform</i>	83
Tabelle 15 <i>Absolute und relative Häufigkeiten der Kooperationsschulen aufgeteilt nach Bundesland</i>	84
Tabelle 16 <i>Absolute und relative Häufigkeiten von Angeboten aufgeteilt nach Klassenstufe</i>	85
Tabelle 17 <i>Kategorien der positiven Aspekte aus dem offenen Feedback der Fachreferentinnen und Bundestutor:innen</i>	99
Tabelle 18 <i>Kategorien der verbesserungswürdigen Aspekte aus dem offenen Feedback der Fachreferentinnen und Bundestutor:innen</i>	101
Tabelle 19 <i>Kategorien der positiven Aspekte aus dem offenen Feedback der Vertreter:innen der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste</i>	102
Tabelle 20 <i>Kategorien der verbesserungswürdigen Aspekte aus dem offenen Feedback der Vertreter:innen der lokalen Standorte der Jugendmigrationsdienste</i>	105
Tabelle 21 <i>Beschreibung der Pilotstichprobe der Schüler:innenbefragung (N = 104)</i>	106
Tabelle 22 <i>Charakteristika der an Angeboten der Mental Health Coaches teilnehmenden Schüler:innen</i>	111



Tabelle 23 *Beurteilung des Programms „Mental Health Coaches an Schulen“ aus Sicht der Schüler:innen* 114



ANHANG

Anhang A

Fragebogen zur Schulleitungsbefragung



Fragebogen

1 Hinweis Vollständigkeit

Bevor die Befragung nun startet, hier noch ein Hinweis:

Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, dass Sie alle Fragen vollständig beantworten. Sie können Antworten zwar überspringen, wir möchten Sie jedoch darum bitten, dies nicht zu tun und alle Fragen zu beantworten.

2 Schulform

Welcher Schulform gehört Ihre Schule an?

- Grundschule
- Hauptschule, Mittelschule, Mittelstufenschule, Werkrealschule
- Realschule
- Gymnasium
- Integrierte Gesamtschule, Gemeinschaftsschule, Integrierte Sekundarschule, Stadtteilschule
- Schulform mit mehreren Bildungsgängen:
kooperative Gesamtschule, Oberschule, Realschule plus, Erweiterte Realschule, Regelschule, Regionale Schule, Sekundarschule
- Sonderpädagogische Schulform: z.B. Förder- oder Sonderschule, Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum
- Berufliche Schule
- Andere Schulform:
- Es handelt sich um keine Schule.

3.1 Schulabschluss

Welche der folgenden Schulabschlüsse können an Ihrer Schule absolviert werden?

Bitte nennen Sie alle Schulabschlüsse, die an Ihrer Schule möglich sind. Bei Gemeinschaftsschulen mit Primarstufe z.B. auch Primarschulabschluss.

Mehrfachnennung ist möglich.

Primarschulabschluss

Förder- / Sonderschulabschluss

Berufsschulabschluss

Hauptschulabschluss (Synonyme: Berufsbildungsreife, Berufsreife)

Realschulabschluss (Synonyme: mittlere Reife, mittlerer (Schul-, Bildungs-) Abschluss, Werkrealschulabschluss, Sekundarabschluss I, Fachoberschulreife)

Abitur

Sonstige:

Kein Schulabschluss möglich

3.2 Schulgröße

Wie viele Schüler:innen sind an Ihrer Schule?

Bitte geben Sie die Anzahl in ganzen Zahlen an.

Wie viele Lehrkräfte arbeiten an Ihrer Schule?

Bitte geben Sie die Anzahl in ganzen Zahlen an.

Wie viele Schüler:innen sind durchschnittlich in einer Klasse?

Bitte geben Sie die Anzahl in ganzen Zahlen an.

3.3 Bundesland

In welchem Bundesland befindet sich Ihre Schule?

Baden-Württemberg

Bayern

Berlin

Brandenburg

Bremen

Hamburg

Hessen

Mecklenburg-Vorpommern

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz

Saarland

Sachsen

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Thüringen

3.4 Einwohnerzahl Kommune

Ihre Schule befindet sich in:

- öffentlicher Trägerschaft
- freier Trägerschaft

Wie viele Einwohner:innen hat die Kommune, in der Ihre Schule liegt?

- Weniger als 5.000
- 5.000 - 9.999
- 10.000 - 19.999
- 20.000 - 49.999
- 50.000 - 99.999
- 100.000 - 499.999
- 500.000 und mehr

3.5 Soziodemographie Schule

Wie viel Prozent der Schüler:innen Ihrer Schule haben einen anerkannten sonderpädagogischen Förderbedarf?

Bitte schätzen Sie, in dem Sie mit der Maus den Schieberegler an die entsprechende Stelle bewegen oder die Zahl eingeben.

Wie viel Prozent der Schüler:innen Ihrer Schule kommen aus Familien, die staatliche Transferleistungen in Form von Bürgergeld oder Wohngeld beziehen?

Bitte schätzen Sie, in dem Sie mit der Maus den Schieberegler an die entsprechende Stelle bewegen oder die Zahl eingeben.

Wie viel Prozent der Schüler:innen Ihrer Schule sprechen wenig oder gar kein Deutsch?

Bitte schätzen Sie, in dem Sie mit der Maus den Schieberegler an die entsprechende Stelle bewegen oder die Zahl eingeben.

3.6 Angebot Schulpsychologie

Gibt es an Ihrer Schule schulpsychologische Angebote bzw. könnte Ihre Schule solche in Anspruch nehmen?
Entweder durch schulinterne oder -externe Schulpsycholog:innen

Nein

Ja

3.7.1 Angebote SP

Welche schulpsychologischen Angebote gibt es an Ihrer Schule?

Bitte beziehen sie sich bei der Auswahl nur auf Angebote, die von Schulpsycholog:innen durchgeführt werden.

Projektstage

Gruppenangebote

Beratungssprechzeiten für Schüler:innen und Eltern

Beratungssprechzeiten für Schulpersonal

Durchgehende telefonische Notfallsprechstunde

Supervisionen

Schulungen für Schulpersonal

Informationsangebote für Eltern

Screeningverfahren zur Früherkennung psychischer Erkrankungen (z.B. Fragebogendiagnostik für bestimmte Klassenstufen)

Diagnostische Abklärungen

Verhaltensbeobachtungen im Unterricht

Sonstige:

Sonstige:

Sonstige:

Weiß ich nicht

3.7.2 Schulpsychologie

Wie viele Schüler:innen nehmen schulpsychologische Angebote wahr?

Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil.

- 0 - 10%
- 11 - 24%
- 25 - 50%
- Mehr als 50%
- Kann ich nicht einschätzen.

Wie viele Lehrkräfte nehmen schulpsychologische Angebote wahr?

Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil.

- 0 - 10%
- 11 - 24%
- 25 - 50%
- Mehr als 50%
- Kann ich nicht einschätzen.

Wie viele Eltern nehmen schulpsychologische Angebote wahr?

Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil.

- 0 - 10%
- 11 - 24%
- 25 - 50%
- Mehr als 50%
- Kann ich nicht einschätzen.

3.7.3 Bedarf SP

Wie hat sich in diesem Schuljahr der Bedarf an schulpsychologischen Angeboten an Ihrer Schule im Vergleich zum letzten Schuljahr entwickelt?

- Stark gesunken
- Leicht gesunken
- Gleichgeblieben
- Leicht gestiegen
- Stark gestiegen
- Weiß ich nicht

Decken die Angebote der Schulpsychologie den Bedarf an Ihrer Schule aktuell ab?

- Nein
- Eher nein
- Eher ja
- Ja

3.7.4 Durchführung Angebote SP

Wer führt die schulpsychologischen Angebote durch?

Bitte beziehen Sie sich nur auf Angebote, die von Schulpsycholog:innen durchgeführt werden.

- Externe Schulpsycholog:innen einer schulpsychologischen Fachstelle*

*Hinweis: Schulpsychologische Fachstellen sind für die schulpsychologische Versorgung an Schulen zuständig und können in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich genannt werden. Beziehen Sie sich bitte auf die schulpsychologische Fachstelle, die in Ihrem Bundesland verfügbar ist, z.B. schulpsychologischer Dienst, Zentraler Fachbereich für Diagnostik und Schulpsychologie, etc.

- Direkt an der Schule unbefristet arbeitende Schulpsycholog:innen
- Direkt an der Schule befristet arbeitende Schulpsycholog:innen
- Sonstige:

3.8.1 SP Beratungsstelle Telefonkontakt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **schulpsychologische Fachstellen**, welche für die schulpsychologische Versorgung an Schulen zuständig sind. Diese Fachstellen heißen in jedem Bundesland unterschiedlich. Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die Fachstelle, die es in Ihrem Bundesland gibt (z.B. schulpsychologischer Dienst, schulpsychologische Beratungsstellen, Zentraler Fachbereich für Diagnostik und Schulpsychologie, etc.)

Wie ist die telefonische Erreichbarkeit der schulpsychologischen Fachstelle aktuell?

- Sehr schlecht
- Überwiegend schlecht
- Eher schlecht
- Eher gut
- Überwiegend gut
- Sehr gut
- Noch nie benötigt/ keine Erfahrung/ weiß ich nicht

Wie hat sich in diesem Schuljahr die telefonische Erreichbarkeit der schulpsychologischen Fachstelle im Vergleich zum letzten Schuljahr verändert?

- Stark verschlechtert
- Leicht verschlechtert
- Gleichgeblieben
- Leicht verbessert
- Stark verbessert
- Noch nie benötigt/ keine Erfahrung/ weiß ich nicht

3.8.2 SP Beratungsstelle Ansprechpartner

Wie kann Ihre Schule bei Bedarf telefonischen Kontakt zur schulpsychologischen Fachstelle aufnehmen?

- Über eine allgemeine, vermittelnde Servicetelefonnummer der schulpsychologischen Fachstelle
- Über eine individuelle Telefonnummer einer Ansprechperson in der schulpsychologischen Fachstelle
- Sonstige:
- Weiß ich nicht

Gibt es in der schulpsychologischen Fachstelle eine/n fest für Ihre Schule zuständige/n Schulpsychologin/en?

- Nein
- Ja
- Weiß ich nicht

Gibt es feste Beratungssprechzeiten der schulpsychologischen Fachstelle für Schüler:innen, Eltern oder Lehrkräfte?

- Nein, Beratungen müssen vorher individuell vereinbart werden.
- Ja, es gibt feste Beratungssprechzeiten für unsere Schule.
- Weiß ich nicht

3.9.1 individuelle Beratungssprechzeiten

Wie viele Tage warten Schüler:innen, Eltern oder Lehrkräfte im Durchschnitt auf einen Beratungstermin mit der schulpsychologischen Fachstelle?

Bitte geben Sie die Anzahl der Tage in ganzen Zahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte:

- Kann ich nicht einschätzen

3.10.1 feste Schulpsycholog:in

Wie viele schulinterne Schulpsycholog:innen gibt es vor Ort an Ihrer Schule in diesem Schuljahr?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

Zum Beispiel:

1,0 = Eine Person mit 40 Wochenstunden oder zwei Personen mit jeweils 20 Wochenstunden

0,75 = Eine Person mit 20 Wochenstunden und eine weitere Person mit 10 Wochenstunden

1,5 = Eine Person mit 40 Wochenstunden und eine weitere Person mit 20 Wochenstunden

Wie viele schulinterne Schulpsycholog:innen gab es vor Ort an Ihrer Schule im letzten Schuljahr?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte:

Weiß ich nicht

3.10.2 Bedarf Stellen SP

Wie viele schulinterne Schulpsycholog:innen braucht/bräuchte Ihre Schule aktuell, um den Bedarf abzudecken?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

Zum Beispiel:

1,0 = Eine Person mit 40 Wochenstunden oder zwei Personen mit jeweils 20 Wochenstunden

0,75 = Eine Person mit 20 Wochenstunden und eine weitere Person mit 10 Wochenstunden

1,5 = Eine Person mit 40 Wochenstunden und eine weitere Person mit 20 Wochenstunden

3.11.1 Bedarf SP Angebote

Gibt es an Ihrer Schule Bedarf für schulpsychologische Angebote?

Nein

Ja

3.12.1 Veränderung Bedarf SP

Wie hat sich in diesem Schuljahr der Bedarf an schulpsychologischen Angeboten an Ihrer Schule im Vergleich zum letzten Schuljahr entwickelt?

- Stark gesunken
- Leicht gesunken
- Gleichgeblieben
- Leicht gestiegen
- Stark gestiegen
- Weiß ich nicht

3.12.2 Bedarf spezifische SP Angebote

Für welche der folgenden schulpsychologischen Angebote gibt es an Ihrer Schule Bedarf?

