

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades
Master of Arts (M.A.)

im konsekutiven Masterstudiengang
„Leitung – Bildung – Diversität
(Management – Education – Diversity)“

EVANGELISCHE HOCHSCHULE BERLIN (EHB)

Schulgesundheitspflege

– Ein Baustein zu mehr Chancengerechtigkeit in Gesundheit und Bildung

Eingereicht von: Margret Rösen

Matrikelnummer: 7418

Anschrift: Busseallee 29
14163 Berlin

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Erika Feldhaus-Plumin

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Petra Völkel

Berlin, den 20.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
1. Einleitung	5
2. Problemstellung und Relevanz	7
3. Begriffsklärung: „Soziale Benachteiligung“	8
4. Zielsetzung und Forschungsfrage	10
5. Hypothesen	11
6. Methodisches Vorgehen.....	13
7. Aktueller Forschungsstand.....	17
8. Korrelationen zwischen sozialer Herkunft, Gesundheit und Bildungserfolg ...	26
9. Das Tätigkeitsfeld der Schulgesundheitspflegefachkraft.....	33
9.1 Die School Health Nurse ¹ aus internationaler Perspektive.....	33
9.1.1 Aufgaben und Anforderungen gemäß WHO	34
9.1.2 Die School Health Nurse in Großbritannien.....	36
9.1.3 Die School Health Nurse in Schweden.....	37
9.1.4 Die School Health Nurse in Finnland	38
9.2 Schulgesundheitspflege in Deutschland	39
9.2.1 Die Position des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK)	41
9.2.2 Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugend- medizin.....	42
10. Das Modellprojekt Schulgesundheitspflege der Länder Brandenburg und Hessen	43
10.1 Ziele des Projektes	43
10.2 Struktur des Projektes	44
10.3 Vorgesehene Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte.....	47
10.4 Curriculum der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft	48
10.4.1 Zugangsvoraussetzungen zur Weiterbildung	48
10.4.2 Umfang, Form und Dauer der Weiterbildung.....	49
10.4.3 Inhalte der Weiterbildung	49
10.5 Kompetenzprofil der Schulgesundheitsfachkräfte.....	50
10.6 Erste Erfahrungen in der Praxiserprobung des Projektes	51

¹ Der englischen Berufsbezeichnung “Nurse” wird im Deutschen üblicherweise grammatikalisch das feminine Geschlecht zugeordnet, obwohl die Bezeichnung geschlechtsneutral ist. Da die ganz überwiegende Zahl der Pflegenden weiblich ist, scheint das auch in dieser Arbeit vertretbar.

11.	Diskussion der theoretischen Erkenntnisse.....	53
11.1.	Erkenntnisinteresse	53
11.2	Hypothese 1: Schulgesundheitspflegekräfte tragen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bzw. zur Abwehr vermeidbarer Gesundheitsrisiken – gerade auch bei sozial benachteiligten Schüler_innen – bei. Dies wirkt sich positiv auf Lernmotivation und Lernerfolg aus.	54
11.2.1	Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens von Schüler_innen durch Schulgesundheitspflege.....	54
11.2.2	Prävention von Gesundheitsrisiken durch Schulgesundheitsfachkräfte	55
11.2.3	Gesundheitsverhalten und -risiken sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher.....	55
11.2.4	Wirkung von Gesundheit und Lebensstil auf Lernen und Bildungserfolg	56
11.2.5	Einfluss von Schulgesundheitspflege auf Lernmotivation und Lernerfolg	57
11.3	Hypothese 2: Schulgesundheitsfachkräfte unterstützen Kinder/Jugendliche bei der Bewältigung vorhandener Gesundheitsstörungen (chronische Erkrankungen, Behinderungen) und bewirken dadurch, dass sich sowohl das gesundheitliche Wohlbefinden als auch die Bildungschancen erhöhen.....	58
11.3.1	Korrelation zwischen Sozialstatus und chronischer Erkrankung bzw. Behinderung	58
11.3.2	Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit chronischen Beeinträchtigungen der Gesundheit durch Schulgesundheitsfachkräfte	59
11.3.3	Wirkung der Unterstützung durch Schulgesundheitsfachkräfte auf Befinden und Bildungschancen der betroffenen Schüler_innen.....	61
11.4	Hypothese 3: Schulgesundheitsfachkräfte fördern durch Aufklärung der Mitschüler_innen das Verständnis für die Situation der chronisch-kranken oder behinderten Kinder/Jugendlichen und begünstigen so die Zusammenarbeit der Schüler_innen untereinander.	62
11.4.1	Situation chronisch kranker/behinderter Schüler_innen im Schulalltag.....	62
11.4.2	Gesundheitsinformation als Aufgabe der Schulgesundheitspflege.....	63
11.4.3	Einfluss der Schulgesundheitspflege auf das Verhalten untereinander	64
11.5	Hypothese 4: Schulgesundheitsfachkräfte können gesundheitlich auffälligen bzw. verhaltensgestörten Kindern/Jugendlichen im Einvernehmen mit deren Eltern gezielt Beratungs- und Hilfsangebote vermitteln.	65
11.5.1	Identifizierung von Gesundheits- und Verhaltensauffälligkeiten	65
11.5.2	Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei den betroffenen Familien	67
11.5.3	Handlungsmöglichkeiten der Schulgesundheitsfachkraft.....	67

11.6	Hypothese 5: Schulgesundheitsfachkräfte fungieren als Ansprechpartner_innen (Vertrauenspersonen) und können damit zu mehr Resilienz bei den Schüler_innen beitragen und so eine positive Lernentwicklung begünstigen.	69
11.6.1	Bedeutung von Resilienz in der Entwicklung.....	69
11.6.2	Verbesserung der Bildungschancen durch Resilienzförderung	70
11.6.3	Schulgesundheitsfachkräfte als verlässliche Ansprechpartner	72
11.6.4	Einfluss von Schulgesundheitsfachkräften auf die Resilienzentwicklung.....	73
11.7	Zusammenfassung.....	75
12.	Kritische Betrachtung und Ausblick	77
	Quellenverzeichnis	80
	Eidesstattliche Erklärung	95

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz (<i>bei Gesetzen/Konventionen</i>)
AD(H)S	Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
Art.	Artikel (<i>bei Gesetzen/Konventionen</i>)
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
HAGE	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (<i>Studie</i>)
IGLU	Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung (<i>Studie</i>)
ISS	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
Kap.	Kapitel
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (<i>Studie</i>)
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PISA	Programme for international student assessment (<i>Studie</i>)
SGB	Sozialgesetzbuch
Übers. d. Verf.	Übersetzung der Verfasserin (<i>aus dem Englischen</i>)
UN	United Nations / Vereinte Nationen (auch: VN)
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Pflege ist ein sehr vielseitiges Berufsfeld, das sich keineswegs in der pflegerischen Versorgung kranker und betagter Menschen erschöpft. Gerade die Gesundheitsförderung gewinnt in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung, wie überhaupt im Gesundheitswesen ein tendenzieller Blickwechsel von der Kuration und Versorgung hin zu Prävention und Stärkung der Ressourcen stattfindet. Im Kindes- und Jugendalter werden vielfach die Grundlagen für den Gesundheitszustand im späteren Leben gelegt. Dass dieser in der Bevölkerung stark vom Sozialstatus beeinflusst wird, ist bekannt. So erscheint es nur folgerichtig, möglichst früh diese Negativwirkung zu durchbrechen, die gesundheitlichen Ressourcen zu stärken, Entwicklungsrisiken zu erkennen und zu minimieren und junge Menschen mit Beeinträchtigungen in der Kompensation derselben zu unterstützen, um allen neben einer guten Lebensqualität die bestmöglichen Zukunftschancen, beispielsweise in der Bildung zu gewähren. Im Herbst 2017 wurde in der Zeitschrift *PflegeRecht* der Verlauf eines Rechtsstreits veröffentlicht: Für eine Grundschülerin mit juvenilem Diabetes mellitus erstritten die Eltern in einem umfangreichen Verfahren die Finanzierung einer „Behandlungssicherungspflege“ in Form einer Schulbegleitung durch eine „medizinische“ Pflegefachkraft im Umfang von täglich acht Stunden, um die durch Blutzuckerschwankungen bedingte Gefahr für das Kind professionell abzuwenden.² Es sei nun dahingestellt, ob eine „kontinuierliche Beobachtung“ notwendig und sinnvoll ist oder regelmäßige Kontrollen einschließlich erforderlicher therapeutischer Maßnahmen sowie altersgemäße Unterstützung und Anleitung zielführender wären, doch es ist offensichtlich, dass hier durch die Intervention der Eltern eine gesundheitliche Gefahr für das Kind abgewendet wurde. Was ist mit den Kindern, deren Eltern dazu, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind? Und wer hilft Kindern und Jugendlichen, deren Eltern ihnen nicht die optimalen Voraussetzungen für ihre gesundheitliche Entwicklung bieten können?

In den hier skizzierten Bereichen – Gesundheitsförderung und Unterstützung chronisch kranker Kinder – wird eine ungleiche Verteilung der Chancen deutlich, die insbesondere Pflegefachkräfte, die ihren Schwerpunkt in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sehen, herausfordert.

In vielen Ländern Europas und weltweit kümmern sich School Nurses um die ge-

² vgl. Roßbruch 2017, S. 671-678

sundheitlichen Belange der Schülerinnen und Schüler. Neben der unmittelbaren gesundheitsbezogenen Versorgung bietet gerade das Setting Schule sehr gute Möglichkeiten, gesundheitsfördernd zu wirken. Das wurde inzwischen auch in Deutschland erkannt und ein Modellprojekt Schulgesundheitspflege entwickelt und zunächst für einen Zeitraum von zwei Jahren zur Überprüfung an einigen Schulen in Brandenburg und Hessen eingeführt. Das Projekt fügt sich in den Rahmen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz, in dem empfohlen wird, „Erste Hilfe verbunden mit psychischer, pflegerischer und medizinischer Beratung in Form der Schulgesundheitspflege institutionell in den Erziehungs- und Bildungsinstitutionen [zu] verankern.“³

Die Frage, der in dieser Arbeit nachgegangen werden soll, ist nun, inwieweit dadurch die Chancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher auf eine gesunde Entwicklung und damit die Voraussetzung für bestmögliche Bildung verbessert werden können. Vermutungen hierzu werden in Form von fünf Hypothesen formuliert. Zur Bearbeitung der Fragestellung wird sowohl der internationale Forschungsstand zu Aufgaben und Wirkung der Schulgesundheitspflege zurate gezogen als auch Studien, die Korrelationen zwischen sozialer Herkunft, Gesundheit und Bildung aufzeigen. Das Tätigkeitsfeld Schulgesundheitspflege wird zum einen an den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemessen, zum anderen aus internationaler Perspektive beispielhaft an drei europäischen Ländern beleuchtet. Auch Positionen dazu aus deutscher Sicht kommen zu Wort. Anschließend wird das Modellprojekt Schulgesundheitspflege der Länder Brandenburg und Hessen unter besonderer Berücksichtigung des Curriculums für die Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft beschrieben.

Die Diskussion erfolgt anhand der fünf zur Forschungsfrage aufgestellten Hypothesen, die auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden. Daraus ergibt sich, dass grundsätzlich ein positiver Effekt von Schulgesundheitspflege auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, speziell auch der sozial benachteiligten bestätigt werden kann, der im Einzelnen und in seinen Folgewirkungen jedoch noch näher zu untersuchen ist.

Da in Deutschland die Berufsbezeichnung für Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Schulgesundheitspflege noch nicht gesetzlich geschützt ist, existieren nebenein-

³ Schaeffer et al. 2018, S. 32

ander diverse Bezeichnungen, wie etwa Schulgesundheitspflegekraft, Schulgesundheitsfachkraft, Schulgesundheitschwester. In dieser Arbeit werden die verschiedenen Begriffe synonym genutzt.

2. Problemstellung und Relevanz

Im Rahmen der PISA-Studien⁴ wurde offensichtlich, dass in Deutschland die Bildungschancen von Kindern überdurchschnittlich stark vom sozialen Status bzw. Bildungsgrad der Eltern abhängen. Wenngleich sich zwischen 2000 und 2015 schon positive Veränderungen zeigten, liegt Deutschland gemäß einer aktuellen PISA-Sonderauswertung bezüglich der sozialen Chancengleichheit, also im Hinblick auf Leistungsdifferenzen zwischen sozial bessergestellten und sozial benachteiligten Schüler_innen, trotzdem immer noch deutlich unter dem OECD⁵-Durchschnitt, und es besteht ein ausgeprägter statistischer Zusammenhang.⁶

Doch nicht nur die Bildungschancen sind sozial ungleich verteilt, auch der Gesundheitszustand variiert in Abhängigkeit von sozialen Faktoren – und das nicht erst im Erwachsenenalter: In der Kindheit werden bereits die Grundlagen sowohl für die aktuelle als auch die spätere Gesundheit gelegt. So zeigt die KiGGS-Studie⁷ auch in der aktuellen Erhebung „KiGGS Welle 2“ (Datenerhebung 2014 – 2017), dass die Chancen für ein gesundes Aufwachsen von der sozialen Herkunft abhängen und weiterhin „ein sehr ausgeprägter sozialer Gradient zwischen Kindern aus Familien mit hohem, mittlerem und niedrigem Sozialstatus“⁸ besteht.

Des Weiteren beeinflussen sich diese beiden Stränge noch einmal untereinander, derart, dass eine schlechtere Gesundheit sich negativ auf das Lernverhalten und die Lernkapazität auswirkt. Gesundheitsstörungen führen nicht nur zu vermehrten Fehlzeiten, sondern verringern auch Konzentration, Ausdauer, Motivation und Lernfreude. Unter dem Aspekt, dass zum einen Kinder im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überproportional von Armut betroffen sind⁹, zum anderen chronische Erkrankungen auch bei Kindern an Bedeutung gewinnen, wird das Ausmaß des Problems umso deutlicher.

⁴ Programme for international student assessment

⁵ Organization for Economic Co-operation and Development

⁶ vgl. Vodafone Stiftung Deutschland 2018, S. 5.

⁷ Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

⁸ Poethko-Müller et al. 2018, S. 11.

⁹ vgl. von zur Gathen et al. 2017, S. 31

Neben den individuellen Nachteilen für die jungen Menschen selbst ist es auch ein gesellschaftliches Problem, denn die Kinder von heute sind die Erwachsenen von morgen, und mangelnde Gesundheit sowie ungenutzte Potenziale der Bürger haben gesamtgesellschaftliche Auswirkungen – und wirken dazu negativ auf die Folgegeneration (mögliche „Vererbung“ der Problemlage).

Diese Erkenntnisse rufen nach Lösungen, die sozial benachteiligten Kindern bessere Chancen zu einem gesunden und erfolgreichen Lebensweg eröffnen.

Ein Zugangsweg zu Kindern und Jugendlichen ist die Schule, da nahezu alle Kinder eine Schule besuchen. Daher ist es sinnvoll, hier anzusetzen. Allerdings sind allgemeinbildende Schulen vorrangig auf Wissensvermittlung ausgerichtet und selbst dabei nehmen gesundheitsrelevante Themen eine nur marginale Stellung ein. Um Kinder und Jugendliche wirklich zu erreichen, bedarf es Strategien, die ihnen persönlich in ihrer individuellen Lebenssituation, und zwar ohne den Leistungsdruck schulischer Wissensvermittlung, entgegenkommen. Eine bedeutende positive Rolle spielen Ansprechpartner, zu denen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann, das nicht durch den Eindruck, bewertet zu werden, beeinflusst wird.

Möglicherweise könnten Schulgesundheitsfachkräfte als solche Ansprechpartner fungieren und so – neben weiteren Aufgaben – Schüler_innen zu gesundheitsförderlichem Verhalten motivieren sowie gegebenenfalls Verbindungen zu anderen Unterstützungsangeboten herstellen. Deshalb erscheint es wichtig, diese Möglichkeiten auszuloten.

Während das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an allgemeinbildenden Schulen“ in Brandenburg und Hessen, auf das im Weiteren umfänglich Bezug genommen wird, innerhalb einer groß angelegten wissenschaftlichen Studie das gesamte Einsatzspektrum der Schulgesundheitspflege auf breiter Basis empirisch untersucht, richtet die vorliegende Masterthesis den speziellen Fokus auf den Nutzen der Schulgesundheitspflege für sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler, da diese, wie eingangs dargelegt, der besonderen Förderung im Sinne eines Nachteilsausgleiches bedürfen.

3. Begriffsklärung: „Soziale Benachteiligung“

Zunächst ist festzuhalten, dass der Terminus „soziale Benachteiligung“ vieldeutig ausgelegt werden kann. Er kann, aber muss sich nicht auf ökonomische Bedingun-

gen beziehen. Auch ein Kind, das beispielsweise durch Krankheit nicht an den üblichen sozialen Aktivitäten der Peers teilnehmen kann, ist sozial benachteiligt; ebenso ein Jugendlicher, der im Klassenverband – aus welchen Gründen auch immer – eine Außenseiterstellung einnimmt. Und auch ein Kind, das keine Geschwister hat und dazu möglicherweise keine Kita besucht, ist dadurch im sozialen Sinne benachteiligt, mögen seine Eltern noch so gut situiert sein. Die Aufzählung ließe sich beliebig fortsetzen.

Wenn in dieser Arbeit nun von sozial benachteiligten Schüler_innen die Rede ist, so bezieht sich das in Anlehnung an die KiGGS-Studie sowie die PISA-Studie auf den sozioökonomischen Status der Familie, der sich aus den drei Dimensionen Bildungsniveau sowie berufliche Stellung der Eltern und dem Haushaltseinkommen oder, wie bei der PISA-Studie, der Menge der verfügbaren kulturellen Güter ergibt.

In den Erhebungen der KiGGS-Studie werden dazu anhand eines Index (SES-Index) Gesamt-Punktwerte ermittelt. Für das Item Bildungsstand ergeben sie sich aus der Kombination von schulischen und beruflichen Abschlüssen, wobei hier wie auch beim Berufsstatus die Werte des Elternteils mit dem höchsten Wert eingehen (bei getrennt lebenden Eltern der, bei dem das Kind lebt). Beim Item Einkommen wird das Haushaltsnettoeinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) zugrunde gelegt.¹⁰ Dies entspricht dem Gesamt-Nettoeinkommen dividiert durch die „gewichteten“ Personen (1. Erwachsener = 1, weitere Personen ab 15 Jahre = je 0,5, Kinder bis 14 Jahre = je 0,3).¹¹ Die Addition der Werte der drei Dimensionen ergibt den Index und damit den Rangplatz beim sozioökonomischen Status. Die unteren 20 % der „Rangplätze“ gelten als niedriger sozioökonomischer Status (SES), die oberen 20 % als hoher, die mittleren 60 % als mittlerer.¹² Somit erfolgt die Statuszuweisung immer relativ zur Gesamtheit, da auch bei steigendem Wohlstandsniveau oder im Vergleich mit weniger begünstigten Ländern die jeweils unteren 20 % die Benachteiligten sind, die sich entsprechend erleben.

Bei der internationalen PISA-Studie werden statt des Haushaltseinkommens die im Haushalt verfügbaren Kultur- und Wohlstandsgüter erfragt. Als sozial benachteiligt gelten hierbei diejenigen, die in ihrem jeweiligen Land zu den untersten 25% gehören.¹³

Soziale Benachteiligung in diesem Sinne ist also ein Faktorenbündel, dass sich auch, aber nicht ausschließlich auf den ökonomischen Aspekt bezieht. Letzterem ist der Begriff „Armut“ zuzuordnen, der sich entweder auf die „relative Einkommensarmut“ bezieht, definiert als ein zur Verfügung stehendes Haushaltseinkommens (Nettoäquivalenzeinkommen), das 60% des Durchschnittseinkommens der Bevölkerung (Median) unterschreitet, oder auf die Unterschreitung eines als Existenzminimum (politisch) festgelegten Betrags.¹⁴

¹⁰ vgl. Lambert et al. 2014, S. 762-764

¹¹ vgl. Berger 2007

¹² vgl. Lambert et al. 2014, S. 765

¹³ vgl. Reiss et al. 2016, S. 290

¹⁴ vgl. Koch 2017, S. 117

Es kann allerdings im Rahmen dieser Arbeit nicht ermittelt werden, ob in allen zugrunde liegenden Quellen der Begriff sozial benachteiligt immer genauso verstanden wird, wie hier erläutert. Das jeweilige Verständnis kann, sofern nicht ausdrücklich definiert, lediglich aus dem Zusammenhang vermutet werden.

4. Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es, den Nutzen von Schulgesundheitspflege, ausgeführt durch entsprechend vorgebildete Pflegefachkräfte, für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familiensituationen zu untersuchen. Wie im folgenden Kapitel (Hypothesen) dargelegt wird, ist zu vermuten, dass Schulgesundheitsfachkräfte positive Einflüsse auf den Gesundheitsstatus und in der Folge davon auch auf die Bildungschancen von Schüler_innen nehmen können, und dass davon Schüler_innen aus schwierigen Verhältnissen bzw. mit einem sozioökonomisch niedrigen Status der Eltern besonders profitieren. Sollte sich dieses im Zuge der Untersuchung bestätigen, so könnte damit ein Votum für die flächendeckende Einführung von Schulgesundheitspflege abgegeben werden.

Die Forschungsfrage lautet deshalb:

Inwiefern kann der Einsatz von Schulgesundheitspflegekräften die Chancen sozial benachteiligter Schüler_innen in Hinblick auf Gesundheit und Schulerfolg erhöhen?

Die Bearbeitung dieser Frage erfordert vorweg eine Erkundung, in welcher Weise sozial benachteiligte Schüler_innen im Sinne der vorausgeschickten Begriffsklärung Beeinträchtigungen im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen erfahren bzw. welche Auswirkungen diese in den Bereichen Gesundheit und Bildung entfalten. Des Weiteren ist zu erforschen, welche Handlungsmöglichkeiten Schulgesundheitsfachkräften zur Verfügung stehen und ob diese Einfluss auf die Problemlage nehmen können. Dazu ist auch darzulegen, welche Kompetenzen die Schulgesundheitsfachkräfte mitbringen müssen. Zu diesem Zweck sollen zum einen entsprechende internationale Studien, zum anderen die Vorgaben der WHO an Schulgesundheitspflege zurate gezogen werden. Auch das Curriculum der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft innerhalb des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen ist zu betrachten, ggf auch hinsichtlich der Frage, ob die benötigten Kompetenzen durch die Weiterbildung in Kombination mit der vorausgehenden

Grundausbildung tatsächlich abgedeckt werden. Nicht zuletzt werden auch die Praxis der Schulgesundheitspflege in anderen europäischen Ländern, in denen diese schon lange etabliert ist, sowie erste Erfahrungen in Deutschland in den Blick genommen, um daraus eventuell weitere Einsichten zu gewinnen hinsichtlich Handlungsoptionen und Wirkungen der Schulgesundheitspflege.

5. Hypothesen

Auf der Grundlage bisheriger Informationen und vorliegender Quellen zum Thema sowie verschiedener aus anderen Fachgebieten gewonnener Denkipulse ergeben sich die folgenden Hypothesen, die im Rahmen dieser Arbeit wissenschaftlich zu überprüfen sind:

Hypothese 1: Schulgesundheitspflegekräfte tragen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bzw. zur Abwehr vermeidbarer Gesundheitsrisiken – gerade auch bei sozial benachteiligten Schüler_innen – bei. Dies wirkt sich positiv auf Lernmotivation und Lernerfolg aus.

Hypothese 2: Schulgesundheitsfachkräfte unterstützen Kinder/Jugendliche bei der Bewältigung vorhandener Gesundheitsstörungen (chronische Erkrankungen, Behinderungen) und bewirken dadurch, dass sich sowohl das gesundheitliche Wohlbefinden als auch die Bildungschancen erhöhen.

Hypothese 3: Schulgesundheitsfachkräfte fördern durch Aufklärung der Mitschüler_innen das Verständnis für die Situation der chronisch-kranken oder behinderten Kinder/Jugendlichen und begünstigen so die Zusammenarbeit der Schüler_innen untereinander.

Hypothese 4: Schulgesundheitsfachkräfte können gesundheitlich auffälligen bzw. verhaltensgestörten Kindern/Jugendlichen im Einvernehmen mit deren Eltern gezielt Beratungs- und Hilfsangebote vermitteln.

Hypothese 5: Schulgesundheitsfachkräfte fungieren als Ansprechpartner_innen (Vertrauenspersonen) und können damit zu mehr Resilienz bei den Schüler_innen beitragen und so eine positive Lernentwicklung begünstigen.

Mit Blick auf die interne Validität ist zunächst zu überprüfen, ob diese Hypothesen hinreichend geeignet sind, die Forschungsfrage zu beantworten.¹⁵ Die Verifizierung

¹⁵ vgl. Bortz et al. 2006, S. 104

der Hypothesen sollte also gültigen Aussagewert haben bezüglich der Frage, inwiefern der Einsatz von Schulgesundheitspflegekräften die Chancen sozial benachteiligter Schüler_innen in Hinblick auf Gesundheit und Schulerfolg erhöhen kann.

Zu Hypothese 1: Hier ist neben der Überprüfung der Aussage selbst nachzuweisen, dass die angestrebte Gesundheitsförderung und die Verringerung von Gesundheitsrisiken im besonderen Maße Schüler_innen aus sozial benachteiligten Familien zugutekommt. Es wird vermutet, dass dies deshalb zutrifft, weil solche Schüler_innen statistisch gesehen ein größeres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie auch Neigung zu weniger gesundheitsförderlichem Verhalten zeigen als ihre Mitschüler_innen aus besser gestellten Familien. Außerdem wird unterstellt, dass gesundheitliches Wohlbefinden sich positiv auf Lernmotivation und -leistung auswirkt. Auch dieses ist nachzuweisen.

Zu Hypothese 2: Angenommen wird, dass Gesundheitsstörungen, insbesondere langfristige Beeinträchtigungen, auch in der jugendlichen Bevölkerung eine statistisch relevante Abhängigkeit vom familiären Sozialstatus haben. Der Gesundheitsstand wiederum dürfte sich auf Leistungsvermögen und Konzentration und somit auf die Bildungschancen auswirken. Das ist zu ebenfalls ergründen.

Zu Hypothese 3: Diese Hypothese ist eine Ergänzung der Hypothese 2, da sie ebenfalls die Situation der chronisch-kranken Schüler_innen bzw. die der Schüler_innen mit besonderen Bedarfen aufgreift – in diesem Fall aber bezüglich des Verhaltens des sozialen Umfeldes, das auf diese Kinder einwirkt. Es ist vorstellbar – bedarf allerdings der Überprüfung – dass derart gesundheitlich benachteiligte junge Menschen es in Schulen sozialer Brennpunkte, in denen das Konfliktpotenzial durch mancherlei andere Einflüsse hoch ist, besonders schwer haben. Insofern träfe auch diese Problematik gehäuft Schüler_innen aus sozial benachteiligten Familien.

Zu Hypothese 4: Wie bereits erwähnt, zeigen sich gesundheitliche Beeinträchtigungen sozial ungleich verteilt. Dies betrifft gerade auch psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. Es ist anzunehmen, dass insbesondere für bildungsfernere Eltern kompetente Beratung und Hilfe beim Auffinden und Annehmen von Unterstützungsangeboten für ihre Kinder angezeigt ist.

Zu Hypothese 5: Untersuchungen (z. B. Kauai-Studie, Bielefelder Invulnerabilitätsstudie) haben gezeigt, dass auch Kinder aus sehr ungünstigen Verhältnissen dann Resilienz entwickeln können, wenn zumindest eine Person, zu der sie Vertrauen

haben, sie unterstützt und als positives Rollenmodell dient.¹⁶ Resiliente Kinder bringen trotz schlechter sozialer Voraussetzungen Leistungen, die ihrem tatsächlichen Potential entsprechen oder nahekommen.¹⁷ Folgern ließe sich daraus, dass Schulgesundheitskräfte benachteiligte Schüler_innen darin unterstützen könnten, ihre Fähigkeiten besser zu entfalten und so zu einem größeren Bildungserfolg zu gelangen.

Unter Berücksichtigung der obigen Erwägungen leitet die Diskussion der Hypothesen zu einer Beantwortung der Forschungsfrage.

Außerdem sollte im Sinne der externen Validität eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse möglich sein.¹⁸ Da keine eigene empirische Forschung erfolgt, ist Letzteres abhängig von der Validität der zurate gezogenen Quellen, die im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht tiefer überprüft werden kann.

6. Methodisches Vorgehen

Im Sinne der Pflegeforschung findet die Untersuchung auf der Mesoebene statt, da es weniger um das unmittelbare Handeln in Beziehung zwischen Pflegeperson und – in diesem Fall – Schüler_innen geht, sondern um grundsätzlichere Überlegungen zu einem neuen Bereich des Pflegehandelns.¹⁹ Im Rahmen dieser Masterthesis wurde ein literaturgestütztes theoretisches Vorgehen als geeignete Methode zur Bearbeitung der Forschungsfrage gewählt. Die Struktur der Ergebnisfindung wird deduktiv durch Hypothesen vorgegeben, die anhand der aufgefundenen Quellen wissenschaftlich zu überprüfen sind (explanative Untersuchung).²⁰ Dennoch hat die Arbeit auch explorativen Charakter, da trotz – eher alltagstheoretischer – Vorannahmen das Feld der Schulgesundheitspflege erst auf der Basis von internationaler Literatur erschlossen werden musste.

Obwohl bei einer nicht experimentellen Untersuchung wie der vorliegenden die Reliabilität nicht exakt messbar ist, sollte eine gewisse Wiederholbarkeit der Ergebnisfindung sichergestellt werden. Dem dient die folgende Dokumentation des Vorgehens bei der Literaturrecherche und ihrer Auswertung.

¹⁶ vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2009, S. 15-17

¹⁷ vgl. Vodafone Stiftung Deutschland 2018

¹⁸ vgl. Bortz et al. 2006, S. 104

¹⁹ vgl. Bartholomeyczik 2000, S. 78

²⁰ vgl. Bortz et al. 2006, S. 356

Die Literaturrecherche erfolgte zunächst über allgemeine Suchmaschinen (Google, Google Scholar) mit den Suchbegriffen Schulgesundheitspflege, Schulgesundheit (was auch weitere Begriffe wie Schulgesundheitsfachkraft u. a. erfassen sollte) sowie "school nurse", "school health nurse". Auch die Seite „Pflegetwiki“ förderte eine umfangreiche Liste internationaler Literatur zu „Schulgesundheitspflege“ zutage. Außerdem wurde gezielt nach Informationen über das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an allgemeinbildenden Schulen“ in Brandenburg und Hessen gesucht, vor allem auf dem Weg über die Projektträger AWO Potsdam (www.awo-potsdam.de) und Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE) (www.hage.de) sowie über das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité, Berlin, das mit der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projektes beauftragt ist.

