

Kurzfassung der Evaluationsergebnisse des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte



Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M (Hg.) (2018):
Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen:
Teil 2 – Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse
Working Paper No. 18-03 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Herausgeber:
HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
Wildunger Straße 6/6a
60487 Frankfurt
Telefon 069 713 76 78 - 0
Fax 069 713 76 78 - 11
info@hage.de
www.hage.de

V.i.S.d.P.:
Dieter Schulenberg, Geschäftsführer der HAGE e.V.

Copyright: Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Genehmigungen für die Wiedergabe werden gern gewährt.
Der Herausgeber bittet dann um Zusendung eines Belegexemplars.

Bildnachweis Titel: ©yanlev-Fotolia.com

Geleitwort

Mit der vorliegenden Kurzfassung zum Abschlussbericht werden zentrale Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin über die erste Feldphase vorgestellt. Ziel der Evaluation war es, mittels quantitativer und qualitativer Erhebungen erste Wirkungen des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften aufzuzeigen, sowie Gelingensbedingungen und hinderliche Faktoren bei der Einführung dieses neuen Angebots in der Schule zu identifizieren.

Seit Februar 2017 sind zehn Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg und seit Juni 2017 ebenfalls zehn Fachkräfte an allgemeinbildenden Schulen in Hessen im Einsatz. Zu ihren Tätigkeiten gehören die gesundheitliche Betreuung mit dem Schwerpunkt der qualifizierten Ersten Hilfe, die Initiierung gesundheitsförderlicher Projekte sowie die Unterstützung von chronisch kranken und behinderten Schülerinnen und Schülern im Schulalltag. Schulgesundheitsfachkräfte sind zentrale Ansprechpersonen zu allen gesundheitlichen Fragestellungen und Problemen im Setting Schule. Durch ihre Anwesenheit wird jedoch nicht nur eine kontinuierliche Betreuung der Schulkinder gewährleistet, auch Schulpersonal wird von gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet und Eltern bei Fragen rund um die Gesundheit unterstützt.

Mit dem Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ verfolgen die Länder Hessen und Brandenburg das Ziel, die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zu stärken und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Zudem wird mit dem Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte angestrebt, ein gesundheitsbewusstes Schulklima zu etablieren und durch bedarfsgerechte Interventionen und Kooperation zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beizutragen. Denn: Gesunde Kinder lernen besser.

Unser großer Dank gilt allen Beteiligten, die durch ihre Mitwirkung und ihr unermüdliches Engagement zum Gelingen des Modellprojekts und zum Entstehen des vorliegenden Berichtes beigetragen haben.

In der vorliegenden Handreichung sind die Ergebnisse des Abschlussberichts zusammengefasst dargestellt. Weitere Informationen zum Projekt und den vollständigen Abschlussbericht finden sie unter: <https://www.hage.de>.

Dieter Schulenberg
Geschäftsführer

Abstract

Um auf gewachsene und veränderte gesundheitliche Herausforderungen im Setting Schule reagieren und Schulgesundheitspflege in Deutschland erproben zu können, haben der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. und die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) das Modellprojekt „*Schulgesundheitsfachkräfte an allgemeinbildenden Schulen in Brandenburg und Hessen*“ durchgeführt. Über zwei Jahre hinweg wurden im Anschluss an eine vorbereitende Weiterbildung jeweils 10 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende an allgemeinbildenden Grund- und weiterführenden Schulen der beiden Bundesländer eingesetzt.

Das Modellprojekt wurde durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin wissenschaftlich begleitet. Basierend auf einer umfangreichen Ausgangsanalyse (Tannen et al. 2018) wurden die Implementationsbemühungen begleitet sowie beobachtbare und antizipierbare Wirkungen nach einem Interventionszeitraum von 9 bzw. 12 Monaten erfasst und analysiert. Dafür wurden diverse Dokumente gesichtet und ausgewertet. Zudem wurden standardisierte Befragungen von Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen, qualitative Einzelinterviews mit Schüler*innen und Gruppeninterviews mit Eltern und Lehrer*innen sowie partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ (SGFK) durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Dokumente, qualitative Daten) und deskriptiv statistisch (quantitative Daten).

Wie bereits die Ausgangsanalyse zeigte auch die Beobachtung der Inanspruchnahme durch die Schüler*innen und Lehrer*innen einen dringenden Bedarf an gesundheitsbezogener und klinisch pflegerischer Expertise im Setting Schule. Beobachtet wurden zahlreiche gesundheitsbezogene Herausforderungen (darunter eine hohe Prävalenz an chronischen Erkrankungen, psychische Belastungen) und problematisches Gesundheitsverhalten der Schüler*innen in ausgewählten Bereichen (z. B. Zahn- und Mundgesundheit, Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität). Die Schulgesundheitspflegenden wurden in Einzelkontakten überwiegend für die akute gesundheitliche Versorgung in Anspruch genommen, aber auch als Ansprechpartnerin in Gesundheitsfragen jeder Art aufgesucht. Aus Sicht der befragten Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen gilt die Schulgesundheitspflege als Instanz für Erste Hilfe, Beratung, Sorge, Sicherheit und Vermittlung. Voraussetzungen für die Erfüllung dieser Funktionen sind ausreichende Präsenz, Verschwiegenheit, Vertrauen, klinische Pflegeexpertise und die Bereitschaft zur anwaltschaftlichen Interessenvertretung für die Belange der Schüler*innen und das Thema Gesundheit.

Eine erste Wirkungsanalyse deutet auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen während der Schulzeit sowie reduzierte Abwesenheiten durch gesundheitliche Beschwerden hin. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens konnte aufgrund des geringen Interventionszeitraums nicht gemessen werden. Lehrer*innen erfahren eine spürbare Entlastung von fachfremden gesundheitsbezogenen Aufgaben und auch Eltern erleben Entlastung und Sicherheit, durch die Tätigkeiten der Schulgesundheitspflege. Die subjektive Gesundheitskompetenz der Schüler*innen konnte im Interventionszeitraum verbessert werden.

Im Interesse der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Modellprojekts werden verstärkte Anstrengungen im Bereich der Konzept- und Interventionsentwicklung sowie eine Systematisierung und Standardisierung der Arbeitsprozesse empfohlen. Die Sicherstellung personeller Präsenz und Kontinuität der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen hat große Bedeutung. Zudem wird bürokratischer Überregulierung entgegenzuwirken zu sein, um die Flexibilität dieses Angebots zu erhöhen. Das Potential der Schulgesundheitspflege zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz der Schüler*innen und möglicherweise auch der Lehrer*innen

sollte ausgebaut und verstärkt nutzbar gemacht werden. Insgesamt hat sich die Schulgesundheitspflege als eine vielversprechende Innovation erwiesen, mit der den gesundheitlichen Herausforderungen im Setting Schule künftig zielgerichteter begegnet werden kann.

**Die wissenschaftliche Begleitforschung mit dem Titel
„Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen“ (SPLASH)
wurde von September 2016 bis Oktober 2018 durch die
Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) gefördert.**

Bündelung der Ergebnisse und Empfehlungen

Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) steht für Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung im Setting Schule. Sie setzt da an, wo Kinder und Jugendliche viel Zeit verbringen, lernen, spielen, arbeiten und lieben, also genau dort, wo Gesundheit entsteht und erhalten werden muss (WHO Ottawa Charta 1986). Die jüngsten Ergebnisse der KIGGS Welle 2, vom März diesen Jahres, bestätigten erneut einen guten subjektiven Gesundheitszustand bei der Mehrheit der befragten Kinder und Jugendlichen (95,7%), aber auch einen konstant hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht (15,4%) und Adipositas (5,9%), einen zu geringen Anteil an Mädchen (22,4%) und Jungen (29,4%), die ausreichend körperlich aktiv sind, einen hohen Anteil an Mädchen (13,7%) und Jungen (17,6%), die täglich zuckerhaltige Getränke konsumieren (Poethko-Müller 2018, Schienkiewitz 2018, Finger 2018, Mensink 2018). Diese und weitere epidemiologische Befunde zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen geben Anlass, die Bemühungen um Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten zu intensivieren – darunter auch in den Schulen.