- Projektstage
- Gruppenangebote
- Beratungssprechzeiten für Schüler:innen und Eltern
- Beratungssprechzeiten für Schulpersonal
- Durchgehende telefonische Notfallsprechstunde
- Supervisionen
- Schulungen für Schulpersonal
- Informationsangebote für Eltern
- Screeningverfahren zur Früherkennung psychischer Erkrankungen (z.B. Fragebogendiagnostik für bestimmte Klassenstufen)
- Diagnostische Abklärungen
- Verhaltensbeobachtungen im Unterricht
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Weiß ich nicht

3.12.3 Bedarf Stellen SP

Ihrer Einschätzung nach: wie viele Schulpsycholog:innen braucht/bräuchte Ihre Schule aktuell, um den Bedarf abzudecken?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

Zum Beispiel:

1,0 = Eine Person mit 40 Wochenstunden oder zwei Personen mit jeweils 20 Wochenstunden

0,75 = Eine Person mit 20 Wochenstunden und eine weitere Person mit 10 Wochenstunden

1,5 = Eine Person mit 40 Wochenstunden und eine weitere Person mit 20 Wochenstunden

3.13 Stellen Schulsozialarbeit

Gibt es an Ihrer Schule Stellen für Schulsozialarbeiter:innen?

Nein

Ja

3.14.1 hypothetischer Bedarf Stellen SA

Hat Ihr Schule Bedarf an Stellen für Schulsozialarbeit?

Nein

Ja

3.15.1 Anzahl Stellen SA

Wie viele Schulsozialarbeiter:innen gibt es an Ihrer Schule in diesem Schuljahr?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

Zum Beispiel:

1,0 = Eine Person mit 40 Wochenstunden oder zwei Personen mit jeweils 20 Wochenstunden

0,75 = Eine Person mit 20 Wochenstunden und eine weitere Person mit 10 Wochenstunden

1,5 = Eine Person mit 40 Wochenstunden und eine weitere Person mit 20 Wochenstunden

Wie viele Schulsozialarbeiter:innen arbeiten davon an Ihrer Schule mit einem befristeten Arbeitsvertrag?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

Weiß ich nicht

Wie viele Schulsozialarbeiter:innen gab es an Ihrer Schule im letzten Schuljahr?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte:

Weiß ich nicht

3.15.2 Aufgaben SA

Welche der folgenden Aufgaben führen Schulsozialarbeiter:innen an Ihrer Schule aus?

Offene Gruppenangebote

Klassengebundene Gruppenangebote

Durchführung von schulinternen Präventionsangeboten zum Thema psychische Gesundheit

Organisation von schulexternen Präventionsangeboten zum Thema psychische Gesundheit

Einzelgespräche zur Weitervermittlung an Hilfs- und Beratungsangebote

Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebote für Schüler:innen

Organisation von Angeboten für Eltern zu Themen der psychischen Gesundheit

Kooperationen zwischen schulischen und außerschulischen Fachkräften des interdisziplinären Hilfenetzwerkes

Sonstige:

Weiß ich nicht

3.15.3 Bedarfsabdeckung SA

Decken die Angebote der Schulsozialarbeit den Bedarf an Ihrer Schule aktuell ab?

- Nein
- Eher nein
- Eher ja
- Ja

3.16.1 Bedarf SA

Wie viele Schulsozialarbeiter:innen braucht/bräuchte Ihre Schule aktuell, um den Bedarf an Ihrer Schule abzudecken?

Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente in Dezimalzahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

Zum Beispiel:

1,0 = Eine Person mit 40 Wochenstunden oder zwei Personen mit jeweils 20 Wochenstunden

0,75 = Eine Person mit 20 Wochenstunden und eine weitere Person mit 10 Wochenstunden

1,5 = Eine Person mit 40 Wochenstunden und eine weitere Person mit 20 Wochenstunden

Wie hat sich in diesem Schuljahr der Bedarf an Stellen für Schulsozialarbeiter:innen an Ihrer Schule im Vergleich zum letzten Schuljahr entwickelt?

- Stark gesunken
- Leicht gesunken
- Gleichgeblieben
- Leicht gestiegen
- Stark gestiegen
- Weiß ich nicht

3.17 Beratungslehrkräfte

Gibt es an Ihrer Schule Beratungslehrkräfte? (Lehrpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation und anteilmäßiger Freistellung für Beratungstätigkeiten)

Nein

Ja

3.18.1 hypothetischer Bedarf Beratungslehrkräfte

Hat Ihre Schule Bedarf an Beratungslehrkräften?

Nein

Ja

3.19.1 Beratungslehrkräfte

Wie viele wöchentliche Beratungsstunden stehen allen Beratungslehrkräften Ihrer Schule aktuell für die Beratungstätigkeit insgesamt zur Verfügung?

Bei mehreren Beratungslehrkräften bitte die wöchentlichen Beratungsstunden addieren.

Bitte geben Sie die Anzahl in ganzen Zahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

Wie haben sich in diesem Schuljahr die wöchentlichen Beratungsstunden der Beratungslehrkräfte Ihrer Schule im Vergleich zum letzten Schuljahr verändert?

Stark gesunken

Leicht gesunken

Gleichgeblieben

Leicht gestiegen

Stark gestiegen

Weiß ich nicht

Decken die vorhandenen wöchentlichen Beratungsstunden der Beratungslehrkräfte Ihrer Schule den Bedarf an Ihrer Schule aktuell ab?

Nein

Eher nein

Eher ja

Ja

3.20.1 Bedarf Beratungslehrkräfte

Wie viele wöchentliche Beratungsstunden von Beratungslehrkräften braucht/bräuchte Ihre Schule aktuell, um den Bedarf abzudecken?

Bitte schätzen Sie und geben die Anzahl in ganzen Zahlen an.

Wie hat sich in diesem Schuljahr der Bedarf an Beratungslehrkräften im Vergleich zum letzten Schuljahr an Ihrer Schule entwickelt?

- Stark gesunken
- Leicht gesunken
- Gleichgeblieben
- Leicht gestiegen
- Stark gestiegen
- Weiß ich nicht

3.21 Mental Health Coaches

Gibt es an Ihrer Schule einen Mental Health Coach aus dem Modellprojekt "Mental Health Coaches an Schulen" des Bundesfamilienministeriums?

Mental Health Coaches sind qualifizierte Fachkräfte (Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen), die an Schulen Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Schüler:innen anbieten, wie z.B. Gruppenangebote.

- Nein
- Ja
- Weiß ich nicht

3.22.1 Wochenstunden MHC an Schule

Wie viele Stunden pro Woche arbeitet der Mental Health Coach durchschnittlich vor Ort an Ihrer Schule?

Bitte geben Sie die Anzahl in ganzen Zahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

3.22.2 Aufgaben MHC

Welche Aufgaben führt der Mental Health Coach an Ihrer Schule durch?

- Offene Gruppenangebote
- Klassengebundene Gruppenangebote
- Durchführung von schulinternen Präventionsangeboten zum Thema psychische Gesundheit
- Organisation von schulexternen Präventionsangeboten zum Thema psychische Gesundheit
- Weitervermittlungen an Hilfs- und Beratungsangebote
- Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebote für Schüler:innen
- Organisation von Angeboten für Eltern zu Themen der psychischen Gesundheit
- Kooperationen zwischen schulischen und außerschulischen Fachkräften des interdisziplinären Hilfenetzwerkes
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Weiß ich nicht

3.22.3 Wirkung MHC auf Angebote

Seit dem Einsatz des Mental Health Coaches gibt es nun häufiger an Ihrer Schule:

- Offene Gruppenangebote
- Klassengebundene Gruppenangebote
- Schulinterne Präventionsangebote zum Thema psychische Gesundheit
- Schulexterne Präventionsangebote zum Thema psychische Gesundheit
- Weitervermittlungen an Hilfs- und Beratungsangebote
- Informationsmaterialien über regionale und überregionale Hilfs- und Beratungsangebote für Schüler:innen
- Angebote für Eltern zu Themen der psychischen Gesundheit
- Kooperationen zwischen schulischen und außerschulischen Fachkräften des interdisziplinären Hilfenetzwerkes
- Gespräche über das Thema psychische Gesundheit
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Nichts von alldem

3.22.4 Bedarf, Akzeptanz, Reichweite

Decken die Angebote des Mental Health Coaches den Bedarf an Ihrer Schule ab?

- Nein
- Eher nein
- Eher ja
- Ja

Ihrem Eindruck nach: Wie werden die Angebote des Mental Health Coaches an Ihrer Schule von Schüler:innen angenommen?

- Sehr schlecht
- Überwiegend schlecht
- Eher schlecht
- Eher gut
- Überwiegend gut
- Sehr gut

Bitte schätzen Sie: Wie viele Schüler:innen erreichen die Angebote des Mental Health Coaches an Ihrer Schule?

- 0-10%
- 11-24%
- 25-50%
- Mehr als 50%
- Kann ich nicht einschätzen.

3.22.5 Administration

Wie schätzen Sie den administrativen Aufwand des Modellprojektes "Mental Health Coaches" für Ihre Schule ein?

- Sehr niedrig
- Niedrig
- Mittel
- Hoch
- Sehr hoch

Wie schätzen Sie die Qualifikation des Mental Health Coaches an Ihrer Schule ein?

- Sehr niedrig
- Niedrig
- Mittel
- Hoch
- Sehr hoch

Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit zwischen dem Mental Health Coach und Ihrer Schule?

- Überhaupt nicht zufrieden
- Eher nicht zufrieden
- Eher zufrieden
- Voll und ganz zufrieden

3.22.6 Fortsetzung

Ihrer Meinung nach: Sollte das Projekt „Mental Health Coaches“ an Ihrer Schule unbefristet fortgesetzt werden?

- Nein
- Ja
- Ja, unter folgender Voraussetzung:

Ihrer Meinung nach: Sollte das Projekt „Mental Health Coaches“ flächendeckend in Deutschland eingeführt werden?

- Nein
- Ja
- Ja, unter folgender Voraussetzung:

Welche Schulnote würden Sie dem Modellprojekt „Mental Health Coaches“ geben?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

3.22.7 Kritik

Was würden Sie am Modellprojekt „Mental Health Coaches“ verbessern wollen?

Bitte tragen Sie jeden Verbesserungsvorschlag in ein eigenes Feld ein.

Ich möchte dazu keine Angabe machen.

Was fanden Sie positiv am Modellprojekt „Mental Health Coaches“?

Bitte tragen Sie jeden Punkt in ein eigenes Feld ein.

Ich möchte dazu keine Angabe machen.

3.23.1 Bedarf MHC

Gibt es an Ihrer Schule Bedarf für einen solchen Mental Health Coach?

Zur Erinnerung: Mental Health Coaches sind qualifizierte Fachkräfte (Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen), die an Schulen Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Schüler:innen anbieten, wie z.B. Gruppenangebote.

- Nein
- Eher nein
- Eher ja
- Ja

3.24 Ressourcen I

Wie viele räumliche Ressourcen (z.B. Beratungsräume, Gruppenräume) stehen an Ihrer Schule für psychosoziale Angebote* zur Verfügung?

*alle Maßnahmen, die die psychische Gesundheit von Schüler:innen fördern und Schüler:innen mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten unterstützen, z.B. offene Gruppen-, Beratungsangebote, Präventionsprogramme, Projektstage, etc.

- Deutlich weniger als benötigt
- Etwas weniger als benötigt
- Ausreichend
- Etwas mehr als benötigt
- Deutlich mehr als benötigt

Wie viele finanzielle Mittel stehen an Ihrer Schule für psychosoziale Angebote* zur Verfügung?

- Deutlich weniger als benötigt
- Etwas weniger als benötigt
- Ausreichend
- Etwas mehr als benötigt
- Deutlich mehr als benötigt

3.25 zeitliche Ressourcen

Wie viele zeitliche Ressourcen stehen dem pädagogischen Personal innerhalb des Unterrichts an Ihrer Schule für psychosoziale Angebote* zur Verfügung?

*alle Maßnahmen, die die psychische Gesundheit von Schüler:innen fördern und Schüler:innen mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten unterstützen, z.B. offene Gruppen-, Beratungsangebote, Präventionsprogramme, Projektstage, etc.

- Deutlich weniger als benötigt
- Etwas weniger als benötigt
- Ausreichend
- Etwas mehr als benötigt
- Deutlich mehr als benötigt

Wie viele zeitliche Ressourcen stehen dem pädagogischen Personal außerhalb des Unterrichts an Ihrer Schule für psychosoziale Angebote* zur Verfügung?

- Deutlich weniger als benötigt
- Etwas weniger als benötigt
- Ausreichend
- Etwas mehr als benötigt
- Deutlich mehr als benötigt

3.26 Präventionsangebote

Welche Angebote gab es in diesem Schuljahr an Ihrer Schule zum Thema psychische Gesundheit?

- Schulintern organisierte Projektstage
- Offizielle Präventionsprogramme zu allgemeinen Themen (z.B. „Stark.Stärker.Wir“, „MindMatters“, „fit4future“, etc.)
- Präventionsprogramme zu konkreten psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Essstörungen, Ängste, etc.)
- Frei zugängliche Materialien für Schüler:innen (z.B. Flyer, Aushänge)
- Offene Gruppenangebote für Schüler:innen (z.B. Schülercafés, -treffs, etc.)
- Angebote für Eltern (z.B. Elternabende, Workshops)
- Schulinterne Fortbildungen für Lehrkräfte (z.B. im Rahmen einer Dienstberatung, schulinternen Lehrkräftefortbildungen, etc.)
- Weiterbildungsangebote für Lehrkräfte für zusätzliche Qualifikationen (z.B. konkrete Trainings, Zertifizierungskurse, etc.)
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Weiß ich nicht

3.27 Bedarfsabdeckung Präventionangebote

Werden die folgenden Angebote an Ihrer Schule ausreichend angeboten?

