

Schulgesundheitspflege

Ein Modellprojekt in Brandenburg und Hessen

Ergebnisse der Implementationsbegleitung

Antje Tannen, Yvonne Adam, Jennifer Ebert, Michael Ewers

Fachtag zum „Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte – Bilanz und Ausblick“
in der Ev. Akademie Frankfurt am 12. Dezember 2018

Warum brauchen wir Schulgesundheitspflege?

Stimmen aus den beteiligten Schulen ...

Schüler P (11 Jahre):

„Einfach, dass die Krankenschwestern sehr gut zu den Schulen passen auch (...), weil, wenn du dich verletzt, dann ist es halt echt blöd, wenn du zum Sekretariat gehen und deine Mutter dich sofort abholen muss.“ (IP: 64)

Schüler W (14 Jahre):

„Ihre Anwesenheit einfach. Dass wir wissen, dass sie da ist, dass wir mit ihr sprechen können, dass wir zu ihr gehen können, wenn irgendwas ist. Dass sie halt einfach präsent ist.“ (IW: 228)

Mutter eines Kindes mit Behinderung:

"(...) aber dass ich eben jetzt nicht mit Blitzer-Foto zur Schule gerast kommen muss. Ja und deswegen ist mir die Frau [Nachname "Schulgesundheitsfachkraft"] sehr wichtig. Weil, Lehrer können mit dem Problem einfach nicht umgehen. Und wir sind ja auch eine Schule mit anderen Handicaps." (E_BA: 19)

Sportlehrer:




"Und sollte denn dann dort etwas passieren, ist natürlich die Aufsichtspflicht schwer einzuhalten. Einfach dahingehend, dass wenn man jetzt mit dem einen Kind, was sich verletzt hat, zurück ins Schulhaus muss. (...) Und da bietet halt die Schulgesundheitsfachkraft natürlich die Möglichkeit auch, dass sie (...) in die Turnhalle kommt.(...) Und von daher ist das schon persönlich eine sehr große Entlastung." (L_HI: 7)



Dimensionen der Evaluation

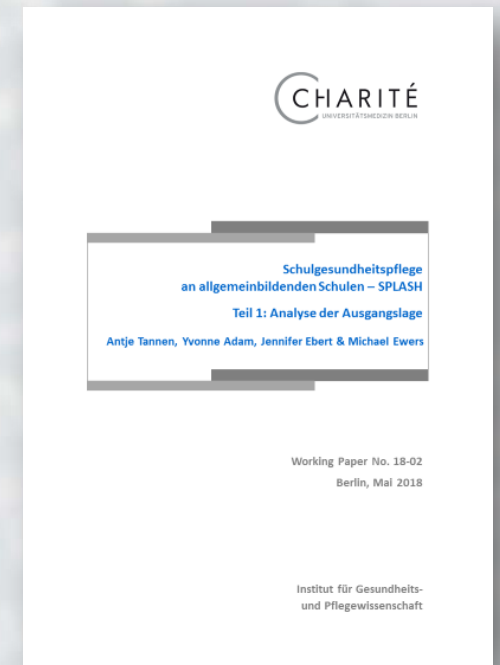
Kontext	Schule als gesundheitsrelevantes Setting	Institutionelle und individuelle Voraussetzungen, Schulklima, Perspektiven etablierter Akteure (Lehrende, Elternschaft, ggf. externe Partner)
Input	Schulgesundheitspflege als neues Element	Definition, Systematisierung des Tätigkeitsprofils und der Interventionsschwerpunkte der schuleigenen Pflegekräfte, Bildungsvoraussetzungen und Qualifizierungsinitiativen
Prozess	Interventionen der Schulgesundheitspflege	Definition und Eingrenzung von konkreten Interventionen (Voraussetzungen, Art und Umfang), Standardisierungsgrad der Interventionen
Ergebnis	Beobachtbare Effekte im Modellzeitraum	Berücksichtigung unterschiedlicher Faktoren – sowohl auf individueller Ebene (Kinder, Jugendliche, Lehrende, Eltern) und auf Systemebene (z.B. Einbindung der Pflege)