Schulgesundheitspflege steht aber auch für eine fachgerechte Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Der niederschwellige Zugang zu medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Leistungen außerhalb des Gesundheitssystems bietet Begleitung und Beratung bei anfallenden Anpassungs- und Bewältigungsanforderungen von Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen. Diese erfahren eine zielgerichtete alltagsnahe Unterstützung und damit letztlich auch mehr Chancen auf Bildungsbeteiligung. Als eine innerhalb von Bildungseinrichtungen angesiedelte Instanz kann die Schulgesundheitspflege *von innen* heraus mittels gesundheitsbezogener und klinischer Pflegeexpertise sowie kommunikativen und edukativen Fähigkeiten unmittelbar auf die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen, aber auch der Lehrer*innen reagieren und diese möglicherweise positiv beeinflussen, so wie es aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen entspricht (Schaeffer et al. 2018). Schließlich kann die Schulgesundheitspflege dazu beitragen, das Setting Schule mit der diese Institution umgebenden Umwelt zu verknüpfen und möglichst stabile Brücken in das Quartier, relevante soziale Gemeinschaften aber auch die Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems aufzubauen. In internationalen Konzepten zur School Health Nurse oder Public Health Nurse ist die gemeindenahere Vernetzung eine zentrale und relevante Aufgabe (Birch 2015, NASN 2015, WHO 2014).

In vielen Ländern mit deutlichem Erfahrungsvorsprung in der Pflege ist das Angebot von schuleigenen Pflegenden in öffentlichen Schulen bereits seit Langem etabliert. Es wirkt dort nachweislich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schüler*innen und ist als ein wichtiges Element zum Ausbau einer gesunden Schule anerkannt (NASN 2015, Piana Ito & Wall 2016). Die Effekte von Pflegeinterventionen innerhalb der Schulen sind vielfältig, darunter positive Einflüsse sowohl auf gesundheitliche Outcomes als auch auf Bildungsergebnisse (wie Schulverbleib/ Beteiligung am Unterricht, Lerneinsatz, Bildungserfolge). Schüler*innen mit chronischen Gesundheitsproblemen hatten dank der bedürfnisgerechten Versorgung durch die Schulgesundheitspflege geringere Langzeitprobleme (Best 2017). Nicht zuletzt konnte eine Kosten-Nutzen-Analyse aus den USA dort auch einen ökonomischen Benefit von School Health Nurse Programmen nachweisen (Wang 2014).

In Deutschland besteht ein drängender Nachholbedarf bei dieser Form der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Gerade im Setting Schule – also der alltäglichen Lebenswelt einer wichtigen und gleichzeitig vulnerablen Bevölkerungsgruppe – beschränken sich die Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zumeist auf Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz sowie schul-(zahn-)ärztliche Reihenuntersuchungen, meist nur zu Schulbeginn oder vor dem Schulaustritt (vgl. Schulgesetz von Brandenburg §45 BbgSchulG und Hessen §149 HSchG). Zentrale gesundheitspolitische Forderungen, wie etwa nach dem Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“, mit den Schwerpunktbereichen Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (BMG

2010) oder den Zielen des Nationalen Aktionsplans, die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken (Schaeffer 2018) werden kaum aufgegriffen oder in der gebotenen Form systematisch, regelmäßig und flächendeckend umgesetzt.

1. Das Modellprojekt

Die beschriebenen Versorgungsdefizite an der Schnittstelle zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem und die Bedarfe und Rechte gesunder, gefährdeter sowie kranker Kinder und Jugendlicher waren Anlass für ein länderübergreifendes Modellprojekt in Brandenburg und Hessen. Aufbauend auf einer Machbarkeitsstudie (AWO 2015a) und nach der Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums für „Schulgesundheitsfachkräfte“ (AWO 2016) wurde in einem Zeitraum von zwei Jahren der Einsatz von jeweils 10 „Schulgesundheitsfachkräften“ pro Bundesland an 20 (in Brandenburg) und 10 (in Hessen) Grund- und weiterführenden Schulen erprobt sowie einer mehrphasigen wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin unterzogen. Im Rahmen der Evaluation wurde zunächst eine umfangreiche Ausgangsanalyse durchgeführt. Dafür wurden Dokumente, Protokolle, Memos etc. gesichtet und ausgewertet. Zudem wurden in einer Baseline-Erhebung (T0) standardisierte schriftliche Befragungen von Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen sowie qualitative Einzelinterviews mit Schüler*innen, Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrer*innen sowie partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ realisiert. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Dokumente, qualitative Daten) und deskriptiv statistisch (quantitative Daten). Nach 12 Monaten in Brandenburg und 9 Monaten in Hessen wurde eine Follow-up-Befragung (T1) durchgeführt. Die Leistungsdokumentation der Schulgesundheitsfachkräfte wurde nach einem Zeitraum von 11 Monaten in Brandenburg und 10 Monaten in Hessen ausgewertet. Anhand dieser Daten sollten erste Wirkungen der Schulgesundheitspflege im Modellzeitraum abgeschätzt und das neue pfelegerische Berufsbild beschrieben und bewertet werden. Übergeordnetes Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung waren eine Beschreibung der Gelingensfaktoren und der Herausforderungen dieses Projekts sowie die Formulierung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Berufsbildes und zur Fortführung der Implementation.

2. Die Ausgangssituation

Seit Beginn der wissenschaftlichen Begleitforschung, und retrospektiv betrachtet auch schon davor, war das Modellprojekt durch sehr komplexe Netzwerkstrukturen mit hohem Abstimmungs- und Konsentierungsbedarf unter vielfältigen Akteur*innen geprägt. Zu nennen wären, neben den Projektträgern, die zuständigen Sozialministerien¹ für die Bereiche Gesundheit und Bildung auf Landesebene, die Kranken- und Unfallkassen, die das Projekt finanzieren, die Ausbildungsträger für die Umsetzung der Qualifikation, Vertretungen von Landkreisen, Schulämtern und weitere Interessenvertretungen von assoziierten Berufsgruppen. Aus dieser breiten Zusammensetzung von Institutionen und Personen resultieren zum einen heterogene Interessen und Erwartungen an das Projekt, zum anderen aber auch eine umfassende Expertise und bereichernde Perspektivenvielfalt. Zudem galt es, diverse länderspezifische rechtliche Grundlagen zu beachten, an deren praktikabler Umsetzung immer noch gearbeitet werden muss.

Die föderalistischen Organisationsbedingungen führten von Beginn an zu unterschiedlichen Ausprägungen des Modellprojekts. Angestellt wurden die „Schulgesundheitsfachkräfte“ beispielsweise bei unterschiedlichen Trägern (Brandenburg: Wohlfahrtsverband AWO Bezirksverband Potsdam e.V.; Hessen: staatliche Schulämter), woraus verschiedene Dienst- und Fachaufsichten resultierten (Brandenburg: Dienst und Fachaufsicht durch den AWO Bezirksverband

¹ Brandenburg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) und Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS).

Hessen: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration und das Hessische Kultusministerium

Potsdam e.V.; Hessen: Dienstaufsicht durch Schulträger und fachliche Beratung durch Gesundheitsdienste). Zu berücksichtigen sind zudem unterschiedliche Schultypen und ein heterogener Betreuungsschlüssel (Anzahl der Schulen pro „Schulgesundheitsfachkraft“ und die Anzahl betreuter Schüler*innen pro „Schulgesundheitsfachkraft“). Daraus ergeben sich erkennbare Varianzen in den gesundheitlichen, altersabhängigen Problemlagen der Schüler*innen und der Präsenz und Sichtbarkeit der Pflegenden in den Schulen.