Bitte beziehen Sie sich nur auf Angebote zum Thema psychische Gesundheit.

	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja
Schulintern organisierte Projektstage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offizielle Präventionsprogramme zu allgemeinen Themen (z.B. „Stark.Stärker.Wir“, „MindMatters“, „fit4future“, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Präventionsprogramme zu konkreten psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Essstörungen, Ängste, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frei zugängliche Materialien für Schüler:innen (z.B. Flyer, Aushänge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja
Offene Gruppenangebote für Schüler:innen (z.B. Schülercafés, -treffs etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote für Eltern (z.B. Elternabende, Workshops)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulinterne Fortbildungen für Lehrkräfte (z.B. im Rahmen einer Dienstberatung, schulinternen Lehrkräftefortbildungen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiterbildungsangebote für Lehrkräfte für zusätzliche Qualifikationen (z.B. konkrete Trainings, Zertifizierungskurse, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.28 Interventionsangebote

Welche der folgenden Maßnahmen gab es an Ihrer Schule in diesem Schuljahr, um mit psychischen Auffälligkeiten bei Schüler:innen umzugehen?

- Leitfaden für Schulpersonal mit Informationen und Anzeichen psychischer Erkrankungen
- Gezielte und regelmäßige Beobachtungen im Unterricht von Lehrkräften
- Regelmäßige Beratungsangebote durch externe Kooperationspartner (z.B. Sprechstunde durch Familienberatungsstelle, gemeindenaher kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken)
- Materialien für Schüler:innen zu regionalen und überregionalen Hilfs- und Beratungsangeboten (z.B. durch Flyer, Aushänge)
- Regelmäßige Einzelfallkonferenzen mit Fall-involvierten Lehrkräften
- Regelmäßige Fallberatungen mit einer schulinternen/-externen Beratungsfachkraft
- unterrichtsbezogene Förder- bzw. Schutzmaßnahmen (z.B. Unterricht bei Anspannungszuständen verlassen, etc.)
- Nachteilsausgleiche (alternative Prüfungsformate, längere Prüfungsdauer, etc.)
- Handlungsleitfäden für Krisensituationen (z.B. Suizidankündigungen, Selbstverletzendes Verhalten in der Schule, etc.)
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Weiß ich nicht

3.29 Bedarfsabdeckung Intervention

Werden die folgenden Maßnahmen an Ihrer Schule ausreichend angeboten?

Bitte beziehen Sie sich auf Maßnahmen, die im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten von Schüler:innen ergriffen werden.

	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja
Leitfaden für Schulpersonal mit Informationen und Anzeichen psychischer Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezielte und regelmäßige Beobachtungen im Unterricht von Lehrkräften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Beratungsangebote durch externe Kooperationspartner (z.B. Familienberatungsstelle, gemeindenaher kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja
Materialien für Schüler:innen zu regionalen und überregionalen Hilfs- und Beratungsangeboten (z.B. durch Flyer, Aushänge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Einzelfallkonferenzen mit Fall-involvierten Lehrkräften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Fallberatungen mit einer schulinternen/-externen Beratungsfachkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja
unterrichtsbezogene Förder- bzw. Schutzmaßnahmen (z.B. Unterricht bei Spannungszuständen verlassen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachteilsausgleiche (alternative Prüfungsformate, längere Prüfungsdauer etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handlungsleitfäden für Krisensituationen (z.B. Suizidankündigungen, Selbstverletzendes Verhalten in der Schule etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nein	Eher nein	Eher ja	Ja
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.30 Häufigkeit außerschulische Kooperationen

Wie häufig hatte Ihre Schule in diesem Schuljahr Kontakt zu den folgenden außerschulischen Fachstellen?

Bitte schätzen Sie.

	Nie	Täglich	1-2x pro Woche	1-2x pro Monat	1-2x pro Quartal	1-2x pro Halbjahr	1-2x pro Schuljahr
Schulpsychologische Fachstelle*	<input type="radio"/>						
<p>*Definition: Schulpsychologische Fachstellen sind für die schulpsychologische Versorgung an Schulen zuständig und können in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich genannt werden. Beziehen Sie sich bitte auf die schulpsychologische Fachstelle, die in Ihrem Bundesland verfügbar ist, z.B. schulpsychologischer Dienst, Zentraler Fachbereich für Diagnostik und Schulpsychologie.</p>							
Individuelle Beratungsstellen (z.B. Familien-, Erziehungs-, Suchtberatung)	<input type="radio"/>						
Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstellen	<input type="radio"/>						
Jugendamt	<input type="radio"/>						
	Nie	Täglich	1-2x pro Woche	1-2x pro Monat	1-2x pro Quartal	1-2x pro Halbjahr	1-2x pro Schuljahr
Sozialamt	<input type="radio"/>						
Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Heimerziehung (Kinderheime, Inobhutnahmestellen, therapeutische Wohngruppen, betreutes Wohnen)	<input type="radio"/>						
Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin oder Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>						
Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen/ Kinder- und Jugendlichenpsychiater:innen	<input type="radio"/>						
Klinken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/- psychosomatik/-psychotherapie	<input type="radio"/>						
	Nie	Täglich	1-2x pro Woche	1-2x pro Monat	1-2x pro Quartal	1-2x pro Halbjahr	1-2x pro Schuljahr
Insoweit erfahrene Fachkräfte (ausgebildete Fachkraft für Beratung bei Verdacht auf Kindwohlgefährdung)	<input type="radio"/>						
Kinderschutzzentrum	<input type="radio"/>						
Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen (z.B. Jugendzentren, Sportvereine)	<input type="radio"/>						
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>						

3.31 Bedarf außerschulische Kooperation

Wie häufig sollte eine Kooperation mit den folgenden außerschulischen Fachstellen erfolgen?

	Viel weniger	Etwas weniger	Gleich häufig	Etwas häufiger	Viel häufiger
Schulpsychologische Fachstelle (z.B. schulpsychologischer Dienst)	<input type="radio"/>				
Individuelle Beratungsstellen (z.B. Familien-, Erziehungs-, Suchtberatung)	<input type="radio"/>				
Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstellen	<input type="radio"/>				
Jugendamt	<input type="radio"/>				
Sozialamt	<input type="radio"/>				
Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Heimerziehung (Kinderheime, Inobhutnahmestellen, therapeutische Wohngruppen, betreutes Wohnen)	<input type="radio"/>				
	Viel weniger	Etwas weniger	Gleich häufig	Etwas häufiger	Viel häufiger
Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin oder Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>				
Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen/ Kinder- und Jugendlichenpsychiater:innen	<input type="radio"/>				
Klinken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ psychosomatik/-psychotherapie	<input type="radio"/>				
Insoweit erfahrene Fachkraft (ausgebildete Fachkraft für Beratung zu Verdacht auf Kindwohlgefährdung, z.B. bei sexualisierter Gewalt)	<input type="radio"/>				
Kinderschutzzentrum	<input type="radio"/>				
Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen (z.B. Jugendzentren, Sportvereine, kirchliche Zentren)	<input type="radio"/>				
	Viel weniger	Etwas weniger	Gleich häufig	Etwas häufiger	Viel häufiger
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

3.32 Angebote Kinderschutz

Welche der folgenden Angebote gibt es an Ihrer Schule zum Thema Kinderschutz?

- Schulindividuelles Schutzkonzept zur Prävention von sexualisierter Gewalt (Kinderschutzkonzept)
- Durch die Schulverwaltung bereitgestellte Handreichungen und Leitfäden zum Thema Kinderschutz
- Interventions- oder Krisenleitfaden bei Verdachtsfällen
- Ein Krisenteam
- Regelmäßige Präventionsangebote (z.B. zum Thema Sexualpädagogik und Prävention sexualisierter Gewalt)
- Schulinterne Fortbildungen für Lehrkräfte zum Thema Kinderschutz (z.B. im Rahmen einer Dienstberatung, schulinternen Lehrkräftefortbildungen, etc.)
- Digitale Fortbildungen für Lehrkräfte zum Thema Kinderschutz (z.B. „Was ist los mit Jaron?“)
- Weiterbildungsangebote für Lehrkräfte für zusätzliche Qualifikationen zum Thema Kinderschutz (z.B. konkrete Trainings, Zertifizierungskurse, etc.)
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Nichts von alldem

3.33.1 Hürden Kinderschutzkonzept

Sie haben angegeben, dass es an Ihrer Schule kein Kinderschutzkonzept gibt. Was sind Ihrer Meinung nach Hindernisse, ein Schutzkonzept an Ihrer Schule zu entwickeln?

- Geringes Bewusstsein für das Thema Kinderschutz an der Schule
- Unzureichendes Wissen zum Thema Kinderschutz an der Schule
- Fehlende Ansprechpersonen von Fachberatungsstellen (z.B. bei Beratung von Konzeptentwicklung)
- Widerstand der Eltern
- Widerstand aus dem Kollegium
- Personalmangel
- Zeitmangel
- Fehlende finanzielle Ressourcen

Sonstige:

Sonstige:

Sonstige:

Nichts von alledem

3.34 Fälle KWG JA

Wie viele Fälle gab es in diesem Schuljahr an Ihrer Schule, die aufgrund eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung (z.B. sexualisierte Gewalt, häusliche Gewalt) an das Jugendamt weitergeleitet wurden?

Bitte geben Sie die Anzahl der Fälle in ganzen Zahlen an. Falls Sie die genaue Zahl nicht kennen, schätzen Sie bitte.

3.35.1 KWG Fälle <1

Wie wurden diese weitergeleiteten Meldungen auf Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Vorfeld an Ihrer Schule zumeist erkannt?

Im Folgenden sind Gründe für eine Kindeswohlgefährdung (KWG) aufgelistet. Bitte ordnen Sie diese der Reihe nach von 1 bis 6 durch nacheinander Anklicken, je nachdem welcher Grund am häufigsten (1) oder am seltensten (6) dazu führt, dass ein Verdacht auf KWG von Ihrer Schule an das Jugendamt weitergeleitet wird.

Falls einzelne Gründe an Ihrer Schule noch nicht zu einem Verdacht auf KWG geführt haben, klicken Sie sie nicht an.

Körperliche Vernachlässigung (z.B. ungenügend Nahrung, kaputte Kleidung, unzureichende Hygiene)

Emotionale Vernachlässigung (z.B. emotionale Kälte, zu viel Verantwortungsübergabe an Schüler:innen durch Eltern)

Psychische Gewalt (Drohungen, Beleidigungen, Repressalien durch Eltern)

Erleben von körperlicher Gewalt

Miterleben von häuslicher Gewalt

Sexualisierte Gewalt

3.36 Fälle KWG nicht weitergeleitet

Wie viele Fälle gab es in diesem Schuljahr an Ihrer Schule, bei denen ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bestand, die aber nicht an das Jugendamt weitergeleitet wurden?

Bitte schätzen Sie und geben die Anzahl der Fälle in ganzen Zahlen an.

3.37.1 Gründe Nichtweiterleitung KWG

Was waren Gründe, warum Verdachtsfälle nicht an das Jugendamt weitergeleitet wurden?

Bitte tragen Sie jeden Grund in ein eigenes Feld ein.

3.38 Häufigkeit wahrgenommener psy. Auffälligkeiten

Im Folgenden sind verschiedene psychische Auffälligkeiten aufgelistet. Bitte schätzen Sie, bei wie viel Prozent der Schüler:innen Ihrer Schule Sie aktuell die jeweiligen psychischen Auffälligkeiten wahrnehmen.

Es geht uns dabei nicht darum, Zahlen zu diagnostizierten Störungen zu erfassen, sondern darum, welche psychischen Auffälligkeiten **von Ihnen an der Schule wahrgenommen** werden.

Abhängiger Suchtmittelkonsum

Schüler:innen zeigen übermäßigen und steigenden Konsum von Alkohol und/oder Drogen, starken Konsumwunsch, verminderte Konsumkontrolle oder Vernachlässigung anderer Aktivitäten.

Depressionen

Schüler:innen erscheinen z.B. anhaltend traurig, antriebslos, zurückgezogen.

Ängste

Schüler:innen bleiben aus Angst der Schule fern, meiden Situationen oder Menschen, in denen sie von anderen bewertet werden können (z.B. Vorträge halten), leiden unter Panikattacken oder spezifischen Ängsten.

Zwänge

Schüler:innen zeigen zwanghafte Handlungen, wie z.B. ritualisiertes Händewaschen, Zählen oder Kontrollieren und/oder zwanghafte Ideen/Vorstellungen, z.B. sich an einer schlimmen Krankheit anzustecken.

Psychische Auffälligkeiten nach schweren Belastungen

Schüler:innen erleben ein außergewöhnlich belastendes/traumatisches Lebensereignis und leiden infolgedessen z.B. unter aufdrängenden Erinnerungen, Alpträumen, anhaltender Anspannung, sozialem Rückzug, trauriger Stimmung oder Konzentrationsschwierigkeiten.

Psychische Auffälligkeiten mit körperlichen Beschwerden

Schüler:innen klagen wiederkehrend und über einen längeren Zeitraum über verschiedene körperliche Beschwerden, wie z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Durchfall.