Um gezielter an wissenschaftliche Quellen zur Thematik zu gelangen, wurde die Suche über Datenbanken fortgesetzt. Nachdem die pflegewissenschaftlich ausgerichtete Datenbank CareLit für das zu bearbeitende Thema nicht sehr viel lieferte (fünf Treffer über Suchbegriff „Schulgesundheitspflege“, fünf Treffer über "school nurse", von denen zwei bereits im ersten Suchbegriff genannt, der Begriff "school health nurse" brachte keine zusätzlichen Resultate) wurden über die Datenbankinformationssysteme (DBIS) verschiedener Hochschulbibliotheken (Ev. Hochschule Berlin, Freie Universität Berlin, Humboldt Universität) weitere Datenbanken aufgesucht. Folgende Datenbanken konnten – neben CareLit – als teilweise für die Pflege und/oder das Thema relevant ausfindig gemacht und genutzt werden: PubMed/LIVIVO, CINAHL, Deutscher Bildungsserver, DZI-SoLit und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Gesucht wurde auch hier mit den Begriffen Schulgesundheitspflege, Schulgesundheit sowie "school health nurse", "school nurse".

Die Trefferquote erwies sich in den meisten Datenbanken als eher niedrig bzw. erbrachte kaum für das Thema geeignete Beiträge. Die meisten Ergebnisse brachte die Suche über LIVIVO. Hier wurde mit folgender Suchkombination recherchiert: "school health nurse" OR "school nurse" OR „Schulgesundheitspflege“. Damit konnten zunächst 3618 Treffer erzielt werden. Durch die Eingrenzung des Zeitraums auf 2000–2018 reduzierte sich die Zahl auf 1602, wovon 1536 englischsprachig und 30 deutschsprachig waren. Die übrigen Sprachen wurden nicht berücksichtigt. Unter den 30 deutschsprachigen Quellen waren fünf Dubletten und nur ein

im Volltext verfügbarer Beitrag, der im Übrigen bereits vorlag. Es konnten jedoch einige nicht frei verfügbare Titel notiert und als Printmedien erworben werden. Von den englisch-sprachigen Quellen waren 97 im Volltext verfügbar; per Filter wurden nur diese ausgewählt zur näheren Inspektion. Diese ergab, dass – neben etlichen Dopplungen – die ganz überwiegende Zahl der Beiträge sehr spezialisierte Fragen wie etwa zu bestimmten Erkrankungen, speziellen länderbezogenen Organisationsfragen oder anderen für das Thema dieser Arbeit irrelevanten Problemen behandelte. Außerdem wurden nur Studien aus dem westeuropäischen und nordamerikanischen Raum einbezogen, da angenommen wird, dass auch kulturelle, (volks-)wirtschaftliche und politische Konstellationen Einflussfaktoren darstellen und die Verhältnisse in den genannten Regionen am ehesten mit denen in Deutschland vergleichbar sind. Von den so verbleibenden Texten konnten fünf als für die Arbeit relevant ausgewählt werden.

Für eine weitere Suchanfrage „Schulgesundheitspflege“ AND „Bildungschancen“ gab es keinen Treffer, ebenso wenig für die Kombination von Schulgesundheitspflege mit „sozial benachteiligt“ bzw. „soziale Benachteiligung“. Die Verknüpfung mit „Sozialstatus“ erbrachte unter den vier Treffern keinen für das Thema relevanten. Bei der anschließenden englischsprachigen Suche ergaben die Verknüpfungen „school nurse“ (bzw. „school health nurse“) AND "socially disadvantaged" bzw. „education opportunities“ bzw. „educational opportunities“ keine oder nur einen nicht relevanten Treffer. Die Kombination „school nurse“ AND "disadvantaged" förderte zwar 16 Titel, die aber für das Thema nicht brauchbar oder/und nicht im Volltext verfügbar waren. Lediglich durch die Verknüpfung „school health nurse“ AND "disadvantaged" wurde ein Aufsatz über ein Konfliktlösungstraining an einer US-amerikanischen Schule gewonnen, bei dem fraglich ist, inwieweit er sich auf deutsche Verhältnisse übertragen lässt.

In der primär englischsprachigen Datenbank CINAHL (über EBSCO) ergab die Suchkombination „school health nurse“ OR „school nurse“ OR „school nursing“ für die Jahre 2000–2018 und mit der Option „Linked Full Text“ 299 englischsprachige Resultate (andere Sprachen wurden nicht berücksichtigt). Um die Anfrage besser zu spezifizieren, wurde sie mit AND "socially disadvantaged" verknüpft, was zu 11 Ergebnissen führte. Davon wurden zwei (europäische) Studien nach o. g. Kriterien als besonders relevant ausgewählt.

Ergänzend wurden andere Wege beschritten: Es wurde gezielt – teils direkt analog, teils online – in Fachzeitschriften gesucht, und zwar in den folgenden: Pflege, Pflege & Gesellschaft, Pflegezeitschrift, PADUA, Die Schwester/Der Pfleger, Heilberufe, PflegeRecht, Kinderkrankenschwester. Teilweise lagen aus diesen Publikationen bereits im Vorfeld einige Artikel der letzten Jahre vor. Zusätzlich wurde online im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz recherchiert, was sich für das Thema als ausgesprochen ergiebig zeigte. Hier wurden neben den o. g. Suchbegriffen vor allem Artikel zu den Themen soziale Benachteiligung, soziale Ungleichheit, Chancengleichheit, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Bildungschancen, Public Health in Zusammenhang mit Schule, Kinder, Jugendliche aufgesucht.

Als weitere Ressourcen dienten die Bibliotheken der Ev. Hochschule, der Freien Universität, der Humboldt Universität und die medizinische Bibliothek der Charité (Suche über Online Public Access Catalogues/OPAC bzw. Primo) sowie die Fachbibliothek des Bildungszentrums des Ev. Diakonievereins Berlin-Zehlendorf. Dabei wurde ebenfalls nach den o. g. Themen recherchiert. Diese Suche erbrachte neben umfänglicheren Werken auch weitere Zeitschriftenartikel.

Des Weiteren wurden die Internetseiten der folgenden Institutionen und Verbände aufgesucht und nach einschlägigen Veröffentlichungen geforscht: Robert Koch-Institut (<https://www.rki.de>), World Health Organization / WHO (<http://www.who.int> bzw. <http://www.euro.who.int>), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. / DBfK (<https://www.dbfk.de>), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft / DGP (<http://dg-pflegewissenschaft.de/>), Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. / DIP (<http://www.dip.de> – leider wurde die DIP-Datenbank WISE vom Netz genommen), Deutscher Pflegerat / DPR (<http://www.deutscher-pflegerat.de>), Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland / BeKD (<http://www.bekd.de>), International Council of Nurses / ICN (<http://www.icn.ch>), National Association of School Nurses / NASN (<https://www.nasn.org/home>), Department of Health and Social Care (<https://www.gov.uk>). Das Statistische Bundesamt (<https://www.destatis.de>) wurde unter den Rubriken Gesundheit und Bildung befragt.

Die gezielte Suche in englischsprachigen Zeitschriften (The Journal of School Nursing, British Journal of School Nursing, Journal of pediatric nursing, Nursing Times) brachte keinen Erfolg, da die Artikel nicht im Volltext zur Verfügung stan-

den, wobei durchaus auf anderem Wege einzelne vollständige Beiträge ermittelt werden konnten.

Gezielt wurde auch nach Veröffentlichungen über bekannte Studien wie KiGGS (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey), HBSC (Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ der WHO) und AWO-ISS-Studie „Lebenslagen und Zukunftschancen von (armen) Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ gefahndet.

Schließlich erwies sich ein sogenanntes „Schnellballsystem“ als außerordentlich zielführend: Aus den Literaturangaben der bereits vorliegenden Texte ergaben sich weitere Quellen, die wiederum weitere enthielten etc.

Von den derart aufgefundenen Quellen konnten ca. 140 als vom Aussagewert geeignet und für die Fragestellung relevant bewertet werden. Vorzugsweise galt die Suche zwar wissenschaftlichen Beiträgen, wie etwa Veröffentlichungen über Studienergebnisse und auf entsprechenden Quellen beruhenden Ausführungen, doch erfüllen längst nicht alle hinzugezogenen Texte die Qualitätskriterien der Wissenschaftlichkeit. So wurden etwa auch Erfahrungsberichte mit einbezogen, da sie zwar keine allgemeingültigen Aussagen, aber wichtige Hinweise liefern. Außerdem wurden Stellungnahmen bzw. Positionspapiere von Verbänden untersucht, um eventuell auch darüber Einschätzungen und Bedarfe aufzuspüren. Des Weiteren lieferten Veröffentlichungen von Fachvorträgen zum Modellprojekt wichtige Informationen sowie erste Zwischenergebnisse der Projektevaluation.

7. Aktueller Forschungsstand

Der Einfluss des sozioökonomischen Status und insbesondere auch des Bildungsstandes der Eltern auf den Bildungserfolg der Kinder wurde in diversen Studien nachgewiesen. Ebenso weisen verschiedene Studien auf den Zusammenhang von sozioökonomischer Situation der Familie und Gesundheitszustand hin. Dass das gesundheitliche Befinden Auswirkungen auf den Bildungserfolg hat, scheint auf der Hand zu liegen, wurde aber ebenfalls wissenschaftlich nachgewiesen, unter anderem in einer Übersichtsarbeit über internationale Längsschnitt-Studien zu dieser Frage.²¹ Auf Untersuchungen zu diesem Themenkomplex wird im Kapitel 8 näher eingegangen.

²¹ vgl. Dadaczynski 2012

Zum Einfluss von Schulgesundheitspflegekräften auf die Gesundheit und den Bildungserfolg der Schüler_innen in Deutschland liegen naturgemäß noch keine Studienergebnisse vor, da bislang – beziehungsweise innerhalb der letzten 80 Jahre – nur sehr vereinzelt Schulgesundheitsfachkräften beschäftigt sind und die historischen Gegebenheiten mit der Gegenwart kaum vergleichbar sind. Ein Modellprojekt, worauf noch ausführlich einzugehen ist, startete 2017; die wissenschaftliche Evaluation ist noch im Gange, so dass noch kein Abschlussbericht vorliegt, lediglich einzelne vorläufige Zwischenberichte.

Zwar arbeiten inzwischen auch einzelne deutsche Pflegewissenschaftler_innen zum Thema Schulgesundheitspflege, doch greifen sie dabei auf internationale Studien zurück. So etwa erstellten Schmitt und Görres am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen eine „Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses“²² mit dem Ziel, zu ergründen, „welche der identifizierten Aufgaben in einem ersten Schritt auch in Deutschland von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt werden und zur Verbesserung der Gesundheit an Schulen beitragen könnten.“²³ Einbezogen wurden insgesamt 34 Studien aus den USA (20), Großbritannien (13) und Australien (1), die in den Jahren 1983 bis 2009 veröffentlicht wurden. Nach Darlegung der Rollen und Aufgabenbereiche der School Nurses – auf die an anderer Stelle noch einzugehen sein wird – erkennen die Autor_innen aufgrund der Studienergebnisse insbesondere die Funktion als Ansprech- und Vertrauensperson sowie den im Lebensalltag der Schüler_innen verorteten niederschweligen Zugang als Chance, gesundheitsfördernd zu wirken sowie über Reduzierung der Fehlzeiten und Herstellung optimaler Lernbedingungen zum Bildungserfolg beizutragen. Die internationalen Erfahrungen führten zu der Annahme, „dass Pflegekräfte auch an deutschen Schulen einen wertvollen Beitrag zur Erreichung von Gesundheits- und Bildungszielen leisten könnten.“²⁴ Dazu bedürfe es jedoch eines Kompetenzprofils, das durch die derzeitige Pflegeausbildung allein nicht ausreichend abgedeckt sei, sondern eine entsprechende Zusatzqualifizierung erfordere.

Eine aktuelle Review-Studie zur „Wirksamkeit von schulbasierten Interventionen zur Prävention und/oder Reduktion psychosozialer Probleme bei Kindern und Ju-

²² Schmitt et al. 2012

²³ ebd., S. 110.

²⁴ ebd., S. 114

gendlichen“²⁵, die sich ebenfalls auf internationale Studien stützt, bewertet zwar zahlreiche Maßnahmen und kommt zu dem Ergebnis, dass „Interventionen, die über das Individualverhalten hinaus auch Aspekte der Schulumwelt adressieren“²⁶ Gewalt reduzieren sowie die psychische Gesundheit der Jugendlichen positiv beeinflussen können, erwähnt dabei aber an keiner Stelle die Schulgesundheitspflege.

Eine auf vier halbstandardisierte Interviews beschränkte qualitative Untersuchung (Bachelorarbeit) wertet die Erfahrungen von drei Schulgesundheitschwestern an österreichischen Privatschulen sowie einer School Nurse an einer öffentlichen US-amerikanischen Schule mit Blick auf eine mögliche Einführung in Österreich aus²⁷. Daneben liegen diverse deskriptive Berichte vor, sowohl von einzelnen Erfahrungen der Schulgesundheitspflege in Deutschland als auch von entsprechenden Studienaufenthalten, z. B. in Schweden²⁸ und Finnland²⁹. Daraus resultieren weiterführende Diskussionen und Empfehlungen sowie Stellungnahmen.

Aus der Fülle der internationalen Studien zu unterschiedlichen Themen der Schulgesundheitspflege kann an dieser Stelle nur eine kleine Auswahl der Jahre 2000 – 2018 vorgestellt werden. Dabei wurden vorzugsweise solche Studien ausgewählt, die sich entweder auf grundlegende Aspekte der Schulgesundheitspflege beziehen oder speziell Bezug nehmen auf sozial benachteiligte Schüler_innen oder/und auf Auswirkungen der Schulgesundheitspflege auf den Bildungserfolg.

Zunächst seien einige Untersuchungen vorgestellt, die sich mit der Rolle und den allgemeinen Aufgaben der School Health Nurses befassen:

Auf der Basis von 78 halbstrukturierten Interviews sowohl mit Schulgesundheitschwestern/-pflegern als auch mit Schulleiter_innen, Lehrer_innen und Verantwortlichen aus dem Gesundheitswesen, sieben Gruppendiskussionen mit Eltern und weiteren acht mit Schüler_innen im Sekundarschulalter ermittelten Lightfoot und Bines³⁰ in Großbritannien vier Schlüsselemente der Schulgesundheitspflege: „Die Gesundheit und das Wohlergehen von Kindern schützen, Gesundheitsförderung, Vertrauensperson sein und Familien unterstützen. [Übers. d. Verf.]“³¹ Außerdem wurde als übergeordnete Aufgabe die Gesundheitsberatung für Schüler_innen,

²⁵ Muellmann et al. 2017

²⁶ ebd., S. 252

²⁷ vgl. Leitenmüller 2017

²⁸ vgl. Kocks 2008b

²⁹ vgl. Olthoff 2005

³⁰ vgl. Lightfoot et al. 2000

³¹ ebd., S. 76

Eltern und Lehrkräfte erkannt. Angemahnt wird der Einsatz systematischer Assessments zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Bedarfe bei den Kindern und Jugendlichen, auf die die Arbeit der Schulpflegekräfte aufbauen kann, sowie eine klarere Rollenzuschreibung für Schulpflegefachkräfte durch die öffentlichen Gesundheitsdienste.

Hoekstra et al. untersuchten mittels qualitativer Interviews die Rolle der Schulgesundheitspflegekräfte aus deren eigener Perspektive mit dem Ziel, diese Berufsgruppe besser in ihren Aufgaben der Gesundheitsförderung und -erziehung zu unterstützen.³² Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Rolle der School Nurses in England sehr vielfältig ist und je nach Schule und Umfeld stark variiert. Bezüglich der Gesundheitserziehung erstreckt sie sich mehr auf die Beratung der Schulen als auf die direkte Erziehung. Gemäß dieser Studie, könnte den School Nurses besser geholfen werden, indem sie Bildungsressourcen zur Verfügung stellen und so mehr Zeit für andere Aufgaben bekommen.³³

In einer an 131 Schulen in Boston durchgeführten Studie wurden die Tätigkeitsbereiche der School Nurses erfasst, u. a. alle individuellen Kontakte mit Schüler_innen nach Art der Maßnahme ausgewertet. Festgestellt wurde, dass gesundheitliche Bedarfe zugenommen haben. So entfielen 31,5 % der Begegnungen auf medizinische Behandlungen wie Medikamentengabe, Blutzuckerbestimmung etc. gegenüber 57,8 % auf Einzelmaßnahmen. Der Studie zufolge ist Schulgesundheitspflege wesentlich zugänglicher als andere Gesundheitsdienste und bietet daher besondere Chancen, gesundheitsfördernd zu wirken. Allerdings sei wenig über die tatsächliche Wirkung von Schulgesundheitspflege bekannt, so dass weitere Studien zu Nutzen für Gesundheit und Bildung sowie zu finanzieller Effektivität empfohlen werden.³⁴ Broussard befasst sich im Forschungsdesign einer „Grounded Theory“ mit dem beruflichen Empowerment von Schulgesundheitsfachkräften unter den sich verändernden Bedingungen, die sie bei den Schüler_innen vorfinden.³⁵ Das wesentlichste Ergebnis der Studie ist, dass das Bewusstsein, positive Veränderungen bei der Gesundheit der Kinder zu bewirken, das stärkste Empowerment ist und allen negativen Umständen zum Trotz Berufszufriedenheit und Selbstwertgefühl erzeugt.

Eine interessante Herangehensweise an die Frage, wie Schulgesundheitspflegende

³² vgl. Hoekstra et al. 2016

³³ vgl. ebd., S. 7-8

³⁴ vgl. Schainker et al. 2005

³⁵ vgl. Broussard 2007

ihre berufliche Rolle und ihre Aufgaben erleben, zeigt die Studie von Morberg et al. (Schweden): Sie definieren die Rolle anhand von Bourdieus Konzept von Kapital, Habitus und Feld.³⁶ Als „Kapital“ wird die Ausbildung der Pflegenden in Medizin und Gesundheit sowie ihre Kompetenz darin gesehen. Weiterhin gehört dazu ihre ganzheitliche Sichtweise auf die Schüler_innen, das Vertrauen in ihre Rolle, das ihnen von Schüler_innen, Eltern und Lehrenden entgegengebracht wird, die Vertraulichkeit (Verschwiegenheit) und ihre Verfügbarkeit (ständige Ansprechbarkeit). Zum Habitus der Schulpflegerkräfte gehört ihre Personalkompetenz, ihre Sorge um die Schüler_innen, ihre Rolle als Anwalt und ihre Fähigkeit, Dinge mitzutragen (und für sich zu behalten), auch wenn sie keine Lösung dafür haben. Das „Feld“ ist das Umfeld Schule mit der ihr eigenen Logik und Hierarchie.³⁷ Auf diese Weise beabsichtigt die Studie aufzuzeigen, dass die Kompetenzen der School Nurses ihnen eine wertvolle Hilfe sind in der Aufgabe der Gesundheitsförderung und ihrer Mitwirkung am Auftrag der Schule.

Wicklander befasst sich mit der Rolle der Schulgesundheitspflege innerhalb des britischen Standards „Gesunde Schule“ („National Healthy School Standard“)³⁸. Sie stellt fest, dass Schulgesundheitspflege die notwendige Verbindung zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungssektor herstellen kann, und zwar nicht nur in Großbritannien, sondern international, mahnt aber an, dass noch Forschungsbedarf bestehe, hinsichtlich des Beitrags von Schulpflegerkräften an der Erreichung der drei Ziele des Schulgesundheitsprogramms Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit, Förderung sozialer Inklusion und Anhebung des Bildungsstandards.³⁹

Auch eine kanadische Studie, sieht aufgrund der zunehmenden gesundheitlichen und sozialen Probleme der Jugendlichen die Notwendigkeit, die Rolle von Schulgesundheitspflegenden hinsichtlich der Gesundheitsförderung neu zu definieren. Es wird festgestellt: „Internationale Studien haben gezeigt, dass die Verwirrung hinsichtlich der Rolle der School Nurses sowie eine Forschungslücke bezüglich ihrer Effektivität im Blick auf Gesundheit und Bildungserfolg der Schüler_innen dazu führten, ihre Rolle infrage zu stellen. [Übers. d. Verf.]“⁴⁰ Die Autor_innen sehen die Aufgaben der School Nurses vermehrt in der Gesundheitsförderung und emp-

³⁶ vgl. Morberg et al. 2012

³⁷ vgl. ebd., 358-360

³⁸ vgl. Wicklander 2005

³⁹ vgl. ebd., S. 137

⁴⁰ Chabot et al. 2010, S. 1

fehlen, stärker auf die Aneignung von Leitungskompetenzen zu setzen.⁴¹

In die oben mehrfach zitierte Forschungslücke im Hinblick auf die Auswirkungen der Schulgesundheitspflege auf den Bildungserfolg tritt eine US-amerikanische Übersichtsstudie (“literature review“).⁴² Neben diversen Belegen für die positive Wirkung von Interventionen der Schulpflegerkräfte auf die Gesundheit insbesondere chronisch kranker Kinder, bestätigen einige der zwischen 2011 und 2017 veröffentlichten Studien auch die positive Wirkung auf die Schulleistungen. Gemäß Best et al. messen jedoch nur wenige Studien (zwei werden angeführt) den Bildungserfolg als solchen, während andere indirekte Indikatoren wie die Reduzierung von Fehlzeiten ermitteln oder positive Auswirkungen auf die Leistungen zwar bestätigen, aber nicht (standardisiert) messen.⁴³ Die Autorinnen kommen daher zu dem Ergebnis, dass diesbezüglich noch Forschungsbedarf besteht.

Mit einem bereits zwischen 2002 und 2006 durchgeführten Casemanagement-Projekt der Schulgesundheitspflege befasst sich eine weitere Arbeit aus den USA⁴⁴: School Nurses wurden befähigt, Schüler_innen mit besonderen Bedürfnissen bezüglich Gesundheit und Lernen zu identifizieren, Ziele zu setzen, Maßnahmen einzuleiten und die Erfahrungen zu dokumentieren. Eingerichtet wurde dieses Projekt in einem großen städtischen Schulbezirk (rund 150 Schulen), in dem viele der Kinder nicht oder nicht ausreichend krankenversichert waren, so dass die Familien sich häufig Arztbesuche, Brillen, Hörgeräte oder Medikamente nicht leisten konnten. Unter den Einwohnern befanden sich auch zahlreiche Migranten mit begrenzter Sprachfähigkeit in Englisch und/oder unsicherem Aufenthaltsstatus.⁴⁵ Ziel des Projektes war es primär, gesundheitsbedingte Lernhindernisse zu reduzieren, um den Lernerfolg der Schüler_innen zu erhöhen. Gleichzeitig sollten Daten gesammelt werden, die die Effektivität des Schulgesundheits-Casemanagements belegten, indem der Einfluss auf die Bereiche Teilnahme am Unterricht, Verhalten, Erfüllung der Lernziele, Lebensqualität (operationalisiert an sieben Faktoren⁴⁶) und Gesundheit bzw. die Compliance bei Gesundheitsmaßnahmen beurteilt wurde. Innerhalb der vierjährigen Projektzeit verbesserten sich 84 % der Schüler_innen in einem oder mehreren Bereichen. Es zeigte sich, dass sie insbesondere in Bezug auf Gesundheit

⁴¹ vgl. Chabot et al. 2010, S. 9

⁴² vgl. Best et al. 2018

⁴³ vgl. ebd., S. 22-23

⁴⁴ vgl. Bonaiuto 2007

⁴⁵ vgl. ebd., S. 204

⁴⁶ vgl. ebd., S. 204

(einschließlich des Umgangs mit gesundheitlichen Störungen) und Lebensqualität profitierten, vielfach sich aber auch Fehlzeiten reduzierten sowie Verhalten und Schulleistungen (gemessen an den Durchschnittsnoten) verbesserten.⁴⁷

Eine schwedische Studie⁴⁸ greift auch die soziale Situation auf und beschäftigt sich aus der Sicht von Schulpflegekräften unter anderem mit den zunehmenden Unterschieden sowohl im physischen als auch psychischen Gesundheitszustand von Schüler_innen in wohlsituierten Gegenden (“low-risk areas“) gegenüber solchen in Problemvierteln (“high-risk areas“) – letztere definiert als Gegenden mit einem hohen Anteil von Migranten und/oder Sozialhilfeempfängern.⁴⁹ Empfohlen werden eine systematische Gesundheitsdokumentation und Berichterstattung, um einen vermehrten Unterstützungsbedarf in bestimmten Bereichen zu belegen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch Schulgesundheitspflege gezielt lenken zu können.⁵⁰

Auch eine weitere schwedische Studie⁵¹ geht auf die aktuelle Entwicklung des Gesundheitsstatus von Schüler_innen ein, wie er von Schulgesundheitschwestern/-pflegern beobachtet wird. Demnach verschlechtert sich die psychische Gesundheit allgemein, jedoch insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen und vor allem bei den Mädchen. Zudem bemerken die Pflegenden insgesamt, dass Mädchen mehrheitlich wegen subjektiver Beschwerden (z. B. wiederkehrende Kopf- oder Bauchschmerzen) die School Nurse aufsuchen, während Jungen in der Regel wegen objektiver körperlicher Verletzungen kommen.⁵² Dabei werden psychische Beschwerden häufig familiären Bedingungen zugeschrieben. Da psychische Störungen in routinemäßigen Untersuchungen meist nicht zutage treten, sondern nur bei spontanen Besuchen der Schulkinder bei der Schulpflegekraft berichtet werden, sei künftig eine systematische Beurteilung der psychischen Gesundheit der Schüler_innen erforderlich. Außerdem wird festgestellt, dass sowohl in der Forschung als auch in der Praxis die Einschätzungen sowie überhaupt das Potential der School Nurses zu wenig genutzt würden.

Dina und Pajalic beschäftigen sich in ihrer Studie ebenfalls mit psychischen Störungen bei Schüler_innen, was sie als bedeutsamstes Problem unter den Kindern

⁴⁷ vgl. Bonaiuto 2007, S. 206

⁴⁸ vgl. Ellertsson et al. 2017

⁴⁹ vgl. ebd., S. 341

⁵⁰ vgl. ebd., S. 342

⁵¹ vgl. Clausson et al. 2008; vgl. auch Clausson 2008 (Dissertation)

⁵² vgl. ebd., S. 695

und Jugendlichen in Schweden einschätzen⁵³ und führen aus, Schulgesundheitskräfte bestätigten, dass psychosomatische Störungen der häufigste Grund für Besuche bei der School Nurse seien. Auf der Grundlage von Interviews werden Maßnahmen der School Nurses ermittelt. Als wesentlich wird erachtet, Vertrauen zu schaffen und in den Kindern Selbstvertrauen zu wecken sowie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und den Eltern. Im Fazit wird der Schulgesundheitspflege eine zentrale Rolle bei der Unterstützung psychisch beeinträchtigter Schüler_innen zugewiesen.⁵⁴

Für die Nutzung des Potentials von Schulgesundheitspflegenden bei der Gesundheitsförderung spricht eine in Dänemark durchgeführte Untersuchung: Es wurden Aussagen von 11-, 13- und 15-jährige Schüler_innen über Schulgesundheitspflege ausgewertet, die sie im Rahmen der HBSC-Studie⁵⁵ 1998 geliefert hatten (ausschließlich in der dänischen Version). Gefragt war nach den Auswirkungen von gesundheitsbezogenen Gesprächen mit der School Nurse aus Sicht der Schüler_innen. Vorauszuschicken ist, dass in Dänemark von den Schulpflegenden regelmäßige Gespräche – einzeln oder in Gruppen – angeboten werden. Dabei wurde das Augenmerk auf drei mögliche Effekte gelegt: Eine anschließende Reflexion der Inhalte des Gesprächs, ein Austausch mit anderen darüber und die Konsequenzen im weiteren Verhalten.⁵⁶ Allgemeines Ergebnis war, dass die Mehrheit der Schüler_innen anschließend über das Gespräch nachdachte, mit anderen darüber sprach und Hinweise annahm. Es zeigte sich außerdem – neben der Abhängigkeit der Reaktionen von Alter und Geschlecht – dass Schüler_innen mit niedrigerem Sozialstatus die Hinweise der School Nurse vermehrt annahmen und sie häufiger zu einem Folgegespräch aufsuchten, während Mittelschicht-Schüler_innen öfter ihre eigene Entscheidung trafen. Außerdem stand die Annahme der Ratschläge in positiver Korrelation zur Zufriedenheit mit der Schule.⁵⁷ Nebenbei wird auch angemerkt, dass gesundheitsbezogene Gespräche nicht nur der Gesundheitserziehung dienen, sondern auch eine „Empowerment-Strategie“ verfolgen, den Jugendlichen also helfen, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen. Dies belege die wichtige Rolle der Schulgesundheitspflege.

⁵³ vgl. Dina et al. 2014, S. 1

⁵⁴ vgl. ebd., S. 3-7

⁵⁵ zu dieser Studie vgl. Kap. 8 dieser Arbeit

⁵⁶ vgl. Borup et al. 2004, S. 343-344

⁵⁷ vgl. ebd., S. 345-347

Neben diversen Studien über die Unterstützung von Schüler_innen bei definierten gesundheitlichen Störungen (die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurden), beschäftigt sich eine norwegische Untersuchung mit der Zunahme von „alltäglichen Schmerzen“ („everyday pain“) bei Jugendlichen und ihrer Einschätzung durch Schulgesundheitschwestern⁵⁸. Sie verdeutlicht die Spannung, in der die Pflegekräfte stehen, die die Schmerzen in den meisten Fällen durch psychische Beeinträchtigungen (hohe Anspannung, Leistungsdruck, schwierige Beziehungen, traumatische Erlebnisse) oder ungesunden Lebensstil verursacht sehen, aber sich dennoch in der Pflicht sehen, die jungen Menschen zu medizinischen Untersuchungen weiterzuleiten, was dann oft zur Folge hat, dass sie von einer Untersuchung zur anderen wandern („become shuttlecocks in the health system“)⁵⁹.

Da auch chronische Erkrankungen oft in Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung auftreten, sei noch eine Arbeit hierzu exemplarisch angeführt: Edwards et al. (Großbritannien) erfassen in einer Übersichtsarbeit Studien über die Unterstützung chronisch kranker Schüler_innen durch Schulgesundheitspflegekräfte.⁶⁰ Darin werden die diesbezüglichen Aufgabenbereiche der School Nurses, die Einschätzung ihrer eigenen Kompetenz/Sicherheit in Bezug auf die Unterstützung bei den häufigsten chronischen Erkrankungen (Asthma, Diabetes, Epilepsie u. a.) sowie die Probleme und Herausforderungen, die sich ihnen dabei in den Weg stellen, untersucht. Auf dieser Grundlage erfolgen Empfehlungen an Politik, Praxis und Forschung. Weiterer Forschungsbedarf wird unter anderem in der Untersuchung von Umfang, Art und Effektivität bei der Unterstützung chronisch kranker Schüler_innen durch Schulpflegekräfte gesehen. Dabei sollte – so die Empfehlungen – sowohl die Perspektive der Pflegenden, als auch die der betroffenen Schüler_innen und ihrer Eltern, der anderen Professionen in der Schule und die Sicht der öffentlichen Gesundheitsdienste („community health professionals“) einbezogen werden.⁶¹

Aus den thematisierten Studien lässt sich resümieren: Einen ganz wesentlichen Teil der insgesamt sehr vielfältigen Aufgaben der Schulgesundheitspflege scheint die Gesundheitsförderung, einschließlich Empowerment sowie die Gesundheitsberatung einzunehmen, wobei letztere sich nicht nur an die Schüler_innen, sondern auch an die Schule und die Eltern richten kann. Die Zusammenarbeit mit anderen Profes-

⁵⁸ vgl. Høie et al. 2017

⁵⁹ vgl. ebd., S. 7

⁶⁰ vgl. Edwards et al. 2016

⁶¹ vgl. ebd., S. 35-37

sionen wird als wichtig erachtet, die Rolle der Schulgesundheitspflegenden ist dabei allerdings nicht immer eindeutig geklärt. Einige Studien stellen das Vertrauen heraus, dass der School Nurse entgegengebracht wird und das gleichzeitig auch für den Erfolg ihrer Bemühungen unabdingbar ist. Es werden zunehmende soziale und psychische Probleme bei den Schüler_innen festgestellt, die der besonderen Beachtung bedürfen; auch sollten insgesamt die gesundheitsbezogenen Bedarfe der Kinder und Jugendlichen noch mehr erforscht werden. Die vielen (hier nicht einbezogenen) Arbeiten zu diversen chronischen Erkrankungen, die gesichtet wurden, zeigen ebenfalls einen hohen Bedarf an. Die Rolle der Schulgesundheitspflege bezüglich der Förderung des Bildungserfolgs sollte noch mehr erforscht und einbezogen werden.