Die Ausgangsanalyse, die sich vorrangig auf die standardisierte schriftliche Befragung von Kindern und Jugendlichen, Eltern, Lehrenden und Schulleitungen stützte, zeigte bereits einen deutlich erkennbaren gesundheitsbezogenen Handlungsbedarf im Setting Schule. Erkennbar war ein ausgeprägter Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention bei „typischen“ gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, wie Ernährung, Bewegung, Mundhygiene, Kariesprophylaxe, Medien- und Suchtmittelkonsum. Gleichzeitig zeigen Lehrer*innen und Eltern eine problematische (selbst eingeschätzte) Gesundheitskompetenz, so gibt es beispielsweise Unsicherheiten in der Bewertung von Medien oder beim Umgang mit psychischen Problemen. Aber auch auf institutioneller Ebene zeigte sich Handlungsbedarf, etwa beim Schulklima, in den Bereichen Sauberkeit und Hygiene, räumliche Ausstattung und Qualität der Essensversorgung (vgl. Tannen et al. 2018). Zwar berichtete die Mehrheit der Schüler*innen prinzipiell einen guten bis sehr guten subjektiven Gesundheitszustand zu haben, doch sollten die Zahlen zu den Schüler*innen mit Übergewicht (Brandenburg: 15%; Hessen: 10%), (anhaltenden) Schlafstörungen (Brandenburg 20-30%, Hessen: 30-40%) oder anderen Symptomen ernstgenommen werden. Besonderes Augenmerk müsste basierend auf der Ausgangsanalyse auch auf Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen (Brandenburg 14%; Hessen: 9%) oder Behinderungen (Brandenburg: 10%; Hessen 3%) gelegt werden. Sie werden in den Schulen nicht oder allenfalls punktuell durch die gesundheitliche Regelversorgung erreicht und bedürfen einer alltagsnahen Unterstützung, um eine bessere Teilhabe am Unterricht und anderen schulischen Aktivitäten zu ermöglichen.

3. Interventionen der Schulgesundheitspflege

Bereits nach wenigen Wochen an den Schulen, war es für die „Schulgesundheitsfachkräfte“ notwendig, zielgruppenspezifische Aufgaben und Themenbereiche in Abhängigkeit von ihren Ressourcen und Netzwerken zu priorisieren und konkrete Ziele zu verfolgen. Dies hatte gleichwohl eine sehr heterogene und nur bedingt standardisierte Vorgehensweise der Pflegenden zur Folge. Zudem ist bei der Betrachtung der eingeleiteten Interventionen zu berücksichtigen, dass die Präsenz der Pflegenden an den Schulen anfänglich durch die mit dem Modellprojekt verschränkte Qualifizierungsmaßnahme deutlich eingeschränkt war.

Aus den Leistungsdokumentationen geht hervor, dass die Pflegenden im Modellzeitraum ein breites Spektrum an Tätigkeiten umgesetzt haben. Hohe Priorität hatte dabei offensichtlich die Reaktion auf akute Gesundheitsbeschwerden und mehr oder weniger stark ausgeprägte Notfälle bzw. Erste-Hilfe-Einsätze im Schulalltag und damit im engeren Sinne klinische Aufgaben. Die Analyse der Leistungsdokumentation zeigt ein vielfältiges Behandlungsspektrum, das den Pflegenden abverlangt wird, wobei die akuten Beschwerden und Unfälle unter den Kontaktanlässen klar dominieren. Bei der Behandlung einzelner Schüler*innen steht also der „Verrichtungsbezug“ im Vordergrund (Brandenburg:78%; Hessen: 85%), doch kommt es dabei auch zu Beratung und zur Beantwortung von gesundheitsbezogenen Fragen der Schüler*innen (Brandenburg: 71%; Hessen: 40%). Diese niederschweligen kommunikations- und interaktionsintensiven Tätigkeiten in vertrauensvoller Atmosphäre werden von den Zielgruppen besonders geschätzt, so die Resultate der Interviews.

Neben der individuenbezogenen Tätigkeit im Sprechzimmer wurden von den „Schulgesundheitsfachkräften“ aber auch zahlreiche zielgruppen- oder themenbezogene Projekte durchgeführt (Brandenburg: 510 Projekte; Hessen: 372 Projekte). Dabei wurde eine große Spanne an

Themen abgedeckt und zum Teil auch bereits mit Akteur*innen außerhalb der Schulen zusammengearbeitet. Inwieweit dabei bereits stabile Netzwerkstrukturen aufgebaut werden konnten, ließ sich im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung nicht zuverlässig eruieren. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass insbesondere die Vernetzung der Schulgesundheitspflege mit der Primärversorgung künftig mehr Aufmerksamkeit verdient. Zudem wird auf Nachhaltigkeit der Vernetzungsaktivitäten hinzuwirken sein, was jedoch eine zuverlässige Positionierung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen bedingen würde. Schließlich wäre zu fragen, inwieweit die Interventionen der Schulgesundheitspflege eher reaktiven Charakter hatten – also vornehmlich auf den offensichtlichsten Bedarf (etwa im Bereich der Notfallversorgung) reagiert wurde. Ein regelkreislaufbasiertes Handeln (etwa orientiert am Public-Health-Action-Cycle), das auf einer sorgfältigen regionalen Bedarfsanalyse, Ziel- und Interventionsplanung und auch Priorisierung basiert und damit auch proaktiv handeln kann, dürfte künftig in jedem Fall mehr Aufmerksamkeit verdienen.

4. Wahrnehmung der Schulgesundheitspflege

Die Auswertung der vom Team der wissenschaftlichen Begleitforschung durchgeführten qualitativen Erhebungen mit Schüler*innen, Eltern und Lehrenden lässt durchgängig eine hohe Akzeptanz der Pflegenden und ihrer Leistungen auf Seiten der Zielgruppen erkennen. Ihr werden breit gefächerte Aufgabenbereiche zugeschrieben, die – basierend auf den vorliegenden Daten – zu fünf Kernaufgaben der Schulgesundheitspflege verdichtet werden konnten. Daran wird einerseits der breite und anspruchsvolle Erwartungshorizont deutlich, mit dem die verschiedenen Nutzergruppen diesem neuen Angebot an den allgemeinbildenden Schulen begegnen, andererseits zeigt sich aber auch die Wertschätzung, die den Schulgesundheitspflegenden von Schüler*innen, Eltern und Lehrenden entgegengebracht wurde.

So zeigt sich beispielsweise, dass viele Aufgaben der Erstversorgung bei Gesundheitsproblemen und in Notfällen vom Sekretariat oder den Lehrenden auf die „Schulgesundheitsfachkraft“ übergangen, von ihr allerdings deutlich qualifizierter wahrgenommen wurden – so die Sichtweise der Schüler*innen. Als Voraussetzung für die Wahrnehmung der mit der *Erste-Hilfe-Instanz* verbundenen Aufgaben wird allerdings die Präsenz und Kontinuität der Pflegenden an den Schulen angesehen – sie soll halt auch da sein, falls etwas passiert. Auch die Eltern wünschen sich eine kontinuierliche und kompetente Notfallversorgung in der Schule. Aus ihrer Sicht wird dadurch emotionaler Stress verhindert. Zudem schätzen sie, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ das Unfallgeschehen qualifiziert koordiniert und nachbereitet. Auch die Lehrenden wissen zu würdigen, dass mit den Pflegenden kompetente Ansprechpartner*innen vor Ort sind und sie durch deren Handeln von fachfremden Aufgaben entlastet werden.