Probleme bezüglich Essverhalten und Körpergewicht

Schüler:innen haben Angst davor zu dick zu sein, leiden unter extremen Gewichtsverlust durch z.B. Nahrungsreduzierung, -verweigerung, -kontrolle, übertriebener sportlicher Aktivität, selbst herbeigeführtem Erbrechen, oder zeigen unkontrollierte Essattacken.

Lern- und Entwicklungsschwierigkeiten

Schüler:innen leiden unter Lese-/Rechtschreibschwäche, eingeschränkter Entwicklung des Sprechens, der Sprache oder der Motorik.

Autismus

Schüler:innen interagieren sozial äußerst eingeschränkt, zeigen z.B. keinen Blickkontakt, keine Mimik und Gestik, keine spontanen Gefühlsäußerungen, keinen gegenseitigen Kontaktaustausch mit anderen, zeigen stereotype, sich wiederholende Verhaltensmuster oder Interessen.

Aufmerksamkeits-/ Konzentrationsprobleme und Hyperaktivität

Schüler:innen sind z.B. anhaltend unkonzentriert, träumen abwesend vor sich hin und/oder sind hyperaktiv und/oder impulsiv.

Probleme im Sozialverhalten und Konflikten

Schüler:innen verletzen wiederholt und anhaltend soziale Normen und Gesetze, z.B. durch ungewöhnlich schwere Wutausbrüche, Streiten, häufige körperliche Auseinandersetzungen, Schulschwänzen, kriminelle Handlungen, etc.

Abhängiger Mediengebrauch und -konsum

Schüler:innen zeigen übermäßigen und steigenden Konsum von z.B. Social Media, Gaming, Fernsehen, haben keine Kontrolle über Konsum oder vernachlässigung andere Aktivitäten.

3.39 Veränderung psychische Auffälligkeiten

Ihrer Einschätzung nach: Wie hat sich in diesem Schuljahr die Häufigkeit der folgenden psychischen Auffälligkeiten unter den Schüler:innen Ihrer Schule im Vergleich zum letzten Schuljahr verändert?

	Stark gesunken	Leicht gesunken	Gleich geblieben	Leicht gestiegen	Stark gestiegen	Weiß ich nicht
Abhängiger Suchtmittelkonsum: z.B. Konsum von Alkohol/Drogen, führt zu Gesundheitsschädigung, starker Konsumwunsch, verminderte Konsumkontrolle, Vernachlässigung anderer Aktivitäten	<input type="radio"/>					
Depressionen: Schüler:innen erscheinen z.B. anhaltend traurig, antriebslos, zurückgezogen	<input type="radio"/>					
Ängste: Schüler:innen bleiben aus Angst der Schule fern, vermeiden soziale Situationen oder Menschen, leiden unter Panikattacken oder spezifischen Ängsten	<input type="radio"/>					
Zwänge: z.B. zwanghafte Handlungen wie ritualisiertes Händewaschen, Zählen oder Kontrollieren und/oder zwanghafte Ideen/Vorstellungen, z.B. sich an einer schlimmen Krankheit anzustecken	<input type="radio"/>					
Psychische Auffälligkeiten nach schweren Belastungen: Schüler:innen erleben ein außergewöhnlich belastendes/traumatisches Lebensereignis und leiden infolgedessen z.B. unter aufdrängenden Erinnerungen, Alpträumen, anhaltender Anspannung, sozialem Rückzug, trauriger Stimmung, Konzentrationsschwierigkeiten, meiden bestimmte Situationen	<input type="radio"/>					
Psychische Auffälligkeiten mit körperlichen Beschwerden: Schüler:innen klagen anhaltend über verschiedene körperliche Beschwerden, wie z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Durchfall, ohne dass eine körperliche Ursache vorliegt	<input type="radio"/>					
Probleme bezüglich Essverhalten und Körpergewicht: Schüler:innen haben Angst davor zu dick zu sein, absichtlicher Gewichtsverlust durch z.B. Nahrungsreduzierung, -verweigerung, -kontrolle, übertriebener sportlicher Aktivität, selbst herbeigeführtem Erbrechen, unkontrollierte Essattacken	<input type="radio"/>					
Lern- und Entwicklungsschwierigkeiten: z.B. Lese-/Rechtschreibschwäche, eingeschränkte Entwicklung des Sprechens, der Sprache, der Motorik	<input type="radio"/>					
Autismus: Schüler:innen interagieren sozial äußerst eingeschränkt, zeigen z.B. keinen Blickkontakt, keine Mimik und Gestik, keine spontanen Gefühlsäußerungen, keinen gegenseitigen Kontaktaustausch mit anderen, stereotype, sich wiederholende Verhaltensmuster oder Interessen	<input type="radio"/>					
Aufmerksamkeits-/ Konzentrationsprobleme und Hyperaktivität: Schüler:innen sind z.B. anhaltend unkonzentriert, träumen abwesend vor sich hin, sind hyperaktiv und/oder impulsiv	<input type="radio"/>					

Probleme im Sozialverhalten und Konflikten: Schüler:innen verletzen wiederholt und anhaltend soziale Normen und Gesetze, z.B. durch ungewöhnlich schwere Wutausbrüche, Streiten, häufige körperliche Auseinandersetzungen, Schulschwänzen, kriminelle Handlungen, etc.

Abhängiger Mediengebrauch und -konsum: übermäßiger und steigender Konsum von z.B. Social Media, Gaming, Fernsehen, keine Kontrolle über Konsum, Vernachlässigung von anderen Aktivitäten

3.40 Allgemeine Belastungsfaktoren

Ihrer Wahrnehmung nach: Wie stark haben folgende Faktoren die Schüler:innen dieses Schuljahr psychisch belastet?

	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
COVID-19 Pandemie	<input type="radio"/>				
Klimakrise	<input type="radio"/>				
Krieg und Terror (z.B. in Ukraine, Naher Osten)	<input type="radio"/>				
Flucht und Vertreibung	<input type="radio"/>				
Diskriminierung	<input type="radio"/>				
Finanzielle Probleme	<input type="radio"/>				
Familiäre Konflikte (z.B. häusliche Gewalt)	<input type="radio"/>				
Psychische Erkrankungen innerhalb der Familie	<input type="radio"/>				
	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
Vernachlässigung (mangelndes Essen, Hygiene, Kleidung)	<input type="radio"/>				
Sexualisierte Gewalt	<input type="radio"/>				
Körperliche Gewalt	<input type="radio"/>				
Übermäßiger Medienkonsum	<input type="radio"/>				
Konflikte mit Gleichaltrigen (z.B. Cyber-/Mobbing)	<input type="radio"/>				
Sonstige:	<input type="radio"/>				
<input type="text"/>					
Sonstige:	<input type="radio"/>				
<input type="text"/>					
Sonstige:	<input type="radio"/>				
<input type="text"/>					

3.41 Schulische Belastungsfaktoren

Ihrer Wahrnehmung nach: Wie stark haben folgende schulische Faktoren die Schüler:innen in diesem Schuljahr psychisch belastet?

	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	Irrelevant für Schulform
Schulischer Leistungsdruck	<input type="radio"/>					
Prüfungskultur (z.B. Anzahl der Prüfungen, uniforme Prüfungsformate)	<input type="radio"/>					
Prüfungssängste (Angst vor Klassenarbeiten, Vorträgen, etc.)	<input type="radio"/>					
Sprachbarrieren	<input type="radio"/>					
Personalmangel im Schulkollegium	<input type="radio"/>					
Klassenklima (z.B. Konflikte)	<input type="radio"/>					
Mangelnde Kooperation von Eltern und Schule	<input type="radio"/>					
Ungenügende Angebote der Schulsozialarbeit	<input type="radio"/>					
Ungenügende Angebote der Schulpsychologie	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

3.42 Einfluss von psy. Belast. auf schul. Faktoren

Ihrer Wahrnehmung nach: Wie stark beeinträchtigen psychische Auffälligkeiten von Schüler:innen folgende schulische Faktoren?

	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	Irrelevant für Schulform
Schulische Leistung der Schüler:innen	<input type="radio"/>					
Schulische Motivation der Schüler:innen	<input type="radio"/>					
Erreichen des Klassenziels am Ende des Schuljahres	<input type="radio"/>					
Regelmäßige Unterrichtsteilnahme	<input type="radio"/>					
Erreichen des Schulabschlusses	<input type="radio"/>					
Interaktionen zwischen Schüler:innen	<input type="radio"/>					
Beziehung zwischen Lehrer:innen und Schüler:innen	<input type="radio"/>					
Schulische Ressourcen (durch erhöhten Beratungsaufwand, Bereitstellung von Materialien, Zeitzugaben bei Nachteilsausgleichen, etc.)	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

3.43 individuelle Barrieren

Im Folgenden sind mögliche individuelle Barrieren genannt, die verhindern können, dass psychisch belastete Schüler:innen psychotherapeutisch behandelt werden. Ihrer Wahrnehmung nach: wie stark beeinträchtigt die jeweilige Barriere den Prozess des Hilfesuchens?

	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	Weiß ich nicht
Selbststigmatisierung der Schüler:innen (Entwertung der eigenen Person aufgrund von in der Gesellschaft vorherrschenden Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Auffälligkeiten)	<input type="radio"/>					
Vorurteile der Schüler:innen gegenüber Psychotherapie und Therapeut:innen	<input type="radio"/>					
geringes Wissen/wenig Information der Schüler:innen über psychische Gesundheit	<input type="radio"/>					
geringes Wissen/wenig Information der Schüler:innen über Hilfsangebote	<input type="radio"/>					
ProbleMLEugnung	<input type="radio"/>					
Ansicht, dass es genügend andere Ressourcen gibt, um mit psychischen Problemen umzugehen	<input type="radio"/>					
Präferenz, Probleme eigenständig zu lösen	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

3.44 soziale Barrieren

Im Folgenden sind mögliche soziale Barrieren genannt, die verhindern können, dass psychisch belastete Schüler:innen psychotherapeutisch behandelt werden. Ihrer Wahrnehmung nach: wie stark beeinträchtigt die jeweilige Barriere den Prozess des Hilfesuchens?

	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	Weiß ich nicht
Selbststigmatisierung der Bezugspersonen (Entwertung der eigenen Person aufgrund von in der Gesellschaft vorherrschenden Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Auffälligkeiten)	<input type="radio"/>					
Angst der Kinder und Jugendlichen vor Diskriminierung in der Schule	<input type="radio"/>					
Angst der Kinder und Jugendlichen vor Diskriminierung im privaten Umfeld	<input type="radio"/>					
Von Kindern und Jugendlichen wahrgenommene Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in den Medien	<input type="radio"/>					
Vorurteile der Bezugspersonen gegenüber Psychotherapie und Therapeut:innen	<input type="radio"/>					
Geringes Wissen/wenig Information der Bezugspersonen über psychische Gesundheit	<input type="radio"/>					
Geringes Wissen/wenig Information der Bezugspersonen über Hilfsangebote	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

3.45 systemische Barrieren

Im Folgenden sind mögliche systemische Barrieren genannt, die verhindern können, dass psychisch belastete Schüler:innen psychotherapeutisch behandelt werden. Ihrer Wahrnehmung nach: wie stark beeinträchtigt die jeweilige Barriere den Prozess des Hilfesuchens?

	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	Weiß ich nicht
Begrenzte finanzielle Ressourcen der Familie	<input type="radio"/>					
Begrenzte zeitliche Ressourcen der Familie	<input type="radio"/>					
Begrenzte zeitliche Kapazitäten der Schüler:innen (durch Schule/Hobbys)	<input type="radio"/>					
Zu geringe Versorgungskapazitäten (z.B. wenige Therapieplätze, lange Wartezeiten)	<input type="radio"/>					
Schwierige Erreichbarkeit von Hilfsangeboten	<input type="radio"/>					
Unzureichende Früherkennung psychischer Erkrankungen an Schulen	<input type="radio"/>					
Unzureichende Kooperation zwischen Bezugspersonen und Schule	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

3.46 Kontrolle Anzahl Befragter

Wurden Personen aus dem Schulkollegium zur Beantwortung der Fragen einbezogen?

Nein

Ja

3.47.1 Professionen Beantwortung

Welche Professionen aus dem Schulkollegium waren an der Beantwortung der Fragen beteiligt?

- Person aus dem Schulleitungsteam
- Lehrkraft mit Weiterbildung Beratungslehrer:in
- Lehrkraft mit Ausbildung Schulpsychologie
- Lehrkraft
- Schulsozialarbeiter:in
- Schulpsycholog:in (Hochschulabschluss Psychologie)
- Sonstige:

3.48 E-Mail

Sie haben nun das Ende der Umfrage erreicht.

Falls Sie Interesse an den Studienergebnissen haben, hinterlassen sie [hier](#) Ihre E-Mailadresse.

Bitte klicken Sie zum Beenden der Umfrage auf "Weiter".

4 Endseite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Befragung!

Bei Fragen zur Studie kontaktieren Sie uns bitte unter: schulmonitor@uni-leipzig.de.

Sie können den Browser nun schließen.

Anhang B

Fragebogen zur MHC-Befragung



Fragebogen

1 Demografische Daten

Wie alt sind Sie?

Bitte wählen Sie die entsprechende Altersgruppe aus.