8. Korrelationen zwischen sozialer Herkunft, Gesundheit und Bildungserfolg

In den letzten 100 Jahren ist in Europa die Lebenserwartung enorm gestiegen, und speziell für Kinder haben Infektionskrankheiten weitgehend ihre Schrecken verloren. Dennoch ist weiterhin festzustellen, dass die Gesundheitschancen ungleich verteilt sind. Seit 2003 wird die Gesundheitslage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Rahmen eines Untersuchungssurveys („KiGGS-Studie“) detailliert statistisch erfasst.

Zunächst fand in den Jahren 2003 – 2006 eine Basisuntersuchung im Rahmen einer Querschnittstudie unter deutschlandweit mittels repräsentativer Stichprobe ausgewählter Kinder und Jugendlicher zwischen 0 und 17 Jahren statt. In Ergänzung der gesundheitlichen Untersuchungen wurden die Eltern sowie ab einem Alter von 11 Jahren auch die Jugendlichen selbst standardisiert befragt zur subjektiven Einschätzung ihrer Gesundheit, ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten (Ernährungsgewohnheiten, sportliche Betätigung, Rauchen etc.), ihrer Gesundheitsversorgung (z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) sowie zu ihrem sozioökonomischen Status. Diese Basisuntersuchung diente gleichzeitig als Grundlage einer weiterzuführenden Längsschnittstudie. In den Jahren 2009 – 2012 schloss sich eine weitere Erhebung (Welle 1) an, und zwar zum einen als erneute Querschnittsuntersuchung unter 0- bis 17-Jährigen, gleichzeitig als Längsschnitterhebung unter den Teilnehmern der Basiserhebung. 2014 – 2017 erfolgte eine weitere Querschnittsuntersuchung sowie eine Fortsetzung der Längsschnittstudie mit den inzwischen 10- bis 31jährigen Probanden der Basiserhebung (Welle 2).⁶²

Ergänzt wurde die Basisuntersuchung durch fünf Zusatz-Module mit speziellem Fokus (vertiefende Befragung): Kinder-Umwelt-Survey (KUS), das Modul „Psychische Gesundheit“ (BELLA-Studie), das Motorik-Modul (MoMo) und das Ernährungsmodul (ESKIMO).⁶³ In Welle 2 kam für Kleinkinder das Modul KiESEL (Kinder-Ernährungs-

⁶² vgl. Hölling et al. 2012, S. 836-840

⁶³ vgl. ebd., S. 839

studie zur Erfassung des Lebensmittelverzehrs) hinzu, das die Schadstoff-Exposition ermitteln soll.⁶⁴

Das komplexe Design der Studie sowie die große Teilnehmerzahl lassen es zu, repräsentative, valide Beziehungen zwischen den erhobenen Daten herzustellen, beispielsweise zwischen Gesundheit und sozialer Herkunft oder sozialem Umfeld (Wohnregion, besuchte Schulart etc.) und Gesundheitsverhalten, sowie auch Entwicklungen festzustellen.

Insgesamt schätzen Eltern in der letzten Erhebung (Welle 2) die Gesundheit ihrer Kinder zu über 95 % als gut oder sehr gut ein, was einer Steigerung gegenüber der Basiserhebung entspricht, jedoch verringert sich der Anteil im Laufe des Schulalters, wobei die 14- bis 17-jährigen Mädchen ihre Gesundheit deutlich schlechter einschätzen als die gleichaltrigen Jungen. Vor allem wird weiterhin deutlich, dass das allgemeine gesundheitliche Befinden mit abnehmendem sozioökonomischen Status sinkt. Dabei ist im Rahmen der Längsschnittstudie bereits ablesbar, dass sowohl die Eltern- als auch die Selbsteinschätzungen Vorhersagewert für die weitere Gesundheitsentwicklung und das Auftreten chronischer Erkrankungen haben.⁶⁵

Bei differenzierter Betrachtung einzelner Bereiche der Gesundheit wird sichtbar, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche eine weit höhere Prävalenz für Übergewicht und Adipositas aufweisen – mit all ihren negativen Folgerisiken, nicht nur im physischen Bereich. So sind adipöse Kinder etwa auch häufigerem Mobbing ausgesetzt mit allen psychischen Folgen.⁶⁶ Eine Ursache für Übergewicht ist mangelnde körperliche Aktivität. Auch hierbei sind sozioökonomisch schlechter gestellte Kinder eindeutig weniger aktiv, insbesondere die Mädchen. Unter anderem wird auch darauf hingewiesen, dass körperliche Aktivität zu besseren Schulleistungen und geringeren Aufmerksamkeitsdefiziten beiträgt.⁶⁷ In diesem Zusammenhang steht auch die bei sozial benachteiligten Kindern häufig verminderte Koordinationsfähigkeit sowie Gleichgewichtsfähigkeit.⁶⁸ Ferner geht oft übermäßiger Medienkonsum mit körperlicher Inaktivität einher, wobei der reduzierte Energieverbrauch sich vielfach mit der Zufuhr energiereicher Snacks paart.⁶⁹

Der Verzehr von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken ist ebenfalls bei Jugendli-

⁶⁴ vgl. Golsong et al. 2017

⁶⁵ vgl. Poethko-Müller et al. 2018, S. 8-12

⁶⁶ vgl. Schienkiewitz et al. 2018, S. 16-20

⁶⁷ vgl. Finger et al. 2018, S. 24-27

⁶⁸ vgl. Prätorius et al. 2004, S. 172

⁶⁹ vgl. Wulff et al. 2016, S. 284

chen mit niedrigem Sozialstatus deutlich höher als bei Gleichaltrigen aus gehobenen Verhältnissen.⁷⁰ Die gesunde Ernährung, gemessen am Obst- und Gemüseverzehr, steigt mit dem Bildungsgrad der Eltern.⁷¹

Der Einfluss des Sozialstatus zeigt sich auch beim Rauchen, wobei insbesondere das Verhalten von Eltern, Geschwistern sowie Gleichaltrigen Modellwirkung hat.⁷² Allerdings stellen Lampert et al. fest, dass auch die Schule als „sozialer Lebensraum“ großen Einfluss auf die Entwicklung und das (Gesundheits-)Verhalten der Schüler_innen hat.⁷³ So sei etwa beim Rauchen der Schultyp weit entscheidender als die soziale Herkunft.⁷⁴ Auch psychosoziale Belastungen spielen eine nicht geringe Rolle.⁷⁵ In diesem Zusammenhang muss auch auf den schädlichen Einfluss des Passivrauchens hingewiesen werden: Gemäß dem Kinder-Umwelt-Survey im Rahmen der KiGGS-Studie wachsen fast 50 % der Kinder in Raucher-Haushalten auf.⁷⁶ Da auch bei der Elterngeneration der Anteil der Raucher mit sinkendem Sozialstatus steigt, sind wiederum die Kinder mit niedrigem Sozialstatus besonders betroffen.

Die KiGGS-Studie ermittelte außerdem bei insgesamt 20 % der Kinder und Jugendlichen Anzeichen für psychische Auffälligkeiten, die allerdings im Entwicklungsverlauf (Längsschnittstudie) häufig nicht stabil waren. Bei der Elternbefragung wurden die Bereiche „Emotionale Probleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“, „Verhaltensprobleme“ sowie „Hyperaktivität“ abgedeckt.⁷⁷ In einer erweiternden Studie (BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit) wurden als Risikofaktoren niedriger Bildungsstatus und/oder Arbeitslosigkeit der Eltern, konfliktreiches Familienklima sowie Negativerfahrungen der Eltern in ihrer Herkunftsfamilie während ihrer Kindheit ausgemacht, die bei den Kindern insbesondere bei kumulativem Auftreten Wirkung zeigen.⁷⁸ Außerdem wird darauf hingewiesen, dass psychische Störungen nicht nur das persönliche Befinden, sondern auch den Bildungserfolg und damit die späteren Berufschancen beeinträchtigen.⁷⁹ Schützend bezüglich

⁷⁰ vgl. Mensink et al. 2018, S. 32

⁷¹ vgl. Borrmann et al. 2015, S. 1012

⁷² vgl. Zeiher et al. 2018, S. 40-43.

⁷³ vgl. Lampert et al. 2010, S. 49

⁷⁴ vgl. ebd., S. 61

⁷⁵ vgl. Pfortner et al. 2016, S. 212

⁷⁶ vgl. Schulz et al. 2007, S. 892

⁷⁷ vgl. Baumgarten et al. 2018, S. 60-62

⁷⁸ vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007, S. 874

⁷⁹ vgl. Robert Koch-Institut et al. 2008, S. 21

der psychischen Entwicklung scheinen personale Ressourcen (Optimismus, Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeitserwartung) sowie familiäre (Familienklima, Unterstützung) und soziale Ressourcen zu fungieren.⁸⁰ Auch werden als stützende außerfamiliale Faktoren schulische Förderung und Erfolge, gelingende soziale Integration unter Gleichaltrigen sowie professionelle Hilfe durch vertraute Fachkräfte genannt.⁸¹

Auch die HBSC-Studie, eine alle vier Jahre international durchgeführte, nach Schulform, Jahrgangsstufe und Geschlecht geschichtete Querschnittstudie unter 11- bis 15-jährige Mädchen und Jungen, erfragt soziodemografische Angaben, Einschätzung von Gesundheit und Lebenszufriedenheit, Gesundheits- und Risikoverhalten sowie soziale Ressourcen und Unterstützungssysteme.⁸² Sie kommt zu vergleichbaren Ergebnissen wie die KiGGS-Studie. Allerdings werden noch mehr Bereiche einbezogen, beispielsweise gemeinsames Essen in der Familie (Häufigkeit mit Sozialstatus steigend); Medienkonsum; Einstellung zu Schule u. a.⁸³

Auch Fegeler thematisiert das häufigere Auftreten von Sprachentwicklungs-, Konzentrations- und Lernstörungen bei Kindern aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status und sieht dies in Zusammenhang mit dem ungünstigen „Sozialraum“ (Wohn- und Lebenswelt einschließlich „Bildungsumwelt“) als entscheidendem Einflussfaktor auf Gesundheit und Entwicklung.⁸⁴ Verstärkt wird der Einfluss noch dadurch, dass die „Lebenswelt von armen und nicht armen Kindern [...] immer weiter auseinander“ geht, so dass sie oft „im Alltag kaum mehr etwas miteinander zu tun“ haben.⁸⁵

Als mögliche Gründe für die Korrelation zwischen Sozialstatus und Gesundheit werden neben unterschiedlichen Lebensbedingungen und schichtabhängigem Gesundheitsverhalten auch die Ausprägung der personalen Ressourcen (Selbstwertgefühl, Copingfähigkeit, internale Kontrollüberzeugung u. a.) sowie eine unterschiedliche Bewertung von Symptomen in Abhängigkeit von medizinischen bzw. gesundheitsbezogenen Kompetenzen genannt.⁸⁶ Die internale Kontrollüberzeugung, die mit höherem Sozialstatus aufgrund breiterer Handlungsoptionen in der Regel steigt,

⁸⁰ vgl. Robert Koch-Institut et al. 2008, S. 23

⁸¹ vgl. Holz et al. 2012, S. 16

⁸² vgl. HBSC-Studienverbund Deutschland 2015

⁸³ vgl. WHO Europe 2016

⁸⁴ vgl. Fegeler 2017, S. 454-455

⁸⁵ Holz et al. 2012, S. 15

⁸⁶ vgl. Meyer et al., 1999, S. 482-483

führt unter anderem zu stärkerer Zukunftsorientierung, was Auswirkungen auf das gesundheitsbewusste Verhalten hat. Geringe Kontrollüberzeugung verleitet eher dazu, nur die momentane Bedürfnisbefriedigung (z. B. des Rauchens) zu sehen.⁸⁷

Auch an Gesundheitskompetenz mangelt es bildungsfernen Jugendlichen, insbesondere jenen mit Migrationshintergrund, was das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie den Unfallschutz negativ beeinflusst. Alkoholkonsum und Rauchen scheinen dagegen unabhängig von Gesundheitskompetenz⁸⁸, wohl aber durch ein „prekäres Selbstkonzept und Selbstwertgefühl“⁸⁹ beeinflusst zu sein. Auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls und in dessen Folge auf das Gesundheitsverhalten wirken auch die Schulerfahrungen und -leistungen⁹⁰, so dass leicht ein Negativkreislauf entsteht.

Dass die soziale Herkunft auch mit dem Bildungserfolg korreliert, wird insbesondere durch die PISA-Studien (Programme for International Student Assessment) deutlich.

Diese von der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) entwickelte Studie wird seit 2000 alle drei Jahre in rund 70 Ländern durchgeführt. Sie untersucht die Leistungen 15-jähriger Schüler_innen in den Kompetenzbereichen Lesen, Mathematik und Naturwissenschaft.

In Deutschland wurde die Studie 2015 an 253 repräsentativ ausgewählten Schulen aller Schularten der Sekundarstufe I durchgeführt. Neben den Testaufgaben beantworteten die Schüler_innen Fragebögen zu Unterricht und Schule, Freizeitaktivitäten sowie zur sozialen Herkunft und ihrem eigenen Bildungsweg. Ergänzend wurden die Schulleitungen, Lehrkräfte und Eltern befragt.⁹¹ Soziale Herkunft schloss neben dem ökonomischen Wohlstand auch soziales und kulturelles Kapital und berufliche Stellung der Eltern ein.⁹² Außerdem wurde ein eventueller Migrationshintergrund und die in der Familie genutzte Sprache ermittelt.⁹³

Ohne auf die Ergebnisse der Studie im Allgemeinen einzugehen, die für diese Arbeit irrelevant sind, ist festzustellen, dass sowohl die Schulart als auch die von den Schüler_innen gezeigten Leistungen eine im OECD-Vergleich überdurchschnittliche Abhängigkeit von der sozialen Herkunft aufweisen, wenngleich sich diese 2015 gegenüber früheren Untersuchungen verringert hat.⁹⁴ Positiv ist allerdings anzumerken, dass die Zahl der Schüler_innen in Deutschland, die trotz eines eher bildungsfernen Elternhauses gute Leistungen in Lesen, Mathematik und Naturwissen-

⁸⁷ vgl. Naidoo et al. 2003, S. 43

⁸⁸ vgl. Quenzel et al. 2015, S. 952-953

⁸⁹ Pott et al. 2002, S. 978

⁹⁰ vgl. Naidoo et al. 2003, S. 281

⁹¹ vgl. Reiss et al. 2016, S. 20-21

⁹² vgl. ebd., S. 288-289

⁹³ vgl. ebd., S. 436

⁹⁴ vgl. ebd., S. 311-312; 379

schaften zeigen, gestiegen ist, und zwar stärker als in fast allen anderen OECD-Staaten. Als positive Einflussfaktoren werden ein angenehmes Schulklima sowie eine gute soziale Mischung an der Schule genannt,⁹⁵ was im Übrigen allen Schüler_innen zugute kommt.⁹⁶ Diese Entwicklung weiter zu verstärken, sollte aufgegriffen werden.

Dass Bildungschancen ungleich verteilt sind, zeigt sich gemäß IGLU-Studie (Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung) auch bereits beim Übergang von der Grund- auf eine weiterführende Schule: Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben bei gleichen Leistungen eine weitaus geringere Chance, eine Gymnasialempfehlung zu bekommen als Kinder mit hohem sozioökonomischen Hintergrund. In den weiteren Schuljahren kommt dann hinzu, dass in Schulen mit hohen Anteilen ebenfalls benachteiligter Schüler_innen diese ihre individuelle Leistungsfähigkeit weniger ausschöpfen können⁹⁷ und schließlich auch geringere Chancen auf einen guten Ausbildungsplatz haben.

Neben eventueller Bildungsferne der Eltern spielt die tatsächliche Einkommenssituation der Familie eine große Rolle: Das Nationale Bildungspanel (NEPS) wertet diese separat aus und kommt zu dem Ergebnis, dass arme Eltern prozentual von ihrem verfügbaren Budget durchschnittlich etwa genauso viel für die Bildung ihrer Kinder aufwenden wie wohlhabendere Eltern, aber aufgrund der geringeren Beträge die Teilhabemöglichkeiten ihrer Kinder dennoch eingeschränkt sind.⁹⁸

So wundert es nicht, dass Kindern aus sozial schwachen Verhältnissen „vermehrt ein geringeres Selbstwertgefühl und Vertrauen in die Umwelt“⁹⁹ bescheinigt wird und sie – gemäß der Shell-Jugendstudie 2015 – weder Zukunftsoptimismus zeigen noch an die Realisierbarkeit ihrer beruflichen Wünsche glauben¹⁰⁰ oder aber schwanken zwischen unrealistischen Zukunftsträumen und Resignation¹⁰¹.

Die Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Bildung nimmt eine Studie von Dadaczynki in den Blick. Wie bereits durch andere Studien dargelegt, setzt auch er zunächst voraus, dass Bildung in dreierlei Weise auf Gesundheit wirkt: Aus besserem Wissen resultiert mit höherer Wahrscheinlichkeit positives Gesundheits-

⁹⁵ vgl. Vodafone Stiftung Deutschland 2018, S. 7-8

⁹⁶ vgl. dazu auch Solga 2018, S. 65-68

⁹⁷ vgl. Valtin 2008, S. 12

⁹⁸ vgl. Laubstein et al. 2016, S. 60

⁹⁹ Kinderkommission des Bundestages 2017, zitiert nach Brügelmann (o.J.), S. 1

¹⁰⁰ vgl. von zur Gathen et al. 2017, S. 34

¹⁰¹ vgl. Calmbach 2016 (Sinus-Studie), S. 78-83

verhalten; höhere Bildungsabschlüsse führen meist in gesundheitlich weniger belastende Berufe; höhere Bildung wirkt über psychische und soziale Faktoren wie etwa Kontrollüberzeugungen und soziale Stellung positiv auf Gesundheit. Umgekehrt führt Bildungsversagen (z. B. in der Schule) leicht zu psychischen Problemen.¹⁰² Anhand von internationalen Studien wird anschließend aufgezeigt, welchen Einfluss gesundheitliche Störungen sowie gesundheitliches Risikoverhalten sowohl kurzfristig (Schulleistungen) als auch langfristig (Studien- bzw. Ausbildungsabschluss mit Konsequenzen für die berufliche Tätigkeit) auf die Bildung haben: Einerseits behindern gesundheitliche Probleme das Lernen, andererseits schadet auch Fehlverhalten wie mangelnde Bewegung, Fehlernährung oder Suchtmittelabusus nicht nur der Gesundheit, sondern auch den Bildungsergebnissen. Dabei geht Dadaczynki davon aus, dass dieser Wirkmechanismus durch zusätzliche Drittvariablen wie sozioökonomischer Status, aber auch etwa kognitive Fähigkeiten sowie personale und soziale Ressourcen beeinflusst wird. Diese Einflussfaktoren müssen deshalb bei entsprechenden Studienergebnissen Berücksichtigung finden. Auf der Basis diverser näher betrachteter Untersuchungen, die durchaus teilweise unterschiedliche Befunde liefern, kommt der Autor zu dem Ergebnis, dass auch nach Herausrechnen der Drittvariablen insbesondere Adipositas, mangelnde körperliche Aktivität/Fitness sowie psychische Probleme den Bildungserfolg gefährden. Auch Verhaltens- und besonders Aufmerksamkeitsprobleme üben einen negativen Einfluss aus, wobei entsprechende Schutzfaktoren (z. B. Bildungshunger) die Wirkung abschwächen können. Dadaczynski empfiehlt dringend, diese Erkenntnisse bei der schulischen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.¹⁰³

Die Dreiecksbeziehung Sozialstatus – Gesundheit – Bildung stellt Basch heraus: Er sieht im Gesundheitszustand einen wesentlichen Aspekt für den Einfluss des Sozialstatus auf Schulleistung und Bildungserfolg, da Beeinträchtigungen der Gesundheit sich sowohl auf die Motivation als auch die Fähigkeit zu lernen auswirken. Um der Problematik zu begegnen, erachtet er die Zusammenarbeit von Lehrkräften und Gesundheitspflege als unerlässlich.¹⁰⁴

¹⁰² vgl. Dadaczynski 2012, S. 142

¹⁰³ vgl. ebd., S. 150

¹⁰⁴ vgl. Basch 2011, S. 593-596

9. Das Tätigkeitsfeld der Schulgesundheitspflegefachkraft

In den letzten Jahren wurde in Pflegekreisen vermehrt die Möglichkeit einer Einführung von Schulgesundheitspflege auch in Deutschland diskutiert. Daraus erwuchsen Anstöße zu dem Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an allgemeinbildenden Schulen“ in Brandenburg und Hessen.

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts hatte es Schulgesundheitschwester gegeben. So ist beispielsweise aktenkundig, dass zwischen 1914 und 1933 Diakonieschwester an Schulen, unter anderem in Wuppertal, Stettin und Leipzig eingesetzt waren¹⁰⁵. Auch Schwestern anderer Gemeinschaften bzw. der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen übten diese Aufgabe aus.¹⁰⁶ Zwar waren die Tätigkeitsbereiche – der Zeitepoche und dem damaligen Krankheitsspektrum entsprechend – andere, aber damals wie heute ging es um die Gesundheit der Schulkinder. Leider wurde diese Institution in Deutschland wiedereingestellt. In den letzten Jahrzehnten finden sich Schulgesundheitspflegende hier lediglich sehr vereinzelt an internationalen oder an wenigen privaten Schulen.

Anders verlief es in etlichen anderen Ländern, in denen Schulgesundheitspflege seither oder inzwischen einen festen Platz an allen Schulen einnimmt. Aus diesem Grund wird zunächst der Blick ins Ausland gewandt, um in Erfahrung zu bringen, was sich von dort auf hiesige Verhältnisse übertragen lässt.

9.1 Die School Health Nurse aus internationaler Perspektive

Nach Erläuterung der Anforderungen der WHO an das Berufsbild soll die Schulgesundheitspflege in drei Ländern beispielhaft vorgestellt werden. Es wurden die europäischen Länder Großbritannien, Schweden und Finnland ausgewählt, da trotz großer Unterschiede in der Organisation des Schul- wie auch des Gesundheitswesens die allgemeine Lebenssituation sowie die allgemeine Bedarfslage von Kindern und Jugendlichen in diesen Ländern doch in etwa mit der in Deutschland vergleichbar ist.¹⁰⁷

¹⁰⁵ vgl. in den Akten H 284, H 330, H 332, H 376 ArchEvDV

¹⁰⁶ vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2014, S. 12

¹⁰⁷ vgl. dazu Kocks 2008b, S. 257 bzgl. seiner Einschätzung zu Schweden. Vgl. auch den HDI (Human Development Index) dieser Länder: Wie Deutschland unter den ersten 25. Alle (zzt. noch) Mitgliedsstaaten der EU.

9.1.1 Aufgaben und Anforderungen gemäß WHO

Ein Grundlagenwerk der WHO, auf das sich weltweit Gesundheitsförderung stützt, ist die „Ottawa-Charta“ von 1986. Sie zielt auf Befähigung, Ermöglichung und Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen und auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten.¹⁰⁸ Die nachfolgende Erklärung von Jakarta (1997) empfiehlt für die Gesundheitsförderung den Setting-Ansatz, unter anderem für Schulen.¹⁰⁹

Unter diesen Vorzeichen ist der europäische Rahmenplan für Qualitätsstandards in Schulgesundheitsdiensten¹¹⁰ zu sehen, der u. a. die Kompetenzanforderungen für Schulgesundheitspflegende umfasst. Auf ihn bezieht sich auch das Weiterbildungscurriculum des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen.

Der Rahmenplan beinhaltet sieben Kompetenzen für Schulgesundheitsfachkräfte: Die sechs sich überschneidenden Rollen Gesprächspartner_in („Communicator“), Mitarbeiter_in im interdisziplinären Team („Collaborator“), Manager_in, Gesundheitsanwalt_in, Wissenschaftler_in, Fachmann/-frau verdichten sich zur Rolle des/der Schulgesundheitsexpert_in. Jede Rolle wird in einem ausführlichen Kompetenzbündel operationalisiert, das hier nicht detailliert wiedergegeben werden kann. Beispielsweise ist die School Nurse in einer respektvollen, nicht-richtenden Weise Gesprächspartnerin für Kinder, Jugendliche und Eltern; sie nutzt motivierende Fähigkeiten, um Schüler_innen und Eltern dazu zu ermutigen, Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu treffen; sie bespricht sich mit anderen innerhalb des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, um Entwicklung und eine adäquate Anpassung der Sorge um Kinder und Jugendliche zu erreichen etc. Die übrigen Rollen werden entsprechend spezifiziert.¹¹¹

Außerdem enthält der Rahmenplan sieben Standards:

„Standard 1: Ein interdisziplinärer nationaler oder regionaler Rahmenplan auf der Grundlage der Kinderrechte, in den das Gesundheits- und das Bildungsministerium involviert sind, ist vorhanden, um Empfehlungen über Inhalt und Bedingungen des Dienstes der Schulgesundheitspflege zu geben.

Standard 2: Der Schulgesundheitsdienst respektiert die Prinzipien, Charakteristika und den Qualitätsumfang kinder- und jugendfreundlicher Gesundheitsdienste und setzt sie in geeigneter Weise für Kinder und Jugendliche auf allen Entwicklungsstufen und in allen Altersgruppen ein.

¹⁰⁸ vgl. WHO 1986

¹⁰⁹ vgl. WHO 1997, S. 19

¹¹⁰ European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals; WHO-Europe 2014

¹¹¹ vgl. WHO-Europe 2014, S. 3-6

Standard 3: Die Möglichkeiten, die materielle und personelle Ausstattung und die Datenverwaltungssysteme sind ausreichend, um die Schulgesundheitsdienste in die Lage zu versetzen, ihre Ziele zu erreichen.

Standard 4: Die Zusammenarbeit zwischen Schulgesundheitspflege, Lehrkräften, Schulverwaltung, Eltern und Kindern und den Akteuren der Kommunen (einschließlich Anbietern von Gesundheitsdiensten) ist vorhanden, und entsprechende Verantwortlichkeiten sind klar definiert.

Standard 5: Die Mitarbeiter_innen des Schulgesundheitsdienstes haben klar definierte Stellenbeschreibungen, adäquate Kompetenzen und eine Verpflichtung, den Qualitätsstandards des Schulgesundheitsdienstes nachzukommen.

Standard 6: Das Spektrum der Schulgesundheitsdienste, basierend auf den die öffentliche Gesundheit betreffenden Prioritäten ist definiert und wird unterstützt durch Protokolle und Richtlinien mit Quellennachweis. Das Servicepaket berücksichtigt allgemeine (auf die Bevölkerung zugeschnittene) Zugänge einschließlich Gesundheitsförderung im Setting Schule sowie individuelle Bedarfe.

Standard 7: Ein Datenverwaltungssystem, das die sichere Speicherung und Rettung der individuellen Gesundheitsberichte, die Überwachung von Gesundheitstrends, die Einschätzung der Struktur- und Prozess-Qualität der Schulgesundheitsdienste und Forschung ermöglicht, ist installiert. [Übers. d. Verf.] " ¹¹²

Die einzelnen Standards werden jeweils noch entsprechend präzisiert. Hier sollen lediglich die Ausführungen zu Standard 6 (Aufgabenspektrum) wiedergegeben werden (zitiert nach der Übersetzung des Weiterbildungscurriculums).

Das Aufgabenspektrum schließt wenigstens die folgenden Aspekte ein:

- „- Gesundheitsförderung und Unterstützung der Lehrkräfte bei der Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen und Kompetenzen in folgenden Themenbereichen: (a) körperliche, soziale und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, (b) Ernährung, (c) Bewegung, (d) Mundgesundheit, (e) Suchtprävention mit Schwerpunkt auf Alkohol, Tabak und illegalen Drogen, (f) Sexualaufklärung und sexuelle Gesundheit, (g) psychische Gesundheit, (h) Unfall- und Gewaltprävention
- Kinderschutz
- Mitarbeit an der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schulumgebung, vorrangig bezogen auf die Bereiche Hygiene, Sanitäreinrichtungen, Schulessen, Belüftung, Lichtverhältnisse und Möblierung
- Infektionsschutz und individuelle sowie Reihen-Impfungen in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Früherkennung von Gesundheits- und sozialen Problemen sowie von Lebens- oder Lernbedingungen, die das schulische Lernen beeinträchtigen
- Bereitstellen von Angeboten für chronisch erkrankte/behinderte Schüler(innen) sowie für Kinder und Jugendliche mit gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten, die u. a. Beratungstätigkeiten auf individueller und Schulebene umfassen
- Erkennen der Bedarfe besonders gefährdeter (vulnerabler) Kinder und Jugendlicher
- Früherkennung von mangelnder Zahngesundheit und entsprechende Weitervermittlung“ ¹¹³

Der Rahmenplan bietet eine Basis für die Entwicklung von Curricula für die Qualifizierung von Schulgesundheitsfachkräften in den Mitgliedsländern.