Datengrundlagen für die Evaluation

Erhebungsmethode	Zielgruppe	Brandenburg	Hessen
	Schüler*innen <11Jahre	1.056 (53,0%)	179 (16,8%)
	Schüler*innen >11Jahre	908 (37,7%)	1.836 (22,0%)
	Eltern	1.320 (29,7%)	1.390 (14,8%)
	Lehrer*innen	192 (40,4%)	293 (35,0%)
	Einzelinterviews mit Schüler*innen	20	15
	Eltern in Gruppendiskussion	6	11
	Lehrer*innen in Gruppendiskussion	8	10
	Fälle Leistungsdokumentation	6.449	14.854

Ausgangsanalyse (Teil 1)

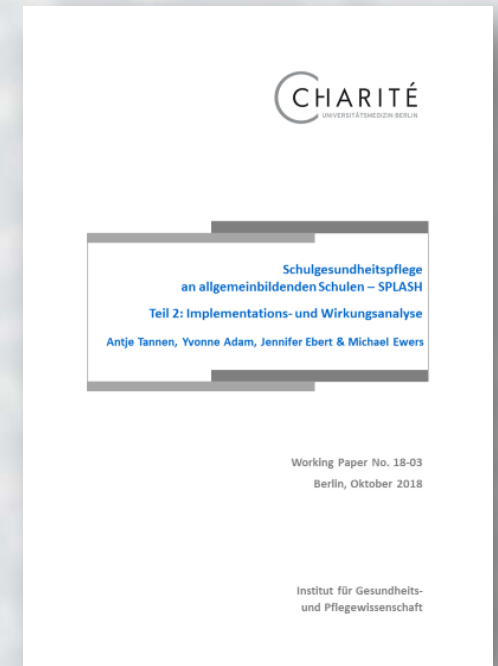
- Komplexe Modellstruktur verlangt nach aufwändiger Steuerung und Abstimmung untereinander.
- Deutlich erkennbarer gesundheitsbezogener Handlungsbedarf im Setting Schule.
- Problematische Gesundheitskompetenz der Lehrer*innen verlangt nach Interventionen.
- „Homöopathisch“ dosierter Einsatz der Pflegenden zwingt zu einer strenger Priorisierung der Tätigkeiten.
- Deutliche Hinweise auf hohe Akzeptanz der Pflegenden auf Seiten der Schüler*innen.



Frei verfügbar (open access) unter URL:
<https://igpw.charite.de/forschung/publikationen>

Implementations- und Wirkungsanalyse (Teil 2)

- In der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ dominieren einzelfallbezogene Akutleistungen.
- Gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen und deren Eltern bewerten das neue Versorgungsangebot zurückhaltender optimistisch.
- Es konnte keine Verbesserung des Gesundheits- und Risikoverhaltens der Schüler*innen beobachtet werden.
- Die qualitativen Erhebungen haben durchweg eine positive Bewertung gezeigt, aber auch Herausforderungen aufgedeckt.
- Eltern und das Schulpersonal konnten im Beobachtungszeitraum spürbar entlastet werden.
- Im Rahmen der wiederholten schriftlichen Befragung zeigen sich in einzelnen Bereichen moderate Effekte der Schulgesundheitspflege.



In Kürze frei verfügbar (open access) unter URL:
<https://igpw.charite.de/forschung/publikationen>

1. Empfehlung – Gesundheit in Schulen erhalten und fördern

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

Schüler*innen in Hessen (N=2.376)		
Täglicher Verzehr von...	Primarstufe	Sekundarstufe
Obst	71 %	41 %
Gemüse	41 %	31 %
Süßigkeiten	29 %	22 %
Knabberereien	0 %	7 %
Zuckerhaltige Getränke	1 %	10 %

Schülerin C (11 Jahre):