Darüber hinaus wird die „Schulgesundheitsfachkraft“ von den Schüler*innen als *Beratungsinstanz* wahrgenommen, die bei diffusen oder konkreten körperlichen oder emotional-sozialen Problemlagen niederschwellig ansprechbar ist, unter Verschwiegenheit berät, Informationen bereithält, weiterhilft und gesundheitsbezogene Entscheidungen unterstützt. Die Eltern haben beobachtet, dass die Schulgesundheitspflege ihren Kindern bei einer großen Spannbreite an altersgemäßen gesundheitlichen oder emotional-sozialen Problemlagen zur Seite steht. Sie gibt aber auch ihnen Informationen zu alltäglichem Gesundheitsverhalten, bindet sie in schulische Aktivitäten ein und unterstützt sie insbesondere bei der Begleitung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ ist für die Eltern damit zu einer wichtigen Kontaktperson innerhalb der Schule geworden, die das umfassende Wohlbefinden ihrer Kinder im Auge hat. Die Lehrenden schätzen die fachlichen und sozial-kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden. Durch ihre Neutralität in Sachen schulischer Leistungsermittlung und -bewertung und ihre medizinisch-pflegerische Expertise können sie „anwaltschaftlich“ für die Kinder und Jugendlichen eintreten und neue oder zusätzliche Perspektiven einbringen, auch und gerade, wenn es um intime und ethisch herausfordernde Gesundheitsthemen geht.

Als *Sorgeinstanz* bietet die „Schulgesundheitsfachkraft“ den Kindern und Jugendlichen in der Schule einen Rückzugsort, wo sie sich frei von schulischen Leistungsanforderungen ausruhen und zu sich kommen können. Hier finden sie aktive Hilfe bei kleineren Verletzungen, bei Erkrankungen oder einfach bei einem Unwohlsein, ebenso Unterstützung in der Frage, ob sie nach Hause gehen müssen oder weiterhin am Unterricht teilnehmen können. Die Schüler*innen schätzen die Zuwendung und Aufmerksamkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“, für die im Sekretariat oder von Lehrenden oft keine Zeit aufgebracht werden kann. Auch die Eltern profitieren davon, zumal sie beruhigt sein können, dass sich jemand mit Sachverstand und Einfühlungsvermögen um die gesundheitlichen Belange ihrer Kinder kümmert. Aus Sicht der Lehrenden beobachtet die Pflegende die Schüler*innen sorgfältig und kann dadurch – etwa im Fall von Absentismus – auch frühzeitig gegensteuern. Zugleich würdigen sie deren Eintreten für das allgemeine Wohlbefinden an der Schule – darunter auch für ihr eigenes Wohlbefinden.

Die Schulgesundheitspflege ist in gesundheitlichen Fragen eine Sicherheitsinstanz: Schüler*innen sind nicht alleine mit ihren Sorgen. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ kann die Ernsthaftigkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen qualifiziert und objektiv einschätzen und ist in der Lage, kleinere Beeinträchtigungen einzuordnen und unmittelbar zu behandeln oder zu beheben. Die Eltern sind beruhigt, ihr Kind im Falle einer Verletzung oder bei Unwohlsein und Erkrankung in kompetenten Händen zu wissen. Sie verlassen sich darauf, dass es wichtige Gründe geben muss, wenn sie von der Arbeit gerufen werden, um ihr Kind von der Schule abzuholen. Auch die Lehrer*innen fühlen sich durch die Pflegenden sicherer im Umgang mit (fachfremden) gesundheitsbezogenen Aufgaben. Emotional-soziale Krisen oder Verhaltensauffälligkeiten können gemeinsam besprochen und Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen angemessener betreut und durch den Schulalltag begleitet werden.

Schließlich schätzen alle Befragten an der „Schulgesundheitsfachkraft“ ihre Möglichkeiten, an Gesundheitseinrichtungen mit ihren vielfältigen präventiven und kurativen Angeboten weiterzuvermitteln. Als *Vermittlungsinstanz* kennen Pflegende die verschiedenen Pfade, die in Gesundheitsfragen besritten werden müssen und gelegentlich können sie auch zwischen Schüler*innen, Eltern und den Instanzen des Gesundheits- und Sozialsystems vermitteln. Zudem können sie als kompetente Gesundheitsexpert*innen Präventionsangebote initiieren, begleiten und in Kooperation mit außerschulischen Partnern durchführen. Dabei adressieren sie nicht nur einzelne Schüler*innen (Verhalten), sondern wirken auch auf die Schulumwelt ein (Verhältnisse), um so ein Mehr an Gesundheit in diesem Setting zu ermöglichen. Aus Sicht von Schüler*innen, Eltern und Lehrenden gestalten die Pflegenden gemeinsam mit ihrem Netzwerk innerhalb und außerhalb der Schule ein gesundheitsförderliches Schulumfeld und -klima.

5. Messbare Wirkungen der Schulgesundheitspflege

Die subjektiven Sichtweisen auf das Angebot der Schulgesundheitspflege sind eine wichtige Informationsquelle über die Wirkungen dieses neuen Angebots. Darüber hinaus sollten – trotz des vergleichsweise kurzen Interventionszeitraums – auch bereits messbare Wirkungen der Schulgesundheitspflege ermittelt werden. Zur Beurteilung von etwaigen Veränderungen gesundheitsbezogener Parameter und zur Bewertung der Intervention wurde daher nach 12 (Brandenburg) bzw. 9 Monaten (Hessen) eine erneute schriftliche Befragung der Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen durchgeführt.

Demnach ist die Mehrheit der befragten Schüler*innen mit dem neuen Versorgungsangebot der „Schulgesundheitsfachkräfte“ sehr zufrieden. Prinzipiell bewerten gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen das Angebot jedoch etwas zurückhaltender optimistisch, obgleich sie es anteilig mehr in Anspruch genommen haben. Zwar sieht die Mehrheit der Eltern chronisch kranker Kinder deren medizinisch-pflegerische Versorgung in der Schule sichergestellt und ist der Meinung, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ gut über die Erkrankung ihrer Kinder informiert sei, dennoch sind nach Ansicht der Eltern 31 Prozent (Brandenburg) bzw. 22 Prozent (Hes-

sen) der chronisch kranken Schüler*innen nicht bedarfsgerecht versorgt. Noch scheint das Angebot der Schulgesundheitspflege also nicht alle Schüler*innen zu erreichen, dennoch hat sich im Beobachtungszeitraum der Anteil der Schüler*innen, die sich bei Unwohlsein an die Pflegenden in der Schule wenden, verdoppelt (Brandenburg 26%; Hessen: 31%). Ebenfalls verdoppelt hat sich der Anteil der jüngeren Kinder (unter 11 Jahren), die trotz einer Erkrankung zunächst in der Schule verbleiben konnten (Brandenburg: 13%; Hessen 20%).

Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ übernehmen viele Aufgaben, die vorher durch das Schulpersonal wahrgenommen worden sind. Wie schon in den Gruppendiskussionen deutlich wurde, fühlt sich ein Großteil der Lehrer*innen durch das neue Angebot spürbar entlastet (Brandenburg: 82%; Hessen: 96%) und verwendet deutlich weniger Zeit für fachfremde, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten (Brandenburg: 78%; Hessen: 88%). Ein Großteil der Lehrer*innen wendet sich außerdem bei Fragen zum Thema chronische Erkrankung und Behinderung an die „Schulgesundheitsfachkraft“ (Brandenburg: 81%; Hessen: 82%). Ähnlich erleichtert sind auch die Eltern, die sich durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ entlastet fühlen (Brandenburg: 73%; Hessen: 83%). Dem subjektiven Empfinden der Lehrenden und der Eltern zufolge besteht dennoch weiterhin Informationsbedarf zum sicheren Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen und den Auswirkungen und Anforderungen ihrer Erkrankung oder Behinderung in der Schule.