¹¹² WHO-Europe 2014, S. 7-11

¹¹³ WHO-Europe 2014, S. 11; deutsche Übersetzung: Möller 2016, S. 10

9.1.2 Die School Health Nurse in Großbritannien

Schulgesundheitspflege hat in Großbritannien eine lange Tradition, die um 1907 ihren Anfang nahm, entwickelte sich aber erst seit den 1970er Jahren von der zunächst arztabhängigen Stellung zunehmend zu einer autonomen Aufgabe, in der die School Nurse Public Health-Initiativen für Schulkinder leitet und sehr vernetzt handelt.¹¹⁴ Die School Nurse hat eine spezielle Weiterbildung bezogen auf Public Health und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter, die mit einer Registrierung beim NMC (Nursing and Midwifery Council) verbunden ist. Teilweise arbeitet sie im Team mit weniger ausgebildeten Mitarbeitenden, z. B. Sanitätern oder Kinderpflegerinnen, deren Tätigkeit sie koordiniert. School Nurses müssen sicherstellen, dass evidenz-basierte Leitlinien beachtet werden.¹¹⁵ Dabei stellen sie eine Schnittstelle zwischen Schüler_innen und ihren Eltern sowie der Schule und dem Gemeinwesen dar. „Die grundlegende Rolle der School Nurse ist es, Public Health-Maßnahmen zur Verfügung zu stellen und zu koordinieren, um Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. [Übers. d. Verf.]“¹¹⁶

Wie in anderen Ländern auch, hat sich das Problemspektrum bei den Kindern und Jugendlichen verschoben, so dass School Nurses sich vermehrten psychischen Störungen, zunehmenden sozialen Unterschieden mit Auswirkungen auf Gesundheit und Bildungserfolg, Suchtmittelkonsum (Rauchen, Alkohol, Drogen), gestörten Beziehungen und Schikanierungen, Teenager-Schwangerschaften sowie ungesunder Ernährung bei mangelnder körperlicher Aktivität gegenüber sehen. Deshalb sind Gesundheitsförderungsprogramme und nationale Rahmenpläne sowie ein Schulgesundheitsstandard (National Healthy Schools Standard) entwickelt worden.¹¹⁷ Als zentrale Aufgaben der School Nurse werden die individuelle Unterstützung der Kinder und Eltern, Gemeinwesenentwicklung einschließlich Gesundheitsförderung, Impfungen, Gesundheitsüberwachung und Screening sowie Kinderschutz genannt. Konkret kümmert sie sich beispielsweise um die psychische Gesundheit der Schüler_innen, um behinderte Kinder und solche mit besonderen Bedürfnissen, um Gesundheitsbedarfe von Minderheiten, aber auch um Prävention

¹¹⁴ vgl. Royal College of Nursing 2017, S. 4

¹¹⁵ vgl. ebd., S. 5

¹¹⁶ ebd., S. 10

¹¹⁷ vgl. dazu auch: Department of Health/ Public Health England 2014

von Alkohol- und Drogenmissbrauch einschließlich Rauchen und anderes mehr.¹¹⁸ Dabei arbeitet die School Nurse mit verschiedensten anderen Berufsgruppen und Gesundheits- und Jugenddiensten innerhalb und außerhalb der Schule zusammen und stellt auch Angebote für Jugendliche außerhalb der Schule bereit.¹¹⁹ Vorrangig in ihrer Arbeit sind sechs Bereiche, in denen sie sich für die Schüler_innen einsetzt (die im Einzelnen auszuführen den Umfang dieser Arbeit überschreiten würde): 1) Resilienz und emotionales Wohlbefinden, 2) Sicherheit, Risiko-Management und Unfallschutz, 3) Verbesserung des Lebensstils (zur Vermeidung von Entwicklungsrisiken und chronischen Krankheiten), 4) Optimierung des Lernens und des Bildungserfolgs, 5) Unterstützung von Schüler_innen mit besonderen oder komplexen Bedarfen bezüglich Gesundheit und Wohlbefinden, 6) Vorbereitung auf das Erwachsensein und nahtlosen Übergang ermöglichen.¹²⁰

9.1.3 Die School Health Nurse in Schweden

In Schweden ist Schulgesundheitspflege ein Teil der öffentlichen Gesundheitsförderung für Kinder und richtet sich an alle 6- bis 19-jährigen Schüler_innen wie auch an ihre Familien. Die School Nurse (Skolsköterska) wird von der Kommunalverwaltung angestellt und arbeitet mit weiteren Berufsgruppen wie Sozialarbeiter_innen und Psycholog_innen zusammen, doch nur ihre Stelle ist gesetzlich an allen Schulen vorgeschrieben¹²¹. Ihre Hauptaufgabe ist es, die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Schüler_innen zu beobachten und aufrecht zu erhalten. Ihr obliegt daher die frühzeitige Ermittlung von Entwicklungsverzögerungen und anderen Beeinträchtigungen, und sie führt so gemeinsam mit dem (Amts-)Arzt das Kindergesundheitsprogramm durch.¹²² Eine School Nurse ist im Durchschnitt für ca. 600 Schüler_innen zuständig, so dass an großen Schulen mehrere Schwestern/Pfleger zusammenarbeiten, u. U. aber auch eine/r mehrere kleine Schulen versorgt. Immer sind sie aber in die Schule selbst integriert und insofern Ansprechpartner_in für Kinder und auch Eltern, werden gerne und häufig kontaktiert und bieten Versorgungssicherheit der Eltern für ihre Kinder, insbesondere auch bei Kindern mit Pflegebedarf. Letzteres ist insofern bedeutsam, als in Schweden auch Kinder mit beson-

¹¹⁸ vgl. Holme et al. (ohne Jahr)

¹¹⁹ vgl. Royal College of Nursing 2017, S. 14

¹²⁰ vgl. ebd., S. 17-26

¹²¹ Seit 1940 im schwedischen Schulgesetz verankert. Vgl. Fagerholt 2009, S. 511

¹²² vgl. Clausson 2008, S. 4-5

deren Bedürfnissen in Regelschulen integriert sind. In jährlichem Abstand (Grundschule, d. h. bis 9. Klasse, später weniger häufig) führt die School Nurse Screeninguntersuchungen durch und verabreicht die erforderlichen Impfungen, so dass Schweden eine fast 100prozentige Impfquote aufweist.¹²³ Den Schulpflegerinnen wird von den Kindern und Jugendlichen sehr viel Vertrauen entgegengebracht, nicht zuletzt wegen ihrer Schweigepflicht. So werden ihre offenen Sprechstunden als niederschwelliges Angebot rege genutzt, auch um sehr persönliche Probleme zu besprechen. Dabei bieten sich viele Ansatzmöglichkeiten für individuelle Gesundheitsberatung. Darüber hinaus unterrichtet die School Nurse auch in den Klassen zu Gesundheitsthemen, macht gesundheitsförderliche Angebote für Schülergruppen oder bietet entsprechende Projekte an, berät die Schulküche zu Ernährungsfragen oder initiiert Maßnahmen zur Unfallvermeidung und bemüht sich so auf vielerlei Weise, das Thema Gesundheit im Alltag der Schüler_innen zu integrieren.¹²⁴ Dadurch werden sie frühzeitig „an einen selbständigen und selbstbewussten Umgang mit ihrer Gesundheit/Krankheit herangeführt.“¹²⁵

Voraussetzung für die Tätigkeit als School Nurse ist ein Pflegestudium mit Bachelor-Abschluss, eine zweijährige Berufserfahrung plus eine Weiterbildung in Kinderkrankenpflege oder öffentlichem Gesundheitsdienst (District Nurse). Seit 2008 gibt es außerdem einen Studiengang „School Health Nursing“.¹²⁶

Bereits seit 1944 besteht eine eigene Berufsorganisation für Schulgesundheitspflegerinnen, die Swedish Association of School Nurses.¹²⁷

9.1.4 Die School Health Nurse in Finnland

Die Aufgaben und Zuständigkeiten der finnischen School Nurse entsprechen im Wesentlichen denen in Schweden. Da es in Finnland keine freie Arztwahl gibt, liegen sämtliche Gesundheitsdaten von Kindern zunächst im zuständigen Gesundheitszentrum. Mit der Einschulung werden sie der School Nurse übergeben, die sie weiterführt; bei einem Schulwechsel wandern sie wieder entsprechend weiter, so dass der jeweiligen Schulgesundheitsfachkraft die gesamte Krankengeschichte eines Kindes vorliegt. Dadurch sei „die Möglichkeit [...] sehr gering, dass ein Kind

¹²³ vgl. Kocks 2008b, S. 251-253

¹²⁴ vgl. Kocks 2008a, S. 365-366; Kocks 2008b, S. 254

¹²⁵ Kocks 2008b, S. 256

¹²⁶ vgl. Kocks 2008a, S. 367

¹²⁷ vgl. Fagerholt 2009, S. 511

durch das Netz der Gesundheitsfürsorge fällt.“¹²⁸ In diesem System fällt der School Nurse eine Casemanager-Funktion zu, da bei allen Krankheitsfällen von Schulkindern (ausgenommen Notfälle) sie zunächst zu konsultieren ist. Manches kann von ihr selbst behandelt werden, anderenfalls überweist sie an den Schularzt oder einen Facharzt oder schaltet ggf. den Schulpsychologen ein.¹²⁹ So arbeitet sie im Team mit Lehrkräften und anderen Professionen zusammen. Dabei wird basierend auf den Untersuchungen ein individueller Gesundheits-Förderplan für die Schüler_innen erarbeitet.¹³⁰

Voraussetzung für den Dienst als School Nurse in Finnland ist aufbauend auf dem Pflegestudium (Bachelor) ein Masterstudiengang in Community Health, in dem die Wahl-Spezialisierung Schulgesundheitspflege belegt werden kann.¹³¹

9.2 Schulgesundheitspflege in Deutschland

Abgesehen von den aktuellsten Erfahrungen im Rahmen des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen, die an anderer Stelle noch thematisiert werden, und den sehr frühen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts, die unter anderen Bedingungen und Zeitumständen stattfanden, ist die Datenlage äußerst spärlich. Doch immerhin ist das Thema seit einigen Jahren in der Pflege angekommen, wie diverse Publikationen und Stellungnahmen zeigen. Neben wenigen wissenschaftlichen Studien (siehe Kap. 7) finden sich Artikel in Fachzeitschriften, die meist auf gute Erfahrungen im Ausland¹³² bzw. an deutschen Auslandsschulen¹³³ Bezug nehmen oder/und auf einen Mangel hierzulande, z. B. in der Versorgung und Unterstützung von chronisch kranken Kindern hinweisen¹³⁴. Im Jahr 2011 wird in einem Beitrag von Pflegewissenschaftler_innen zur Weiterentwicklung der Pflege die Schulgesundheitspflege als neues Berufsfeld empfohlen.¹³⁵ Auch ein aktuelles Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hat der Schulgesundheitspflege ein Kapitel gewidmet.¹³⁶ Eine Bachelorarbeit beinhaltet mit Hinweis auf Schulgesund-

¹²⁸ Olthoff 2005, S. 876

¹²⁹ vgl. ebd., S. 875-876

¹³⁰ vgl. von Schantz 2013, S. 15

¹³¹ vgl. Möller 2015, S. 69

¹³² vgl. Dillmann et al. 2014, Kocks 2008, Kocks 2007, Olthoff 2005

¹³³ vgl. Weskamm et al. 2016

¹³⁴ vgl. z. B. Kocks 2015

¹³⁵ vgl. Stöver et al. 2011, S. 9

¹³⁶ vgl. Holoch et al. 2017

heitspflege die Ausarbeitung und Analyse einer Unterrichtseinheit „Erste Hilfe für Kinder“ durch Pflegende.¹³⁷

Darüber hinaus wird das Thema außerhalb der Pflege aufgegriffen, so wurde etwa in „PädNetzSInfo“ 2015 über ein beim Regierungspräsidium Tübingen angesiedeltes Treffen und 2016 über die daraus entstandene Arbeitsgruppe berichtet, bei der u. a. mit Schulleiter_innen über Möglichkeiten des Einsatzes von Schulkrankenschwestern beraten wurde,¹³⁸ und im Bildungsmagazin „News4Teachers“ wird mitgeteilt, dass Lehrerverbände den bundesweiten Einsatz von Schulgesundheitskräften forderten.¹³⁹ Auch die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin nimmt sich der Sache an (siehe Kap. 9.2.2) sowie auch die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, die gerade hinsichtlich der adäquaten Versorgung von chronisch kranken und behinderten Kindern den Bedarf von Gesundheits- und Kinderkrankenschwester in den Schulen sieht.¹⁴⁰

Im Präventionsgesetz von 2015 wird Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule zwar erwähnt, aber nicht spezifiziert.

Art. 1 bestimmt u. a., dem SGB V einen § 20a zuzufügen, der Leistungen der Krankenkassen „zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“, d. h. „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, [...]“ (§ 20a (1)) thematisiert. In § 20a (3) werden „Schulen“ explizit als solche Lebenswelten genannt und die BZgA „mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ beauftragt.¹⁴¹

Ein Erfahrungsbericht über die noch sehr seltene Praxis kommt von einer Kinderkrankenschwester, die als Schulgesundheitschwester an einer freien Waldorfschule (1. – 13. Klasse) arbeitet. Bei den über 900 Schüler_innen obliegt ihr sowohl die Versorgung und ggf. Weiterleitung bei Unfällen oder Erkrankungen als auch der Unterricht in Erster Hilfe und zu verschiedenen Präventionsthemen sowie die Ausbildung der Schulsanitäter. Außerdem fungiert sie als Kindeswohlbeauftragte und ist für Infektionsschutz und Hygiene verantwortlich. Daneben ist sie Ansprechpartnerin für die Schüler_innen und findet in diesem Zusammenhang viel Gelegenheit, gesundheitsförderlich tätig zu sein.¹⁴² Eine Schulgesundheitschwester an einer internationalen Schule berichtet Vergleichbares und hebt auch den Kontakt zu

¹³⁷ vgl. Banovic 2016

¹³⁸ vgl. Reckert 2015; Reckert 2016

¹³⁹ vgl. Priboschek 2017

¹⁴⁰ vgl. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (o. J.)

¹⁴¹ vgl. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 17. Juli 2015

¹⁴² vgl. Karl 2015, S. 9

Eltern und zu behandelnden Ärzten sowie die Unterweisung der Lehrer_innen in Bezug auf chronische Krankheitsbilder und Notfallsituationen hervor.¹⁴³

9.2.1 Die Position des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK)

Bereits 2011 nahm der DBfK Bezug auf die geplante Aufstockung des Bildungspaketes und die damit verbundene Erweiterung der Schulsozialarbeit, die sehr begrüßt wird. Es wurde jedoch aufgezeigt, dass auch die gesundheitlichen Belange der Schüler_innen zu bedenken seien, und er forderte deshalb mit Hinweis auf internationale gute Erfahrungen den Einsatz von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger_innen bzw. Familiengesundheitspfleger_innen an Schulen.¹⁴⁴ Ein Jahr später reagiert der DBfK auf einen Vorschlag aus dem Gesundheitsministerium, ärztliche Reihenuntersuchungen an Schulen einzuführen, mit dem Hinweis, dass durch speziell weitergebildete School Nurses den verbreiteten Problemen wie Adipositas, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Suchtverhalten etc. effektiver beizukommen sei.¹⁴⁵

Im Jahr 2014 erscheint die Broschüre „Gesund aufwachsen – Schulgesundheitspflege in Deutschland“¹⁴⁶, in der Rolle und Aufgaben der School Health Nurse anhand internationaler Praxis beschrieben und der gesundheitlichen Situation von Schüler_innen in Deutschland, wie sie durch Studien belegt ist, gegenübergestellt werden. Dabei wird, u. a. mit Blick auf die Behindertenrechtskonvention der UN, die „ein integratives Bildungssystem“¹⁴⁷ fordert, aber auch auf den allgemeinen Zusammenhang von Gesundheit und Bildungserfolg sowie die Grenzen der Sozialarbeit im Bereich Gesundheitserhaltung und -förderung eine Lücke im Bereich der gesundheitlichen Versorgung aufgedeckt.¹⁴⁸ Der DBfK setzt sich deshalb dafür ein – in Ergänzung zur Schulsozialarbeit – adäquat weitergebildete Schulgesundheitspfleger_innen an öffentlichen Schulen einzustellen. Es wird empfohlen die Bereiche Pädiatrie, Notfallversorgung, Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention in der Weiterbildung zu berücksichtigen.¹⁴⁹ In einem Positionspapier wird aktuell 2018 mit Hinweis auf den Setting-Ansatz der WHO bei der Gesundheitsförde-

¹⁴³ vgl. Deckelmann in DBfK 2014, S. 16

¹⁴⁴ vgl. DBfK 2011, S. 366

¹⁴⁵ vgl. DBfK 2012, S. 784

¹⁴⁶ vgl. DBfK 2014

¹⁴⁷ Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011, Art. 24 (vgl. auch Fußnote 237 dieser Arbeit)

¹⁴⁸ vgl. DBfK 2014, S. 13

¹⁴⁹ vgl. ebd., S. 17

rung sowie die „Nachhaltigen Entwicklungsziele“ der Vereinten Nationen einerseits und das veränderte Spektrum der gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern (chronische Krankheiten, psychische Auffälligkeiten, Übergewicht etc.) und das Erfordernis der Inklusion andererseits der Einsatz von Schulgesundheitspfleger_innen dringend empfohlen. Das Positionspapier enthält eine Auflistung typischer Aufgaben sowie die Einordnung ihrer Zuständigkeiten im Setting Schule ebenso wie die Empfehlung, perspektivisch als Qualifikation ein Masterstudium in Public Health/ School Health Nursing aufbauend auf einem grundständigen Pflegestudium (Bachelor) ins Auge zu fassen.¹⁵⁰

9.2.2 Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Nachdem die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) sich bereits 2014 in einer Pressemitteilung mit Blick auf chronisch kranke Kinder für den Einsatz von Schulgesundheits-schwestern ausgesprochen hatte¹⁵¹, gibt der Fachausschuss Öffentlicher Gesundheitsdienst der DGSPJ im Januar 2015 „Empfehlungen zum Ausbau des Schulgesundheits-systems durch ‚school nurses‘ in Deutschland“ heraus¹⁵². Bezugnehmend auf die WHO-Empfehlungen zum Schulgesundheitsdienst und vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und der angestrebten Inklusion behinderter Schüler_innen sieht die DGSPJ es als erforderlich an, die Gesundheitsbetreuung in der Schule neu zu gestalten. Sie empfiehlt, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen mit entsprechender Zusatzqualifikation einzusetzen. Ihre vorrangigen Aufgaben sollten nach internationalem Muster „Case Managerin für chronisch kranke Kinder, erste Ansprechpartnerin bei Unfällen und medizinischen Notfällen, aber auch für alle anderen gesundheitlichen Belange der Kinder, Kümmerer vor Ort: Brückenbauen und Vernetzungsfunktion sowie enge Zusammenarbeit mit dem Team des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes“¹⁵³ sein. Auch sollen sie an der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Umsetzung des Impfplans mitwirken, selbständig Screening-Untersuchungen durchführen, besonders vulnerable Kinder und Familien identifizieren und das Fallmanagement für

¹⁵⁰ vgl. DBfK 2018

¹⁵¹ vgl. Horacek 2014

¹⁵² vgl. Horacek et al. 2015

¹⁵³ ebd., S. 2

besondere Risikokinder übernehmen, außerdem die allgemeine Gesundheitsbeobachtung der Schüler_innen und die Entwicklung von Gesundheitsförderungsangeboten.¹⁵⁴ Dabei sollte die Schulgesundheitschwester nach Ansicht der DGSPJ „fachlich im schulärztlichen Team des Gesundheitsamtes verankert“¹⁵⁵, aber gleichzeitig Teil des Schulteams sein. Bezüglich der Finanzierung wird auf die Ergebnisse der „Machbarkeitsstudie“ des Modellprojektes Schulgesundheitspflege (siehe im Folgenden) verwiesen. Die DGSPJ sieht im Einsatz von Schulgesundheitspflegenden die Möglichkeit, Chancengleichheit in der Bildung sowie Inklusionsziele besser zu verwirklichen.¹⁵⁶

10. Das Modellprojekt Schulgesundheitspflege der Länder Brandenburg und Hessen

Initiiert wurde das Projekt 2012 vom Bündnis „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“, das als Entscheidungsvorlage eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gab, die 2014 präsentiert werden konnte.¹⁵⁷ Darin werden, ausgehend von der Situation in Brandenburg in Hinblick auf Gesundheit und Bildung der Kinder und Jugendlichen, der beruflichen Situation der Pflegefachkräfte und dem anvisierten Tätigkeitsspektrum die rechtlichen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen beleuchtet. Darauf basierend werden Empfehlungen für ein Anforderungsprofil und eine dem entsprechende Qualifizierung der Schulgesundheitsfachkräfte sowie für Dokumentation und Evaluation des Projektes ausgesprochen.¹⁵⁸

Angeschlossen an das Projekt hatte sich inzwischen auch eine Initiative aus dem Bundesland Hessen. Seit 2017 sind Schulgesundheitsfachkräfte an 20 Schulen in Brandenburg und 10 Schulen in Hessen im Einsatz.

10.1 Ziele des Projektes

Ziel des Modellprojekts ist es, Möglichkeiten des Einsatzes von Schulpflegekräften mit Blick auf einen eventuellen landesweiten Regelbetrieb zu prüfen und im Rahmen des Projekteinsatzes zu evaluieren. Dazu gehört auch die Entwicklung und

¹⁵⁴ vgl. Horacek et al. 2015, S. 2 u. 11

¹⁵⁵ ebd., S. 10

¹⁵⁶ vgl. ebd., S. 13

¹⁵⁷ vgl. Möller 2015, S. 17; S. 19

¹⁵⁸ Im Folgenden wird wiederholt auf diese Studie (Möller 2015) Bezug genommen. Sie kann aber im Rahmen dieser Arbeit nicht in allen Aspekten thematisiert werden, sondern nur, soweit sie für den Argumentationsgang bedeutsam ist.

Durchführung einer geeigneten Weiterbildungsmaßnahme zur Schulgesundheitsfachkraft und die Unterstützung der Schulentwicklung an den beteiligten Schulen. Beabsichtigt ist, dass das Pilotprojekt folgende Ergebnisse erbringt:

- „- ein an den in der Praxis vorhandenen Bedarfen aktualisiertes Tätigkeitsprofil
- ein praxiserprobtes und evaluiertes Curriculum
- Evaluationsergebnisse zur Arbeit der Schulpflegekräfte, zu den Rahmenbedingungen und zur Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme
- eine Handreichung für alle beteiligten Akteure: Schulen, Schulpflegekräfte, Schulträger, beteiligte Abteilungen innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“¹⁵⁹

Um ein Finanzierungskonzept zu erarbeiten sind auch Verhandlungen mit Kostenträgern wie Schulträgern, ggf. Land, Kranken- und Unfallkassen, ggf. auch Pflegekassen sowie Sozialhilfeträgern durchzuführen. Daneben sind diverse offene Fragen zu klären wie etwa die fachliche Anbindung, die Sicherstellung des Datenschutzes und anderes.¹⁶⁰

Langfristig erhofft sich die Initiative durch eine Einführung von Schulgesundheitsfachkräften als einem niederschweligen kultursensiblen Angebot für alle Schülergruppen¹⁶¹ unter anderem eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Schüler_innen, eine Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz, eine Verbesserung der Integration chronisch kranker und behinderter Kinder, eine Verbesserung der Lernvoraussetzungen für gesundheitlich und/oder sozial benachteiligte Schüler_innen und damit eine Steigerung der Bildungschancen und der Ausbildungsfähigkeit. Außerdem wird durch Schulgesundheitspflege eine Entlastung von Eltern und Lehrkräften erwartet.¹⁶² Sowohl Tannen als auch Maulbecker-Armstrong sehen für Eltern und Lehrende darin zudem die Chance der Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz.¹⁶³

10.2 Struktur des Projektes¹⁶⁴

In Projektphase I (September 2013 bis April 2015) wurde die schon erwähnte Machbarkeitsstudie erstellt, innerhalb der auch ein vom Europäischen Sozialfonds für Deutschland (ESF) geförderter transnationaler Austausch mit den Ländern Finn-

¹⁵⁹ Möller 2015, S. 10

¹⁶⁰ vgl. ebd., S. 9-10

¹⁶¹ vgl. Maulbecker-Armstrong 2016, S. 226

¹⁶² vgl. Möller 2015, S. 7-8

¹⁶³ vgl. Maulbecker-Armstrong 2016, S. 226; Tannen 2017, S. 61

¹⁶⁴ Soweit nicht anders angegeben, beruht der Abschnitt auf den Quellen: HAGE 2018 und AWO Potsdam 2016.

land und Polen erfolgte. Projektphase II (Mai 2015 bis Juli 2016) beinhaltete darauf aufbauend die Entwicklung eines Tätigkeits- und Kompetenzprofils einschließlich eines Curriculums für die Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger_innen zu Schulgesundheitsfachkräften. Zunächst war geplant, in Brandenburg und in Hessen je 10 Schulgesundheitsfachkräfte an je einer Schule einzusetzen. Für Brandenburg wurde die Anzahl der teilnehmenden Schulen dann verdoppelt, so dass eine Schulgesundheitschwester¹⁶⁵ an 1-3 Schulen tätig ist (was bedingt, dass sie an ihren Schulen nicht ständig vor Ort ist).

Ab August 2016 (Beginn Projektphase III) wurden Informationsveranstaltung für Schulleitungen sowie vorbereitende Workshops mit den jeweiligen Schulkollegien durchgeführt. Jede Schule benannte aus dem Kreis der Lehrkräfte eine/einen Mentor_in für die Schulgesundheitspflegefachkraft.

In Zusammenarbeit zwischen Projektträger und der Schule mussten die räumlichen und organisatorischen (Arbeitszeit, Dokumentationssystem etc.) Voraussetzungen sichergestellt werden einschließlich der Beteiligung an der wissenschaftlichen Evaluation. Auch die Eltern waren über das Projekt zu informieren und ihre Einwilligung für die Zusammenarbeit mit der Schulgesundheitsfachkraft einzuholen. Ebenfalls war die Kooperation mit den regionalen Gesundheitsämtern und weiteren Institutionen zu klären. Daraus entstand ein regelmäßiger Austausch in regionalen Arbeitskreisen.¹⁶⁶

Die Weiterbildung der Pflegefachkräfte startete in Brandenburg im November 2016, in Hessen im April 2017 jeweils mit einem mehrmonatigen Theorieblock und wurde anschließend berufsbegleitend weitergeführt. Somit lief ab Februar 2017 (Brandenburg) bzw. ab Juni 2017 (Hessen) der praktische Einsatz in den Schulen an. Die Projektlaufzeit endet 2018 im Oktober (Brandenburg) bzw. Dezember (Hessen).

Projektträger für Brandenburg ist die Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bezirksverband Potsdam e.V., Kooperationspartner sind das Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, das Brandenburger Ministerium Bildung, Jugend und Sport, die AOK Nordost und die Unfallkasse Brandenburg. In Hessen ist die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

¹⁶⁵ Da im Projekt nur weibliche Schulgesundheitsfachkräfte tätig sind, erübrigt sich hier und im Folgenden eine gendergerechte Schreibweise.

¹⁶⁶ vgl. AWO Potsdam 2018a, S. 3; S. 10

(HAGE) Träger, als Kooperationspartner fungieren das Hessische Kultusministerium und das Hessische Ministerium für Soziales und Integration sowie die AOK Hessen.¹⁶⁷ Die Theoriemodule werden an der AWO Fachschule für Sozialwesen (Brandenburg) bzw. an der Ev. Hochschule Darmstadt (Hessen) angeboten.

Wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird das Projekt durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Im Sinne eines mehrperspektivischen Mixed-Methods-Designs dienen dazu zwei standardisierte Fragebogenerhebungen zur Verlaufsbeobachtung im September 2017 und im Mai/Juni 2018 (Selbstauskunft von Eltern, Schüler_innen ab 11 Jahre, Lehrkräften) sowie Interviews mit Schüler_innen und mit externen Akteuren und Gruppeninterviews mit Eltern und mit Lehrenden während der Umsetzungsphase. Zusätzlich werden Protokolle und sonstige schriftliche Dokumentationen zum Projektverlauf sowie die (anonymisierten) Leistungsdokumentationen der Schulgesundheitsfachkräfte ausgewertet.¹⁶⁸ Inhaltlich werden in die Untersuchung auch die gesundheitliche und soziale Situation der Schüler_innen, das Gesundheitsverhalten, Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, (bisherige) gesundheitsbezogene Tätigkeiten des Lehrpersonals sowie eine Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz bei Eltern bzw. Lehrkräften mit einbezogen.¹⁶⁹

Die Evaluation des Curriculums erfolgt durch die Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen, Berlin (GFSI). Sie beinhaltet Befragungen der Teilnehmerinnen (kurz nach Beginn der Praxisphase und nach Abschluss der Weiterbildung), der Dozent_innen der Weiterbildung und der Mentor_innen der Schulen.¹⁷⁰

In Brandenburg werden außerdem durch die Leuphana-Universität Lüneburg die Auswirkungen auf die Bildungschancen der Schüler_innen untersucht.¹⁷¹ Dazu werden leitfadengestützte Interviews geführt, und zwar zu Beginn mit Schulgesundheitsfachkräften und Schulleitungen, später mit Mentor_innen, Lehrkräften, Schüler_innen und Eltern, abschließend wieder mit Schulgesundheitsfachkräften, Schulleitungen und Mentor_innen.¹⁷²

¹⁶⁷ vgl. AWO Potsdam 2018b, S. 2

¹⁶⁸ vgl. Tannen et al. 2017; Tannen et al. 2018a

¹⁶⁹ vgl. Tannen et al. 2018b ; Tannen et al. 2018a

¹⁷⁰ vgl. Sauer et al. 2018b, S. 8

¹⁷¹ vgl. Millich 2017, S. 34; Paulus et al. 2018

¹⁷² vgl. Paulus et al. 2018, S. 9

10.3 Vorgesehene Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte

Es wurden verschiedene Quellen, die sich auf das Projekt beziehen, gesichtet mit zum Teil unterschiedlichen Aufgabenzuschnitten bzw. auch unterschiedlicher Sicht der Verantwortlichkeit (Mithilfe/Unterstützung oder selbständige Initiierung bzw. Durchführung). Allgemein benannt wurden aber die Aufgaben Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen, Unterstützung von chronisch Kranken und Kindern/Jugendlichen mit Beeinträchtigungen sowie von Schülern_innen nach krankheitsbedingter längerer Abwesenheit sowie Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler_innen bei gesundheitlichen Problemen/Fragestellungen. Weiterhin werden mehrheitlich die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung erwähnt, aber mit unterschiedlichem Zuschnitt von Inhalt und Verantwortlichkeit. Dies steht unter anderem auch in Abhängigkeit zu länderspezifischen gesetzlichen Regelungen (z. B. verbietet das Brandenburger Schulgesetz ihnen, eigenständig Unterricht zu erteilen¹⁷³). Außerdem unterstreicht die Machbarkeitsstudie, dass feste Termine (Stundenplan) schwierig seien, da die Erstversorgung immer vorgeht.¹⁷⁴ Hingewiesen wird daneben auf interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowohl innerschulisch als auch mit externen Akteuren.¹⁷⁵

Die im Rahmen des Projektes erarbeitete Machbarkeitsstudie gibt Empfehlungen für ein Tätigkeitsprofil für Schulpflegekräfte im Land Brandenburg.¹⁷⁶ Auf diese Empfehlungen stützt sich das Weiterbildungs-Curriculum. Nachfolgend werden die Aufgabenbereiche mit ihrem jeweiligen prozentualen Anteil wiedergegeben, wie sie im Curriculum aufgelistet sind:

- | | |
|---|------------|
| „(1) Gesundheitliche Versorgung | 30% |
| im Sinne einer Akutversorgung und der Erbringung ausgewählter Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (inkl. Dokumentation & Verwaltung) | |
| (2) Gesundheitsförderung und Prävention | 20% |
| im Sinne der Initiierung bewährter und qualitätsgesicherter Projekte zur Gesundheitsförderung und primären Prävention sowie einer Unterstützung der Lehrkräfte in der Elternarbeit und bei Unterrichtsprojekten zu gesundheitsrelevanten Themen | |
| (3) Früherkennung | 20% |
| im Sinne individueller Hilfestellungen für Schüler(innen) und ihre Eltern bei gesundheitlichen Auffälligkeiten, Problemen und bislang unerkannten Erkrankungen durch Durchführung einfacher standardisierter Testverfahren und Beratung zur gezielten Weitervermittlung | |

¹⁷³ vgl. Möller 2015, S. 47

¹⁷⁴ vgl. ebd., S. 48

¹⁷⁵ vgl. Maulbecker-Amstrong 2016, S. 226; HAGE 2018, S. 10; AWO Potsdam 2018b, S. 1

¹⁷⁶ vgl. Möller 2015, S. 49-50

(4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/ Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule **15%**

im Sinne einer Mitarbeit am landesspezifischen Eingliederungsprogramm inklusive einer Beratung des Schulpersonals und der betroffenen Familien

(5) Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler(innen) mit gesundheitlichen Auffälligkeiten **15%**

im Sinne eines Zugangs zu besonders gefährdeten und schwer zugänglichen Gruppen mittels kontinuierlicher Präsenz und Vermittlung frühzeitiger Hilfen

(6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation

im Sinne einer Zusammenarbeit mit außerschulischen Netzwerkpartnern im Gesundheits- und Bildungsbereich **inklusive Bestandteil der Bereiche 1-5¹⁷⁷**

Hinzu kommen Verwaltungsaufgaben und selbstverständlich die Teilnahme an Fortbildungen und Fachtagungen.