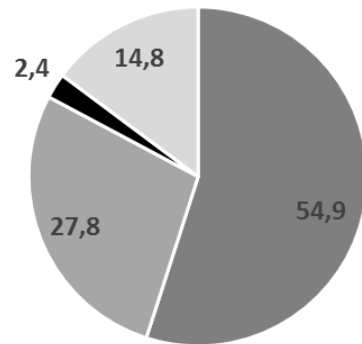
„(...) es gibt Kinder, die lutschen Lollys zum Frühstück und eine Stulle mit Nutella oder Pudding“ (IC: 92)

Angebot zur Gesunderhaltung, Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung **innerhalb allgemeinbildender Schulen**

Institutionelle Anbindung noch klärungsbedürftig (Gesundheit / ÖGD vs. Bildung / Schulträger)

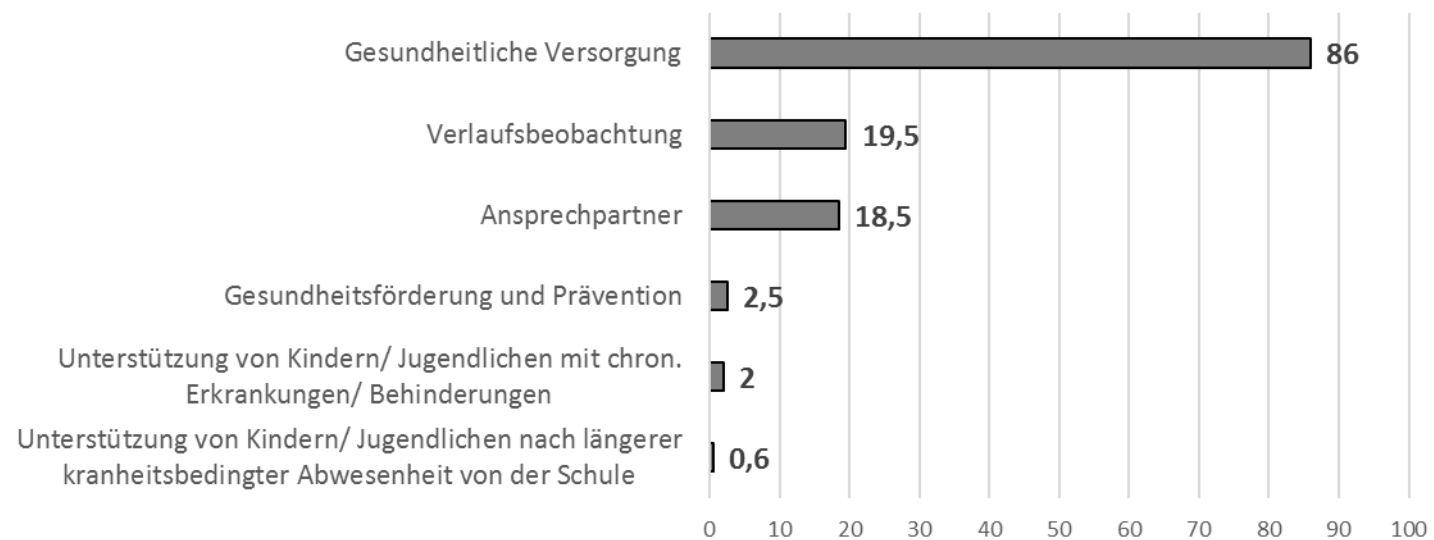
Tätigkeitsspektrum der Schulgesundheitspflege

Kontaktanlässe der Schüler*innen in Hessen



■ Beschwerden ■ Unfall ■ Tätliche Auseinandersetzung ■ Sonstige

Schüler*innenbezogene Versorgungsbereiche in Hessen (Mehrfachnennungen)



2. Empfehlung – Klinische Pflegeexpertise an Schulen nutzen

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

Unsicherheit besteht auf Seiten von Lehrer*innen vor allem im Umgang mit

- **Akutsituationen**
- **psychische Erkrankungen**
- **chronisch somatische Erkrankungen**

Lehrerin:

„Mich beruhigt es, Fachpersonal in diesem Sinne an der Schule zu haben. Zu wissen, da ist jemand, der im Notfall kompetent handelt, fachgerecht handelt. (L_BF: 6)

Schülerin I (11 Jahre):

„Wenn sie auf die Sicherheit von Kindern aus sind, dann wäre es sinnvoll, eine Krankenschwester in den Schulen zu haben. Weil sie sich dann um die kranken Kinder oder verletzten Kinder kümmern kann.“ (II: 82)

12,2% der Befragten in **Hessen** haben angegeben, dass in ihrem Fall eine **chronische bzw. andauernde Erkrankung oder Behinderung** vorliegt.