Unter 25

25-30

31-40

41-60

Über 60

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

Bitte wählen Sie eine der Optionen aus.

weiblich

männlich

divers

In welchem Teil von Deutschland arbeiten Sie?

Bitte wählen Sie eine der nachfolgenden Regionen aus.

Norden (Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein)

Süden (Baden-Württemberg und Bayern)

Osten (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen)

Westen (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland)

2 Berufliche Situation

Welche berufliche Qualifikation haben Sie?

Bitte geben Sie Ihren höchsten Hochschulabschluss an.

Bachelor

Master

Diplom

Sonstige:

In welchem Fach haben Sie einen Hochschulabschluss?

Bitte geben Sie an, in welchem Fach Sie diesen Hochschulabschluss erworben haben.

Sozialarbeit

Sozialpädagogik

Erziehungswissenschaften

Psychologie

Sonstige:

Wann haben Sie Ihren höchsten Hochschulabschluss erworben?

Bitte wählen Sie eine der Optionen aus.

Vor 2000

2000-2009

2010-2019

2020 und später

3 Berufliche Situation 2

In welcher Schulform sind Sie als Mental Health Coach tätig?

Bitte wählen Sie die Schulform(en) aus, in denen Sie als Mental Health Coach tätig sind.

- Grundschule
- Hauptschule, Mittelschule, Mittelstufenschule oder Werkrealschule
- Realschule
- Gymnasium
- Integrierte Gesamtschule, Gemeinschaftsschule, Integrierte Sekundarschule, Stadtteilschule
- Schule mit mehreren Bildungsgängen: kooperative Gesamtschule, Oberschule, Realschule plus, Regelschule, Regionale Schule, Sekundarschule
- Förder- oder Sonderschule
- Andere Schulform:

4 Vorerfahrungen

Wie schätzen Sie Ihre Vorerfahrungen in folgenden Bereichen ein?

Bitte beziehen Sie sich auf Ihren Kenntnisstand vor Beginn der Basisqualifikation.

	keine Vorerfahrung	wenig Vorerfahrung	einige Vorerfahrung	viel Vorerfahrung	sehr viel Vorerfahrung
Arbeitsfelder Jugendsozialarbeit und Jugendbildungsarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestaltung von Gruppenarbeiten mit jungen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kenntnisse über das Schulsystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kenntnisse im Bereich Mental Health	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Projektmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öffentlichkeitsarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 Basisqualifikation

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie folgender Aussage zustimmen:

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
Die Basisqualifikation, die ich zu Beginn der Tätigkeit als Mental Health Coach erhalten habe, hat mich gut auf die tatsächliche Tätigkeit als Mental Health Coach vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte bewerten Sie, wie hilfreich Sie folgende Aspekte der Basisqualifikation empfunden haben.

	gar nicht hilfreich	wenig hilfreich	teilweise hilfreich	überwiegend hilfreich	sehr hilfreich	wurde nicht thematisiert
Verständnis der eigenen Rolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorbereitung auf die Aufgaben der Mental Health Coaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basiswissen zum Themenfeld Mental Health	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methoden zur Vermittlung von Wissen zum Themenfeld Mental Health	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestaltung von Gruppenarbeiten mit jungen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen und Hilfestellungen zur Netzwerkgestaltung (z.B. mit Beratungsstellen und Hilfsangeboten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen zur Öffentlichkeitsarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen zu Austauschmöglichkeiten und Informationskanälen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gab es Themen, die im Rahmen der Basisqualifikation noch intensiver hätten behandelt werden sollen?

Wenn es Themen gibt, die Ihrer Meinung nach noch intensiver hätten behandelt werden sollen, wählen Sie diese bitte aus.

- Verständnis der eigenen Rolle
- Vorbereitung auf die Aufgaben der Mental Health Coaches
- Basiswissen zum Themenfeld Mental Health
- Methoden zur Vermittlung von Wissen zum Themenfeld Mental Health
- Gestaltung von Gruppenarbeiten mit jungen Menschen
- Informationen und Hilfestellungen zur Netzwerkgestaltung (z.B. mit Beratungsstellen und Hilfsangeboten)
- Informationen zur Öffentlichkeitsarbeit
- Informationen zu Austauschmöglichkeiten und Informationskanälen
- Sonstiges:

Wie würden Sie die Dauer der Basisqualifikation bewerten?

- viel zu kurz
- etwas zu kurz
- genau richtig
- etwas zu lang
- viel zu lang

6 Umsetzung des Projektes

Zu welchen Themen haben Sie bisher Angebote umgesetzt?

Bitte wählen Sie alle Themen aus, zu denen Sie bisher Angebote umgesetzt haben.

- Bedarfsermittlung
- Wissensvermittlung zu mentaler Gesundheit
- Wissensvermittlung zu Stressbewältigung
- Wissensvermittlung zum Themenfeld Sexualität
- Wissensvermittlung zu regionalen/überregionalen Hilfsangeboten sowie möglicher Kontaktaufnahme
- Vermittlung von Kompetenzen in Umgang mit Emotionen
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz (Ernährung, Schlaf, Bewegung etc.)
- Vermittlung von Achtsamkeitspraxis
- Aktivierung individueller Ressourcen
- Stärkung der Resilienz
- Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstwirksamkeit
- Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, Fokussierung
- Stärkung der Sozialen Kompetenz
- Stärkung von Kommunikations- und Beziehungsgestaltung
- Stärkung der interkulturellen und interreligiösen Kompetenz
- Reflexion von Geschlechter- und Rollenbildern
- Sonstiges:
-
- Ich habe noch keine Angebote umgesetzt.

Welche Formate bieten Sie an?

Bitte geben Sie an, welche Formate Sie bereits an der Schule umgesetzt haben.

Gruppenangebote

Einzelangebote

Sonstige:

7.1 Gruppenangebote

Welche Gruppenangebote bieten Sie an?

Arbeitsgemeinschaften/Ganztagsangebote u.ä. (außerhalb der Unterrichtszeit)

Workshops u.ä. in Klassen (in der Unterrichtszeit)

Ausflüge (z.B. Theater oder Kino)

Sonstige:

8.1 Einzelangebote

Welche Einzelangebote bieten Sie an?

Sprechstunde

Sonstige:

9 Organisation der Angebote

Bitte geben Sie an, inwiefern Ihre Angebote verpflichtend sind für die Schüler:innen.

Ziehen Sie den Schieberegler an die entsprechende Stelle.

Die Angebote sind
überwiegend verpflichtend.

Ich biete freiwillige und
verpflichtende Angebote an.

Die Angebote sind
überwiegend freiwillig.

Gehen Sie für Ihre Angebote zu den Schüler:innen oder kommen die Schüler:innen zu Ihnen?

Ziehen Sie den Schieberegler an die entsprechende Stelle.

Ich suche die Schüler:innen auf.

Beides ist möglich.

Die Schüler:innen suchen mich auf.

10.1 Nachfrage der Angebote

Wie hoch ist die Nachfrage an Ihren Angeboten innerhalb der Schule?

Die Frage bezieht sich darauf, wie viele Schüler:innen sich bei Ihnen melden.

- keine Nachfrage
- wenig Nachfrage
- hohe Nachfrage
- zu hohe Nachfrage

11.1 Werbung für Angebote

Wie erfahren die Schüler:innen von den Angeboten?

Bitte geben Sie an, wie häufig der entsprechende Vermittlungsweg genutzt wird.

	nie	selten	gelegentlich	oft	fast immer
Poster/Banner in der Schule	<input type="radio"/>				
Empfehlung durch Lehrer:innen	<input type="radio"/>				
Empfehlung durch andere Schüler:innen	<input type="radio"/>				
Vorstellung des Projekts durch den Mental Health Coach (z.B. im Unterricht oder ein Infostand in den Pausen)	<input type="radio"/>				
Werbung auf der Website der Schule	<input type="radio"/>				
Werbung auf Social-Media-Kanälen	<input type="radio"/>				
Durchsagen in der Schule	<input type="radio"/>				
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

12 Beteiligung und Offenheit innerhalb der Angebote

Wie schätzen Sie die Beteiligung innerhalb Ihrer Angebote ein?

Die Frage bezieht sich auf die Mitarbeit der Schüler:innen innerhalb der Angebote.

- keine Beteiligung
- wenig Beteiligung
- mittelmäßige Beteiligung
- starke Beteiligung
- sehr starke Beteiligung

Wie erleben Sie die Offenheit der Schüler:innen gegenüber dem Thema Mental Health?

-
- keine Offenheit
- wenig Offenheit
- mittelmäßige Offenheit
- starke Offenheit
- sehr starke Offenheit
- kann ich nicht beurteilen

13 Zeitlicher Rahmen des Projektes

Wie würden Sie den zeitlichen Rahmen des gesamten Mental Health Coaches-Projektes bewerten?

Die Frage bezieht sich auf die gesamte Projektlaufzeit.

- viel zu kurz
- etwas zu kurz
- genau richtig
- etwas zu lang
- viel zu lang

14 Akzeptanz der MHC

Bitte schätzen Sie ein, wie hoch die Akzeptanz Ihrer Arbeit als Mental Health Coach aus Sicht der verschiedenen Akteur:innen im Schulkontext ist.

	gar keine Akzeptanz	wenig Akzeptanz	mäßige Akzeptanz	hohe Akzeptanz	sehr hohe Akzeptanz	kann ich nicht beurteilen
Schüler:innen	<input type="radio"/>					
Lehrkräfte	<input type="radio"/>					
Schulleitung	<input type="radio"/>					
Eltern der Schüler:innen	<input type="radio"/>					
Schulpsycholog:innen	<input type="radio"/>					
Schulsozialarbeiter:innen	<input type="radio"/>					
Externe Anbieter primärpräventiver Angebote	<input type="radio"/>					
Anbieter weiterführender Angebote	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

15 Kooperation

Bitte schätzen Sie ein, wie häufig Sie mit den verschiedenen Akteur:innen zusammengearbeitet haben.

	keine Kooperation	seltene Kooperation	gelegentliche Kooperation	regelmäßige Kooperation	sehr häufige Kooperation
Mit anderen Mental Health Coaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Vertreter:innen der Träger (z.B. Fachreferent:innen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit den Jugendmigrationsdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Schulpsycholog:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Schulsozialarbeiter:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Lehrkräften an der Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der Schulleitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit externen Anbietern primärpräventiver Angebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Anbietern weiterführender Angebote (z.B. Therapeut:innen, Kliniken, Jugendhilfe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kultusministerium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, wie Sie den Austausch mit den verschiedenen Akteur:innen bewerten würden.

	gar nicht hilfreich	wenig hilfreich	teilweise hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Es gab keine Kooperation
Mit anderen Mental Health Coaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Vertreter:innen der Träger (z.B. Fachreferent:innen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit den Jugendmigrationsdiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Schulpsycholog:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Schulsozialarbeiter:innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Lehrkräften an der Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der Schulleitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit externen Anbietern primärpräventiver Angebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Anbietern weiterführender Angebote (z.B. Therapeut:innen, Kliniken, Jugendhilfe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kultusministerium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.1 Schulpsycholog:in

Gibt es an Ihrer Schule einen Schulpsychologen/eine Schulpsychologin?

ja

nein

17.1 Schulsozialarbeiter:in

Gibt es an Ihrer Schule einen Schulsozialarbeiter/eine Schulsozialarbeiterin?

ja

nein

18 Wahrgenommene Belastungen der SuS

Bitte schätzen Sie ein, wie stark folgende Faktoren die Schüler:innen, die Sie betreuen, dieses Schuljahr psychisch belastet haben.

	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	kann ich nicht einschätzen
COVID-19 Pandemie	<input type="radio"/>					
Klimakrise	<input type="radio"/>					
Krieg und Terror (z.B. in der Ukraine oder im Nahen Osten)	<input type="radio"/>					
Flucht und Vertreibung	<input type="radio"/>					
finanzielle Probleme	<input type="radio"/>					
familiäre Konflikte (z.B. häusliche Gewalt)	<input type="radio"/>					
psychische Erkrankungen in der Familie	<input type="radio"/>					
Vernachlässigung (mangelndes Essen, Hygiene, Kleidung)	<input type="radio"/>					
Gewalt (z.B. sexualisierte oder körperliche)	<input type="radio"/>					
übermäßiger Medienkonsum (Social Media, Online-Gaming etc.)	<input type="radio"/>					
Konflikte mit Gleichaltrigen (z.B. Cyber-/ Mobbing)	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

Bitte schätzen Sie ein, wie stark folgende schulische Faktoren die Schüler:innen, die Sie betreuen, dieses Schuljahr psychisch belastet haben.