10.4 Curriculum der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft

Wie bereits erwähnt, wurde das Curriculum auf der Basis der zuvor erstellten Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben. Letztere war vorrangig mit Blick auf das Land Brandenburg und die dortigen Gegebenheiten entwickelt worden, bietet aber auch die Grundlage für das Projekt in Hessen – und ist, wie auch das nachfolgende Curriculum, vermutlich auch auf andere Bundesländer, ggf. mit minimalen Anpassungen aufgrund länderspezifischer Schulgesetze, übertragbar. Im Sinne einer Triangulierung zwischen Hochschule, (Berufs-)Fachschule und Fachpraxis wurde die Entwicklung des Curriculums von einem Team der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld fachlich begleitet.¹⁷⁸

10.4.1 Zugangsvoraussetzungen zur Weiterbildung

Voraussetzung für die Teilnahme an der Qualifizierung sind „eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, eine dreijährige Berufserfahrung als Pflegefachkraft und Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter aus haupt-, neben- oder ehrenamtlichen Tätigkeiten“¹⁷⁹. Über die persönliche Eignung wird im Zuge eines Bewerbungsverfahrens entschieden.

¹⁷⁷ Möller 2016, S. 14

¹⁷⁸ vgl. ebd., S. 9

¹⁷⁹ Möller 2016, S. 24

10.4.2 Umfang, Form und Dauer der Weiterbildung

Bei der Entwicklung des Curriculums war es erklärte Absicht, mit der Qualifizierungsmaßnahme nicht nur die inhaltlichen Erfordernisse für die anspruchsvolle Tätigkeit abzudecken, sondern auch die entsprechenden Anforderungen, wie sie an staatlich anerkannte Weiterbildungen im Gesundheitswesen gestellt werden¹⁸⁰, zu erfüllen sowie die Maßnahme (nach Evaluation) in den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) einreihen zu können. Außerdem sollte die Weiterbildung zukunftsfähig angelegt werden und in diesem Sinn auch eine Durchlässigkeit in den Hochschulbereich sowie eine Vergleichbarkeit auf europäischer Ebene ermöglichen. Aus diesen Gründen wurde die Qualifizierung modular (Möglichkeit späterer Vergabe von Credit Points/ECTS) und kompetenzorientiert (entsprechend DQR) gestaltet.¹⁸¹

Diese Vorgaben in Zusammenhang mit den erforderlichen Inhalten ergaben eine einjährige Weiterbildung bestehend aus 800 theoretischen Unterrichtseinheiten (in neun Modulen) und 850 praktischen Stunden, die durch Hospitationen und Reflexionsgespräche begleitet werden. Ein mehrmonatiger Theorieblock ist den Praxiseinsätzen vorgeschaltet, in die wiederum kürzere Theorieeinheiten eingefügt sind.¹⁸² Neben den neun Modulprüfungen sind diverse weitere Leistungsnachweise zu erbringen sowie eine Abschlussprüfung abzulegen.¹⁸³

10.4.3 Inhalte der Weiterbildung

Wie bereits in der Machbarkeitsstudie empfohlen und ins dortige Tätigkeitsprofil für Schulpflegekräfte im Land Brandenburg mit eingegangen, orientiert sich die Weiterbildung inhaltlich am Aufgaben- und Kompetenzspektrum der School Health Professionals nach den Vorgaben der WHO von 2014 (siehe Kap. 9.1.1), wurde aber entsprechend der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen in Deutschland modifiziert.¹⁸⁴ In diesem Sinne war ein auf hiesige Bedingungen und

¹⁸⁰ Ländergesetze. Für Brandenburg: Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens (WBGesG) vom 18.03.1994, zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 17.12.2015. Für Hessen: Verordnung zur Änderung von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen für Gesundheitsfachberufe vom 3.12.2015 in Zusammenhang mit Hessischer Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für die Pflege und Entbindungspflege (WPO-Pflege) vom 6. Dezember 2010

¹⁸¹ vgl. Möller 2015, S. 70-73; Möller 2016, S. 11-12

¹⁸² vgl. Möller 2016, S. 24

¹⁸³ vgl. ebd., S. 53-54

¹⁸⁴ vgl. Möller 2016, S. 10

formale Vorgaben zugeschnittenes Kompetenzprofil zu erarbeiten. Daraus ergaben sich neun Module zu folgenden Themen:¹⁸⁵

- Einführung und Reflexion über die Anwendung der Fertigkeiten und Kompetenzen aus der Primärqualifikation im neuen Handlungsfeld Schule
- Rahmenbedingungen des neuen Tätigkeitsfeldes der Schulgesundheitsfachkräfte
- Tätigkeitsprofil und eigenes Rollenverständnis der Schulgesundheitsfachkräfte
- Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- Kommunikation und Beratung
- Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensumfeld Schule
- Grundlagen der sozialen Arbeit
- Grundlagen der Pädagogik
- Qualitätssicherung

Die praktische Ausbildung im realen Arbeitsfeld Schule wird begleitet durch zehn Hospitationen einer Lehrkraft der Weiterbildung sowie durch zehn Praxisreflexionsgespräche mit der/dem jeweiligen Mentor_in (Lehrer_in) der Schule.¹⁸⁶

10.5 Kompetenzprofil der Schulgesundheitsfachkräfte

Das Kompetenzprofil benennt anhand der vorgesehenen Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte konkrete Handlungsanforderungen, von denen die erforderlichen Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen abgeleitet werden. Der Erwerb dieser Kompetenzen muss durch die vorausgesetzte Grundausbildung (Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) oder die Weiterbildung abgedeckt werden. Entsprechend muss auch der Erwerb solcher Kompetenzen in die Weiterbildung aufgenommen werden, die zwar in der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, aber nicht oder nicht ausreichend in der zur Gesundheits- und Krankenpflege erworben werden (z. B. Entwicklung von Kindern und Jugendlichen). Außerdem ist eine auf das Handlungsfeld bezogene Vertiefung und Erweiterung der in der Grundausbildung erworbenen Kompetenzen unabdingbar.

Die Darstellung der Fach- und Methodenkompetenzen erfolgt im Curriculum strukturell anhand der sechs identifizierten und nun noch einmal detailliert aufgeschlüsselten Aufgabenbereiche gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Früherkennung, Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter

¹⁸⁵ vgl. Möller 2016, S. 26

¹⁸⁶ vgl. ebd., S. 24

Abwesenheit von der Schule, Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler_innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten, interdisziplinäre außerschulische Kooperation sowie der Rubrik „aufgabenbereichsübergeordnete Kompetenzen“. Letzterer ist auch die Aufstellung der geforderten personalen und sozialen Kompetenzen zugeordnet.¹⁸⁷

10.6 Erste Erfahrungen in der Praxiserprobung des Projektes

Im Rahmen einer Fachtagung im Februar 2018 in Potsdam wurden erste Zwischenergebnisse vorgestellt. Diese bezogen sich vor allem auf die Entwicklung des Projektes und auf eine Analyse der Ausgangslage in Brandenburg. Aus dieser wurden unter anderem ein „deutlich erkennbarer gesundheitsbezogener Handlungsbedarf im Setting Schule“, eine „problematische Gesundheitskompetenz der Lehrer*innen“ und „deutliche Hinweise auf hohe Akzeptanz der Pflegenden auf Seiten der Schüler*innen“¹⁸⁸ identifiziert.

Auch aus der Evaluation des Curriculums gingen positive Aussagen zum Modellprojekt insgesamt hervor¹⁸⁹, wobei an dieser Stelle nicht beurteilt werden kann, inwieweit die Zitate repräsentativ sind. Zum Curriculum selbst wurden einige Ergänzungs- und strukturelle Verbesserungsvorschläge vorgebracht, zudem wurde das Problem mangelnder Verfügbarkeit an der Schule bei Tätigkeit einer Pflegekraft an mehreren Schulen thematisiert.¹⁹⁰ Im Resultat empfehlen die Evaluatoren, die Schulgesundheitspflege fortzuführen bzw. auszuweiten und dies auch positiv in die Kultusministerkonferenz einzubringen.¹⁹¹

Paulus und Petzel (Evaluation Bereich Bildung mittels leitfadengestützter Interviews) bescheinigen dem Projekt ebenfalls eine hohe Akzeptanz, Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und das Einbringen von Fachkompetenz in die Schule. Auch hier werden noch günstigere Ergebnisse erwartet, falls die Pflegenden täglich präsent wäre.¹⁹² Von Schüler_innen werde die Schulgesundheitspflegende als Vertrauensperson bei seelischen und sozialen Problemen wahrgenommen. Der Einsatz der Pflegenden führe ferner zu einer Entlastung der Lehrenden und anderer

¹⁸⁷ vgl. Möller 2016, S. 15-21

¹⁸⁸ vgl. Tannen et al. 2018a, S. 24

¹⁸⁹ vgl. Sauer et al. 2018a, S. 10

¹⁹⁰ vgl. ebd., S. 12

¹⁹¹ vgl. ebd., S. 22

¹⁹² vgl. Paulus et al. 2018, S. 11-12

Mitarbeiter_innen. Bei Eltern war ein höheres Sicherheitsgefühl durch die bessere Betreuung sowie eine geringere berufliche Beeinträchtigung zu verzeichnen.¹⁹³

Bei den im Rahmen der Tagung präsentierten Fallbeispielen handelt es sich natürlich um Einzelfälle ohne jeden Anspruch auf Repräsentativität. Sie bieten aber einen gewissen Eindruck von der Vielfalt der Anliegen, wegen derer Schüler_innen die Schulgesundheitschwester aufsuchen.¹⁹⁴

Eine weitere Fachtagung mit den gleichen thematischen Schwerpunkten fand im April 2018 in Darmstadt statt. Im Wesentlichen wurden die gleichen Ergebnisse präsentiert wie in Potsdam, jedoch teilweise durch neue Erkenntnisse erweitert. Unter anderem wird von Mentor_innen auf den großen Wert der Schulgesundheitspflege bei Schüler_innen aus prekären Verhältnissen hingewiesen.¹⁹⁵ Auch konnte festgestellt werden, dass die Konsultationen der Schulgesundheitspflegerin durch Schüler_innen sowie auch Elternkontakte im Laufe der Zeit zunahmen.¹⁹⁶

Aus den Leistungsdokumentationen der Schulgesundheitsfachkräfte in Hessen konnten, neben sehr zahlreichen Kontakten zu Schüler_innen, aber auch zu Eltern und Lehrer_innen, insgesamt – bezogen auf die zehn Gesundheitspflegenden – 195 gruppenbezogene Aktivitäten im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ beobachtet werden, die unter anderem umfassten: Anleitung Schulsanitäter_innen; Erste Hilfe-AG, Erste Hilfe Schulung Lehrende; Entspannungs-AG, Entspannung durch Körperwahrnehmung, Meditation, Umgang mit Stress, Verhalten bei Kopfschmerzen, Zeitmanagement; Ernährung: gesundes Frühstück, Kochen; Sehtest; Sexualaufklärung; Hygieneschulung, Infektionskrankheiten; Zahngesundheit; Boxen (Gewaltprävention); Neugestaltung Bistro; Begehung der Schulräume u.v.m. Daneben wurden auch viele gesundheitliche Versorgungsdurchführungen sowie Verlaufsbeobachtungen, Kontakte in Funktion einer Vertrauensperson, individuelle Gesundheitsförderung/Prävention und Unterstützungsleistungen für chronisch kranke Schüler_innen.¹⁹⁷ Zusammenfassend wurde ein „deutlich erkennbarer gesundheitsbezogener Handlungsbedarf im Setting Schule“ und eine „hohe Akzeptanz der ‚Schulgesundheitsfachkräfte‘ auf Seiten der Schüler*innen, Eltern und Lehrenden“ festgestellt.¹⁹⁸

¹⁹³ vgl. Paulus et al. 2018, S. 15; S. 17-18

¹⁹⁴ vgl. AWO Potsdam 2018c

¹⁹⁵ vgl. Sauer et al. 2018b, S. 10

¹⁹⁶ vgl. ebd., S. 12

¹⁹⁷ vgl. Tannen et al. 2018b, S. 18-20

¹⁹⁸ ebd., S. 23

Weitere Ergebnisse der Evaluation (Wirkungsanalyse) werden im August 2018 erwartet.¹⁹⁹

11. Diskussion der theoretischen Erkenntnisse

Auf der Grundlage der dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie internationalen Normen und Erfahrungswerte und unter Einbeziehung des Kompetenzprofils der im Rahmen des Modellprojektes weitergebildeten Schulgesundheitsfachkräfte soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, inwiefern der Einsatz von Schulgesundheitspflegekräften die Chancen sozial benachteiligter Schüler_innen in Hinblick auf Gesundheit und Schulerfolg erhöhen kann.

11.1 Erkenntnisinteresse

Anhand der in den Kapiteln 7 und 8 vorgestellten Quellen konnte belegt werden, dass signifikante Korrelationen zwischen den Faktoren Bildung, Gesundheit und familiärer Sozialstatus bestehen und diese zu einer Chancenungleichheit führen, die nicht einfach übersehen oder hingenommen werden kann. Auch sind vulnerable Gruppen besonders schwer zu erreichen.²⁰⁰ Das Setting Schule indessen wird international als einer der bevorzugten Ansätze für Gesundheitsförderung gesehen, da es nahezu alle Kinder erreicht. Außerdem konnte dargelegt werden, dass innerhalb dieses Settings in verschiedenen anderen Ländern bereits langjährige gute Erfahrungen mit Schulgesundheitspflege vorliegen, und zwar vor dem Hintergrund einer großenteils vergleichbaren Problemlage der Kinder und Jugendlichen. Inzwischen wurden mit dem Modellprojekt Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen auch erste Schritte in Deutschland unternommen, die Einführung an öffentlichen Schulen zu prüfen. Die Beobachtung zunehmender sozialer und psychischer Beeinträchtigungen sowie auch die Problematik der sozialen Ungleichheit werden zwar in einigen Studien angesprochen, es finden sich auch Hinweise darauf, dass Schulgesundheitspflege in diesen Bereichen aktiv werden sollte und wird, die Ergebnisse ihrer Aktivität speziell in diese Richtung bleiben in den einbezogenen Studien jedoch zumindest vordergründig weitgehend offen oder lassen sich nur indirekt erschließen. Genau dies ist aber die zugrunde liegende, eingangs aufgeworfene

¹⁹⁹ vgl. Tannen et al. 2018b, S. 3

²⁰⁰ vgl. Kocks 2008b, S. 257

Fragestellung dieser Arbeit (vgl. Kap. 4): Inwiefern kann der Einsatz von Schulgesundheitspflegekräften die Chancen sozial benachteiligter Schüler_innen in Hinblick auf Gesundheit und Schulerfolg erhöhen?

Deshalb soll im Folgenden versucht werden, sich anhand der zuvor aufgestellten Hypothesen möglichen Antworten zu nähern.

11.2 Hypothese 1: Schulgesundheitspflegekräfte tragen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bzw. zur Abwehr vermeidbarer Gesundheitsrisiken – gerade auch bei sozial benachteiligten Schüler_innen – bei. Dies wirkt sich positiv auf Lernmotivation und Lernerfolg aus.

11.2.1 Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens von Schüler_innen durch Schulgesundheitspflege

Gesundheitsförderung ist im Aufgabenprofil der Schulgesundheitskräfte fest verankert. Dies ist sowohl aus den Vorgaben der WHO²⁰¹ als auch in anderen untersuchten internationalen Quellen²⁰² ersichtlich. Auch im Aufgabenprofil für Schulgesundheitsfachkräfte des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen ist es enthalten und wird entsprechend im Curriculum bedacht.²⁰³ Im Zwischenbericht der Evaluation des Modells in Hessen konnte bereits auf eine ganze Liste durchgeführter Gesundheitsförderungsmaßnahmen verwiesen werden²⁰⁴ (vgl. Kap. 10.6), die zum großen Teil auf das gesundheitsbewusste Verhalten von Schüler_innen abzielten. Allerdings sind die Wirkungen dieser Maßnahmen im Rahmen des Projektes bislang noch nicht ausgewertet. Internationale Studien weisen jedoch positive Effekte auf die Gesundheit von Schüler_innen durch Schulgesundheitspflege nach. Diese Untersuchungen betreffen zwar vorrangig die Unterstützung chronisch kranker Kinder, wenige Studien aber auch die Gesundheitserziehung (Sexualerziehung, Impf-Compliance) und Gesundheitsberatung, die z. B. bei übergewichtigen Kindern zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten führte.²⁰⁵ Die Autorinnen kommen allerdings zu dem Ergebnis, dass die Effekte von Schulgesundheitspflege noch eingehender untersucht werden müssten.²⁰⁶ Eine weitere Studie belegt die po-

²⁰¹ vgl. WHO-Europe 2014, S. 11

²⁰² vgl. z. B. Lightfoot et al. 2000, S. 76; Royal College of Nursing 2017, S. 10; Department of Health/Public Health England 2014, S. 16-18; Kocks 2008b, S. 246; von Schantz 2013, S. 15; u.a.m.

²⁰³ vgl. Möller 2016, S. 14; S. 24

²⁰⁴ vgl. Tannen et al. 2018b, S. 18-20

²⁰⁵ vgl. Best et al. 2018, S. 18-20

²⁰⁶ vgl. ebd., S. 23

sitiven Effekte regelmäßiger Gesundheitsgespräche (Einzel- oder Gruppengespräche), die ebenfalls eine Form der Gesundheitsberatung/-förderung darstellen und auch dem gesundheitsbezogenen Empowerment dienen. Die positive Wirkung, die sich u. a. auf Konsequenzen im Verhalten bezieht, wird gerade auch bei Schüler_innen mit niedrigerem Sozialstatus gesehen.²⁰⁷ Auch auf Angebote der Schule können Schulgesundheitspflegende beratend Einfluss nehmen, wie beispielweise auf das Schulessen.²⁰⁸ Dies bewirkt nicht nur eine aktuell gesundheitsbewusste Versorgung, sondern hat, sofern es schmackhaft ist, gleichzeitig eine Vorbildfunktion für eigene Essgewohnheiten und auch für das spätere Leben mit eigenen Kindern.

11.2.2 Prävention von Gesundheitsrisiken durch Schulgesundheitsfachkräfte

Auch Prävention kann als Aufgabe von Schulgesundheitspflege gesehen werden. Dabei geht es in erster Linie um Primärprävention, also den Schutz vor Erkrankungen, beispielsweise durch Überprüfung des Impfstatus, Gesundheitsberatung und -erziehung (Verhaltensprävention) oder Veranlassung von Maßnahmen der Schule hinsichtlich Hygiene, Unfallschutz oder gesundheitsbewusster Ausstattung (Verhältnisprävention). Es können aber auch Leistungen der Sekundärprävention hinzukommen, wie etwa die in manchen Ländern von der School Nurse durchgeführten Screenings (Größen- und Gewichtsüberprüfung, Seh- und Hörtests, Beobachtung der Entwicklung). Ggf. kommt Tertiärprävention zum Tragen, z. B. in der Anleitung und Überwachung des Krankheitsmanagements bei Kindern mit juvenilem Diabetes mellitus.²⁰⁹ Alle diese Aufgaben sind auch durch das Curriculum des Modellprojektes abgedeckt.²¹⁰

11.2.3 Gesundheitsverhalten und -risiken sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher

Wie in Kapitel 8 dargelegt, werden in der KiGGS-Studie als Gesundheitsrisiken, die vermehrt bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus auftreten, insbesondere Übergewicht und Adipositas²¹¹ – in Zusammenhang mit

²⁰⁷ vgl. Borup et al. 2004, S. 343-348

²⁰⁸ vgl. WHO-Europe 2014, S. 11

²⁰⁹ vgl. Waller 2002, S. 120 ff

²¹⁰ vgl. Möller 2016, S. 15-18

²¹¹ vgl. Schienkiewitz et al. 2018, S. 16-20

mangelnder Bewegung²¹², Fehlernährung, Konsum zuckerhaltiger Getränke²¹³ – sowie Rauchen²¹⁴ und psychische Beeinträchtigungen²¹⁵ einschließlich AD(H)S (Aufmerksamkeitsdefizit- (Hyperaktivitäts-)Störung)²¹⁶ und Verhaltensproblemen genannt. Auch an allgemeiner Gesundheitskompetenz mangelt es insbesondere Jugendlichen aus bildungsfernen Familien.²¹⁷ Die vorgenannten Themen werden im Curriculum des Modellprojektes entweder als Ziel (Stärkung der Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen) oder als Unterrichtsthema (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, z.B. ADS/ADHS, Adipositas u. a.) oder/und als Aufgabe im Rahmen des Kompetenzprofils aufgegriffen. Hier werden als Themenbereiche der schulischen Gesundheitsförderung und präventiven Beratung u. a. Bewegung, Ernährung, Sucht, Schlaf, Körperhaltung, Stressbewältigung und psychische Gesundheit genannt.²¹⁸ Insofern ist davon auszugehen, dass die o. g. Gesundheitsrisiken im Rahmen von Schulgesundheitspflege in den Blick genommen bzw. – sofern als Aufgabe genannt – bearbeitet werden.

11.2.4 Wirkung von Gesundheit und Lebensstil auf Lernen und Bildungserfolg

In einem nächsten Schritt ist die Frage zu stellen, ob eine gesundheitsbewusstere Lebensweise bzw. eine Reduzierung der Gesundheitsrisiken tatsächlich positive Auswirkungen auf die Lernmotivation bzw. den Lernerfolg haben.

Dazu kann auf die Übersichtsstudie von Dadaczynki verwiesen werden (vgl. Kap. 8): Nicht nur schlechtes Befinden schwächt die Leistungsfähigkeit, sondern auch mangelnde körperliche Aktivität führt zu geringerer Ausgeglichenheit, weniger Energie und schlechterer Konzentration.²¹⁹ Ebenso weist eine WHO-initiierte Studie nach, dass Nikotinkonsum, Fehlernährung und Schlafstörungen negativen Einfluss auf Bildungsergebnisse haben.²²⁰ Weitere Studien belegen, dass Adipositas im Jugendalter mit einem geringeren späteren Bildungsstand korreliert, und zwar auch nach Rückrechnung der Drittvariablen Intelligenz und Bildungsstand der Eltern.

²¹² vgl. Finger et al. 2018, S. 24 ff

²¹³ vgl. Mensink et al. 2018, S. 32 ff

²¹⁴ vgl. Zeiher et al. 2018, S. 40 ff; Pförtner et al. 2016, S. 206 ff

²¹⁵ vgl. Robert Koch-Institut et al. 2008, S. 21

²¹⁶ vgl. ebd., S. 57

²¹⁷ vgl. Quenzel et al., S. 952 ff

²¹⁸ vgl. Möller 2016, S. 7; S. 39; S. 16

²¹⁹ vgl. Dadaczynski 2012, S. 142; S. 146

²²⁰ vgl. Suhrke und de Paz 2011 nach Dadaczynski 2012, S. 142

Dabei scheint eine Stigmatisierung durch Peers eine Rolle zu spielen.²²¹ Auch psychische Beeinträchtigungen wie Depression, möglicherweise auch Angststörungen (unklare Befundlage) sowie auffälliges Sozialverhalten und insbesondere ADHS lassen die Schulleistungen sinken²²²; auf diese Beeinträchtigungen ist der Einfluss der schulischen Gesundheitsförderung jedoch wohl eher gering.

Im Umkehrschluss kann also festgestellt werden, dass bei Reduzierung dieser Negativfaktoren der Bildungserfolg günstiger sein wird.

11.2.5 Einfluss von Schulgesundheitspflege auf Lernmotivation und Lernerfolg

Gemäß einer US-amerikanischen Übersichtsstudie weisen Untersuchungen positive Wirkung von Interventionen der Schulpflegekräfte auf die Schulleistungen aus, wengleich bemängelt wird, dass die Ergebnisse sich entweder auf eine Reduzierung der Fehltage beziehen oder Bildungserfolg zwar bestätigen, aber nicht standardisiert messen.²²³ In einer weiteren Studie aus den USA wurde ein Casemanagement-Projekt der Schulgesundheitspflege evaluiert. Es zeigten sich insbesondere positive Effekte auf Gesundheit und Lebensqualität, aber auch Fehlzeiten konnten reduziert sowie Verhalten und Schulleistungen verbessert werden.²²⁴ Auch Schmitt et al. befinden aufgrund internationaler Studien, Schulgesundheitspflege könne „über die Reduzierung von Fehltagen sowie die Herstellung und Aufrechterhaltung optimaler Lernvoraussetzungen zu Bildungserfolg“ beitragen²²⁵. (vgl. Kap. 7)

Unter hiesigen Bedingungen konnte die Wirkung von Schulgesundheitspflege, und da insbesondere der Effekt auf Lernen und Bildungserfolg, noch nicht belegt werden. Es kann jedoch im Sinne logischer Schlussfolgerung abgeleitet werden: Wenn Schulgesundheitspflege im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention die Gesundheitsentwicklung von Schüler_innen positiv beeinflusst, und wenn dieser Einfluss sich auch oder sogar besonders auf Risiken und Problembereiche erstreckt, von denen sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche im höherem Maße betroffen sind, so wird sich deren Gesundheitsstatus und subjektives Wohlbefinden – statistisch betrachtet – verbessern. Da nachgewiesen wurde, dass Gesundheit und

²²¹ vgl. Dadaczynski 2012, S. 144-145

²²² vgl. ebd., S. 149-150

²²³ vgl. Best et al. 2018, S. 22-23

²²⁴ vgl. Bonaiuto 2007, S. 206

²²⁵ Schmitt et al., S. 114

Wohlbefinden eine positive Wirkung auf den Lernerfolg haben und dieser wiederum in aller Regel Einfluss auf das lernbezogene Selbstkonzept²²⁶ nimmt und damit in positiver Weise auf Selbstwirksamkeitsgefühl und Motivation, lässt sich aus dieser Kombination unterschiedlicher anders fokussierter Studien eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der o. g. Hypothese 1 ableiten.

11.3 Hypothese 2: Schulgesundheitsfachkräfte unterstützen Kinder/Jugendliche bei der Bewältigung vorhandener Gesundheitsstörungen (chronische Erkrankungen, Behinderungen) und bewirken dadurch, dass sich sowohl das gesundheitliche Wohlbefinden als auch die Bildungschancen erhöhen.

11.3.1 Korrelation zwischen Sozialstatus und chronischer Erkrankung bzw. Behinderung

Neben psychischen und verhaltensbeeinflussten Störungen (z. B. Adipositas) ist auch die Prävalenz einiger chronisch-somatischer Beeinträchtigungen sowie Behinderungen bereits im Kindes- und Jugendalter statusabhängig. Als Gründe können u. a. eine unter ungünstigen Lebensumständen höhere Rate an Frühgeburten mit allen dadurch bedingten Risiken für das Kind (Entwicklungsverzögerungen, Cerebralparesen, Seh-, Hör- und Sprechbeeinträchtigungen, Mehrfachbehinderungen etc.), Rauchen in der Schwangerschaft (was sowohl vermehrte Frühgeburtslichkeit als auch weitere negative gesundheitliche Folgen für das Kind bewirkt) sowie geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (sowohl präpartal als auch im Kindesalter) angeführt werden.²²⁷

Gemäß Brandenburger Einschulungsuntersuchung waren 2005 insgesamt 14 % der Kinder von chronischer Erkrankung betroffen, wobei einige Erkrankungen wie Diabetes, Psoriasis, Epilepsie, bronchitisches Syndrom und Herzfehler vermehrt bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien auftraten.²²⁸ Auch gehäuft auftretende Schmerzzustände (Kopf-/Bauchschmerzen) konnten bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus in höherem Maße festgestellt werden.²²⁹

²²⁶ vgl. Frick 2011, S. 181

²²⁷ vgl. Lampert et al. 2010, S. 10

²²⁸ vgl. ebd., S. 12

²²⁹ vgl. ebd., S. 15

11.3.2 Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit chronischen Beeinträchtigungen der Gesundheit durch Schulgesundheitsfachkräfte

Ohne eine medizinisch-pflegerisch geschulte Fachkraft in der Schule sind Kinder leicht mit dem eigenständigen Management der krankheitsbedingten Notwendigkeiten überfordert, Eltern verabreichen in der Pause Medikamente oder sind ständig per Handy abrufbar.²³⁰ Bei ohnehin prekärer Familiensituation erscheint dies besonders problematisch und stellt auch z. B. eine Berufstätigkeit beider Eltern oder des alleinerziehenden Elternteils in Frage.

Eine „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ strebt unter anderem an, „die gesundheitliche Chancengleichheit aller Kinder und Jugendlichen zu fördern“²³¹ und führt bezüglich chronisch kranker Kinder aus:

„Die Vermittlung von Wissen im Umgang mit chronischen Krankheiten und Schulungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind daher wichtige Bausteine in der Behandlung. Sie soll den Betroffenen helfen, ihre Krankheit und die Behandlung besser zu verstehen, Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit sich selbst und anderen abzubauen, die Motivation für die Behandlung zu steigern und die Lebensqualität zu verbessern. Die Bundesregierung setzt sich daher dafür ein, dass die sozialmedizinische Nachsorge für Kinder ausgebaut“ wird.