Schließlich zeigen sich auch erste gesundheitsedukative Effekte der Schulgesundheitspflege. So wenden sich am Ende des Beobachtungszeitraums deutlich mehr Eltern und Schüler*innen an die Pflegenden, um sich über Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung zu informieren. Die Wirkung wird außerdem an einem Anstieg der Gesundheitskompetenz bei Schüler*innen und Eltern erkennbar. Auf das in der ersten Befragung beobachtete riskante Gesundheitsverhalten der Schüler*innen konnte – trotz durchaus erkennbarer Anstrengungen auf individueller und kollektiver Ebene (z. B. in Form von Projekten) durch die „Schulgesundheitsfachkräfte“ – innerhalb des kurzen Interventionszeitraums kein Einfluss beobachtet werden. Noch immer gibt es Handlungsbedarf hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten, der körperlichen Aktivität und des Zigaretten- und Alkoholkonsums. Dabei wird aber zu berücksichtigen sein, dass derartige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen nur langfristig beeinflussbar sind und konstanter lebensweltlicher Interventionen sowie stützender Umweltbedingungen bedürfen.

6. Empfehlungen

Aus den vorliegenden Erkenntnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung lassen sich unter Berücksichtigung der bereits mehrfach angesprochenen Limitationen (insbesondere des kurzen Interventionszeitraums) abschließend acht Empfehlungen ableiten. Sie sind an den einleitend definierten Evaluationsdimensionen *Kontext* (Schule als gesundheitsrelevantes Setting), *Input* (Schulgesundheitspflege als neues Element), *Prozess* (Interventionen der Schulgesundheitspflege) und *Outcome* (beobachtbare Effekte im Modellzeitraum) ausgerichtet und ineinandergreifend angelegt, sollten somit im Zusammenhang betrachtet werden. Sie sind dazu gedacht, den Projektverantwortlichen, den an diesem Projekt beteiligten Interessengruppen wie auch dem interessierten Leser Orientierung für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Schulgesundheitspflege in Deutschland zu bieten.

1. Gesundheit in Schulen erhalten und fördern

Im Setting Schule sind heute zahlreiche gesundheitliche Herausforderungen zu bewältigen. Einige von ihnen werden von den Schulen selbst oder auch von schulexternen Initiativen bereits bearbeitet. Die Schulgesundheitspflege ergänzt und erweitert diese Initiativen.

Schulen sind ein gesundheitsrelevantes Setting. Sie sind für das Wohlbefinden und die Gesunderhaltung wie auch die Gesundheitsförderung und die Entwicklung von Gesundheitskompetenz

von Schüler*innen, Eltern, Lehrenden und anderen Personen von zentraler Bedeutung. Zugleich sind sie Orte, an denen Unwohlsein, Krankheit und auch akute Krisen erlebt und bewältigt werden. Die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung erarbeiteten Erkenntnisse stützen diese Sichtweise. Insbesondere mit Hilfe der umfangreichen Baseline-Erhebung konnte erneut gezeigt werden, dass in diesem Setting ein drängender Bedarf sowohl an individueller als auch populationsbezogener Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Notwendigkeit der Förderung eines gesunden Schulklimas und Qualitätsentwicklung hin zu einer guten gesunden Schule bestehen. Die schriftliche Befragung der Schüler*innen ergab ernst zu nehmende Hinweise auf einen ungesunden Lebensstil und gesundheitsriskantes Verhalten. Zudem waren die Mehrheit der Kontaktpunkte der Schüler*innen akute Beschwerden oder Unfälle, die eine pflegerische Versorgung und Verlaufsbeobachtung, aber auch eine fachkundige Beratung erforderten. Dem Thema Gesundheit sollte demnach in den Schulen (weiterhin) mit erhöhter Aufmerksamkeit begegnet werden. Tatsächlich sind die Schulen bereits zu einem relevanten Setting für Maßnahmen der (un-)spezifischen Gesundheitsförderung und Prävention geworden, mit denen auf die aufgezeigten Herausforderungen reagiert werden soll. Oft kommen diese Initiativen jedoch von außen und meist sind sie auf punktuelle Interventionen begrenzt. Wichtig wäre einerseits, dass alle Berufsgruppen im Setting Schule für gesundheitsbezogene Themen sensibilisiert werden und Strukturen und Abläufe im Sinne von gesundheitsförderlichen Verhältnissen gestaltet werden. Wichtig wäre andererseits aber auch – und das zeigt die Schulgesundheitspflege eindrucksvoll – an den Schulen selbst konkrete Ansprechpartner*innen für Fragen der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung zu verankern. Sie können von innen heraus und konstant als Kontaktstelle in Gesundheitsfragen zur Verfügung stehen, Brücken in das Gesundheitssystem bauen und im Verbund mit anderen an den Schulen daran mitwirken, notwendige Bedingungen für eine gute gesunde Schule zu schaffen.

2. Klinische Pflegeexpertise an Schulen nutzen

Gesundheitliche Krisen und Notfälle wie auch der Alltag mit chronischer Krankheit und Behinderung stellen Schulen tagtäglich vor Herausforderungen. Die Schulgesundheitspflege mit ihrer klinischen Expertise kann den Umgang damit erleichtern und Sicherheit stiften.

Die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen und Behinderungen, die Zunahme psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Schulalter, krankheitsbedingte Abwesenheit vom Unterricht, häufig auftretende akute Beschwerden und Verletzungen – all dies stellt Schulen heute vor große Herausforderungen. Die in der Ausgangsanalyse und bei der Implementationsbegleitung erarbeiteten Erkenntnisse unterstützen die Forderung nach (mehr) klinischer Pflegeexpertise innerhalb des Settings Schule. Dabei wird die Verlässlichkeit und Niederschwelligkeit dieses Angebots besondere Aufmerksamkeit erfahren müssen. Die vielfältige Inanspruchnahme seit Beginn des praktischen Einsatzes der „Schulgesundheitsfachkräfte“ unterstreichen diesen Bedarf. Gleichzeitig wurde berichtet, dass Lehrer*innen im Umgang mit chronischen Erkrankungen und mentaler Gesundheit unsicher seien und die Versorgung von akuten Beschwerden sehr viel Arbeitszeit binde. Die Schulgesundheitspflege bietet das notwendige Fachwissen und die praktische Routine durch ihre klinischen Erfahrungen in der Erkennung, Bewertung und Behandlung von gesundheitlichen Problemlagen. Die Pflege hat international und nun auch in diesem Modellversuch überzeugend unter Beweis gestellt, dass sie diese Kompetenzen innerhalb der Schule gezielt nutzen kann. Zudem kann sie die Handlungssicherheit anderer Akteur*innen im Umgang mit gesundheitlichen Krisen fördern, beispielsweise durch den Ausbau eines Schulsanitätsdienstes. Die klinische Expertise ist insbesondere im Umgang mit chronischer Krankheit und Behinderung und damit als Reaktion auf eine inklusive Schulpolitik von Bedeutung. Pflegenden können chronisch kranke und behinderte Schüler*innen auf vielfältige Weise unterstützen, z. B. indem sie bei der Medikamentengabe behilflich sind. Damit die Schulgesundheitspflege diesen Auftrag abgesichert und mit einem klaren Mandat wahrnehmen kann, wird unter anderem über die Frage der Verortung der Schulgesundheitspflege nachzudenken sein. Denkbar wäre einerseits eine Anbindung als Public-Health-Aufgabe im Kontext

des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder andererseits mit dem primären Ziel der Förderung der Gesundheitskompetenz und der Inklusion als Zukunftsaufgabe des Bildungssystems bei den Schulträgern. Wie die Entscheidung ausfällt hätte nicht nur weitreichende Konsequenzen für die Fachaufsicht und berufsrechtliche Rahmung, sondern auch für das Selbstverständnis der Schulgesundheitspflege und die in diesem Bereich tätigen Akteur*innen.