	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark	kann ich nicht einschätzen
Schulischer Leistungsdruck	<input type="radio"/>					
Prüfungskultur (z.B. Anzahl der Prüfungen, uniforme Prüfungsformate)	<input type="radio"/>					
Prüfungssängste (Angst vor Klassenarbeiten, Vorträgen etc.)	<input type="radio"/>					
Sprachbarrieren im Schulalltag	<input type="radio"/>					
Personalmangel im Schulkollegium	<input type="radio"/>					
Schlechte Beziehung zwischen Lehrkräften und Schüler:innen	<input type="radio"/>					
Klassenklima (z.B. Konflikte oder Konkurrenz)	<input type="radio"/>					
Mangelnde Kooperation von Erziehungsberechtigten und Schule	<input type="radio"/>					
Ungenügende Angebote der Schulsozialarbeit	<input type="radio"/>					
Ungenügende Angebote der Schulpsychologie	<input type="radio"/>					
Mangelnde Ausstattung der Schule	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

19 **Wahrgenommene Barrieren, um sich mit mentaler Gesundheit auseinander zu setzen**

Im Folgenden sind mögliche Barrieren für Kinder und Jugendliche, um sich mit mentaler Gesundheit auseinander zu setzen, aufgeführt. Bitte schätzen Sie jeweils ein, welche Rolle die jeweilige Barriere für die Schüler:innen an Ihrer Schule spielt.

	gar nicht relevant	wenig relevant	teilweise relevant	ziemlich relevant	sehr relevant	kann ich nicht einschätzen
Selbststigmatisierung der Kinder und Jugendlichen	<input type="radio"/>					
von Kindern und Jugendlichen wahrgenommene Stigmatisierung	<input type="radio"/>					
Angst der Kinder und Jugendlichen vor Diskriminierung (z.B. in der Schule oder im privaten Umfeld)	<input type="radio"/>					
Vorurteile der Kinder und Jugendlichen gegenüber Psychotherapie und Therapeut:innen	<input type="radio"/>					
geringes Wissen/wenig Information der Kinder und Jugendlichen über psychische Gesundheit	<input type="radio"/>					
geringes Wissen/wenig Information der Kinder und Jugendlichen über Hilfsangebote	<input type="radio"/>					
Angst, mit den eigenen Problemen konfrontiert zu werden	<input type="radio"/>					
Ansicht, dass es genügend andere Ressourcen gibt, um mit psychischen Problemen umzugehen	<input type="radio"/>					
Präferenz, Probleme eigenständig zu lösen	<input type="radio"/>					
begrenzte finanzielle und zeitliche Ressourcen (z.B. aufgrund von Freizeitaktivitäten, Schule oder familiären Verpflichtungen)	<input type="radio"/>					
zu geringe Versorgungskapazitäten, lange Wartezeiten	<input type="radio"/>					
schwierige Erreichbarkeit von Hilfsangeboten	<input type="radio"/>					
unzureichende Früherkennung psychischer Probleme durch unzureichende personelle Ressourcen an Bildungseinrichtungen	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

20 **Eigene Arbeitsbelastung**

Für wie viele Stunden sind Sie eingestellt?

Bitte geben Sie Ihre Wochenarbeitszeit laut Vertrag in Stunden an.

- Bis 10 Stunden/Woche
- Mehr als 10 - 20 Stunden/Woche
- Mehr als 20 - 30 Stunden/Woche
- Mehr als 30 Stunden/Woche

Inwiefern reicht Ihre Arbeitszeit für Ihre Tätigkeiten aus?

- reicht gar nicht aus
- reicht kaum aus
- reicht überwiegend aus
- reicht völlig aus

Welchen Teil Ihrer Arbeitszeit sind Sie direkt vor Ort in der Schule?

Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit Sie direkt an der Schule sind.

Bitte schätzen Sie, welchen Anteil die folgenden Tätigkeiten an Ihrer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit ausmachen.

Beziehen Sie sich bei Ihrer Einschätzung bitte auf die durchschnittliche Situation während des Projektes. Bitte vergeben Sie die Werte so, dass Sie 100% erreichen.

Planung und Durchführung von Gruppenangeboten	<input type="text"/>
Beratung der Schüler:innen (z.B. zu weiteren Hilfsangeboten)	<input type="text"/>
Akquise geeigneter externer Anbieter primärpräventiver Angebote	<input type="text"/>
Fachspezifischer Austausch (z.B. Mitwirkung an Arbeitsgruppen und Netzwerken oder Supervision)	<input type="text"/>
Administrative Tätigkeiten	<input type="text"/>
Sonstiges	<input type="text"/>

Wie belastet fühlen Sie sich durch Ihre Tätigkeit als Mental Health Coach?

- gar nicht belastet
- wenig belastet
- mäßig belastet
- deutlich belastet
- sehr stark belastet

Welche Faktoren empfinden Sie als besonders belastend an Ihrer Tätigkeit als Mental Health Coach?

Wenn es Aspekte ihrer Arbeit gibt, die Sie als belastend empfinden, wählen Sie diese bitte aus.

- Zeitlicher Rahmen des Projekts
- Hohe Nachfrage nach meinen Angeboten
- Niedrige Nachfrage nach meinen Angeboten
- Wöchentliche Arbeitszeit
- Anteil administrativer Aufgaben
- Kooperation mit der Schule
- Akquise geeigneter externer Anbieter primärpräventiver Angebote
- Planung und Durchführung eigener Angebote
- Beratung der Schüler:innen
- Viel Fachspezifischer Austausch (z.B. Mitwirkung an Arbeitsgruppen und Netzwerken)
- Wenig Unterstützung/Austauschmöglichkeiten/Supervision
- Sonstiges:
- Ich fühle mich nicht belastet.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer eigenen Arbeit als Mental Health Coach?

- gar nicht zufrieden
- wenig zufrieden
- teilweise zufrieden
- ziemlich zufrieden
- sehr zufrieden

21 Kritik/Anmerkungen

Bitte bewerten Sie, inwiefern sie folgenden Aussagen zustimmen.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
Die Arbeitsanforderungen an die Mental Health Coaches sind angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der administrative Aufwand des Projektes ist angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kommunikation mit den Verantwortlichen des Projekts gelingt gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich als Mental Health Coach gut betreut.	—	—	—	—	—
Die Absprachen mit der Schule laufen problemlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Projekt wird den Bedürfnissen und Belastungen der Schüler:innen gerecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die finanziellen Mittel reichen für die Umsetzung der geplanten Angebote.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir eine Fortsetzung des Projekts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Aspekte des Projektes finden Sie gut?

Welche Aspekte des Projektes sind aus Ihrer Sicht verbesserungswürdig?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen?

22 Endseite

Sie haben das Ende der Umfrage erreicht!

Vielen Dank für die Teilnahme an dieser Studie!

Sollten Sie weitere Fragen zur Studie haben, kontaktieren Sie uns bitte unter:

mhc-studie@uni-leipzig.de

Anhang C

Fragebögen zur Befragung der Trägerstrukturen



Fragebogen

1 Kooperation

Bitte schätzen Sie ein, wie häufig Sie mit den verschiedenen Akteur:innen zusammengearbeitet haben.

	keine Kooperation	seltene Kooperation	gelegentliche Kooperation	regelmäßige Kooperation	sehr häufige Kooperation
Mit den Mental Health Coaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Standorten der Mental Health Coaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit den beteiligten Schulen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit externen Anbietern primärpräventiver Angebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Anbietern weiterführender Angebote (z.B. Therapeut:innen, Kliniken, Jugendhilfe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Kultusministerium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem BMFSFJ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, wie Sie den Austausch mit den verschiedenen Akteur:innen bewerten würden.

	gar nicht hilfreich	wenig hilfreich	teilweise hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Es gab keine Kooperation
Mit den Mental Health Coaches	<input type="radio"/>					
Mit den Standorten der Mental Health Coaches	<input type="radio"/>					
Mit den beteiligten Schulen	<input type="radio"/>					
Mit externen Anbietern primärpräventiver Angebote	<input type="radio"/>					
Mit Anbietern weiterführender Angebote (z.B. Therapeut:innen, Kliniken, Jugendhilfe)	<input type="radio"/>					
Mit dem Kultusministerium	<input type="radio"/>					
Mit dem BMFSFJ	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

2 Umsetzung des Projektes

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie folgenden Aussagen zustimmen.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu	kann ich nicht beurteilen
Die Mental Health Coaches zeigen eine hohe Bindung zum Projekt.	<input type="radio"/>					
Es war einfach, geeignete Mental Health Coach-Standorte und Kooperationsschulen zu finden.	<input type="radio"/>					
Die Fördermittel des Projektes sind ausreichend.	<input type="radio"/>					
Der administrative Aufwand des Projektes ist angemessen.	<input type="radio"/>					
Das Projekt hat eine hohe Relevanz für den Umgang mit mentaler Gesundheit im Schulkontext.	<input type="radio"/>					
Das Projekt wird den Bedürfnissen und Belastungen der Schüler:innen gerecht.	<input type="radio"/>					
Die Wirksamkeit des Projektes schätze ich als gut ein.	<input type="radio"/>					
Ich wünsche mir eine Fortsetzung des Projekts.	<input type="radio"/>					

Wie würden Sie die Dauer der Basisqualifikation bewerten?

- viel zu kurz
- etwas zu kurz
- genau richtig
- etwas zu lang
- viel zu lang

Wie würden Sie den zeitlichen Rahmen des gesamten Mental Health Coaches-Projektes bewerten?

Die Frage bezieht sich auf die gesamte Projektlaufzeit.

- viel zu kurz
- etwas zu kurz
- genau richtig
- etwas zu lang
- viel zu lang

3 Kritik/Anmerkungen

Welche Aspekte des Projektes finden Sie gut?

Welche Aspekte des Projektes sind aus Ihrer Sicht verbesserungswürdig?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen?

4 Endseite

Sie haben das Ende der Umfrage erreicht!

Vielen Dank für die Teilnahme an dieser Studie!

Sollten Sie weitere Fragen zur Studie haben, kontaktieren Sie uns bitte unter:

mhc-studie@uni-leipzig.de

Fragebogen

1 Kooperation

Bitte schätzen Sie ein, wie häufig Sie mit den verschiedenen Akteur:innen zusammengearbeitet haben.

	keine Kooperation	seltene Kooperation	gelegentliche Kooperation	regelmäßige Kooperation	sehr häufige Kooperation
Mit den Mental Health Coaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Fachreferent:innen der Träger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit den beteiligten Schulen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit externen Anbietern primärpräventiver Angebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Anbietern weiterführender Angebote (z.B. Therapeut:innen, Kliniken, Jugendhilfe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, wie Sie den Austausch mit den verschiedenen Akteur:innen bewerten würden.

	gar nicht hilfreich	wenig hilfreich	teilweise hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Es gab keine Kooperation
Mit den Mental Health Coaches	<input type="radio"/>					
Mit den Fachreferent:innen der Träger	<input type="radio"/>					
Mit den beteiligten Schulen	<input type="radio"/>					
Mit externen Anbietern primärpräventiver Angebote	<input type="radio"/>					
Mit Anbietern weiterführender Angebote (z.B. Therapeut:innen, Kliniken, Jugendhilfe)	<input type="radio"/>					
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>					

2 Umsetzung des Projektes

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie folgenden Aussagen zustimmen.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu	kann ich nicht beurteilen
Es war einfach, geeignete Bewerber:innen für die Stellen der Mental Health Coaches zu finden.	<input type="radio"/>					
Die Bewerber:innen hatten eine geeignete Qualifizierung für die Stelle.	<input type="radio"/>					
Die Mental Health Coaches zeigen eine hohe Bindung zum Projekt.	<input type="radio"/>					
Der administrative Aufwand des Projektes ist angemessen.	<input type="radio"/>					
Das Projekt hat eine hohe Relevanz für den Umgang mit mentaler Gesundheit im Schulkontext.	<input type="radio"/>					
Die Wirksamkeit des Projektes schätze ich als gut ein.	<input type="radio"/>					
Ich wünsche mir eine Fortsetzung des Projekts.	<input type="radio"/>					

Wie würden Sie den zeitlichen Rahmen des gesamten Mental Health Coaches-Projektes bewerten?

Die Frage bezieht sich auf die gesamte Projektlaufzeit.

- viel zu kurz
- etwas zu kurz
- genau richtig
- etwas zu lang
- viel zu lang

3 Kritik/Anmerkungen

Welche Aspekte des Projektes finden Sie gut?

Welche Aspekte des Projektes sind aus Ihrer Sicht verbesserungswürdig?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen?

4 Endseite

Sie haben das Ende der Umfrage erreicht!

Vielen Dank für die Teilnahme an dieser Studie!

Sollten Sie weitere Fragen zur Studie haben, kontaktieren Sie uns bitte unter:

mhc-studie@uni-leipzig.de

Anhang D

Fragebogen zur Befragung der Pilotstichprobe von Schüler:innen



Fragebogen

1 Standardseite

Liebe Schülerinnen und Schüler,

vielen Dank, dass du dir die Zeit für diese Studie nimmst!

Dir werden nun zuerst einige Fragen zu deiner Person gestellt. Bitte beantworte alle Fragen gewissenhaft.

Wie alt bist du?

Bitte trage dein Alter als Zahl ein.

Welchem Geschlecht fühlst du dich zugehörig?

<input type="radio"/> weiblich
<input type="radio"/> männlich
<input type="radio"/> divers

2 Soziodemo2

Welche Schulstufe besuchst du aktuell?

9. Klasse

10. Klasse

11. Klasse

12. Klasse

13. Klasse

Sonstiges

Welchen Schulabschluss strebst du an?

- Abitur
- Fachhochschulreife
- Mittlerer Abschluss / Realschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Berufsabschluss
- Sonstiges

Welche Schulform besuchst du?