Zur Umsetzung dieser und anderer chronisch kranke Schüler_innen betreffenden Erfordernisse sind weitergebildete Schulgesundheitsfachkräften in der Lage, da sie unter anderem die folgenden Kompetenzen erworben haben:

„- kennt das Spektrum der im Schulalltag vorkommenden chronischen somatischen und psychischen Erkrankungen und Behinderungsformen“²³²

„- ist in der Lage, Kinder und Jugendliche mit speziellen Bedarfen zu erkennen und verfügt über die relevanten Fertigkeiten, in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und in Abstimmung mit dem Kind/Jugendlichen, seinen Eltern, Lehrkräften und weiteren im Einzelfall eingebundenen Professionen, einen individuellen Plan zu erstellen und zu koordinieren, der medizinisch-pflegerische Maßnahmen möglichst reibungslos in den schulischen Ablauf integriert

- kann verschiedene chronische körperliche und psychische Krankheitsbilder altersgerecht erklären

- kann Kinder und Jugendliche altersgerecht dabei begleiten, einfache Maßnahmen zunehmend selbst auszuführen (z.B. Blutzuckerkontrolle)

- ist in der Lage, didaktische und methodische Fertigkeiten in ihren Tätigkeiten, die sich auf die Schulung unterschiedlicher Zielgruppen zum Umgang mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen sowie auf die Unterstützung der Lehrkräfte in gesundheitsbezogenen Unterrichtsthemen beziehen, umzusetzen“²³³

„- verfügt über Kenntnisse zum Zusammenhang von Armut, Gesundheitsstatus und Bildungserfolg sowie zu Ansätzen der Förderung der gesundheitlichen und bildungsbe-

²³⁰ vgl. Kocks 2017, S. 212

²³¹ Bundesministerium für Gesundheit 2008, S. 8

²³² Möller 2016, S. 15

²³³ ebd., S. 18

zogenen Chancengleichheit und ist in der Lage, dieses Wissen in ihrer Arbeit zu berücksichtigen“²³⁴

Neben direkten Leistungen der Behandlungspflege²³⁵ begleitet die Schulgesundheitspflegekraft die chronisch erkrankten oder behinderten Schüler_innen altersgerecht im Umgang mit ihrer Erkrankung/Behinderung, schult und unterstützt sie bei eigenständig durchzuführenden Maßnahmen (z. B. Blutzuckerkontrolle bei Diabetes) und kann die Lehrenden bei der Planung und Umsetzung von Eingliederungsmaßnahmen für langzeitkranke, behinderte oder nach längerer Krankheit zurückkehrende Schüler_innen unterstützen. Sie arbeitet dabei mit den Eltern sowie mit anderen Professionen zusammen (z. B. mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, mit behandelnden Ärzt_innen und/oder Therapeut_innen) und unterstützt die betroffenen Familien bei Bedarf bei der Koordination erforderlicher therapeutischer Maßnahmen während des Schulalltages. Außerdem berät sie die Lehrkräfte und kann ggf. – in Absprache mit dem Kind und seinen Eltern – die Mitschüler_innen über den Umgang mit der Krankheit/Behinderung informieren.²³⁶ Dadurch unterstützt sie auch das angestrebte Ziel des integrativen (besser noch: inklusiven) Bildungssystems, wie es sowohl in Art. 24 der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere Abs. 1 gefordert ist, wonach „die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen“ gewährleisten, und Abs. 2 d, der sicherzustellen sucht, dass „innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige Unterstützung geleistet wird, um ihre erfolgreiche Bildung zu erleichtern“²³⁷ als auch in Art. 23 Abs. 3 der UN-Kinderrechtskonvention, wonach die Unterstützung so zu gestalten ist, wie es einer „möglichst vollständigen sozialen Integration und individuellen Entfaltung des Kindes“²³⁸ förderlich ist. Ebenso berührt es Art. 24 Abs. 1 der letztgenannten Vereinbarung: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an“.²³⁹

Ellsäßer et al. stellen dabei den besonderen Wert für benachteiligte Familien heraus, denn „gerade für Familien mit niedrigem Sozialstatus, bei denen chronisch erkrank-

²³⁴ Möller 2016, S. 20

²³⁵ Im Sinne des § 37 SGB V bezeichnet „Behandlungspflege“ ärztlich angeordnete medizinische Maßnahmen, die von Pflegefachkräften durchgeführt werden.

²³⁶ vgl. ebd., S. 18

²³⁷ Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Art. 24. (Anm. d. Verf.: Der englische Text lautet „an inclusive education system“!! Siehe ebd.)

²³⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014: Übereinkommen über die Rechte des Kindes - VN-Kinderrechtskonvention, Art. 23

²³⁹ ebd., Art. 24

te Kinder oftmals einen erhöhten Förderbedarf aufweisen [...] kann die Schulkrankenschwester einen niedrigschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten und auf diese Weise eine verbesserte Gesundheitsversorgung dieser Kinder ermöglichen.²⁴⁰

11.3.3 Wirkung dieser Unterstützung auf Befinden und Bildungschancen der betroffenen Schüler_innen

In einem Statement der American Academy of Pediatrics ist zu lesen, dass derart wie eine „Beziehung zwischen Gesundheit und Lernen, so auch zwischen dem Vorhandensein von School Nurses und dem Wohlergehen und Bildungserfolg der Schüler_innen [Übers. d. Verf.]“²⁴¹ festzustellen sei. Ein weiteres Statement befasst sich mit der zunehmenden Zahl chronisch kranker Schüler_innen, für deren gesundheitliche Betreuung die Anwesenheit ausgebildeter Pflegekräfte in der Schule erforderlich sei. Begründet wird dies u. a. damit, dass berufstätige Eltern sich nicht während ihrer Arbeitszeit um die gesundheitlichen Belange/Termine ihrer Kinder kümmern können. Außerdem führten gesundheitliche Probleme zu vermehrten Fehlzeiten und schlechteren Leistungen, die u. U. den Schulabschluss gefährdeten. Wie Forschungen belegten, könnte durch School Nurses die Bewältigung der Krankheit verbessert und die Fehlzeiten verringert werden.²⁴² Best et al. führen in ihrer Übersichtsarbeit entsprechende Belege an, wonach sich durch Interventionen der Schulgesundheitspflege, z. B. bei Kindern mit Asthma bzw. mit Diabetes, die eigene Krankheitsbewältigung verbessert und damit die Lebensqualität erhöht habe und Fehlzeiten sich verringerten.²⁴³ Ansonsten sei auf die allgemeinen Wechselwirkungen von Wohlbefinden und Lernerfolg verwiesen. Allerdings wird dieser positive Effekt nur dann voll ausgeschöpft, wenn die Schulpflegekraft mit einer Vollzeitstelle vor Ort ist.²⁴⁴ Dies entspricht auch einer Erfahrung innerhalb des Modellprojektes: Eine Schulgesundheitspflegende berichtet über die Schwierigkeit, regelmäßige Therapie- oder Kontrollmaßnahmen bzw. Notfall-Medikationen verlässlich zu übernehmen, wenn sie mehrere Schulen zu betreuen hat.²⁴⁵

Unter der Voraussetzung einer tatsächlichen Präsenz der Schulgesundheitsfachkraft

²⁴⁰ Ellsäßer et al. 2012, S. 28; zitiert nach Möller 2015, S. 27

²⁴¹ American Academy of Pediatrics 2008, S. 1052

²⁴² vgl. American Academy of Pediatrics 2016, S. 3-4

²⁴³ vgl. Best et al. 2018 S. 19

²⁴⁴ vgl. Edward et al. 2016, S. 12

²⁴⁵ vgl. Sauer et al. 2018a, S. 12

scheint sich demnach die o. g. Hypothese 2 in Blick auf das gesundheitliche Wohlbefinden zu bestätigen. Auch deutet sich unverkennbar an, dass die Bildungschancen dieser Kinder und Jugendlichen durch Schulgesundheitspflege erhöht werden, wie auch Basekow schreibt, dass „Kinder und Jugendliche dann am besten lernen und von den Unterrichtsangeboten optimal erreicht werden, wenn auch ihren gesundheitsbezogenen Bedürfnissen adäquat Rechnung getragen wird“²⁴⁶, doch mangelt es zur Bestätigung noch an weiteren Studien, insbesondere solchen unter den deutschen Verhältnissen.

11.4 Hypothese 3: Schulgesundheitsfachkräfte fördern durch Aufklärung der Mitschüler_innen das Verständnis für die Situation der chronisch-kranken oder behinderten Kinder/Jugendlichen und begünstigen so die Zusammenarbeit der Schüler_innen untereinander.

11.4.1 Situation chronisch kranker/behinderter Schüler_innen im Schulalltag

Gemäß der KiGGS-Studie sind aktuell in Deutschland 16,2 % der Kinder und Jugendlichen von chronischer Erkrankung betroffen., bei weiteren 4,2 % liegen gesundheitliche Einschränkungen vor.²⁴⁷ Die dadurch bedingten Beeinträchtigungen betreffen nicht nur gesundheitliche Aspekte im engeren Sinn, sondern erschweren gleichzeitig die Teilhabe an den üblichen Aktivitäten der Gleichaltrigen und haben – wie bereits erwähnt – Auswirkungen auf den Bildungserfolg. Zusätzliche Probleme treten auf, wenn die Kinder deswegen Stigmatisierungen erfahren.²⁴⁸ Immer aber sind Anpassungsleistungen durch die Kinder selbst nötig, um Einschränkungen sowie alle mit der Erkrankung in Zusammenhang stehenden Erfordernisse in den Schulalltag zu integrieren.²⁴⁹ Das bleibt meist den Mitschüler_innen nicht verborgen, und so müssen sie sich immer wieder erklären, ob es nun die Blutzuckermessung in der Pause, die Einnahme von Medikamenten, die Nichtteilnahme an manchen Aktivitäten, besondere Verhaltensregeln, individuelle Ausnahmeregelungen oder auch eine sichtbare Behinderung sind: Es begegnet ihnen Neugierde, Unverständnis, möglicherweise auch ein Sich-Abwenden aus Unsicherheit. Dabei wollen auch diese Kinder bzw. Jugendlichen in aller Regel als ganz „normale“

²⁴⁶ Basekow in AWO Potsdam 2015, S. 4

²⁴⁷ vgl. Mauz et al. 2017, S. 46; S. 54

²⁴⁸ vgl. ebd., S. 46

²⁴⁹ vgl. Kocks 2015, S. 40; S. 43

Schüler_innen anerkannt werden, ohne eine Sonderrolle, möchten bzw. brauchen aber die besondere Berücksichtigung ihrer speziellen Bedürfnisse und ggf. auch ihrer geringeren Belastbarkeit. Das setzt sie unter zusätzlichen Stress.²⁵⁰

Diese individuelle Lage trifft auf zunehmend von Schüler_innen wahrgenommene allgemeine Belastungsfaktoren in Schulen wie abnehmender Zusammenhalt in der Klasse, geringe gegenseitige Unterstützung, Ausgrenzung Einzelner oder Gewalt sowie Ungerechtigkeiten im sozialen Miteinander.²⁵¹ Lehrer_innen berichten immer häufiger von Verhaltensstörungen im Sinne nicht entwickelten Mitgefühls und Gewaltanwendung.²⁵² Insbesondere an Hauptschulen – und diese werden zu einem hohen Prozentsatz von sozial benachteiligten Schüler_innen besucht – ist das Aggressionspotential erheblich: Gemäß KiGGS-Studie waren 24 % der Hauptschüler_innen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten als Täter an Gewalthandlungen beteiligt.²⁵³ Andererseits sind gemäß HBSC-Studie sozial benachteiligte Kinder häufiger Opfer von Mobbing.²⁵⁴

Diese Entwicklungen können leicht dazu führen, dass das kranke oder behinderte Kind zum Außenseiter oder gar zur Zielscheibe wird, insbesondere, wenn ihm krankheitsbedingt Sonderregelungen eingeräumt werden, die andere Kinder nicht verstehen.

11.4.2 Gesundheitsinformation als Aufgabe der Schulgesundheitspflege

Schulgesundheitspflege bietet für die obige Problematik einen Ansatzpunkt. Die Beratung und Schulung sowohl der Lehrkräfte als auch einzelner Klassen im Umgang mit spezifischen chronischen Erkrankungen/Behinderungen zählt gemäß Weiterbildungscurriculum des Modellprojektes zu ihren Aufgaben.²⁵⁵ Eine von allen anerkannte Gesundheitsfachkraft kann durch Information nicht nur die Neugierde der Mitschüler_innen abfangen, sondern Unsicherheiten abbauen, Verständnis wecken und dadurch die Akzeptanz und Integration der Betroffenen im Klassenverband fördern.²⁵⁶ Darüber hinaus kann sie Lehrkräfte beraten und so bei ihnen Sicherheit im Umgang bewirken.

²⁵⁰ vgl. Kocks 2017; S. 210-212

²⁵¹ vgl. Paulus 2002, S. 970

²⁵² vgl. Krause et al. 2009, S. 83

²⁵³ vgl. Lampert et al. 2010, S. 57

²⁵⁴ vgl. ebd., S. 15-16

²⁵⁵ vgl. Möller 2016, S. 18

²⁵⁶ vgl. DBfK 2015, S. 60

Dazu bringt die ausgebildete Schulgesundheitsfachkraft ein Bündel an Kompetenzen mit. Sie „kann verschiedene chronische körperliche und psychische Krankheitsbilder altersgerecht erklären“, „ist in der Lage, didaktische und methodische Fertigkeiten in ihren Tätigkeiten, die sich auf die Schulung unterschiedlicher Zielgruppen zum Umgang mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen sowie auf die Unterstützung der Lehrkräfte in gesundheitsbezogenen Unterrichtsthemen beziehen, umzusetzen“ und „verfügt über Kenntnisse bzgl. der Auswirkungen körperlicher, psychischer oder sozialer Beeinträchtigungen auf das Lern- und Leistungs- sowie Sozialverhalten“.²⁵⁷

Selbstverständlich wird die Schulpflegekraft nur in Absprache und Einverständnis mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen und seinen Eltern mit der Klasse sprechen bzw. zuvor absprechen, was gesagt werden soll und was nicht, wie sie auch insgesamt „in allen Handlungsfeldern die Kriterien der Vertraulichkeit und Verschwiegenheit“ beachtet.²⁵⁸ Das vermittelt dem Kind neben dem Vertrauen das Gefühl, selbstbestimmt über seine Angelegenheiten entscheiden zu können.

Wesentlich bei Information der Mitschüler_innen wird sein, herauszustellen, dass zwar eine Besonderheit in Form einer Erkrankung vorliegt – wie jeder Mensch auf je seine Art besonders ist – und dass diese Erkrankung eventuell in dieser oder jener Weise individuellen Unterstützungsbedarf erforderlich macht, dass das Kind aber ansonsten so normal ist, wie jedes andere auch.

11.4.3 Einfluss der Schulgesundheitspflege auf das Verhalten untereinander

Neben der Förderung von Verständnis und Akzeptanz für die/den betroffene/n Schüler_in kann die Schulpflegekraft auch positiv auf die übrigen Schüler_innen wirken und damit im günstigsten Fall vielleicht sogar auf den allgemeinen Umgang miteinander. Denn sie kann ihnen im altersgerechten Rahmen ein Stückchen Verantwortung für einander übertragen, indem sie erklärt, wobei die Mitschüler_innen ggf. das betroffene Kind unterstützen können (falls dies von ihm gewünscht ist) oder wie sie sich bei einer eventuellen akuten Notsituation korrekt verhalten bzw. wen sie schnell benachrichtigen können. Das appelliert an Verantwortungsbewusstsein und Handlungskompetenz der Kinder, fördert dadurch ihr Selbstwertgefühl und verringert so im besten Fall eine falsch geleitete Suche nach Bestätigung. Beim

²⁵⁷ Möller 2016, S. 18-19

²⁵⁸ ebd., S. 21

betroffenen Kind fördert es die Integration im Klassenverband, die sich unterstützend auf die soziale und emotionale Entwicklung auswirkt.²⁵⁹

Ob dadurch auch das allgemeine Klassenklima sowie die Zusammenarbeit untereinander positiv beeinflusst werden kann, ist wohl fraglich, da hieran sehr unterschiedliche Faktoren beteiligt sind. Zwar vertritt die US-amerikanische National Association of School Nurses (NASN) die Ansicht, dass School Nurses Gewaltprävention leisten, indem sie Schüler_innen, Familien und die Gemeinschaft in positives Engagement einbinden und ein Schulklima schaffen, in welchem Schüler_innen wissen, dass ausgebildete Erwachsene anwesend sind, um sich um sie zu kümmern²⁶⁰, doch zum einen ist Gewalt nur eine Facette des Klimas und zum anderen scheint es, dass in den USA Schulgesundheitspflege einen anderen Aufgabenschnitt hat, als er im deutschen Schul- und Gesundheitswesen umsetzbar ist. Zumindest wird das professionelle Handeln der Schulgesundheitspflegekraft aber punktuell eine positive Wirkung für die betroffenen Schüler_innen und im Miteinander erzielen, die im Zusammenspiel mit weiteren Maßnahmen Frucht tragen kann.

11.5 Hypothese 4: Schulgesundheitsfachkräfte können gesundheitlich auffälligen bzw. verhaltensgestörten Kindern/Jugendlichen im Einvernehmen mit deren Eltern gezielt Beratungs- und Hilfsangebote vermitteln.

11.5.1 Identifizierung von Gesundheits- und Verhaltensauffälligkeiten

Zu denken ist nicht nur an die sozioökonomisch beeinflussten Beeinträchtigungen, wie sie in Kapitel 8 ausführlich dargestellt und in Kapitel 11.2.3 aufgegriffen wurden, sondern an die ganze Spannbreite körperlicher, emotionaler, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen einschließlich eventueller Traumafolgestörungen. Hier haben Schulpflegekräfte aufgrund ihrer spezifischen Aus- und Weiterbildung einen anderen Blickwinkel auf die Schüler_innen, der den der Lehrenden ergänzt, sowie aufgrund ihrer Rolle im Setting Schule alternative Zugangswege. Manche Beeinträchtigungen werden im Rahmen von Screenings festgestellt, anderes ergibt sich bei spontanen Besuchen der Schüler_innen bei der Schulgesundheitsfachkraft, die u. U. vordergründig einen anderen Anlass haben und zu einem tiefergehenden Gespräch und/oder weiterverfolgenden Beobachtungen führen. Auf wieder anderes

²⁵⁹ vgl. Siegler et al. 2016, S. 486

²⁶⁰ vgl. NASN 2018, S. 3

werden sie vielleicht von Lehrkräften aufmerksam gemacht und beobachten es dann aus ihrer Perspektive. Auch das bereits mehrfach zitierte Weiterbildungscurriculum sieht in diesem Zusammenhang als Aufgaben der Schulgesundheitsfachkraft die Beobachtung der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und auf dieser Grundlage sowie ggf. unter Einbeziehung der Beobachtungen anderer Professionen die Einschätzung gesundheitlicher und entwicklungsbedingter Risiken und die Feststellung individueller Bedarfe. Außerdem sieht es bei entsprechendem Verdacht standardisierte Testverfahren wie z.B. Hör- oder Sehtests und Impfstatuskontrollen vor.²⁶¹ Dazu bringt die Schulgesundheitsfachkraft die entsprechenden Kompetenzen mit. Sie

„verfügt über Kenntnisse zur Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, zum Gesundheitsverhalten, zu unterschiedlichen Aspektene [*sic*] des Gesundheitsstatus (körperlich, psychisch) und sozialen Einflussfaktoren sowie über ein vertieftes Verständnis für die Bandbreite von normalen vs. normabweichenden Entwicklungsverläufen im Kindes- und Jugendalter

ist in der Lage, den Gesundheitsstatus und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen (körperlich, psychisch, sozial) und (ggf. unter Berücksichtigung von Befunden anderer Professionen) Problembereiche zu identifizieren, etwaigen Förder- und/oder Behandlungsbedarf (präventiv oder kurativ) zu erkennen und entsprechend weiterzuvermitteln

ist in der Lage, Entwicklungsbeobachtungs- und Gesundheits-Monitoring-Verfahren anzuwenden

ist in der Lage, Risiko- und Schutzfaktoren zu erkennen und ihre jeweilige individuelle Bedeutsamkeit einzuschätzen“²⁶²

Zudem vermittelt die Weiterbildung einen „Überblick über Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter, z. B. durch körperliche, psychische oder sexuelle Misshandlung, durch plötzlichen Verlust wichtiger Bezugspersonen [...], durch Krieg, Flucht und Vertreibung“.²⁶³

Das Vertrauen, das die Schulpflegenden – wie schon verschiedentlich festgestellt wurde – genießen, ist in diesem Kontext eine wesentliche Voraussetzung, aber gleichzeitig eine große Verpflichtung, die in einzelnen Fällen durchaus Konflikte verursachen kann. Da gravierende und langfristige Störungen Maßnahmen benötigen, die außerhalb des Tätigkeits- und Kompetenzbereichs der Schulpflegekraft liegen, muss sie an andere Professionen verweisen, ohne dabei das Vertrauensverhältnis zum Kind und/oder seinen Eltern zu gefährden. Besonders problematisch ist dies sicherlich, wenn ein Verdacht auf Misshandlung oder Missbrauch besteht.

²⁶¹ vgl. Möller 2016, S. 17

²⁶² ebd., S. 18

²⁶³ ebd., S. 40

11.5.2 Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei den betroffenen Familien

Für jede Familie bedeutet eine Gesundheits- bzw. Verhaltensstörung eines Kindes eine Belastung, die zunächst einige Fragezeichen aufwirft, wie diesem Problem zu begegnen sei. Insofern ist Beratung und Unterstützung in der Regel hilfreich. Allerdings verfügen Familien über sehr unterschiedliche Ressourcen und Kompetenzen. Die Gesundheitskompetenz einschließlich des Wissens über Hilfsangebote ist bei Familien mit niedrigerem Bildungsniveau sowie auch bei Menschen mit Migrationshintergrund meist weniger entwickelt.²⁶⁴ Dabei beinhaltet Gesundheitskompetenz „das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, [...] mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen: sich Zugang zu Informationen zu verschaffen, sie zu verstehen, einschätzen und nutzen zu können, um mit gesundheitlichen Herausforderungen, Belastungen und auch Krankheiten umgehen und die nötigen Entscheidungen treffen zu können.“²⁶⁵ Auch ist nicht nur der Zugang zu Informationen in sozial benachteiligten Schichten erschwert, sondern auch die Nutzung von Gesundheitsdiensten scheint eine Hürde darzustellen, was sich in der geringeren Inanspruchnahme zeigt.²⁶⁶

Da, wie bereits nachgewiesen wurde, gesundheitliche, emotionale und Verhaltensauffälligkeiten sowie Entwicklungsverzögerungen bei sozial benachteiligten Familien prozentual häufiger auftreten, vereint sich dies oft mit geringerer Gesundheitskompetenz und höherem Beratungs- und Unterstützungsbedarf.

11.5.3 Handlungsmöglichkeiten der Schulgesundheitsfachkraft

Neben der Identifizierung der betroffenen Schüler_innen gehört es auch zu den Aufgaben der Schulgesundheitsfachkraft, aufgrund ihrer Beobachtung oder auf Anfrage der Lehrenden Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern bei gesundheitlichen Auffälligkeiten und Problemen und bei bisher unerkannten Erkrankungen individuelle Beratung und Hilfestellung zu geben sowie sie „ggf. an konkrete Ansprechpersonen in anderen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und/oder psychosozialen Einrichtungen/Diensten“²⁶⁷ bzw. an schulische Ansprechpartner wie Schulsozialarbeiter_in oder Schulpsycholog_in zu vermitteln. Um adäquate Hilfen

²⁶⁴ vgl. Vogt et al. 2018, S. 61

²⁶⁵ Sørensen et al. 2012, zitiert nach Vogt et al. 2018, S. 56

²⁶⁶ vgl. Weiß et al. 1999, S. 143

²⁶⁷ Möller 2016, S. 17

anbieten zu können, baut die Schulpflegekraft „in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ein Netzwerk zu Ansprechpersonen außerschulischer regionaler medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und psychosozialer Versorgungsträger auf“ sowie zu sonstigen relevanten Diensten wie „Versorgungs- und Kostenträgern der Sozial- und Kinder- und Jugendhilfe“ und „zu Vereinen und Initiativen aus sozial- und gesundheitsrelevanten Bereichen (z. B. aus dem Sport und Bewegungsbereich)“²⁶⁸

Zugleich ist sie „Ansprech- und Vertrauensperson für Familien bei gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten und Problemen“, „leistet aufsuchende Arbeit, geht auf Schüler(innen) zu und initiiert niedrigschwelligen Kontakt“, „führt Beratungsgespräche mit Kindern und Jugendlichen [und] mit Eltern [...] zu gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten“.²⁶⁹

Diese Beratungs- und Vermittlungsaufgaben erfordern oft hohe soziale und kommunikative Kompetenzen, insbesondere wenn es sich um Beeinträchtigungen handelt, die eher als sozial negativ eingestuft werden und deshalb möglicherweise zunächst von Eltern und Jugendlichen bestritten werden. Auch verschließen sich Eltern u. U., wenn sie den Eindruck bekommen, auf ihre soziale Situation hin angesprochen zu werden.²⁷⁰

Gemäß Kompetenzprofil bringt die Schulgesundheitsfachkraft die entsprechenden Fähigkeiten mit, die hier nur in Auswahl aufgelistet werden können; z. B. ist sie „geübt in verschiedenen Gesprächsführungstechniken und kann diese situationsangemessen und zielgruppengerecht anwenden“ und dabei „eine ressourcen-, kompetenz- und lösungsorientierte Haltung“ einnehmen sowie „Kinder, Jugendliche und Eltern durch den Einsatz von motivationsfördernden Gesprächstechniken darin [...] unterstützen, bewusste gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen“ und berücksichtigt dabei „kulturell und religiös geprägte Konzepte von Gesundheit und Krankheit“.²⁷¹

Besonders problematisch erscheint die Situation bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. In diesem Fall muss unbedingt – nach Rücksprache mit der Schulleitung – eine insoweit erfahrene Fachkraft eingeschaltet werden. Die Schulpflegekraft

²⁶⁸ Möller 2016, S. 19

²⁶⁹ ebd., S. 19

²⁷⁰ vgl. Wagner 2013, S. 55

²⁷¹ Möller 2016, S. 21

kennt dazu die gesetzlichen Grundlagen und die örtlichen Ansprechpartner.²⁷²

Die Ausführungen dieses Kapitels belegen, dass Schulgesundheitsfachkräfte aufgrund ihrer Qualifikation den in Hypothese 4 beschriebenen Anforderungen entsprechen.

11.6 Hypothese 5: Schulgesundheitsfachkräfte fungieren als Ansprechpartner_innen (Vertrauenspersonen) und können damit zu mehr Resilienz bei den Schüler_innen beitragen und so eine positive Lernentwicklung begünstigen.

11.6.1 Bedeutung von Resilienz in der Entwicklung

Resilienz ist ein ganz wesentlicher Faktor für eine positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie für eine erfolgreiche Bewältigung der Herausforderungen des Lebens. Im Rahmen dieser Arbeit kann das Thema allerdings nicht ausführlich behandelt werden, sondern nur soweit, wie es der Erörterung der obigen Hypothese dient.

Zur Entstehung des Resilienz-Konzeptes trugen die Ergebnisse einer Langzeit-Entwicklungsstudie von Emmy Werner²⁷³ auf der Insel Kauai (Hawaii) maßgeblich bei, aber auch Impulse durch das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky²⁷⁴. Beide lenkten den Blick von der Problemorientierung hin zu einer Suche nach förderlichen Ressourcen. Das Wort Resilienz bedeutet zunächst Widerstandskraft (lat. *resilire* = abprallen). Gemeint ist „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“²⁷⁵, also die Fähigkeit mit belastenden Lebensumständen erfolgreich umgehen zu können. Erfolgreich heißt dabei nicht, von den belastenden Umständen nicht geprägt zu werden, sondern ein resilienter Mensch „passt sich dynamisch an, lernt dazu und wird geprägt durch Erfahrungen.“²⁷⁶ Von Resilienz kann somit gesprochen werden, wenn zwei Faktoren vorliegen, nämlich eine Risikosituation für die weitere Entwicklung und eine positive Bewältigung derselben. So gelten beispielsweise schwierige Familiensituationen, Armut, Verlust einer Bezugsperson oder andere traumatische Erfahrungen als Entwicklungsrisiken für ein Kind, wobei insbesonde-

²⁷² vgl. Möller 2016, S. 34

²⁷³ vgl. Werner 1996

²⁷⁴ vgl. Antonovsky 1997

²⁷⁵ Wustmann 2004, S. 18; zitiert nach Fröhlich-Gildhoff et al. 2009, S. 10

²⁷⁶ Korn 2012, S. 317

re eine Kumulation der Faktoren belastend wirkt. Resilienz ist keine konstante Eigenschaft, sondern kann sich im Laufe des Lebens entwickeln und sich je nach Situation/Lebensbereich unterschiedlich zeigen. So wirkt sich etwa auch die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wieder ermutigend auf die weitere Entwicklung aus.²⁷⁷

Als Ressourcen (Schutzfaktoren) für die Entwicklung von Resilienz kommen zum einen kindbezogene Faktoren, z. B. positive Temperamenteigenschaften und Intelligenz zum Tragen, zum anderen soziale Ressourcen in der Familie, z. B. stabile Bezugsperson, enge Geschwisterbeziehungen, Zusammenhalt, Stabilität und konstruktive Kommunikation, altersangemessene Aufgaben des Kindes, hoher sozioökonomischer Status und hohes Bildungsniveau der Eltern. Weitere soziale Ressourcen sind beispielsweise in der Schule klare, transparente Regeln und Strukturen, wertschätzendes Klima, positive Verstärkung von Leistung und Anstrengungsbereitschaft, positive Peerbeziehungen, Zusammenarbeit mit den Eltern; außerdem im Umfeld des Kindes kompetente, fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Rollenmodelle dienen; prosoziale Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft. Als weitere Resilienzfaktoren, die sich jedoch erst entwickeln – also zunächst Ergebnis einer positiven Entwicklung sind, im weiteren Verlauf aber wieder als Ressource dienen – können u. a. Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Umgang mit Stress und Problemlösefähigkeiten genannt werden.²⁷⁸ Von besonderer Bedeutung sind die Erfahrung gelungener Bewältigung und positive Bindungsbeziehungen²⁷⁹, bei denen dem Kind eine „verstehende Resonanz“²⁸⁰ entgegengebracht wird. Aber auch körperliche Gesundheitsressourcen sowie Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme wirken mit und sind deshalb im Sinne der Resilienzentwicklung zu fördern.²⁸¹

11.6.2 Verbesserung der Bildungschancen durch Resilienzförderung

Wie in Kapitel 8 bereits kurz erwähnt, konnte im Rahmen der PISA-Studie von 2015 festgestellt werden, dass einige Schüler_innen trotz eines bildungsfernen El-

²⁷⁷ vgl. Fröhlich-Gildhoff 2009, S. 10-12, 24-25

²⁷⁸ vgl. ebd., S. 27-30

²⁷⁹ vgl. Frick 2011, S. 204

²⁸⁰ Krause et al. 2009, S. 76

²⁸¹ vgl. Frick 2011, S. 214

ternhauses gute Leistungen erbrachten. Damit beschäftigt sich das OECD Education Working Papers No. 167 “Academic resilience: What schools and countries do to help disadvantaged students succeed in PISA”; eine deutsche Zusammenfassung liegt unter dem Titel „Erfolgsfaktor Resilienz“ vor.²⁸² Ziel war es, auf Schulebene Faktoren zu identifizieren, die die höhere Resilienz bei den o. g. Schüler_innen begünstigt haben könnten, sprich resilienzfördernd wirken. Wenngleich die Ergebnisse nicht in direktem Zusammenhang zur Schulgesundheitspflege stehen, können Rückschlüsse für diesen Bereich daraus gezogen werden.