3. Konzept- und Interventionsentwicklung fördern

Die Schulgesundheitspflege soll vielfältige, durchweg aber anspruchsvolle Aufgaben auf unterschiedlichen Ebenen wahrnehmen. Um das Profil dieses Angebots an allgemeinbildenden Schulen schärfen zu können, verdient die Konzept- und Interventionsentwicklung künftig mehr Aufmerksamkeit.

Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ sahen sich von Beginn an mit anspruchsvollen Erwartungen und Herausforderungen konfrontiert. Sie sind für Schüler*innen mit unterschiedlichen altersspezifischen Bedarfen und Risiken zuständig. Sie müssen in komplexen Situationen auf somatische, psychische und soziale Problemlagen reagieren können. Sie benötigen zum einen ein generalistisches klinisches Fachwissen (etwa um im Sinne einer Triage die anfallenden Anzeichen und Beschwerden einschätzen zu können) und zum anderen ein spezialisiertes klinisches Fachwissen (etwa im Umgang mit seltenen Erkrankungen oder Therapien). In Notfallsituationen brauchen sie sichere, praktische Routine und Handlungssouveränität. Ferner sollen sie auch kommunikative/edukative Kompetenzen gegenüber diversen Zielgruppen vorweisen (beispielsweise Kindern und Jugendlichen mit akuten oder chronischen gesundheitlichen Problemen, besorgte oder unwissende Eltern; Lehrer*innen, mit denen kollegial zusammengearbeitet werden soll usw.). Zudem wäre es wünschenswert, wenn die Pflegenden ihre Expertise auch für die Schulentwicklung und die Verhältnisprävention einbringen, was ein Verständnis für Programm- und Organisationsentwicklung voraussetzt. Schließlich sollen sie auch lokale Ressourcen und Strukturen im Schulumfeld erkennen und Netzwerke aufbauen, was gesundheitswissenschaftliche Systemkenntnisse erfordert. Um diesen vielfältigen Anforderungen gerecht werden zu können, ist für die Weiterentwicklung des Konzepts „Schulgesundheitspflege“ eine stärkere (möglichst gesundheits- und pflegewissenschaftlich fundierte) Systematisierung und Priorisierung der Aufgaben und Befugnisse notwendig. Internationale Konzepte des School Health Nursing können dafür als Vorbild dienen, müssen aber auf hiesige Verhältnisse angepasst werden (nicht zuletzt mit Blick auf die qualifikatorischen Voraussetzungen). Es sollte in diesem Zusammenhang auch geprüft werden, ob die Schulgesundheitspflege künftig ein geeignetes Berufsfeld für die auch in Deutschland immer häufiger zur Verfügung stehenden hochschulisch qualifizierten Pflegenden sein könnte (darunter etwa auch solche mit gesundheitswissenschaftlicher Qualifikation). In jedem Fall werden die Konzepte und Interventionen der Schulgesundheitspflege mit den zur Verfügung stehenden Qualifikationen harmonisiert und gegenüber den Nutzern – den Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern – kommuniziert werden müssen.

4. Präsenz und Kontinuität gewährleisten.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass die unterschiedliche Ausstattung der Schulen mit dem Angebot Schulgesundheitspflege Probleme aufwirft. Eine gleichmäßige und ausreichende Präsenz und Kontinuität der Pflegenden an den Schulen zu gewährleisten, hat hohe Priorität.

Eine mangelnde Präsenz und Kontinuität der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen erwiesen sich im Projektverlauf als nachteilige Bedingungsfaktoren für den Erfolg des Modellprojekts. Eine verlässliche Verfügbarkeit an jedem Wochentag und während der gesamten Schulzeit (günstig wäre bereits eine Anwesenheit morgens vor Schulbeginn) ist aus Sicht der Befragten wie auch aus wissenschaftlicher Perspektive erforderlich, um eine (nicht aufschiebbare)

Versorgung von akut auftretenden Beschwerden durch eine qualifizierte Fachperson gewährleisten und eine Über- oder Fehlversorgung durch externe Helfer*innen (z. B. einen Notarztwagen) vermeiden zu können. Diesem Bedarf wird mit einer angemessenen Personalplanung begegnet werden müssen, was die Festlegung von verbindlichen Kontaktzeiten und Vertretungsregelungen im Falle von Urlaub, Krankheit, Fortbildung einschließt. Für die Personalbemessung müssen die Anzahl der „Schulgesundheitsfachkräfte“ (Vollzeit) je Schule und die Anzahl der Schüler*innen je „Schulgesundheitsfachkraft“ (Vollzeit) berücksichtigt werden. Entscheidend ist außerdem die Größe, Lage, das Umfeld sowie die Problemdichte an den jeweiligen Schulen. Dabei wird darauf zu achten sein, dass dieses neue Angebot nicht von vornherein zu knapp kalkuliert und lediglich auf die Beantwortung von gesundheitlichen Krisen oder der von den Schüler*innen, Eltern oder Lehrer*innen selbst an die Pflegenden herangetragene Anliegen begrenzt wird. Die Schulgesundheitspflege muss vielmehr so gestaltet sein, dass sie auch proaktiv handeln und z. B. besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen in den Blick nehmen kann, die von sich aus nicht auf die Pflegenden zugehen würden. Dabei wird der personellen Kontinuität der Pflegenden an den Schulen große Bedeutung beizumessen sein. Sie erlaubt es, Vertrauen zu Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen aufzubauen und sich in die Schulen und deren Umwelt hinein zu vernetzen. Dabei ist sich die wissenschaftliche Begleitforschung durchaus im Klaren darüber, dass bei der Frage der Ausstattung der Schulen mit Pflegenden stets auch schwierige Ressourcenfragen zu berücksichtigen sind. Orientierung in der Frage der Ausstattung der Schulen mit Pflegenden können ggf. Kennziffern aus dem Ausland (z. B. zum Betreuungsschlüssel, zur Caseload) oder auch Erfahrungen mit der Schulsozialarbeit in den deutschen Bundesländern bieten. In jedem Fall wird darauf zu achten sein, die Intervention Schulgesundheitspflege nicht von vornherein so zu begrenzen oder auf verschiedene Schulen zu verteilen, dass sie allenfalls homöopathische Wirkungen entfalten kann. Stattdessen wird datengestützt zu prüfen sein, welche Schulen am ehesten von einem solchen Zusatzangebot profitieren könnten und die vorhandenen Ressourcen auf diese Schulen zu konzentrieren. Nur so dürften sich auch überprüfbare gesundheitliche Effekte dieses neuen Angebots einstellen.

5. Überregulierung meiden, Flexibilität ermöglichen

Die modellhafte Erprobung hat gezeigt, dass die Schulgesundheitspflege im Alltag zahlreiche Regeln des Datenschutzes sowie des Schul- und Berufsrechts berücksichtigen muss. Im Interesse der Arbeitsfähigkeit der Pflegenden sollte aber Überregulierung vermieden und flexibles Handeln ermöglicht werden.