- Gymnasium
- Gesamtschule
- Gemeinschaftsschule
- Realschule
- Hauptschule
- Förderschule
- Oberschule
- Werkrealschule
- Berufliches Gymnasium
- Berufskolleg
- Berufsschule
- Grundschule
- Sonstiges

3 Soziodemo3

In welchem Bundesland gehst du zur Schule?

- Baden-Württemberg
- Nordrhein-Westfalen
- Sachsen

Ist Deutsch deine Muttersprache?

Ja

Nein

3.1.1 Soziodemo4

Seit wie vielen Jahren lernst du bereits Deutsch?

Bitte gib die Anzahl der Jahre als Zahl ein.

4 Wirkungsreichweite

Nun werden dir einige Fragen zu den Mental Health Coaches gestellt! Dazu erhältst du erst einige Informationen zu Psychischer Gesundheit und Mental Health Coaches und anschließend werden dir einige Fragen gestellt.

In dieser Studie geht es um psychische Gesundheit. Was verstehen wir unter psychischer Gesundheit? Gesundheit besteht aus mehreren Faktoren. Zum einen gibt es körperliche Gesundheit. Darunter fällt, dass du keine Erkältung hast oder dich nicht z.B. beim Sport verletzt hast. Zum anderen gibt es aber auch den Bereich der psychischen Gesundheit. Hier geht es darum, dass es dir gut geht und du deinen Alltag gut bewältigen kannst. Optimal ist es, wenn du dich so weit wohlfühlst, um in die Schule zu gehen, deinen Hobbys nachzugehen, dich mit Freundinnen und Freunden zu treffen, Dinge zu tun, die dir Spaß machen und stressige Situationen zu bewältigen. Es kann jedoch auch sein, dass die psychische Gesundheit nicht so gut ist. Dann besteht die Gefahr, dass sich eine psychische Erkrankung entwickelt. Es gibt aber nicht nur gesund oder krank. Die psychische Gesundheit ist fließend und kann bei jeder Person mal besser und mal schlechter sein. Das Besondere bei der psychischen Gesundheit ist, dass Menschen von außen meist nicht direkt sehen können, ob es dir gerade gut geht oder nicht.

Was ist ein Mental Health Coach? An deiner Schule gibt es in diesem Schuljahr einen Mental Health Coach. Dieser bietet für Schüler:innen Angebote an, in denen es um psychische Gesundheit geht. Die Angebote können dabei ganz verschieden sein und unterschiedliche Schwerpunkte haben. Mental Health Coaches sind an deiner Schule dazu da, über das Thema psychische Gesundheit zu sprechen. Durch sie kann man erfahren, was man zum Beispiel tun kann, wenn es einem psychisch nicht so gut geht. Es geht aber auch darum, dass du in den Austausch mit anderen Schüler:innen kommen kannst, um gemeinsam mit ihnen über psychische Gesundheit zu sprechen.

4.1 Wirkungsreichweite2

Ist dir bekannt, dass in diesem Schuljahr ein Mental Health Coach an deiner Schule arbeitet?

Ja

Nein

Hast du in diesem Schuljahr bereits an einem Angebot des Mental Health Coaches teilgenommen?

Ja

Nein

4.1.1.1 Reichweite_nicht

Du hast angegeben, in diesem Schuljahr noch nicht an einem Angebot des Mental Health Coach teilgenommen zu haben. Nachdem Du nun weißt, dass es einen Mental Health Coach bei Dir an der Schule gibt, würdest Du gerne an einem Angebot teilnehmen, um mehr über das Thema psychische Gesundheit zu erfahren?

Ja

Eher ja

Eher nein

Nein

Wie findest du es generell, dass es einen Mental Health Coach an deiner Schule gibt, auch wenn du selbst nicht an einem Angebot teilnehmen würdest?

Sehr gut

Gut

Eher gut

Eher schlecht

Schlecht

Sehr schlecht

Wünschst du dir, dass es auch im nächsten Schuljahr einen Mental Health Coach an deiner Schule gibt?

Nein

Eher nein

Eher ja

Ja

4.2.1 Reichweite_teilgenommen

Wie häufig hast du an Angeboten des Mental Health Coaches teilgenommen?

- Einmalig
- Mehrmals in unregelmäßigen Abständen
- Mehrmals in regelmäßigen Abständen

Wie findest du es generell, dass es einen Mental Health Coach an deiner Schule gibt, auch falls du selbst nicht nochmal an einem Angebot teilnehmen würdest?

- Sehr gut
- Gut
- Eher gut
- Eher schlecht
- Schlecht
- Sehr schlecht

Wünschst du dir, dass es auch im nächsten Schuljahr einen Mental Health Coach an deiner Schule gibt?

- Nein
- Eher nein
- Eher ja
- Ja

5 Gruppenangebote1

Gruppenangebote

Bei den folgenden Fragen geht es immer um Gruppenangeboten der Mental Health Coaches, an denen du teilgenommen hast.

Dir werden nun einige Fragen zu den Angeboten des Mental Health Coaches gestellt. Du sollst dabei jedes Angebot, an dem du teilgenommen hast, einzeln bewerten. Ein Angebot kann dabei auch über einen längeren Zeitraum gehen. Wenn ihr in mehreren Terminen über das gleiche Thema gesprochen habt oder die einzelnen Termine aufeinander aufgebaut haben, kannst du diese Termine als ein Angebot angeben. Sobald zwischen zwei Terminen eine längere Pause war, jemand anders den nächsten Termin gestaltet hat oder ein anderes Thema besprochen wurde, kannst du die Angaben zu mehreren Angeboten machen. Bitte überlege dir, mit welchem Angebot du beginnen möchtest. Dir werden die gleichen Fragen zu jedem Angebot einzeln gestellt.

An wie vielen Gruppenangeboten mit unterschiedlichen Themen des Mental Health Coaches hast du teilgenommen?

Wenn du bisher an keinem Angebot teilgenommen hast, gibts hier bitte 0 an.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- mehr als 5

6.1 Gruppenangebote2

1. Angebot

Folgende Fragen beziehen sich auf das erste Angebot der Mental Health Coaches, an dem du teilgenommen hast.

Welches Thema wurde in diesem Angebot behandelt?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Mir wurden Informationen zu psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen vermittelt
- Ich habe Hilfestellung bekommen, an wen ich mich bei Problemen wenden kann
- Ich habe gelernt, wie ich besser mit Stress umgehen kann
- Ich habe gelernt, wie ich mit eigenen belastenden Gefühlen umgehen kann
- Ich habe erfahren, wie ich mein Selbstbewusstsein stärken kann
- Mir wurde gezeigt, welche individuellen Stärken ich habe
- Ich habe erfahren, wie ich mich besser konzentrieren und auf eine Sache fokussieren kann
- Wir haben gemeinsam Achtsamkeitsübungen durchgeführt
- Ich habe gelernt, wie ich mich gut gegenüber anderen verhalte
- Ich habe gelernt, wie Beziehungen (z.B. Freundschaften) gut gestaltet werden und wie ich am besten mit anderen Personen spreche (z.B. meine Bedürfnisse äußere)
- Wir haben etwas über die verschiedenen Geschlechterrollen und -erwartungen erfahren
- Ich habe etwas über das Thema Religion und Kultur erfahren
- Wir haben über das Thema Sexualität gesprochen
- Ich habe etwas darüber erfahren, wie ich mein Leben gesund gestalten kann (z.B. Ernährung, Schlaf, Bewegung)
- Ich konnte eigene Themen in das Angebot einbringen
- Sonstiges
- Weiß ich nicht mehr

6.2 Gruppenangebote3

Wie lange hat das Angebot gedauert?

- Bis eine Schulstunde
- Mehrere Schulstunden an einem Schultag
- Bis eine Woche
- Länger als eine Woche

In welchem Rahmen fand das Angebot statt?

- Freiwillig
- Verpflichtend

6.3 Gruppenangebote4

Wann fand das Angebot statt?

- Während der regulären Unterrichtszeit
- Außerhalb des Unterrichts

Wo fand das Angebot statt?

- In der Schule
- Außerhalb der Schule (z.B. Ausflug ins Kino/Theater)

6.4 Gruppenangebote5

Welche anderen Schüler:innen haben außer dir an dem Angebot teilgenommen?

- Schüler:innen der eigenen Klasse
- Übergreifend Schüler:innen aus verschiedenen Klassen

Wie viele Schüler:innen haben an dem Angebot außer dir noch teilgenommen?

- Kleingruppe (bis 8 Schüler:innen)
- Größere Gruppe (mehr als 8 Schüler:innen)

6.5 Gruppenangebote6

Wie hilfreich war das Angebot für dich persönlich?

- Überhaupt nicht hilfreich
- Wenig hilfreich
- Mäßig hilfreich
- Sehr hilfreich
- Äußerst hilfreich

Wie ging es dir nach deiner Teilnahme an den Angeboten des Mental Health Coaches?

- Deutlich schlechter
- Etwas schlechter
- Genauso wie vorher
- Etwas besser
- Deutlich besser

7.1 Gruppenangebote2

2. Angebot

Folgende Fragen beziehen sich auf das zweite Angebot der Mental Health Coaches, an dem du teilgenommen hast.

Welches Thema wurde in diesem Angebot behandelt?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Mir wurden Informationen zu psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen vermittelt
- Ich habe Hilfestellung bekommen, an wen ich mich bei Problemen wenden kann
- Ich habe gelernt, wie ich besser mit Stress umgehen kann
- Ich habe gelernt, wie ich mit eigenen belastenden Gefühlen umgehen kann
- Ich habe erfahren, wie ich mein Selbstbewusstsein stärken kann
- Mir wurde gezeigt, welche individuellen Stärken ich habe
- Ich habe erfahren, wie ich mich besser konzentrieren und auf eine Sache fokussieren kann
- Wir haben gemeinsam Achtsamkeitsübungen durchgeführt
- Ich habe gelernt, wie ich mich gut gegenüber anderen verhalte
- Ich habe gelernt, wie Beziehungen (z.B. Freundschaften) gut gestaltet werden und wie ich am besten mit anderen Personen spreche (z.B. meine Bedürfnisse äußere)
- Wir haben etwas über die verschiedenen Geschlechterrollen und -erwartungen erfahren
- Ich habe etwas über das Thema Religion und Kultur erfahren
- Wir haben über das Thema Sexualität gesprochen
- Ich habe etwas darüber erfahren, wie ich mein Leben gesund gestalten kann (z.B. Ernährung, Schlaf, Bewegung)
- Ich konnte eigene Themen in das Angebot einbringen
- Sonstiges
- Weiß ich nicht mehr

7.2 Gruppenangebote3

Wie lange hat das Angebot gedauert?

- Bis eine Schulstunde
- Mehrere Schulstunden an einem Schultag
- Bis eine Woche
- Länger als eine Woche

In welchem Rahmen fand das Angebot statt?

- Freiwillig
- Verpflichtend

7.3 Gruppenangebote4

Wann fand das Angebot statt?

- Während der regulären Unterrichtszeit
- Außerhalb des Unterrichts

Wo fand das Angebot statt?

- In der Schule
- Außerhalb der Schule (z.B. Ausflug ins Kino/Theater)

7.4 Gruppenangebote5

Welche anderen Schüler:innen haben außer dir an dem Angebot teilgenommen?

- Schüler:innen der eigenen Klasse
- Übergreifend Schüler:innen aus verschiedenen Klassen

Wie viele Schüler:innen haben an dem Angebot außer dir noch teilgenommen?

- Kleingruppe (bis 8 Schüler:innen)
- Größere Gruppe (mehr als 8 Schüler:innen)

7.5 Gruppenangebote6

Wie hilfreich war das Angebot für dich persönlich?

- Überhaupt nicht hilfreich
- Wenig hilfreich
- Mäßig hilfreich
- Sehr hilfreich
- Äußerst hilfreich

Wie ging es dir nach deiner Teilnahme an den Angeboten des Mental Health Coaches?

- Deutlich schlechter
- Etwas schlechter
- Genauso wie vorher
- Etwas besser
- Deutlich besser

8.1 Gruppenangebote2

3. Angebot

Folgende Fragen beziehen sich auf das dritte Angebot der Mental Health Coaches, an dem du teilgenommen hast.

Welches Thema wurde in diesem Angebot behandelt?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Mir wurden Informationen zu psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen vermittelt
- Ich habe Hilfestellung bekommen, an wen ich mich bei Problemen wenden kann
- Ich habe gelernt, wie ich besser mit Stress umgehen kann
- Ich habe gelernt, wie ich mit eigenen belastenden Gefühlen umgehen kann
- Ich habe erfahren, wie ich mein Selbstbewusstsein stärken kann
- Mir wurde gezeigt, welche individuellen Stärken ich habe
- Ich habe erfahren, wie ich mich besser konzentrieren und auf eine Sache fokussieren kann
- Wir haben gemeinsam Achtsamkeitsübungen durchgeführt
- Ich habe gelernt, wie ich mich gut gegenüber anderen verhalte
- Ich habe gelernt, wie Beziehungen (z.B. Freundschaften) gut gestaltet werden und wie ich am besten mit anderen Personen spreche (z.B. meine Bedürfnisse äußere)
- Wir haben etwas über die verschiedenen Geschlechterrollen und -erwartungen erfahren
- Ich habe etwas über das Thema Religion und Kultur erfahren
- Wir haben über das Thema Sexualität gesprochen
- Ich habe etwas darüber erfahren, wie ich mein Leben gesund gestalten kann (z.B. Ernährung, Schlaf, Bewegung)
- Ich konnte eigene Themen in das Angebot einbringen
- Sonstiges
- Weiß ich nicht mehr

8.2 Gruppenangebote3

Wie lange hat das Angebot gedauert?