(N=1.969, Angabe der gültigen %)

3. Empfehlung – Konzept- und Interventionsentwicklung fördern

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

Breites Aufgabenspektrum

- Zielgruppen zwischen 6 und 18 Jahre
- komplexe individuelle Problemlagen
- Erste Hilfe und Routineversorgung
- Informations- und Beratungsbedarf
- Edukation / Gesundheitskompetenz
- Projektarbeit / Gesundheitsförderung
- Arbeit mit Eltern / Lehrenden
- Beteiligung an Schulentwicklung
- Vernetzung mit Schulumfeld

Welcher Bedarf soll prioritär beantwortet werden?

Notfall-/ Akutversorgung vs. Gesundheitsförderung / HL

Welche konkreten Maßnahmen lassen messbare Effekte erwarten?

Komplexe Interventionen vs. abgrenzbare Einzelmaßnahmen

Welche Qualifikationen und Ressourcen sind notwendig?

Berufliche Weiterbildung vs. hochschulische Qualifikation

4. Empfehlung – Präsenz und Kontinuität gewährleisten

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

Auswahlverfahren für Schulen

- Größe, Lage, Umfeld der Schulen
- Problemdichte an den Schulen

Ermittlung von bedarfsgerechten Verhältniszahlen

- Anzahl der Pflegenden (VK) je Schule
- Anzahl der Schüler*innen je Pflegende (VK)

Sicherung kontinuierlicher Angebote

- Festlegung verbindlicher Kontaktzeiten
- Vertretungsregelung (Krankheit / Urlaub / Fortbildung)

BRANDENBURG

2x  : 
6x  :  
2x  :   

HESSEN

10x  : 

Maximum:

1.200 Schüler*innen je Pflegende
(Brandenburg)

Minium:

512 Schüler*innen je Pflegende
(Brandenburg)

5. Empfehlung – Überregulierung meiden, Flexibilität ermöglichen

Die dritte Phase des Modellprojektes hat gezeigt, dass die Schulgesundheitspflege zahlreiche Regeln des Datenschutzes, des Schul- und Berufsrechts berücksichtigen muss. **Im Interesse der Arbeitsfähigkeit ist aber unnötige Überregulierung zu vermeiden und flexibles Handeln zu ermöglichen.**

- umfangreiche Informationsschreiben zum Projektstart
- hoher administrativer Aufwand für das Einholen der Einwilligung der Eltern
- fehlende Einwilligung verhindert Interventionen (außer bei Notfällen)

Lehrerin:

"Also, das war bei uns auch ein ganz großes Problem: Dass viele Eltern da nicht einwilligen wollen wegen Datenschutzsachen. Und das ist dann aber auch das Problem: Welches Kind darf zur Krankenschwester, welches nicht? (...) Und dann musst du im Klassenbuch gucken: Dürfen sie oder dürfen sie nicht?" (L_ES: 52)

Ausgerechnet vulnerable Teilpopulationen drohen durch bürokratische Hürden und wenig flexible Vorgehensweisen von der Schulgesundheitspflege ferngehalten zu werden.