Das Thema Gesundheit ist untrennbar mit sensiblen Informationen und Persönlichkeitsrechten verbunden und der Umgang damit im Schulalltag ist für die Pflegenden und die anderen Beteiligten oftmals kein ganz einfaches Unterfangen. Die Vorgaben des Schul- und Berufsrechts sowie die aktuellen Vorschriften des Datenschutzes (darunter die DSGVO² und das neue BDSG³) bieten den Pflegenden, Eltern, Lehrenden und anderen Beteiligten hierbei eine wichtige Orientierung. Im Rahmen des Modellprojekts wurde daher sorgsam auf die Einhaltung sämtlicher einschlägiger Bestimmungen geachtet und auch darüber hinaus sind sie als obligatorisch für die Praxis der Schulgesundheitspflege anzusehen. Allerdings hat das Modellprojekt auch gezeigt, dass sich der damit verbundene bürokratische Aufwand nachteilig auf dieses neue Angebot auswirken kann. Die derzeitige Praxis sieht unter anderem umfangreiche Informationsschreiben, hohen administrativen Aufwand für das Einholen der Einwilligung der Eltern und keine Versorgung ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten vor. Den Befragungen der Eltern und Lehrenden war zu entnehmen, dass hierfür nicht immer Verständnis aufgebracht werden konnte. Zudem drohen dadurch u. a. diejenigen Teilpopulationen von dem neuen Angebot ferngehal-

² DSGVO = Datenschutzgrundverordnung

³ BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

ten zu werden, die womöglich am ehesten davon profitieren könnten (z. B. Migranten). Einerseits wird es also künftig darauf ankommen, das Angebot der Schulgesundheitspflege offensiver bei den Eltern und Sorgeberechtigten bekannt zu machen und um deren Einwilligung zur Teilnahme zu werben. Auch in der fachlichen und allgemeinen Öffentlichkeit und bei den beteiligten Behörden sollten die damit verbundenen Vorteile deutlicher herausgestellt werden, um ggf. noch vorhandene Vorbehalte abzubauen. Andererseits sollten aber auch bürokratische Hürden abgebaut werden. Gemeinsam mit den am Modellprojekt beteiligten Akteuren und Interessengruppen sowie weiteren Experten sollten tragfähige Lösungen gesucht werden, die für die Schulgesundheitspflege künftig ein Höchstmaß an juristischer Sicherheit bieten und zugleich im Schulalltag praktikabel und umsetzbar sind.

6. Systematisierung und Standardisierung fördern

Noch wird in der Schulgesundheitspflege überwiegend auf akute Probleme situativ reagiert und wenig zielgerichtet und einheitlich gehandelt. Künftig sollte ein an Regelkreisläufen orientiertes Handeln und die Standardisierung von Interventionen und Dokumentationen die Qualität des Angebots fördern.

Bei der Implementationsbegleitung entstand der Eindruck, dass weder während der Qualifizierungsmaßnahme noch nach Aufnahme der praktischen Tätigkeit für die „Schulgesundheitsfachkräfte“ ausreichend Möglichkeiten bestanden, ihre Interventionen systematisch zu planen und zu konkretisieren. Vielmehr waren die tatsächlichen Bedarfe an den beteiligten Schulen anfänglich nur vage bekannt und die „Schulgesundheitsfachkräfte“ standen unter einem hohen Anpassungsdruck an die realen Begebenheiten. Sie reagierten vornehmlich auf die Anliegen, die an sie herangetragen wurden und damit auf einen vermeintlich vordringlichen Bedarf auf Seiten der verschiedenen Nutzergruppen. Raum und Zeit für ein systematisches Assessment, eine datengestützte Zielfindung und eine partizipative Maßnahmenplanung im Sinne des Public-Health-Action-Cycles (Kolip 2006), die eine Priorisierung und Gewichtung ihrer verschiedenen Aufgaben ermöglicht hätte, hatten sie kaum. Somit ist nur schwer beurteilbar, in wie weit relevante Bedarfe gedeckt (z. B. Präventionsbedarfe) und alle Zielgruppen erreicht wurden (z. B. auch vulnerable Gruppen, Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen). Um einer mitunter hohen Inanspruchnahme aufgrund akuter Problemlagen (z. B. im Bereich der Notfallversorgung) begegnen und den vielfältigen Herausforderungen (von Verletzungen bis zu mentaler Gesundheit) zukünftig besser gerecht werden zu können, bedarf es weiterer systematisierender Praxisentwicklung. So könnten Standardisierungsprozesse (z. B. Entwicklung einer vereinfachten und handlungsleitenden Dokumentation, inkl. Anamnesebogen und Verknüpfung mit vorliegenden Stammdaten) und die partizipative Entwicklung von Verfahrensregeln/Leitlinien zum Ausbau einer qualitätsgesicherten Routineversorgung beitragen. Auf diese Weise könnte einer Überforderung der Pflegenden vorgebeugt und ein geplantes, vorausschauendes Handeln unterstützt werden. Gleichzeitig könnten solche Bemühungen um Systematisierung und Standardisierung des Pflegehandelns dazu beitragen, die gewonnenen Erfahrungen und praktische Expertise der „Schulgesundheitsfachkräfte“ zu sichern und im Interesse der Übertragbarkeit dieser Intervention diese Erfahrungen an andere weiterzugeben.

7. Förderung von Gesundheitskompetenz ausbauen.

Die vorliegenden Daten der wissenschaftlichen Begleitforschung deuten an, dass die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen durch Schulgesundheitspflege positiv beeinflusst werden kann. Die Förderung von Gesundheitskompetenz sollte daher künftig im Kontext der Schulgesundheitspflege mehr Aufmerksamkeit erfahren.

Verschiedenste Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung deuten darauf hin, dass sich der Umgang mit gesundheitlichen Problemen im Schulalltag durch die Schulgesundheitspflege

insgesamt positiv verändert hat. Eltern und Lehrer*innen fühlen sich seit Einführung der Schulgesundheitspflege entlastet und die Situation von chronisch kranken Schüler*innen scheint sich verbessert zu haben. Ein Effekt von dem alle Zielgruppen gleichermaßen profitieren könnten, sofern die Interventionsphase weiter andauert, ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Darunter versteht man den sicheren Umgang mit Gesundheitsinformationen und eine bessere Entscheidungsfindung bei Gesundheitsfragen. Bereits in dem kurzen Beobachtungszeitraum von 12 (Brandenburg) bzw. 9 Monaten (Hessen) schätzten sowohl die befragten Schüler*innen, Eltern als auch Lehrer*innen ihre Gesundheitskompetenz besser ein als zu Projektbeginn. Nach derzeitiger Diskussion nimmt die Gesundheitskompetenz eine Schlüsselfunktion in der Erklärung gesundheitsbezogener Ungleichheit ein und ist eine Determinante des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands. Die aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen unterstützen nachdrücklich die „Förderung der Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem“ (Hurrelmann et al. 2018). Gelingt es der Schulgesundheitspflege die Gesundheitskompetenz der Zielgruppen innerhalb der Schule weiter zu steigern, können daraus viele weitere positive Effekte entstehen. Es ist daher anzuraten, der Förderung der Gesundheitskompetenz der unterschiedlichen, an den Schulen erreichbaren Zielgruppen im Rahmen der Schulgesundheitspflege mehr Aufmerksamkeit zu widmen und dafür auch gezielt international verfügbare Interventionskonzepte auf verhaltens- und verhältnisbezogener Ebene zu nutzen. Die Schulen insgesamt zu gesundheitskompetenten Organisationen weiterzuentwickeln, könnte ein gemeinsames Anliegen sein, das zu verfolgen sich für alle Beteiligten lohnen dürfte.

8. Weitere Erprobung und Beobachtung von Effekten

Die dritte Phase des Modellprojektes und insbesondere die Interventionsphase waren eng begrenzt. Tragfähigere Aussagen über dieses innovative Angebot machen eine weitere Erprobung und systematische Beobachtung von Effekten der Schulgesundheitspflege notwendig.