Als besonders förderlich erwies sich eine gute Mischung der sozialen Herkunft der Schüler_innen innerhalb der Schule, eine unterrichtsförderliche Atmosphäre im Klassenzimmer sowie Ganztagsangebote, also Schulaktivitäten außerhalb des Unterrichts, da diese das Engagement fördern sowie ein Zugehörigkeitsgefühl zur Schule stärken.²⁸³ Letzteres findet auch eine Parallele in einer amerikanischen Studie, die herausstellt, dass Engagement und Verbundenheit mit der Schule Schlüsselfaktoren für Schulleistungen und Bildungserfolg sind.²⁸⁴ Als wesentliche Faktoren werden auch offene, wertschätzende Kommunikation und vertrauensvolle Beziehungen gesehen, außerdem der Praxisbezug bei Lerninhalten, da durch die Anwendbarkeit von Gelerntem die Schüler_innen erfahren, dass sie ihr Leben selbst steuern können (Selbstwirksamkeit), was wiederum Motivation bewirkt.²⁸⁵ Es ist anzunehmen, dass gesundheitsbezogene Themen, ob nun als Gruppenprojekt oder in Einzelberatung, einen hohen Praxis- und Lebensbezug haben. Darüber hinaus wird eine wertschätzende Kommunikation und eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern für wichtig erachtet, die allerdings erschwert sei, wenn die Eltern selbst eher negative Erfahrungen mit Schule verbinden.²⁸⁶ Hier hat vermutlich eine Schulgesundheitspflegekraft einen anderen Zugang zu diesen Eltern, da sie nicht mit Leistungsbewertungen in Verbindung gebracht wird.

Ansonsten erscheint allgemein die Orientierung an Chancen und Ressourcen pädagogisch attraktiver als die „Abschreckdidaktik“ des „erhobenen Zeigefingers“, da sie statt einer „Welt voll von Risiken“ Zukunftshoffnung und Optimismus weckt.²⁸⁷

²⁸² vgl. Vodafone Stiftung Deutschland 2018; Hinweis auf Originalpapier auf S. 5

²⁸³ vgl. ebd., S. 7-10

²⁸⁴ vgl. Basch 2011, S. 596

²⁸⁵ vgl. Vodafone Stiftung Deutschland 2018, S. 2

²⁸⁶ vgl. ebd., S. 11

²⁸⁷ vgl. Paulus 2009, S. 31

11.6.3 Schulgesundheitsfachkräfte als verlässliche Ansprechpartner

Was bezogen auf Eltern festgestellt wurde, gilt natürlich auch für die Schüler_innen: Die Schulpflegekraft benotet nicht, so dass sich niemand vor Leistungswertungen fürchten muss. Diverse Belege aus dem In- und Ausland zeugen davon, dass sie großes Vertrauen genießt, nicht zuletzt durch ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit. Durch ihre ständige Präsenz im Schulalltag bietet sie einen niederschweligen Zugang. Sie gilt als eine Person, bei der man Hilfe erwarten kann, und wenn die Kinder oder Jugendlichen schon erst in gesundheitlichen Angelegenheiten bei ihr Rat und Unterstützung suchen, dann ergibt sich daraus leicht ein Gespräch über weitere persönliche Probleme, manchmal auch über Fragen, die die Jugendlichen nicht so gerne mit ihren Eltern besprechen möchten.²⁸⁸

So zeigte beispielsweise die erwähnte dänische Untersuchung (Kap. 7), dass nach geplanten Gesundheitsgesprächen relativ viele Kinder von sich aus ein Folgegespräch suchten.²⁸⁹ Auch innerhalb des Modellprojektes offenbarte sich bereits, dass die Schulgesundheitsfachkräfte sehr häufig „als Ansprechperson für vielseitige Themen aufgesucht“²⁹⁰ werden. Das signalisiert zum einen Gesprächsbedarf, zum anderen Vertrauen. Dem Gesprächsbedürfnis der Kinder/Jugendlichen kommt dabei auch entgegen, dass es zu den Aufgaben der Schulgesundheitsfachkraft gehört, das (gesundheitsbezogene) Gespräch zu suchen. Die wenigen vorliegenden praktischen Beispiele aus dem Modellprojekt sind zwar nicht repräsentativ, aber auch dort wird teilweise deutlich, dass Schüler_innen zunächst mit eher vordergründigen Gesundheitsanliegen kommen und sich anschließend im Gespräch oder bei einem Folgetermin u. U. tiefere Probleme auftun.²⁹¹ Auch die vorläufigen Zwischenergebnisse der Evaluation des Modellprojektes im Bereich Bildung geben zur Wirkung von Schulgesundheitspflegenden auf die Schüler_innen u. a. „Vertrauensperson bei seelischen und sozialen Problemlagen“ an.²⁹²

Das Weiterbildungscurriculum veranschlagt den Aufgabenbereich „Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler(innen) mit gesundheitlichen Auffälligkeiten im Sinne eines Zugangs zu besonders gefährdeten und schwer zugänglichen Gruppen mittels

²⁸⁸ vgl. Lightfoot et al. 2000, S. 77

²⁸⁹ vgl. Borup et al. 2004, S. 346 (vgl. in Kap. 7)

²⁹⁰ Tannen et al. 2018c, S. 152

²⁹¹ vgl. AWO Potsdam 2018c, Beispiele von Altmann und Behm

²⁹² vgl. Paulus et al. 2018, S. 15

kontinuierlicher Präsenz und Vermittlung frühzeitiger Hilfen“²⁹³ mit 15 % und dehnt diese Funktion in den weiteren Ausführungen auch auf die Familien aus. Allerdings ist anzumerken, dass Ansprechbarkeit und die Gestaltung vertrauensvoller Beziehungen als Querschnittsaufgaben zu betrachten sind, die sich nicht in bestimmten Tätigkeiten erschöpfen, sondern eine Haltung darstellen. Daher sind entsprechende Fähigkeiten und Haltungen auch in dem übergeordneten Bereich „personale und soziale Kompetenzen“ zu finden.²⁹⁴

11.6.4. Einfluss von Schulgesundheitsfachkräften auf die Resilienzentwicklung

Zum einen leistet die Schulgesundheitsfachkraft wie jeder andere Akteur im Setting Schule ihren Anteil an einem guten Schulklima, unter anderem durch Entlastung der Lehrkräfte, aber auch durch ihr Engagement für eine gesunde Schule. Auch gesundheitsbezogene Projekte scheinen sich positiv auf das Schulklima auszuwirken, wie eine Evaluation in Schweizer Schulen erbrachte.²⁹⁵ Dass auch die Schumatmosphäre resilienzförderlich wirkt, wurde bereits dargelegt, und so ist die „Etablierung eines gesundheitsbewussten Schulklimas“ u. a. auch als Ziel in der Machbarkeitsstudie des Modellprojektes aufgeführt.²⁹⁶ Auch die Initiierung von Projekten, die die Gesundheitskompetenz stärken, wirkt in diese Richtung, wobei dazu noch altersangepasste Modelle angemahnt werden.²⁹⁷

Darüber hinaus nimmt die Schulpflegekraft auch Einfluss auf die einzelnen Schüler_innen. Hier fördert sie zunächst die Gesundheitsressourcen, die auch einen Baustein zu Resilienz darstellen (siehe Kap. 11.6.1) und stärkt durch Gesundheitsberatung und -erziehung Eigenverantwortung und somit Selbstwirksamkeit – ebenfalls ein Resilienzfaktor²⁹⁸ – der Jugendlichen. Außerdem gilt sie als Vertrauensperson und kann so einem Kind aus belastenden Verhältnissen den Schutzfaktor „soziale Unterstützung [...] außerhalb der Familie durch verlässliche Bezugsperson“²⁹⁹ anbieten und ihm ggf. auch als positives Rollenmodell dienen³⁰⁰.

Auch im Rahmen der Unterstützung chronisch kranker und behinderter Schüler_in-

²⁹³ Möller 2016, S. 14

²⁹⁴ vgl. ebd., S. 21

²⁹⁵ vgl. Hascher et al. 2010, S.41

²⁹⁶ Möller 2015, S. 79

²⁹⁷ vgl. Okan et al. 2015, S. 933

²⁹⁸ vgl. Fröhlich-Gildhoff 2009, S. 46-47; Frick 2011, S. 214

²⁹⁹ Frick 2011, S. 206

³⁰⁰ vgl. ebd., S. 210

nen, wie sie in den Kapiteln 11.3 und 11.4 thematisiert wurde, fördert Schulgesundheitspflege Bewältigungsstrategien und somit Resilienz. Explizit als wesentliche Aufgabe genannt wird dieser „Aufbau von Resilienz durch Entwicklung positiver Copingstrategien und unterstützender Beziehungen [Übers. d. Verf.]“ in der britischen Ausbildung zur School Nurse.³⁰¹

Überdies kann das in Kapitel 7 vorgestellte Casemanagement-Projekt in einem sozial benachteiligten Stadtteil eine Resilienzförderung durch Schulgesundheitspflege nahelegen, wengleich dies nicht explizit ausgesagt wird. Doch unter der Perspektive, dass die belastenden sozioökonomischen Umstände der Schüler_innen sich nicht veränderten, ein hoher Prozentsatz es aber dennoch zu besseren Leistungen sowie einer höheren Lebensqualität/höherem Wohlbefinden brachte, kann das durchaus als Resilienzentwicklung betrachtet werden.³⁰²

Eine weitere Studie erkennt als eine Aufgabe der School Nurses, in psychisch beeinträchtigten Kindern Selbstvertrauen zu wecken.³⁰³

Darüber hinaus dient zuweilen auch die bereits erwähnte Zusammenarbeit mit den Eltern der Resilienzförderung, zumal wenn die Schulgesundheitsfachkraft ihnen, wie in Kapitel 11.5.3 beschrieben, Unterstützung und Hilfe vermitteln kann.

Neben allen Chancen von Schulgesundheitspflege sind dem Einfluss aber auch Grenzen gesetzt: Die Schulpflegekraft kann und soll Vertrauensperson oder auch Rollenmodell sein und insofern möglicherweise für einzelne Schüler_innen auch temporär eine verlässliche Bezugsperson. Doch bei allem begrüßenswerten Beziehungsaufbau und Einsatz für die einzelnen Schüler_innen muss sie dennoch die angemessene professionelle Distanz wahren. Denn abgesehen davon, dass sie allen Schüler_innen der Schule gemäß ihren jeweiligen Bedürfnissen gerecht werden muss, ist ihre Begleitung des jungen Menschen immer nur eine befristete, die spätestens endet, wenn er diese Schule verlässt, und insofern keine auf Dauer angelegte oder diese Hoffnungen weckende Bindung sein kann und darf. Dennoch kann sie auf dieser Wegstrecke dem Kind/Jugendlichen Stütze und eine vertraute, verstehende Beziehungsperson sein, die ermutigt, fördert, stärkt und zu wachsender Eigenständigkeit im Handeln und Entscheiden leitet. Das stärkt die Selbstwirksamkeitserwartung der Schüler_innen und damit die Überzeugung, Anforderungen bewältigen

³⁰¹ Royal College of Nursing 2017, S. 17

³⁰² vgl. Bonaiuto 2007, S. 204-206

³⁰³ vgl. Dina et al. 2014, S. 4 (siehe Kap. 7)

zu können. Diese Überzeugung hilft ihnen, auch schulische Anforderungen mutig in Angriff zu nehmen.

11.7 Zusammenfassung

In der Erörterung der Hypothesen auf der Grundlage des derzeitigen Erkenntnisstandes wird deutlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention in ihren unterschiedlichen Ausprägungen einschließlich individueller gesundheitsbezogener Beratung Kernaufgaben von Schulgesundheitspflege darstellen. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei zielgruppenangemessener Durchführung dieser gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten insbesondere solche Schüler_innen profitieren, die für ihre gesundheitliche Entwicklung weniger positive Voraussetzungen mitbringen. Dies sind einerseits Kinder und Jugendliche, die durch den sozioökonomischen Status ihrer Familien benachteiligt sind, andererseits solche, die bereits unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder psychischen Störungen leiden, wobei diese Beeinträchtigungen – wie mit zuverlässigen Quellen belegt wurde – ebenfalls signifikant mit einem sozioökonomisch niedrigem Status korrelieren. Dieser vermutete Mechanismus, dass besonders förderungsbedürftige Schüler_innen auch tatsächlich von den Maßnahmen besonders profitieren, konnte allerdings im Rahmen dieser Arbeit nicht untermauert, sondern nur theoretisch erschlossen werden. Allerdings weisen Studien aus anderen Ländern durchaus in diese Richtung, wenngleich auch noch weiterer Forschungsbedarf vorgebracht wird.

Dass Schulgesundheitspflege für chronisch kranke Schüler_innen gesundheitliche Vorteile bringt, kann logisch wie auch empirisch (ausländische Studien) belegt werden. Auch eine Reduzierung von Fehlzeiten wurde nachgewiesen, die sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit positiv auf die Schulleistung auswirken dürfte. Es spricht außerdem einiges dafür, dass eine Schulgesundheitspflegekraft, indem sie kranken und behinderten Schüler_innen zur Seite steht – ggf. auch durch Information der Klasse – die soziale Situation dieser Kinder/Jugendlichen verbessern kann. Ob dies die Zusammenarbeit insgesamt beeinflusst, bleibt noch zu ergründen.

Dass Schulgesundheitsfachkräfte in der Lage sind und es als ihre Aufgabe sehen, gesundheitliche und psychische Auffälligkeiten sowie Verhaltensstörungen – ggf. aufgrund von Hinweisen der Lehrenden – zu erkennen und Fähigkeiten sowie Mög-

lichkeiten der Weitervermittlung in Zusammenarbeit mit den Eltern haben, geht aus dem Weiterbildungscurriculum klar hervor. Dies kommt insbesondere denen zugute, deren Eltern ohne diese Unterstützung der Schulgesundheitspflege weniger in der Lage sind, Störungen entsprechend einzuordnen und Beratungs- und Hilfsangebote zu finden und in Anspruch zu nehmen.

Weiterhin ist international belegt sowie im Modellprojekt vorgegeben und in Zwischenergebnissen bestätigt, dass Schulgesundheitspflegende für die Schüler_innen niederschwellig erreichbare Ansprechpartner_innen sind und als solche gerne in Anspruch genommen werden, auch aufgrund des hohen Vertrauens, das sie genießen. Da die gesundheitlichen Fragestellungen teilweise sehr persönliche Bereiche berühren, ist ein Beziehungsaufbau zwischen Pflegekraft und Schüler_in einerseits Voraussetzung andererseits auch Folge. Es ist gut vorstellbar, dass die Schulpflegekraft durch diese Position in Verbindung mit gesundheitsfördernder Beratung auch positiv auf die psychische Widerstandskraft, sprich die Resilienz der Kinder und Jugendlichen wirkt. Nachgewiesen wurde dies allerdings noch nicht. Sollte es sich als zutreffend herausstellen, so wäre damit eine positive Wirkung auf den Lernerfolg verbunden, da dieser Zusammenhang belegt ist.

Erwiesen ist, dass gesundheitliches Wohlbefinden Auswirkungen auf den Schulerfolg hat. So ist davon auszugehen, dass Schulgesundheitspflege auf diesem indirekten Weg auch den Bildungserfolg positiv beeinflusst, wenngleich an konkrete Interventionen geknüpfte Auswirkungen international noch wenig, innerhalb des deutschen Schulsystems noch gar nicht erforscht sind.

Rückblickend auf die Forschungsfrage kann also bestätigt werden, dass Schulgesundheitspflege aufgrund der ihr vorgegebenen Aufgaben und zugesprochenen Kompetenzen die Chancen sozial benachteiligter Schüler_innen in Hinblick auf ihre Gesundheit verbessert und über diesen Weg auch den Schulerfolg mit beeinflusst. Allerdings kann lediglich diese allgemeine Tendenzaussage getroffen werden. In welchem Maße und unter welchen konkreten Voraussetzungen und Bedingungen Schulgesundheitspflege in Deutschland die Chancengerechtigkeit für benachteiligte Schüler_innen positiv beeinflusst, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beurteilt werden.

12. Kritische Betrachtung und Ausblick

In dieser Arbeit wurden theoretische Bezüge und Schlussfolgerungen aufgrund von vorliegenden Studien und anderen Quellen hergestellt, um die Forschungsfrage zu bearbeiten. Einige Zusammenhänge wie die Beziehungen zwischen Sozialstatus, Gesundheit und Bildung sind zuverlässig und detailliert durch diverse Studien belegt. Gleichzeitig mangelt es aber – zumindest in Deutschland – an validen Interventionsstudien zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern.³⁰⁴ Der insgesamt positive Einfluss von Schulgesundheitspflege auf Gesundheit und Wohlbefinden von Schüler_innen kann durch internationale Studien sowie Erfahrungswerte in Ländern, in denen Schulgesundheitspflege etabliert ist, untermauert werden. Bei einigen spezielleren Fragenkomplexen, darunter auch Fragestellungen, die sich mit der Wirkung von Schulgesundheitspflege auf den Bildungserfolg befassen, wird noch Forschungsbedarf gesehen, wie dieses an entsprechenden Stellen in der Arbeit aufgezeigt wurde. Zudem erscheint es bei manchen Studienergebnissen nicht eindeutig, ob sie eins zu eins auf die Gegebenheiten in Deutschland übertragbar sind, da sie innerhalb anderer Gesundheits- und Bildungssysteme und anderer die Pflege betreffenden Strukturen und Gesetzesgrundlagen durchgeführt wurden. Auch konnte aus Gründen der Verfügbarkeit nicht ausschließlich auf Peer-Review-Studien zurückgegriffen werden, so dass die Validität nicht bei allen Studien gesichert erscheint.

Trotz dieser Einschränkungen sind die Vorteile von Schulgesundheitspflege unübersehbar, auch und gerade für solche Kinder und Jugendlichen, denen insgesamt weniger Unterstützungsressourcen zur Verfügung stehen. Der in der Einleitung angeführte Rechtsstreit zeigt (ohne die genaueren sozialen Hintergründe dieser Familie zu kennen), dass es durchaus Eltern gibt, die die erforderlichen oder wünschenswerten Maßnahmen für ihre Kinder durchsetzen können, wozu anderen Eltern die Möglichkeiten fehlen. Es sollten aber alle Kinder unabhängig von ihrer Herkunft die bestmögliche Unterstützung erfahren, wie es auch in Art. 24 der bereits zitierten UN-Kinderrechtskonvention heißt: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an“³⁰⁵, und in Art. 28 der-

³⁰⁴ vgl. Pott et al. 2002, S. 979 (Anm. d. Verf.: Es scheint so, dass auch 2018 der diesbezügliche Forschungsbedarf noch nicht gedeckt ist.)

³⁰⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014: Übereinkommen über die Rechte des Kindes, S. 20

selben Konvention werden die Staaten aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um das Recht jedes Kindes auf Bildung „auf der Grundlage der Chancengleichheit“³⁰⁶ zu verwirklichen. Wenngleich Schulgesundheitspflege allein selbstverständlich nicht alle Ungerechtigkeit der Gesundheits- und Bildungschancen ausgleichen kann, sondern Gesundheits-, Sozial-, Familien- und Bildungspolitik ineinandergreifen müssen³⁰⁷, so hat das Setting Schule doch große Einflussmöglichkeiten, da nahezu alle Kinder und Jugendlichen einen erheblichen Teil ihrer Zeit in der Schule verbringen und zudem das Kindes- und Jugendalter als eine sensible Phase für die Entwicklung von Verhaltensmustern und Einstellungen gesehen wird.³⁰⁸ Diese Möglichkeiten durch professionelle Schulgesundheitsfachkräfte zu nutzen, die außerhalb des Schulleistungssystems agieren, gleichzeitig jedoch Bindeglied zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem sind, sollte auch in Deutschland flächendeckend an allen allgemeinbildenden Schulen verwirklicht werden, wie dies auch von Pflegewissenschaftler_innen bereits seit Jahren gefordert wird.³⁰⁹

Dass die Einführung grundsätzlich möglich ist, zeigt die Machbarkeitsstudie des Modellprojektes Schulgesundheitspflege. Gewiss werden sich nach Auswertung der Pilotphase noch verschiedene Anpassungen ergeben, die aufgrund der Kulturhoheit der Länder möglicherweise auch unterschiedlich ausfallen werden. Beispielsweise wäre es m. E. empfehlenswert, die Schulgesundheitsfachkräfte bundesweit in die Lage zu versetzen, einzelne Unterrichtseinheiten zu Gesundheitsthemen selbständig erteilen zu dürfen. Ob eine Erweiterung der Didaktik- und Methodik-inhalte des Moduls 8³¹⁰ dazu dienlich wäre, ist eher zu bezweifeln, da der Umfang keinesfalls den entsprechenden Inhalten im Lehramts- oder auch Pflegepädagogikstudium nahekommen würde. So ginge es wohl eher um entsprechende Sonderregelungen in den betreffenden Landesgesetzen.

In einigen Studien werden außerdem klarere Rollenbeschreibungen angemahnt. Sinnvoll wäre es deshalb, Stellenbeschreibungen zu entwerfen, wie dies auch in Standard 5 des europäischen Rahmenplans der WHO³¹¹ gefordert wird. Sie sollten die allgemein zutreffenden Aufgaben, Kompetenzen, Zuordnungen etc. enthalten und können dann für jede Schule entsprechend konkret angepasst werden.

³⁰⁶ BMFSFJ 2014: Übereinkommen über die Rechte des Kindes, S. 22

³⁰⁷ vgl. Robert Koch-Institut 2008, S. 155

³⁰⁸ vgl. Dadaczynski 2012, S. 141

³⁰⁹ vgl. z. B. Schmitt et al. 2012, S. 114; Kocks 2008, S. 259; Kocks 2015, S. 46

³¹⁰ vgl. Möller 2016, S. 29

³¹¹ vgl. WHO Europe 2014, S. 7

Auch über den Status der Weiterbildung sollte vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal nachgedacht werden. Perspektivisch wäre für diese komplexe Aufgabe wie in manchen anderen Ländern ein Studienabschluss auf Masterniveau denkbar. Immerhin erfordert die Tätigkeit neben qualifiziertem pflegerischem Fach- und Erfahrungswissen sowie pädagogischen Fähigkeiten sehr selbständiges Handeln und Entscheiden und dazu stellenweise Kompetenzen, wie sie beispielsweise in einem Studium der Sozialarbeit vermittelt werden. Allerdings wird ein Masterabschluss wohl erst realisierbar sein, wenn die Akademisierung der Pflege insgesamt weiter fortgeschritten ist, da sonst das Ziel der baldigen Umsetzung von Schulgesundheitspflege gefährdet scheint.

Zunächst bleibt zu hoffen, dass aufgrund der Evaluationsergebnisse die Weichen für eine bundesweite Einführung von Schulgesundheitspflege gestellt werden und dadurch sowie durch anderweitige Maßnahmen allen Kindern bestmögliche Gesundheits- und Bildungschancen zuteil werden.

Quellenverzeichnis

- American Academy of Pediatrics (2008): Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Policy statement. Council on School Health. In: Pediatrics, Vol. 121, No. 5, May 2008, p. 1052-1056. <http://pediatrics.aappublications.org/> (abgerufen 08.02.2018)
- American Academy of Pediatrics (2016): Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Policy statement. Council on School Health. In: Pediatrics, Vol. 137, No. 6, June 2016. (*keine Seitenzahlen der Printversion vorhanden*)
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/6/e20160852.full.pdf>
(abgerufen 03.05.2018)
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke) Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Dgvt-Verlag, Tübingen. (*Originalausgabe (1987): Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*)
- AWO, Bezirksverband Potsdam (2015): „Transnationaler Austausch zum Innovationskonzept schuleigene Krankenpflegekräfte“ – Dokumentation zur Phase I des Projektes „Schulkrankenschwester“. <https://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Abschlussdokumentation%20transnationaler%20Austausch%202015.pdf> (abgerufen 26.04.2018)
- AWO, Bezirksverband Potsdam (2016): Das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen in Brandenburg und Hessen“. Präsentationsfolien vom 17.09.2016. <http://gfsi-berlin.de/downloads/vorstellung-projekt-schulkrankenschwester-prae.pdf> (abgerufen 26.05.2018)
- AWO, Bezirksverband Potsdam (2018a): Das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ Fachtagung am 15.02.2018 – Eine Zwischenbilanz – Struktur und Ergebnisse der Implementation (Präsentationsfolien der Fachtagung „Eine Zwischenbilanz – Das Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte in den Bundesländern Brandenburg und Hessen“, Potsdam 15.02.2018) https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-15-02-2018.html?file=files/Schulpflegekraefte/Pressemappe_15-02-2018/Implementation%20%20Praxisbericht%2014.02.2018.pdf (abgerufen 14.04.2018)
- AWO, Bezirksverband Potsdam (2018b): FAQ zum Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen. Medieninformation, Potsdam 15.02.2018. https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-15-02-2018.html?file=files/Schulpflegekraefte/Pressemappe_15-02-2018/FAQ%20Modellprojekt.pdf (abgerufen 14.04.2018)

- AWO, Bezirksverband Potsdam (2018c): Fallbeispiele „Schulgesundheitsfachkräfte“. Digitale Pressemappe der Fachtagung „Eine Zwischenbilanz – Das Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen in den Bundesländern Brandenburg und Hessen“ am 15.02.2018 in Potsdam. https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-15-02-2018.html?file=files/Schulpflegekraefte/Pressemappe_15-02-2018/Fallbeispiele%20SGF_v0.5.pdf (abgerufen 14.04.2018)
Darin: Altmann, Annegret: Ritzen und? // Behm, Christine: Mobbing im Klassenzimmer. // Bethke, Sabrina: Aufregender Anfang. // Dießner, Jeanette: Anna und der brummende Kopf. // Heinze, Astrid: Schülerin gestürzt. // Keller, Michaela: Schwer erschüttert. // Müller, Tabea: Schreck in der Morgenstunde. // Rudnik, Sybille: Gebrochenes Schlüsselbein beim Toben.
- Banovic, Alisa (2016): Schulgesundheitspflege – Erste Hilfe Unterricht für Kinder. In: PADUA – Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung, Verlag Hogrefe AG, Göttingen, 11. Jg., 1/2016, S. 59-64.
- Bartholomeyczik, Sabine (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, Beate/ Schaeffer, Doris (Hrsg., 2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim/München, S. 67-106.
- Basch, Charles E. (2011): Healthier Students Are Better Learners: A Missing Link in School Reforms to Close the Achievement Gap. In: Journal of School Health, 10/ 2011, Vol. 81, No. 10, p. 593-598. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1746-1561.2011.00632.x> (abgerufen 12.06.2018)
- Baumgarten, F./ Klipker, K./ Göbel, K./ Janitza, S./ Hölling, H. (2018): Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. In: Journal of Health Monitoring, Ausg. 1, März 2018, S. 60-65. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf (abgerufen 16.04.2018)
- Berger, Peter A. (2007): Berechnung des Nettoäquivalenzeinkommens nach alter und neuer OECD-Skala (Beispiele). Materialien zum Seminar "Armut und Reichtum in Deutschland" - Sommersemester 2007, Universität Rostock. https://www.wiwi.uni-rostock.de/fileadmin/Institute/ISD/Lehrstuhl_Makrosoziologie/Lehrmaterialien/Prof._Berger/Seminare_SoSe_07/Armut_und_Reichtum/Folie_Nettoaequivalenzeinkommen_SoSe_2007_01.pdf (abgerufen 05.05.2018)
- Best, Nakia C./ Oppewal, Sonda/ Travers, Debbie (2018): Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. The Journal of School Nursing, Vol. 34, 1/2018, p. 14-27. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1059840517745359> (abgerufen 28.04.2018)
- Bonaiuto, Maria M. (2007): School Nurse Case Management: Achieving Health and Educational Outcomes. In: The Journal of School Nursing, Vol. 23, No. 4, 8/2007, p. 202-209. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10598405070230040401> (abgerufen 08.05.2018)

- Borrmann, A./ Mensink, G./ KiGGS Study Group (2015): Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der KiGGS-Welle 1. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58. Jg., 9/2015, S. 1005-1014.
- Bortz, Jürgen/ Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 4. Aufl.
- Borup, Ina/ Holstein, Bjørn Evald (2004): Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with school health nurse. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 18, 2004, p. 343-350.
- Broussard, Lisa (2007): Empowerment in School Nursing Practice – A Grounded Theory Approach. In: The Journal of School Nursing, Vol. 23, No. 6, 12/2007, p. 322-328.
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10598405070230060401> (abgerufen 08.05.2018)
- Brügelmann, Hans/ von der Groeben, Annemarie/ Meyer, Hilbert/ Nietzschmann, Renate/ Thurn, Susanne (o. J., nach 3/2017): Bildungsgerechtigkeit: Die Zeit drängt!
<http://www.schule-fuer-alle.com/stuff/ManifestBildungsgerechtigkeit.pdf> (abgerufen 11.04.2018)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg., 2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. In Kraft getreten 03.05.2008. Stand der Veröffentlichung: Dezember 2011.
<http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf> (abgerufen 24.05.2018)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg., 2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. In Kraft getreten 03.05.2008. Stand der Veröffentlichung: Dezember 2011.
<https://www.bmfsfj.de/blob/93140/8c9831a3ff3ebf49a0d0fb42a8efd001/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> (abgerufen 31.05.2018)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg., 2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/BMG-G-07051-Strategie-Kindergesundheit.pdf> (abgerufen 20.02.2018)
- Calmbach, Marc/ Borgstedt, Silke/ Borchard, Inga/ Thomas, Peter Martin/ Flaig, Berthold Bodo (2016): Wie ticken Jugendliche 2016? – Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland. Eine SINUS-Studie im Auftrag von: Arbeitsstelle für Jugendseelsorge der Deutschen Bischofskonferenz, Bund der Deutschen Katholischen Jugend, Bundeszentrale für politische Bildung, Deutsche Kinder- und Jugendstiftung und VDV-Akademie (Verband Deutscher Verkehrsunternehmen–Akademie). Springer-Verlag, Wiesbaden.
- Chabot, Guylaine/ Godin, Gaston/ Gagnon, Marie-Pierre (2010): Determinants of the intention of elementary school nurses to adopt a redefined role in health promotion at school. In: Implementation Science 2010, 5:93
<http://www.implementationscience.com/content/5/1/93> (abgerufen 15.02.2018 über <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1748-5908-5-93.pdf>)

- Clausson, Eva K. (2008): School Health Nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren’s health. Doctoral Thesis at the Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden, 2008. http://www.skolskoterskor.se/wp/wp-content/uploads/2013/02/ClaussonEva_avhandling.pdf (abgerufen 30.04.2018)
- Clausson, Eva K./ Köhler, Lennart/ Berg, Agneta (2008): Schoolchildren’s health as judged by Swedish school nurses – a national survey. In: Scandinavian Journal of Public Health, 2008; 36, p. 690–697. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.855.3529&rep=rep1&type=pdf> (abgerufen 08.05.2018)
- Dadaczynski, Kevin (2012): Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 20. Jg. 3/2012, S. 141-153.
- Department of Health/ Public Health England - PHD-PHN/32420 (2014): Maximising the school nursing team contribution to the public health of school-aged children – Guidance to support the commissioning of public health provision for school aged children 5-19. London April 2014. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/303769/Service_specifications.pdf (abgerufen 08.02.2018)
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg., 2017): Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017. Berlin, März 2017. <http://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/armutsbericht/download-armutsbericht/> (abgerufen 24.03.2018)
- Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. – DAKJ (o. J., nach 8/2015): Aktivitäten im Handlungsfeld „Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule“ – Schulgesundheitschwester (SGS) ins multiprofessionelle Team der Schulgesundheitspflege einbringen. http://www.hage.de/files/handout_dakj.pdf (abgerufen 10.02.2018)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – DBfK (2011): DBfK fordert Gesundheits- und Krankenpflegerinnen an Schulen. In: Die Schwester/Der Pfleger, 50. Jg., 4/2011, S. 366.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – DBfK (2012): School Nurses sind eine Investition in die Gesundheit von Schüler/innen. In: Die Schwester/Der Pfleger, 51. Jg., 8/2012. S. 784.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – DBfK (2014): Gesund aufwachsen – Schulgesundheitspflege in Deutschland. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Schulgesundheitspflege_2014-12-11.pdf (abgerufen 08.02.2018)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – DBfK (2015): Neu in Deutschland: Schulgesundheitspflege. In: Heilberufe/Das Pflegemagazin, 67. Jg., 2/2015, S. 60-61.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – DBfK (2018): Position des DBfK zu Schulgesundheitspflege: Gesunde Schulen – Gesunde Schüler/innen – Schulgesundheitspfleger/innen. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-zu-Schulgesundheitspflege-2018-01-12.pdf> (abgerufen 08.02.2018)
- Dillmann, Monika/ Kocks, Andreas (2014): Zwischen Pflasterwechsel und Insulinspritze – Schulische Gesundheitsversorgung und das internationale Berufsbild der School Health Nurse. In: Dr.med.Mabuse, 210, 7-8/2014, S. 58-60.