6. Empfehlung – Systematisierung und Standardisierung fördern

Noch wird in der Schulgesundheitspflege überwiegend auf akute Probleme situativ reagiert und wenig zielgerichtet und einheitlich gehandelt. **Ein an Regelkreisläufen orientiertes Handeln, Standardisierung von Interventionen und Dokumentation fördern die Qualität des Angebots.**

- viele Tätigkeiten im Sprechzimmer
- breites Themenspektrum bei den Projekten
- breites Spektrum bei den Netzwerkpartnern
- kaum strukturiertes Assessment
- kaum Verfahrensregeln / Leitlinien
- uneinheitliches Dokumentationsverhalten



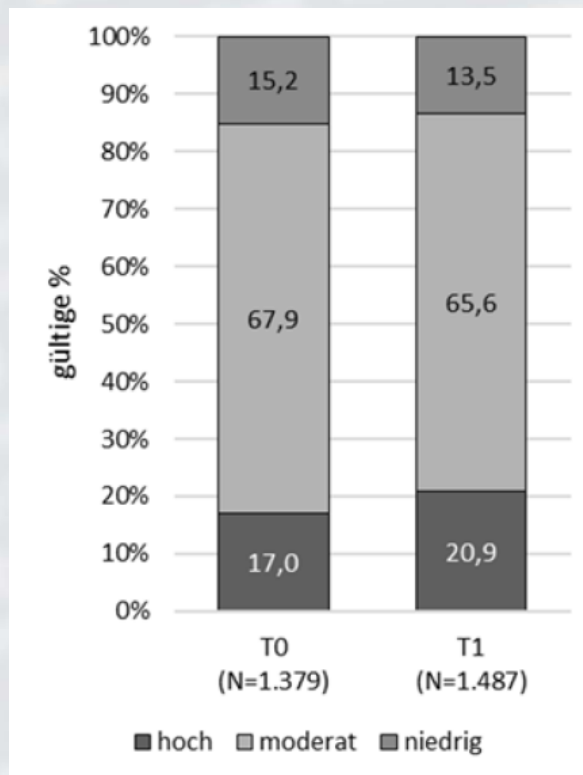
Einige Wirkungen im Beobachtungszeitraum

- Der Anteil der Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung, dessen **medizinisch-pflegerische Versorgung** in der Schule **gänzlich sichergestellt** ist, liegt nach Einschätzung der Eltern bei 31 Prozent. Bei weiteren 47 Prozent ist die Versorgung **eher sichergestellt**.
- Der Anteil der unter Schüler*innen (unter 11 Jahre), die **trotz Erkrankung in der Schule bleiben** konnten, stieg von 12 auf 20 % (ähnliche Effekte auch bei verunfallten Schüler*innen).
- 83 Prozent der befragten **Eltern**, die schon einmal Kontakt zur Schulgesundheitspflege hatten, fühlen sich durch deren Aktivitäten **entlastet**.
- 96 Prozent der befragten **Lehrer*innen** fühlen sich durch die Arbeit der Schulgesundheitspflege von fachfremden, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten **entlastet**.
- 88 Prozent der **Lehrer*innen** geben an, dass sie seit Beginn des Modellprojektes **weniger Zeit** für fachfremde, gesundheitsbezogene Tätigkeiten aufwenden müssen.