Für die Beobachtung objektivierbarer gesundheitlicher Effekte war der verfügbare Zeitraum, in dem die Schulgesundheitspflege an den Schulen erprobt wurde, deutlich zu kurz. Da auch die Interventionen in den beteiligten Schulen unzureichend standardisiert und schwer abgrenzbar waren, lassen sich keine adäquaten Kennzahlen zuordnen und messen. Dabei stimmen die ersten beobachteten Trends zuversichtlich, dass dieses neue Angebot die in es gesetzten Erwartungen durchaus zu erfüllen vermag. Auch die qualitativen Befragungsergebnisse und die hohe Akzeptanz des neuen Angebots deuten an, dass mit dem Modellprojekt ein innovativer Weg zur Beantwortung von gesundheitlichen Herausforderungen in allgemeinbildenden Schulen beschritten wurde. Die bisherigen Anstrengungen zur Einführung der Schulgesundheitspflege sollten also weitergeführt und nach Möglichkeit noch intensiviert werden. Besonders das Angebot für Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie deren Eltern bedarf einer hohen Sensibilität und deren Partizipation, so dass eine Weiterentwicklung zeitintensiv sein dürfte. Bereits in der Analyse der Ausgangslage wurde ein dringender Bedarf an Schulgesundheitspflege deutlich. Die Potentiale dieses international bereits weit verbreiteten Versorgungsangebots liegen in den niederschweligen Zugangswegen innerhalb der Lebenswelt Schule und der hohen Akzeptanz durch die Zielgruppen. Um auf komplexe Anforderungen angemessen reagieren zu können, sollte das Angebot also weiter systematisch erprobt, konzeptionell stärker fundiert, systematisiert und praktisch weiterentwickelt werden. Wenn die aus der Evaluation hervorgehenden Empfehlungen berücksichtigt werden, kann die Schulgesundheitspflege ein stabiles gesundheitsförderndes Element innerhalb der Schule und auf der Schnittfläche zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem werden. Zugleich – auch das hat die wissenschaftliche Begleitforschung gezeigt – bieten sich der Pflege damit gute Perspektiven für die weitere Professionalisierung und Profilierung als einer bedeutenden Gesundheitsprofession. Die Potentiale der Pflege sollten künftig noch offensiver aufgegriffen und für die Beantwortung drängender gesellschaftlicher Herausforderungen genutzt werden.

Literatur

- AWO Bezirksverband Potsdam e. V. (Hrsg.) (2015a): Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegerkräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. <https://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflegerkraft.pdf>, letzter Zugriff am 12.09.2018.
- AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.) (2015b) Zur Auftaktveranstaltung „Curriculum-Entwicklung* für Gesundheitspersonal an öffentlichen Schulen in Brandenburg und Hessen“.
- Banfield M, McGorm K, Sargent G (2015): Health promotion in schools: a multi-method evaluation of an Australian School Youth Health Nurse Program. *BMC Nursing*, 14(21).
- Best NC, Oppewal S, Travers D (2017): Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, 34(1): 14-27.
- BMELV/ BMG (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz/ Bundesministerium für Gesundheit) (2008): Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. http://www.vdoe.de/fileadmin/redaktion/download/allgemeine_downloads/NationalerAktionsplan2008.pdf, letzter Zugriff am 17.10.2018.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Ein Kinder- und Jugendreport zum Nationalen Aktionsplan (NAP) Für ein kindgerechtes Deutschland 2005-2010. <https://www.bmfsfj.de/blob/94406/9d8935dd8b9a186b595f831d5408c41c/nap-report-data.pdf>, letzter Zugriff am 17.10.2018.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-G-07051-Strategie-Kindergesundheit.pdf, letzter Zugriff am 17.10.2018.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. http://gesundheitsziele.de//cms/medium/1010/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf, letzter Zugriff am 02.10.2018.
- BMI (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat) (2018): Erste Hilfe. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bevoelkerungsschutz/zivil-und-katastrophenschutz/erste-hilfe/erste-hilfe-artikel.html>, letzter Zugriff am 03.09.2018.
- Birch D A, Videto D N (2015): Promoting health and academic success. *Human Kinetics Campaign USA*.
- Community Health Nurses Initiative Group (2013): Healthy School, Healthy Children: Maximizing the Contribution of Public Health Nursing in School Settings. <http://www.ontariohealthyschools.com/uploads/2/1/7/6/21766954/school-nursing-paper-2.pdf> letzter Zugriff am 10.10.2018.
- DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) (2017): Schülerunfälle nach Art der Einrichtung 2016. <http://www.dguv.de/de/zahlen-fakten/schuelerunfallgeschehen/art-der-einrichtung/index.jsp>, letzter Zugriff am 03.09.2018.
- Dresing T und Pehl, T (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg.

- DRK (Deutsches Rotes Kreuz) (2018): Notfall. <https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/erste-hilfe/erste-hilfe-online/allgemeines/notfall/>, letzter Zugriff am 03.09.2018.
- Durlach F-J, Kauth T, Lang H (2006): Das chronisch kranke Kind im Schulsport. Stuttgart: Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Baden-Württemberg.
- Ewers M (2002): „Stationär läuft vieles anders...“ – Focus Groups mit Pflegenden in der technikintensiven häuslichen Versorgung. In: Schaeffer D und Müller-Mundt G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber, 327-350.
- Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink GBM (2018): Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-6.
- Flick U (2009): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Hascher T und Winkler-Ebner C (2010): Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen. In: Paulus P (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim, München: Juventa, 31-56.
- Helfferrich C (2004): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- HKM (Hessisches Kultusministerium) (2018): Schulsanitätsdienst – Erste Hilfe. <https://kultusministerium.hessen.de/foerderangebote/schule-gesundheit/weitere-schwerpunkte/schulsanitaetsdienst-erste-hilfe>, letzter Zugriff am 03.09.2018
- Huber M (2011): Health: how should we define it? *British Medical Journal*, 343(7817):235-237.
- Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D (2018): Strategiepapier #1. Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem fördern. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz.
- Jordan S, Hoebel J (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9): 942-950.
- Kolip P (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 4/2006: 234-239.
- Kowall B (2010): Integrierte evidenzgestützte Bewertung von Public-Health-Maßnahmen. In: Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (Hrsg.): *Evidence-based Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber, 119-127.
- Kruse J (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. 2. überarbeitete und ergänzte Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz U (2012): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lampert T (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 121-137.
- Lange M, Kamtsiuris P, Lange C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, und Lampert T (2007): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50: 578-89.

- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Rabenberg M, Borrmann A, Richter A, Haftenberger M (2018): Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-5.
- Naidoo J, Wills J (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Köln: BZgA.
- NASN (National Association of School Nurses) (2016): Framework for 21st Century School Nursing Practice: National Association of School Nurses. *NASN School Nurse*, 31(1): 45-53.
- Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L (2016): Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*.
- Paulus P, Schumacher L, Sieland B (2014): Evaluationsbericht der DAK-Initiative „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“ 2007 – 2013. Reihe ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte. Lüneburg: Leuphana Universität, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG), Band 30.
- Pianalto AM and Wall M (2016): The Effect of School Based Nursing on Health Related Outcomes in Children: A Review of Literature. Honors Research Projects. 301. http://ideaexchange.uakron.edu/honors_research_projects/301, letzter Zugriff am 10.10.2018.
- Pinquart M, Silbereisen RK (2002): Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45(11): 873-878.
- Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-007.
- Richter M (2005): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010): *Gesundheit in Deutschland – Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, RKI.
- Sälzer C (2010): *Schule und Absentismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U und Kolpatzik K (Hrsg.) (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart 2018. http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf, letzter Zugriff am 10.10.2018.
- Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M (2018): *Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen - SPLASH. Teil 1: Analyse der Ausgangslage*. Workingpaper No. 18-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Unger von H (2014): *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Vogl S (2015): *Interviews mit Kindern führen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wang L, Vernon-Smiley M, Gapinski M, Desisto M, Maughan E, Sheetz A (2014): Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatrics*, 168(7): 642-648.
- WHO (World Health Organization) (2014): *European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals*. WHO Kopenhagen.

WHO (World Health Organization) (2010): Global Recommendations on physical Activity for Health.

WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1, letzter Zugriff am 10.10.2018.

HAGE | Hessische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.

Wildunger Straße 6/6a
60487 Frankfurt
Telefon 069 713 76 78-0
Fax 069 713 76 78-11
www.hage.de