- Dina, Fikrije/ Pajalic, Zada (2014): How School Nurses Experience Their Work with Schoolchildren Who Have Mental Illness – A Qualitative Study in a Swedish Context. In: Global Journal of Health Science, Vol. 6, No. 4, 2014. (published by Canadian Center of Science and Education)
<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/34110/19966> (abgerufen 03.05.2018)
- Edwards, Amy/ Street, Cathy/ Rix, Katie (2016): Nursing in schools – How school nurses support pupils with long-term health conditions. Hrsg.: National Children’s Bureau.
https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/uploads/documents/Research_reports/Nursing%20in%20Schools%20-%20Final.pdf (abgerufen 08.02.2018)
- Ellertsson, Ann-Sofi/ Garmy, Pernilla/ Clausson, Eva K. (2017): Health Among Schoolchildren From the School Nurse’s Perspective. Original Research. In: The Journal of School Nursing, Vol. 33, 5/2017, p. 337-343.
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1059840516676876> (abgerufen 04.05.2018)
- Fagerholt, Gunilla (2009): An overview of the school nursing role in Sweden. In: British Journal of School Nursing, Vol. 4, No. 10, 12/2009, p. 511-514. (*Artikel nur unvollständig downloadbar!*)
<http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjsn.2009.4.10.45600> (abgerufen 08.02.2018)
- Fegeler, Ulrich (2017): Sag mir, wo du wohnst ... - Der Sozialraum als Bedingung für gesundes Aufwachsen. In: Kinderkrankenschwester – Fachzeitschrift für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 36. Jg., 12/2017, S. 454-459.
- Finger, J. D./ Varnaccia, G./ Borrmann, A./ Lange, C./ Mensing, G.M.B. (2018): Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, Ausg. 1, März 2018, S. 24-31.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf (abgerufen 16.04.2018)
- Frick, Jürg (2011): Was uns antreibt und bewegt – Entwicklungen besser verstehen, begleiten und beeinflussen. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/ Rönnau-Böse, Maike (2009): Resilienz. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel.
- von zur Gathen, Marion/ Liebert, Jana (2017): Den Blick schärfen! – Armut von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg., 2017): Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017. Berlin, März 2017, S. 30-38.
https://images.dkhw.de/fileadmin/Redaktion/1_Unsere_Arbeit/1_Schwerpunkte/1_Kinderarmut/1.2_Armutsbericht_2016/armutsbericht-2017_aktuell.pdf (abgerufen 24.03.2018)
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17.Juli 2015. In: Bundesgesetzblatt Jg. 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24.Juli 2015.

- Golsong, Nadine/ Nowak, Nicole/ Schweter, Antje/ Lindtner, Oliver (2017): KiESEL – die Kinder-Ernährungsstudie zur Erfassung des Lebensmittelverzehrs als Modul in KiGGS Welle 2. In: Journal of Health Monitoring 2017 2(S3), S. 29–37.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_02S3_2017_KiGGS-Welle2_Methodik_Module.pdf (abgerufen 16.06.2018)
- Gutzwiler, Felix/ Jeanneret, Oliver (Hrsg., 1999): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen, 2. Aufl.
- Hascher, Tina/ Winkler-Ebner, Christine (2010): Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit – Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Juventa-Verlag, Weinheim/ München, S. 31-56.
https://www.researchgate.net/publication/282075085_Gesundheit_und_Bildung_von_Kindern_und_Jugendlichen (abgerufen 12.06.2018)
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“. http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Methodik_2013_14.pdf (abgerufen 27.04.2018)
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. – HAGE (2018): Schulgesundheitsfachkräfte – Ein Modell für die Zukunft?! Projektvorstellung und Einordnung. (Präsentationsfolien des Vortrags von D. Schulenberg auf der Fachtagung „Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte – ein Zwischenfazit“, Ev. Hochschule Darmstadt, 12.04.2018). http://www.hage.de/files/20180412_zwischenfazit_sgfk_ehd.pdf (abgerufen 30.04.2018)
- Hoekstra, Beverley A./ Young, Vicki L./ Eley, Charlotte V./ Hawking Meredith K. D./ McNulty, Cliodna A. M. (2016): School Nurses’ perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: a qualitative study. BioMed Central - BMC Nursing (2016) 15:73 (DOI 10.1186/s12912-016-0194-y)
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs12912-016-0194-y.pdf> (abgerufen 15.02.2018)
- Hölling, H./ Schlack, R./ Kamtsiuris, P./ Butschalowsky, H./ Schlaud, M./ Kurth, B.M. (2012): Die KiGGS-Studie – Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55. Jg., 6-7/2012, S. 836-842.
- Høie, Magnhild et al. (2017): How school nurses experience and understand everyday pain among adolescents. BioMed Central - BMC Nursing (2017) 16:53 (DOI 10.1186/s12912-017-0247-x) <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs12912-017-0247-x.pdf> (abgerufen 15.02.2018)
- Holme, Charles/ Rose, Jill (o. J.): Health and education – Working together for all children - The role of the school health nurse. www.devon.gov.uk/daph-schoolnurse/role.pdf (abgerufen 08.02.2018)
- Holoch, Elisabeth/ Lüdecke, Maria/ Zoller, Elfriede (Hrsg., 2017): Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen – Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

- Holz, Gerda / Laubstein, Claudia/ Sthamer, Evelyn (2012): Lebenslagen und Zukunftschancen von (armen) Kindern und Jugendlichen in Deutschland 15 Jahre AWO-ISS-Studie. Hrsg.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Frankfurt a. Main, November 2012, ISS-Aktuell 23/2012. http://www.iss-ffm.de/m_106 (abgerufen 27.04.2018)
- Holz, Gerda/ Eckert, Dieter (2013): „Von alleine wächst sich nichts aus ... – Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen und gesellschaftliches Handeln bis zum Ende der Sekundarstufe I“. Dokumentation der Fachtagung am 25./26.09.2012 in Berlin. Hrsg.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Frankfurt a. Main, ISS-aktuell 04/2013. https://www.iss-ffm.de/m_270_dl (abgerufen 29.05.2018)
- Horacek, Ulrike (2014): Einsatz von „Schulschwestern“ für chronisch kranke Kinder sollte bundesweit Schule machen. Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. – DGSPJ. Pressekampagne 2-2014. <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-pressemitteilungen-kampagne-2-2014.pdf> (abgerufen 14.04.2018)
- Horacek, Ulrike/ Ellsäßer, Gabriele/ Langenbruch, Bettina (2015): Empfehlungen zum Ausbau des Schulgesundheitsystems durch „school nurses“ in Deutschland – Schulgesundheits-schwestern (SGS) in Deutschland. Stellungnahme Januar 2015. Hrsg.: Fachausschuss ÖGD der DGSPJ. <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-schulgesundheits-schwestern-januar-2015.pdf> (abgerufen 10.02.2018)
- Karl, Anke (2015): „Frau Karl, gut, dass Du immer für uns da bist!“ In: PädNetzSInfo, 4/2015, S. 9. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/588ced3b49d3896a1019f6d/source/schulkrankenschwester..pdf> (abgerufen 13.12.2017)
- Koch, Angelika (2017): Kinderarmut in Deutschland – Was leistet die Familienpolitik zur Armutsvermeidung? In: Maier-Höfer, Claudia (Hrsg.): Kinderrechte und Kinderpolitik – Fragestellungen der angewandten Kindheitswissenschaft. Springer VS, Springer Fachmedien, Wiesbaden GmbH, S. 115-141.
- Kocks, Andreas (2007): Pflegefall Schule – ein Fall für die Pflege? In: Die Schwester/Der Pfleger, 46. Jg., 12/2007, S. 1146-1149.
- Kocks, Andreas (2008a): Gesund in der Schule - der pflegerische Tätigkeitsbereich der School Health Nurse. In: Pflegezeitschrift, 61.Jg., 7/2008, S. 364-367.
- Kocks, Andreas (2008b): Schulgesundheitspflege – Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. In: Pflege & Gesellschaft – Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 13. Jg., H. 3, 8/2008, S. 246-260.
- Kocks, Andreas (2015): Chronisch krank und Schule -Nationale Herausforderungen und das internationale Modell der School Health Nurse. In: transferplus (Hrsg.: g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen, Universität Witten-Herdecke), 10/2015, S. 40-47. http://www.g-plus.org/wp-content/uploads/2015/10/10_transferplus_Leben-mit_Oktober_2015.pdf (abgerufen 11.04.2018)
- Kocks, Andreas (2017): Das internationale Berufsbild der Schulgesundheitspflege oder der Paul kann nicht pinkeln. In: Holoch, Elisabeth/ Lüdecke, Maria/ Zoller, Elfriede (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen – Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, S. 206-225.

- Korn, Lena (2012): Resilienz - Eine interdisziplinäre Annäherung an Konzept und Forschung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61. Jg., 5/2012, S. 305-321. Onlineveröffentlichung bei PsyDok am Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID), Trier.
http://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/3705/1/Korn_PdKK_2012_5.pdf (abgerufen 17.05.2018)
- Krause, Christina/ Lorenz, Rüdiger-Felix (2009): Was Kindern Halt gibt – Salutogenese in der Erziehung. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen.
- Lampert, Thomas/ Hagen, Christine/ Heizmann, Boris (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hrsg.: Robert Koch-Institut
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/soz_ungleichheit_kinder.pdf (abgerufen 30.04.2018)
- Lampert, Thomas/ Müters, S./ Stolzenberg, H./ Kroll, L. E. (2014): Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57. Jg., 7/2014, S. 762-770.
- Laubstein, Claudia/ Holz, Gerda/ Seddig, Nadine (2016): Armutfolgen für Kinder und Jugendliche – Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. Hrsg.: Bertelsmann Stiftung Gütersloh. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_WB_Armutfolgen_fuer_Kinder_und_Jugendliche_2016.pdf (abgerufen 27.04.2017)
- Leitenmüller, Anja (2017): Fokus auf die Gesundheit der Schüler. In: ProCare, 22. Jg., 6-7/2017, S. 44-48.
- Lightfoot, Jane/ Bines, Wendy (2000): Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. In: Journal of Public Health Medicine, Vol. 22, No. 1, 1 March 2000, p. 74–80. <https://watermark.silverchair.com/220074.pdf> (abgerufen 08.05.2018)
- Maier-Höfer, Claudia (Hrsg., 2017): Kinderrechte und Kinderpolitik – Fragestellungen der angewandten Kindheitswissenschaft. Springer VS, Springer Fachmedien, Wiesbaden GmbH.
- Maulbecker-Armstrong, Catharina (2016): Einführung von Schulgesundheitsfachkräften – Modellprojekt der Länder Hessen und Brandenburg. In: Hessisches Ärzteblatt, 4/2016, 225-226.
- Mauz, Elvira/ Schmitz, Roma/ Poethko-Müller, Christina (2017): Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up – Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012. In: Journal of Health Monitoring, 2/2017 (4), S. 45-65.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_04_2017_Besonderer_Versorgungsbedarf_KiGGS-Studie_2003-2012.pdf (abgerufen 16.06.2018)

- Mensink, G.B.M./ 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. In: Journal of Health Monitoring, Ausg. 1, März 2018, S. 32-39.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf (abgerufen 16.04.2018)
- Meyer, Peter C./ Jeanneret, Oliver (1999): Soziale Umwelt - Sozialstrukturelle Determinanten der Gesundheit. In: Gutzwiller, Felix/ Jeanneret, Oliver (Hrsg., 1999): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen, 2. Aufl., S. 480-489.
- Millich, Nadine: Aufklären, kümmern, da sein. In: Die Schwester/Der Pfleger, 56. Jg., 10/2017, S. 32-34.
- Möller, Ingrid (2015): Schulkrankenschwester – Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. Hrsg.: AWO Bezirksverband Potsdam. <https://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflegekraft.pdf> (abgerufen 10.02.2018)
- Möller, Ingrid (2016): Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. Hrsg.: AWO Bezirksverband Potsdam. <https://www.awo-potsdam.de/files/Schulpflegekraefte/Curriculum%20f%C3%BCr%20Schulgesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf> (abgerufen 10.05.2017/ 10.02.2018)
- Morberg, Siv/ Lagerström, Monica/ Dellve, Lotta (2012): The school nursing profession in relation to Bourdieu's concept of capital, habitus and field. Nordic College of Caring Science 2011. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 26, 2012, p. 355-362.
- Muellmann, S./ Landgraf-Rauf, K./Brand, T./ Zeeb, H. (2017): Wirksamkeit von schulbasierten Interventionen zur Prävention und/oder Reduktion psychosozialer Probleme bei Kindern und Jugendlichen: Ein Review von Reviews. In: Das Gesundheitswesen, 79.Jg., 4/2017, S. 252-260.
- Naidoo, Jennie/ Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hrsg. der deutschen Ausgabe: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg. (*Originalausgabe: Health Promotion – Foundation for Practice. Edinburg/London*)
- National Association of School Nurses – NASN (2018): School Violence – The Role of the School Nurse. Position Statement. June 2013, revised: January 2018.
<https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/NASN/3870c72d-fff9-4ed7-833f-215de278d256/UploadedImages/PDFs/Position%20Statements/2018psviolence.pdf>
(abgerufen 27.04.2017; über <https://www.nasn.org>)
- Olthoff, Meike (2005): School Nurse – Die Schulkrankenschwester. Der finnische Weg der Gesundheitspflege an Grund- und weiterführenden Schulen. In: Die Schwester/Der Pfleger, 44. Jg., 11/2005, S. 874-877.
- Okan, O./ Pinheiro, P./ Zamora, P./ Bauer, U. (2015): Healthy Literacy bei Kindern und Jugendlichen – Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58. Jg., 9/2015, S. 930-941.

- Paulus, Peter (2002): Gesundheitsförderung im Setting Schule. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45. Jg., 12/2002, S. 970-975.
- Paulus, Peter (2009): Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. In: Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Hrsg.: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts, Juni 2009. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/13_KJB_Expertise_Paulus_Kooperation_Schule_etc.pdf (abgerufen 10.01.2018)
- Paulus, Peter/ Petzel, Thomas (2018): Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte Brandenburg – Evaluation (Bereich Bildung). (Präsentationsfolien der Fachtagung „Eine Zwischenbilanz – Das Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte in den Bundesländern Brandenburg und Hessen“, Potsdam 15.02.2018) https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-15-02-2018.html?file=files/Schulpflegekraefte/Pressemappe_15-02-2018/Potsdam%2015022018%20Modellprojekt%20SGFK%20Paulus%20Petzel%20Evaluation%20Bildung.pdf (abgerufen 14.04.2018)
- Pförtner, Timo-Kolja/ Rathmann, Katharina/ Moor, Irene/ Kunst, Anton E./ Richter, Matthias (2016): Sozioökonomische Unterschiede im Rauchverhalten bei Jugendlichen – Eine ländervergleichende Perspektive zum Stellenwert individueller und makrostruktureller Faktoren. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59. Jg., 2/2016, S. 206-216.
- Poethko-Müller, C./ Kuntz, B./ Lampert, T./ Neuhauser, H. (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, Ausg. 1, März 2018, S. 8-15. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf (abgerufen 16.04.2018)
- Pott, E./ Lehmann, F. (2002): Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45. Jg., 12/2002, S. 976-983.
- Prätorius, B./ Milani, T. L. (2004): Motorische Leistungsfähigkeit bei Kindern: Koordinations- und Gleichgewichtsfähigkeit: Untersuchung des Leistungsgefälles zwischen Kindern mit verschiedenen Sozialisationsbedingungen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 55. Jg., 7-8/2004, S. 172-176
- Priboschek, Andrej (Hrsg., V.i.S.d.P., 2017): Pflaster, Trost und mehr: Schulkrankenschwester hat „immer was zu tun“ (sie entlastet Lehrer) – Verbände fordern bundesweiten Einsatz. Online in: News4Teachers – Das Bildungsmagazin (online-Magazin), 3. Oktober 2017. <http://www.news4teachers.de/2017/10/pflaster-trost-und-mehr-schulkrankenschwester-hat-immer-was-zu-tun-und-entlastet-lehrer-verbaende-fordern-bundesweiten-einsatz/> (abgerufen 26.04.2017)
- Quenzel, G./ Schaeffer, D./ Messer, M./ Vogt, D. (2015): Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher – Einflussfaktoren und Folgen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58. Jg., 9/2015, S. 951-957.

- Ravens-Sieberer, U./ Wille, N./ Bettge, S./ Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50. Jg., 5-6/2007, S. 871-878.
- Reckert, Till (2015): Krank in der Schule – und nun? In: PädNetzSInfo 4/2015, S. 6-8. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/588ced3b49d3896a1019f6d/source/schulkrankenschwester..pdf> (abgerufen 13.12.2017)
- Reckert, Till (2016): Krank in der Schule – und nun? Ein Update ein Jahr später. In: PädNetzSInfo 4/2016, S. 22-23. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/588ced3b49d3896a1019f6d/source/schulkrankenschwester..pdf> (abgerufen 13.12.2017)
- Reiss, Kristina/ Sälzer, Christine/ Schiepe-Tiska, Anja/ Klieme, Eckhard/ Köller, Olaf (Hrsg. 2016): PISA 2015 – Eine Studie zwischen Kontinuität und Innovation. Waxmann Verlag GmbH, Münster/New York. https://www.pisa.tum.de/fileadmin/w00bgi/www/Berichtsbaende_und_Zusammenfassungen/PISA_2015_eBook.pdf (abgerufen 16.05.2018)
- Rennen-Allhoff, Beate/ Schaeffer, Doris (Hrsg., 2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim/München.
- Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg., 2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin/Köln 12/2008. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf (abgerufen 15.12.2017)
- Robert Koch-Institut (Hrsg., 2018): KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. In: Journal of Health Monitoring (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis), Ausg. 1, März 2018. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf (abgerufen 16.04.2018)
- Roßbruch, Robert (2017): Häusliche Krankenpflege an Schultagen im Umfang von acht Stunden täglich (hier: Schulbegleiter als Sachleistung). In: PflegeRecht, 21. Jg., 10/2017, S. 671-678.
- Royal College of Nursing (2017): An RCN Toolkit for School Nurses – Supporting your practice to deliver services for children and young people in educational settings. Clinical Professional Resource. London August 2017. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-006316> (abgerufen 08.02.2018)
- Sadowski, Ute (2014): Transnationaler Austausch zum Innovationskonzept schuleigene Krankenpflegefachkräfte – Auftaktveranstaltung 4.10.2013 – 6.10.2013 in Potsdam. Hrsg.: AWO, Bezirksverband Potsdam. http://www.gymnasium-harksheide.de/files/default/archiv/Schulkrankenschwester/BV_Dokumentation%20Schulkrankenschwester.pdf (abgerufen 14.12.2017)

- Sauer, Martin/ Lojewski, Johanna (Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen GFSI; 2018a): Das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen – Präsentation der Zwischenergebnisse der Evaluation des Curriculums. Im Auftrag von AWO, Bezirksverband Potsdam e.V. (Präsentationsfolien der Fachtagung am 15.02.2018). https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-15-02-2018.html?file=files/Schulpflegekraefte/Pressemappe_15-02-2018/2018_02_15_Pr%C3%A4sentation%20Potsdam.Curriculum-Eva_130218.pdf (abgerufen 14.04.2018)
- Sauer, Martin/ Lojewski, Johanna (Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen GFSI; 2018b): Das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen – Präsentation der Ergebnisse der Evaluation des Curriculums. Im Auftrag von AWO, Bezirksverband Potsdam e.V. und HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (Präsentationsfolien der Fachtagung „Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte – ein Zwischenfazit“, Ev. Hochschule Darmstadt, 12.04.2018) http://www.hage.de/files/martin_sauer_2018_04_12_praesentation_darmstadtcurriculum-eva..pdf (abgerufen 30.04.2018)
- Schaeffer, Doris/ Hurrelmann, Klaus/ Bauer, Ullrich/ Kolpatzik, Kai (Hrsg., 2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Die Gesundheit in Deutschland stärken. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin, 1. überarbeitete Auflage, Stand: März 2018. http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1206/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf (abgerufen 11.07.2018)
- Schinker, Elisabeth/ O'Brien, Mary Jane/ Fox, Debra/ Bauchner, Howard (2005): School nursing services: use in an urban public school system. In: Archives of pediatrics & adolescent medicine, Vol. 159, 1/2005, p. 83–87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15630063> (abgerufen 26.05.2018)
- von Schantz, Marjale - *Universität Turku, Finnland* (2013): Ausbildung, Aufgaben, Wirkung und Einbindung der School Nurse in Finnland. In: Sadowski, Ute (2014): Transnationaler Austausch zum Innovationskonzept schuleigene Krankenpflegefachkräfte – Auftaktveranstaltung 4.10.2013 – 6.10.2013 in Potsdam. Hrsg.: AWO, Bezirksverband Potsdam, S. 14-15. http://www.gymnasium-harksheide.de/files/default/archiv/Schulkrankenschwester/BV_Dokumentation%20Schulkrankenschwester.pdf (abgerufen 14.12.2017)
- Schienkiewitz, A./ Brettschneider, A.K./ Damerow, S./Schaffrath-Rosario, A. (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, Ausg. 1, März 2018, S. 16-23. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf (abgerufen 16.04.2018)
- Schmitt, Svenja/ Görres, Stefan (2012): Schulgesundheitspflege in Deutschland? – Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. In: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Verlag Hogrefe AG, 25. Jg., 2/2012, S. 107-117.

- Schulz, C./ Wolf, U./ Becker, K./ Conrad, A./ Hünken, A./ Lüdecke, A./ Müssig-Zufika, M./ Riedel, S./ Seiffert, I./ Seiwert, M./ Kolossa-Gehring, M. (2007): Kinder-Umwelt-Survey (KUS) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) – Erste Ergebnisse. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50. Jg., 5-6/2007, S. 889-894.
- Siegler, Robert/ Eisenberg, Nancy/ De Loache, Judy/ Saffran, Jenny (2016): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (Deutsche Ausgabe hrsg. von Pauen, Sabina) Springer-Verlag GmbH, Berlin/Heidelberg, 4. Aufl.
- Solga, Heike (2018): „Wer kann, schickt seine Kinder auf eine bessere Schule“. In: Psychologie heute, 3/2018, S. 64-68.
- Stöver, Monika/ Bomball, Jaqueline/ Schwanke, Aylin/ Görres, Stefan (2011): Notwendige Reformprozesse und Strategien für eine moderne Pflege – Lösungsansätze zur Weiterentwicklung. In: PADUA – Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung, Thieme Verlag, 6. Jg., H. 2, 4/2011, S. 6-13.
- Tannen, Antje (2017): Gesunden Lebensstil früh fördern – Schulgesundheitspflege, ein neues Aufgabengebiet für die Pflege. In: Heilberufe/Das Pflegemagazin, 69. Jg. 9/2017, S. 59-61.
- Tannen, Antje/ Adam, Yvonne/ Ebert, Jennifer/ Ewers, Michael (2017): Pflege an allgemeinbildenden Schulen – Schulgesundheitsfachkräfte: Evaluation eines Modellprojekts. In: Pflegezeitschrift, 70. Jg., 9/2017, S. 53-55.
- Tannen, Antje/ Adam, Yvonne/ Ebert, Jennifer/ Ewers, Michael (Charité; 2018a): Schulgesundheitspflege – Ein Modellprojekt in Brandenburg und Hessen. Ergebnisse der Ausgangsanalyse. (Präsentationsfolien der Fachtagung „Eine Zwischenbilanz – Das Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte in den Bundesländern Brandenburg und Hessen“, Potsdam 15.02.2018) https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/pressemitteilungen-berichte/artikel/digitale-pressemappe-fachtagung-modellprojekt-schulgesundheitsfachkraefte-15-02-2018.html?file=files/Schulpflegekraefte/Pressemappe_15-02-2018/Charit%C3%A9_Fachtagung%20Potsdam%2015.2.pdf (abgerufen 14.04.2018)
- Tannen, Antje/ Adam, Yvonne/ Ebert, Jennifer/ Ewers, Michael (Charité; 2018b): Zwischenbericht der Evaluation des Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte“. (Präsentationsfolien der Fachtagung „Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte – ein Zwischenfazit“, Ev. Hochschule Darmstadt, 12.04.2018) http://www.hage.de/files/charit_zwischenfazit_modellprojekt_schulgesundheitsfachkraefte_v04.pdf (abgerufen 30.04.2018)
- Tannen, Antje/ Ebert, Jennifer/ Adam, Yvonne (2018c): Schuleigene Pflegekräfte an allgemeinbildenden Schulen – Ein international bewährtes Konzept wird in Deutschland erprobt. In: Kinderkrankenschwester, 37. Jg., 5/2018, S. 150-153.
- UN-Kinderrechtskonvention: siehe → Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)*
- UN-Behindertenrechtskonvention: siehe → Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.)*

- Valtin, Renate (2008): Soziale Ungleichheit in Deutschland – Zentrale Ergebnisse aus IGLU 2006 und PISA 2006. In: Wernstedt, Rolf/ John-Ohnesorg, Marei (Hrsg. 2008): Soziale Herkunft entscheidet über Bildungserfolg – Konsequenzen aus IGLU 2006 und PISA III. Dokumentation der Sitzung des Netzwerkes Bildung vom 24. Januar 2008. Hrsg. von der Friedrich Ebert-Stiftung, S. 12-13 <http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/05314.pdf> (abgerufen 05.05.2018)
- Vodafone Stiftung Deutschland gGmbH (Hrsg., 2018): Erfolgsfaktor Resilienz - Warum manche Jugendliche trotz schwieriger Startbedingungen in der Schule erfolgreich sind – und wie Schulerfolg auch bei allen anderen Schülerinnen und Schülern gefördert werden kann. Eine PISA-Sonderauswertung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in Kooperation mit der Vodafone Stiftung Deutschland. Düsseldorf, Januar 2018. https://www.vodafone-stiftung.de/uploads/tx_newsjson/Vodafone_Stiftung_Erfolgsfaktor_Resilienz_01_02.pdf (abgerufen 10.02.2018)
- Vogt, D./ Schmidt-Kaehler, S./ Berens, E.-M./ Horn, A./ Schaeffer, D. (2018): Stärkung der Gesundheitskompetenz – Entwicklung einer Material- und Methodensammlung für die Pflege- und Patientenberatung. In: Pflege & Gesellschaft – Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 23. Jg., H. 1, 2018, S. 55-68.
- Wagner, Klaus: Zusammenfassung der Diskussion und des World-Cafés. In: Holz, Gerda/ Eckert, Dieter (2013): „Von alleine wächst sich nichts aus ... – Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen und gesellschaftliches Handeln bis zum Ende der Sekundarstufe I“. Dokumentation der Fachtagung am 25./26.09.2012 in Berlin. Hrsg.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Frankfurt a. Main, ISS-aktuell 04/2013, S. 55-59. https://www.iss-ffm.de/m_270_dl (abgerufen 29.05.2018)
- Waller, Heiko (2002): Sozialmedizin – Grundlagen und Praxis. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 5. Aufl.
- Weiß, Walter/ Gognalons-Nicolet, Maryvonne (1999): Medizin- und Gesundheitssoziologie. In: Gutzwiller, Felix/ Jeanneret, Oliver (Hrsg., 1999): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen, 2. Aufl., S. 137-145.
- Werner, Emmy E. (1996): Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. In: European Child & Adolescent Psychiatry 5/1996 (Suppl. 1), p. 47-51. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00538544> (abgerufen über LIVIVO 22.06.2018) *Artikel nur ca. zur Hälfte vorhanden, da nur unvollständig downloadbar!*
- Wernstedt, Rolf/ John-Ohnesorg, Marei (Hrsg. 2008): Soziale Herkunft entscheidet über Bildungserfolg – Konsequenzen aus IGLU 2006 und PISA III. Dokumentation der Sitzung des Netzwerkes Bildung vom 24. Januar 2008. Hrsg. von der Friedrich Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/05314.pdf> (abgerufen 05.05.2018)
- Weskamm, Andrea/ Alber-Jens, Nicole (2016): „...komm schnell, die Paula liegt in der Sporthalle...“. In: Die Schwester/Der Pfleger, 55.Jg., 2/2016, S. 60-62.
- Wicklender, Molly K. (2005): The United Kingdom National Healthy School Standard: A Framework for Strengthening the School Nurse Role. In: The Journal of School Nursing, Vol. 21, No. 3, June 2005, p. 132-138. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10598405050210030201> (abgerufen 30.04.2018)

- World Health Organization (WHO), Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. (WHO-autorisierte Übersetzung ins Deutsche)
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organization – WHO (1997): Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. 4. International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997. http://www.who.int/healthpromotion/milestones_ch4_20090916_en.pdf (abgerufen 22.05.2018)
- World Health Organization (WHO), Europe (2014): European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals.
<http://www.hage.de/files/european-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf> (abgerufen 10.02.2018)
- World Health Organization (WHO), Europe (2016): Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2013/2014 survey.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf (abgerufen 20.02.2018)
- Wulff, Hagen/ Wagner, Petra (2016): Mediennutzungs- und Aktivitätsverhalten jugendlicher Teilnehmer einer Adipositas therapie – Analyse zum Einfluss soziodemografischer Faktoren. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59. Jg., 2/2016, S. 284-291.
- Zeiger, J./ Starker, A./ Kuntz, B. (2018): Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, Ausg. 1, März 2018, S. 40-46.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf?_blob=publicationFile (abgerufen 16.04.2018)

Aus Archiven:

- Archiv des Ev. Diakonievereins Berlin-Zehlendorf e.V. (ArchEvDV):
 Akten: H 284, H 330, H 332, H 376

Erklärung

Ich, Margret Rösen, versichere durch meine Unterschrift, dass ich die vorliegende Master-These selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Ich erkläre mein Einverständnis damit, dass meine Master-These in der Hochschulbibliothek der Evangelischen Hochschule Berlin bereitgestellt wird. Die Leser_innen sind berechtigt, persönliche Kopien für wissenschaftliche und nichtkommerzielle Zwecke zu erstellen (§ 53 UrhG). Jede weitergehende Nutzung bedarf meiner ausdrücklichen vorherigen schriftlichen Genehmigung.

Berlin, den 20.07.2018 _____