- Bis eine Schulstunde
- Mehrere Schulstunden an einem Schultag
- Bis eine Woche
- Länger als eine Woche

In welchem Rahmen fand das Angebot statt?

- Freiwillig
- Verpflichtend

8.3 Gruppenangebote4

Wann fand das Angebot statt?

- Während der regulären Unterrichtszeit
- Außerhalb des Unterrichts

Wo fand das Angebot statt?

- In der Schule
- Außerhalb der Schule (z.B. Ausflug ins Kino/Theater)

8.4 Gruppenangebote5

Welche anderen Schüler:innen haben außer dir an dem Angebot teilgenommen?

- Schüler:innen der eigenen Klasse
- Übergreifend Schüler:innen aus verschiedenen Klassen

Wie viele Schüler:innen haben an dem Angebot außer dir noch teilgenommen?

- Kleingruppe (bis 8 Schüler:innen)
- Größere Gruppe (mehr als 8 Schüler:innen)

8.5 Gruppenangebote6

Wie hilfreich war das Angebot für dich persönlich?

- Überhaupt nicht hilfreich
- Wenig hilfreich
- Mäßig hilfreich
- Sehr hilfreich
- Äußerst hilfreich

Wie ging es dir nach deiner Teilnahme an den Angeboten des Mental Health Coaches?

- Deutlich schlechter
- Etwas schlechter
- Genauso wie vorher
- Etwas besser
- Deutlich besser

9.1 Gruppenangebote2

4. Angebot

Folgende Fragen beziehen sich auf das vierte Angebot der Mental Health Coaches, an dem du teilgenommen hast.

Welches Thema wurde in diesem Angebot behandelt?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Mir wurden Informationen zu psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen vermittelt
- Ich habe Hilfestellung bekommen, an wen ich mich bei Problemen wenden kann
- Ich habe gelernt, wie ich besser mit Stress umgehen kann
- Ich habe gelernt, wie ich mit eigenen belastenden Gefühlen umgehen kann
- Ich habe erfahren, wie ich mein Selbstbewusstsein stärken kann
- Mir wurde gezeigt, welche individuellen Stärken ich habe
- Ich habe erfahren, wie ich mich besser konzentrieren und auf eine Sache fokussieren kann
- Wir haben gemeinsam Achtsamkeitsübungen durchgeführt
- Ich habe gelernt, wie ich mich gut gegenüber anderen verhalte
- Ich habe gelernt, wie Beziehungen (z.B. Freundschaften) gut gestaltet werden und wie ich am besten mit anderen Personen spreche (z.B. meine Bedürfnisse äußere)
- Wir haben etwas über die verschiedenen Geschlechterrollen und -erwartungen erfahren
- Ich habe etwas über das Thema Religion und Kultur erfahren
- Wir haben über das Thema Sexualität gesprochen
- Ich habe etwas darüber erfahren, wie ich mein Leben gesund gestalten kann (z.B. Ernährung, Schlaf, Bewegung)
- Ich konnte eigene Themen in das Angebot einbringen
- Sonstiges
- Weiß ich nicht mehr

9.2 Gruppenangebote3

Wie lange hat das Angebot gedauert?

- Bis eine Schulstunde
- Mehrere Schulstunden an einem Schultag
- Bis eine Woche
- Länger als eine Woche

In welchem Rahmen fand das Angebot statt?

- Freiwillig
- Verpflichtend

9.3 Gruppenangebote4

Wann fand das Angebot statt?

- Während der regulären Unterrichtszeit
- Außerhalb des Unterrichts

Wo fand das Angebot statt?

- In der Schule
- Außerhalb der Schule (z.B. Ausflug ins Kino/Theater)

9.4 Gruppenangebote5

Welche anderen Schüler:innen haben außer dir an dem Angebot teilgenommen?

- Schüler:innen der eigenen Klasse
- Übergreifend Schüler:innen aus verschiedenen Klassen

Wie viele Schüler:innen haben an dem Angebot außer dir noch teilgenommen?

- Kleingruppe (bis 8 Schüler:innen)
- Größere Gruppe (mehr als 8 Schüler:innen)

9.5 Gruppenangebote6

Wie hilfreich war das Angebot für dich persönlich?

- Überhaupt nicht hilfreich
- Wenig hilfreich
- Mäßig hilfreich
- Sehr hilfreich
- Äußerst hilfreich

Wie ging es dir nach deiner Teilnahme an den Angeboten des Mental Health Coaches?

- Deutlich schlechter
- Etwas schlechter
- Genauso wie vorher
- Etwas besser
- Deutlich besser

10.1 Gruppenangebote2

5. Angebot

Folgende Fragen beziehen sich auf das fünfte Angebot der Mental Health Coaches, an dem du teilgenommen hast.

Welches Thema wurde in diesem Angebot behandelt?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Mir wurden Informationen zu psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen vermittelt
- Ich habe Hilfestellung bekommen, an wen ich mich bei Problemen wenden kann
- Ich habe gelernt, wie ich besser mit Stress umgehen kann
- Ich habe gelernt, wie ich mit eigenen belastenden Gefühlen umgehen kann
- Ich habe erfahren, wie ich mein Selbstbewusstsein stärken kann
- Mir wurde gezeigt, welche individuellen Stärken ich habe
- Ich habe erfahren, wie ich mich besser konzentrieren und auf eine Sache fokussieren kann
- Wir haben gemeinsam Achtsamkeitsübungen durchgeführt
- Ich habe gelernt, wie ich mich gut gegenüber anderen verhalte
- Ich habe gelernt, wie Beziehungen (z.B. Freundschaften) gut gestaltet werden und wie ich am besten mit anderen Personen spreche (z.B. meine Bedürfnisse äußere)
- Wir haben etwas über die verschiedenen Geschlechterrollen und -erwartungen erfahren
- Ich habe etwas über das Thema Religion und Kultur erfahren
- Wir haben über das Thema Sexualität gesprochen
- Ich habe etwas darüber erfahren, wie ich mein Leben gesund gestalten kann (z.B. Ernährung, Schlaf, Bewegung)
- Ich konnte eigene Themen in das Angebot einbringen
- Sonstiges
- Weiß ich nicht mehr

10.2 Gruppenangebote3

Wie lange hat das Angebot gedauert?

- Bis eine Schulstunde
- Mehrere Schulstunden an einem Schultag
- Bis eine Woche
- Länger als eine Woche

In welchem Rahmen fand das Angebot statt?

- Freiwillig
- Verpflichtend

10.3 Gruppenangebote4

Wann fand das Angebot statt?

- Während der regulären Unterrichtszeit
- Außerhalb des Unterrichts

Wo fand das Angebot statt?

- In der Schule
- Außerhalb der Schule (z.B. Ausflug ins Kino/Theater)

10.4 Gruppenangebote5

Welche anderen Schüler:innen haben außer dir an dem Angebot teilgenommen?

- Schüler:innen der eigenen Klasse
- Übergreifend Schüler:innen aus verschiedenen Klassen

Wie viele Schüler:innen haben an dem Angebot außer dir noch teilgenommen?

- Kleingruppe (bis 8 Schüler:innen)
- Größere Gruppe (mehr als 8 Schüler:innen)

10.5 Gruppenangebote6

Wie hilfreich war das Angebot für dich persönlich?

- Überhaupt nicht hilfreich
- Wenig hilfreich
- Mäßig hilfreich
- Sehr hilfreich
- Äußerst hilfreich

Wie ging es dir nach deiner Teilnahme an den Angeboten des Mental Health Coaches?

- Deutlich schlechter
- Etwas schlechter
- Genauso wie vorher
- Etwas besser
- Deutlich besser

11.1 Gruppenangebote_allgemein

Du hast angegeben an mehr an 5 Angeboten der Mental Health Coaches teilgenommen hast. Zu 5 Angeboten konntest du bereits Informationen angeben. Gibt es noch weitere Informationen, die zu den Angeboten gerne teilen möchtest?



12.1 Gruppe_nochmal

Würdest du nochmal an einem Angebot des Mental Health Coaches teilnehmen?

- Ja
- Eher ja
- Nein
- Eher nein

13 Einzelkontakt

Einzelkontakte

Nachdem du nun schon einige Fragen zu Gruppenangeboten der Mental Health Coaches beantwortet hast, wollen wir nun noch wissen, ob du auch Gespräche allein mit dem Mental Health Coach hattest.

Hattest du Einzelkontakt mit dem Mental Health Coach?

- Ja
- Nein

14.1 Einzelkontakt2

Wie gut konnte der Mental Health Coach dir helfen?

- Sehr gut
- Gut
- Eher gut
- Eher schlecht
- Schlecht
- Sehr schlecht

15 Einzelkontakt3

Würdest du dich in Zukunft an den Mental Health Coach wenden?

- Ja
- Eher ja
- Eher nein
- Nein

16 Psychisches Wohlbefinden

Wohlbefinden

Wie geht es dir? Wie fühlst du dich? Das möchten wir jetzt von dir wissen.

Bitte lies dir jede Frage genau durch. Was kommt dir als Antwort zuerst in den Sinn? Wähle die Antwort aus, die am besten zu deiner Antwort passt,

Übrigens: Das ist keine Prüfung! Du kannst also nichts falsch machen. Wichtig ist aber, dass du möglichst alle Fragen

beantwortest.

Bitte denke dabei an die letzte Woche, also an die letzten sieben Tage.

Wenn du an die letzte Woche denkst ...

Bist du voller Energie gewesen?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Hast du dich traurig gefühlt?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Hast du dich einsam gefühlt?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Haben deine Mutter / dein Vater dich gerecht behandelt?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Konntest du gut aufpassen?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Bist du gerne zur Schule gegangen?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer
Bist du gut mit deinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen?	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Selten	<input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> Oft	<input type="radio"/> Immer

17 KIDSCREEN2

Wenn du an die letzte Woche denkst ...

Hast du dich fit und wohl gefühlt?	<input type="radio"/> Überhaupt nicht	<input type="radio"/> Ein wenig	<input type="radio"/> Mittelmäßig	<input type="radio"/> Ziemlich	<input type="radio"/> Sehr
Bist du in der Schule gut zurecht gekommen?	<input type="radio"/> Überhaupt nicht	<input type="radio"/> Ein wenig	<input type="radio"/> Mittelmäßig	<input type="radio"/> Ziemlich	<input type="radio"/> Sehr
Bist du in der Schule glücklich gewesen?	<input type="radio"/> Überhaupt nicht	<input type="radio"/> Ein wenig	<input type="radio"/> Mittelmäßig	<input type="radio"/> Ziemlich	<input type="radio"/> Sehr
Bist du mit deinen Lehrerinnen und Lehrern zufrieden gewesen?	<input type="radio"/> Überhaupt nicht	<input type="radio"/> Ein wenig	<input type="radio"/> Mittelmäßig	<input type="radio"/> Ziemlich	<input type="radio"/> Sehr

Wenn du an die letzte Woche denkst ...

Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?	<input type="radio"/> Ausgezeichnet	<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Weniger Gut	<input type="radio"/> Schlecht
---	-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

18 Stigma

Fragebogen zum Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch Kranken

Bitte beantworte folgenden Fragen zu Personen mit psychischer Erkrankung. Beantworte bitte alle Fragen und wähle jeweils die Antwort aus, die am ehesten zutrifft.

	Stimme zu	Unsicher	Stimme nicht zu
Es würde mir Angst machen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, zu unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es würde mich nicht stören, mit jemandem, der psychisch krank ist, in eine Klasse zu gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, anzufreunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir wäre es peinlich, wenn meine Freunde wüssten, dass jemand in meiner Familie psychisch krank ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Banknachbar psychisch krank wäre, würde ich mich lieber wegsetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn jemand von meinen Freunden psychisch erkranken würde, würde ich ihn im Krankenhaus besuchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht zu meiner Geburtstagsparty einladen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemanden, der psychisch krank ist, würde ich nicht mitbringen, wenn ich mich mit meinen Freunden treffe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemanden mit einer psychischen Erkrankung sollte man lieber nicht mit auf Klassenfahrt nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde mich nie im Leben in jemanden, der psychisch krank ist, verlieben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der psychisch krank ist, sollte auf keinen Fall beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19 Endseite

Liebe Schülerinnen und Schüler,

du hast es bis zum Ende des Fragebogens geschafft! Vielen Dank für deine Mitarbeit, du hast damit einen wichtigen Beitrag zu unserem Forschungsprojekt geleistet.

Wenn du weitere Fragen hast, kannst du dich jederzeit bei uns melden:

Judith Bauch

Arbeitsgruppe Klinische Kinder- und Jugendpsychologie Universität Leipzig

E-Mail: evaluation_mhc@uni-leipzig.de