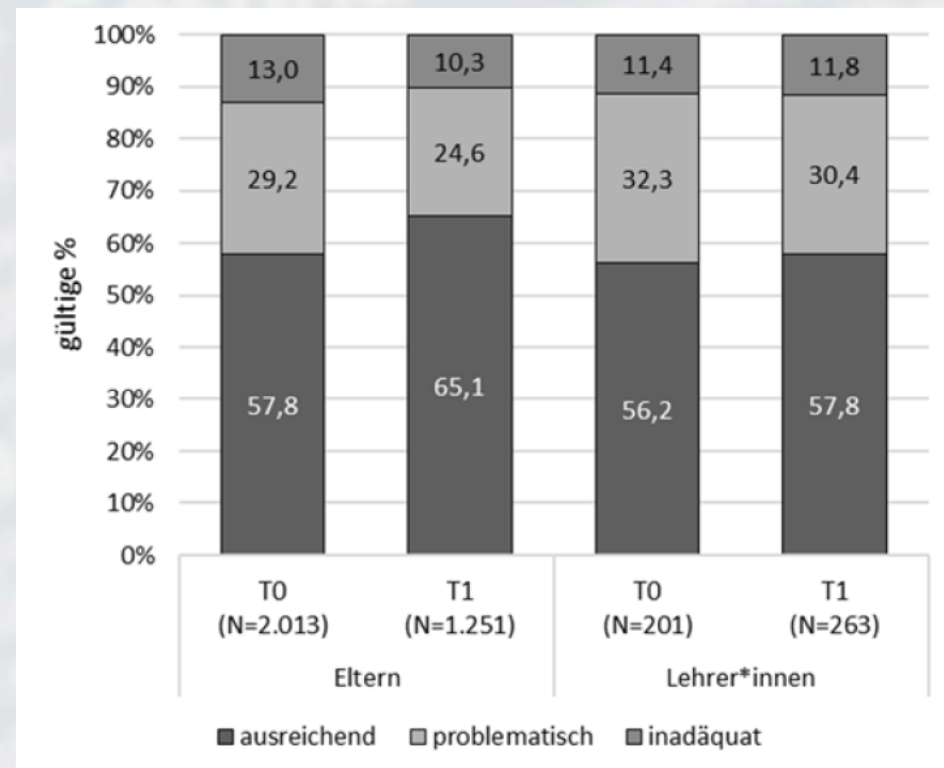
7. Empfehlung – Förderung von Gesundheitskompetenz ausbauen

Die vorliegenden Daten aus der dritten Modellprojektphase deuten an, dass die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen durch Schulgesundheitspflege positiv beeinflusst werden kann. **Die Förderung von Gesundheitskompetenz sollte daher künftig ausgebaut werden.**

Gesundheitskompetenzniveau der Schüler*innen in Hessen



Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und Lehrer*innen in Hessen



8. Empfehlung – Weitere Erprobung und Beobachtung von Effekten

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

Gründe für eine weitere Erprobung und Beobachtung

- sehr kurzer Interventionszeitraum
- wenig abgrenzbare Interventionen
- geringer Grad an Standardisierung

Lehrerin:

"Es geht nicht nur um das Pflaster, um die Seelenbetreuung und um die Prävention, Eltern, das ganze Paket. Sondern darum, dort eine Nachhaltigkeit in den Unterricht bei den Kindern, bei den Eltern zu verankern. (...) Also das kann ich nur sagen: Das ist sehr, sehr positiv, was wir beobachten. Und, ja (...), wir wünschen uns alle, dass es weitergeht. Wenn es nur für die Modellprojektschulen sind. Aber Ziel soll ja ein ganz anderes sein." (L_CT: 23)

Fazit der Begleitforschung

- An allgemeinbildenden Schulen gibt es deutlich erkennbare gesundheitliche Herausforderungen, denen mit bisherigen Angeboten allein nicht begegnet werden kann
- Das international weit verbreitete Angebot der Schulgesundheitspflege bietet hierbei – *aus der Schule heraus* – interessante Optionen zur Beantwortung dieser Herausforderungen
- Die vorliegenden Befunde bestätigen die Niederschwelligkeit der Schulgesundheitspflege, sowie deren hohe Akzeptanz auf Seiten der Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen
- Eine offensichtlich uneinheitliche Ausstattung, geringe Präsenz und Kontinuität sowie unterschiedliche Arbeitsbedingungen an den verschiedenen Schulen bergen Risiken
- Um messbare Effekte erzielen zu können, sind künftig eine konzeptionelle Fundierung, Priorisierung von Aufgaben sowie Systematisierung und Standardisierung gefordert

Die mit der Erprobung der Schulgesundheitspflege gesammelten positiven Erfahrungen sollten dazu ermutigen, dieses Angebot weiter auszubauen und die damit verbundenen Potentiale für die Schulgesundheit nutzbar zu machen.

Kontakt

Charité – Universitätsmedizin Berlin

CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Campus Virchow Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Tel. +49 (0)30 450 529 092

Fax +49 (0)30 450 529 900

Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Ewers MPH

Projektkoordination:

PD Dr. Antje Tannen MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Yvonne Adam M.A.

Jennifer Ebert MPH

splash@charite.de

www.igpw.charite.de