

Fachausschuss ÖGD der DGSPJ, Januar 2015:
Empfehlungen zum Ausbau des Schulgesundheitssystems durch „school nurses“ in
Deutschland
Schulgesundheitschwestern (SGS) in Deutschland

Autoren: Ulrike Horacek, Gabriele Ellsäßer, Bettina Langenbruch

1. Empfehlungen im Überblick
2. Hintergrund und Zielstellung
3. WHO Empfehlungen zur Struktur des School Health Service
4. Internationale und nationale Erfahrungen zum Einsatz der school nurse
 - 4.1 Erfahrungen international
 - 4.2 Erfahrungen in Deutschland
 - 4.3 Anforderung an die Qualifizierung der „school nurse“ aus internationaler Sicht
5. Machbarkeit durch den ÖGD in Deutschland
 - 5.1 ÖGD und Schule – Kooperation in der Praxis
 - 5.2 School nurse – „Brücke“ zwischen Gesundheit und Bildung
6. Machbarkeit durch Mischfinanzierung
7. Nutzen und Ausblick

In Zusammenarbeit mit dem Fachausschuss ÖGD der DGSPJ

Dr. Ulrike Horacek
Dr. Gabriele Ellsäßer, Potsdam
Dr. Bettina Langenbruch, Hildesheim
Dr. Ute Berens, Lörrach
Dr. Martina Sappa, Bremen
PD Dr. Erika Sievers, Düsseldorf
Christa Wollstädter, Mainz

Für den Ausschuss ÖGD der DGSPJ und als Korrespondenzadresse:

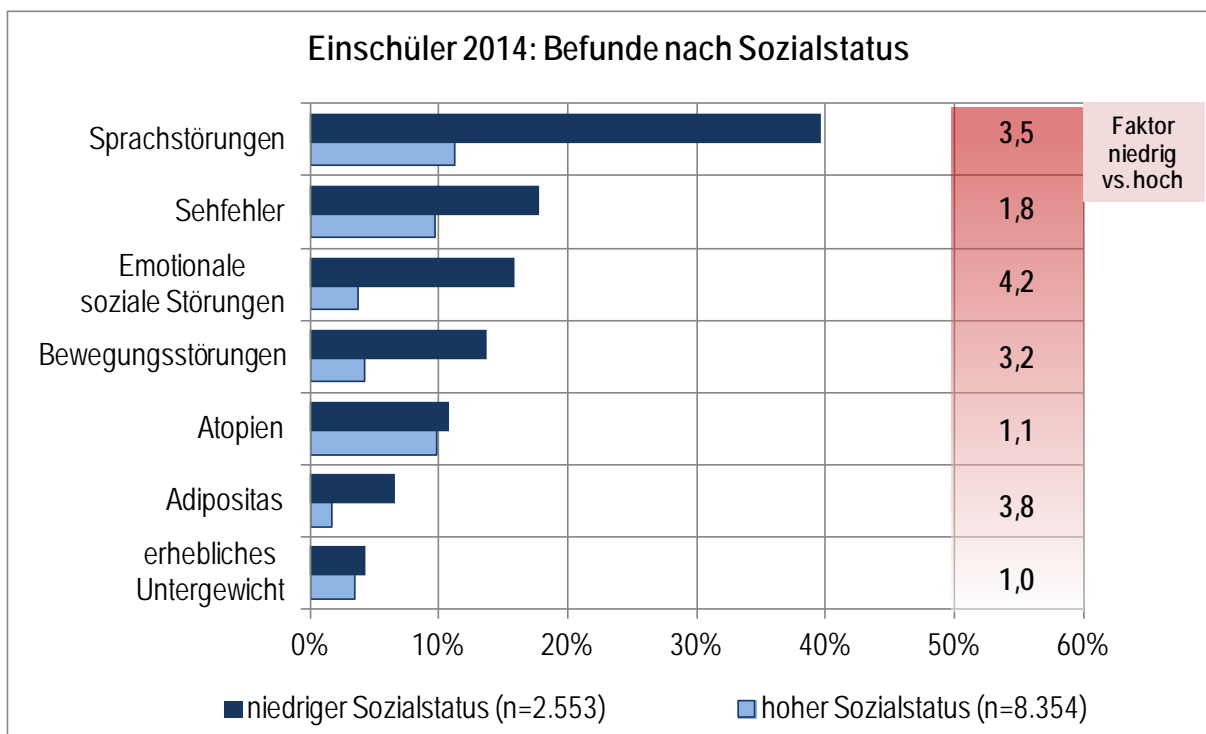
Dr. Ulrike Horacek; u.horacek@gmx.de / u.horacek@kreis-re.de; Tel. 02361 / 53 41 33

1. Empfehlungen im Überblick

- Aufgrund der hohen Prävalenz chronisch kranker Schülerinnen und Schüler und einer deutlichen Zunahme in den letzten 10 Jahren ist die pflegerische und gesundheitliche Betreuung von Kindern im Schulalltag neu auszugestalten. Dies gilt auch vor dem Hintergrund eines längeren täglichen Aufenthaltes von Kindern in Schule (Ausbau von Ganztagschulen).
- Durch die Bemühungen zur Umsetzung von Inklusion sind die Schülerinnen und Schüler mit erhöhtem gesundheitlichen Versorgungsbedarf nicht mehr auf einzelne Förder- oder Schwerpunktschulen konzentriert, sondern verteilen sich auf die allgemeinbildenden Schulen. Dort müssen adäquate Voraussetzungen gegeben sein, diesen Bedarfen gerecht zu werden.
- Um dieser Problematik zu begegnen, sollten die Empfehlungen der WHO, in den Ländern Europas einen „school health service“ zu etablieren, auch in Deutschland verstärkt über den Öffentlichen Gesundheitsdienst umgesetzt werden.
- Zentrale Aufgaben der Schulgesundheitschwestern wären nach internationalen Erkenntnissen: 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.
- Aufgrund ihrer Basisqualifikation in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist die Berufsgruppe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege für diese Aufgaben prädestiniert. Aufbauend auf vorliegende Curricula gibt es bereits Konzepte für eine spezifische Zusatzqualifizierung.
- In vielen Ländern Europas ist das Versorgungsmodell der „school nurse“ seit Jahren etabliert. Zudem bewähren sich in mehreren deutschen Bundesländern erfolgreiche Praxismodelle in verschiedenen Schulformen.
- Es gibt ein realisierbares Finanzierungsmodell auf der Grundlage einer Mischfinanzierung, so die Ergebnisse der Brandenburger Machbarkeitsstudie (7). Die unterschiedlichen Aufgaben und somit Leistungen der „school nurse“ sollen über die verschiedenen Sozialleistungsträger anteilig finanziert werden (beispielsweise über die Kranken-, Pflege- und Unfallkasse, das Sozialamt (Eingliederungshilfe) und den Bildungsträger.
- Prävention und Gesundheitsförderung – auch im Sinne des neuen Präventionsgesetzentwurfs – können mithilfe der Schulgesundheitschwester wirksamer und nachhaltiger im Setting Schule umgesetzt werden. Entsprechend gilt dies für die schulbezogenen Ziele des Nationalen Impfplans.
- Nicht zuletzt zahlt sich die Struktur im ÖGD aus, da die enge Kooperation mit Schule bereits langfristig besteht (schulärztliche Untersuchungen, Schulsprechstunden, Impfprävention, Suchtprävention, etc.). Auf die Kompetenz und Erfahrung des ÖGD in Zusammenarbeit mit Schule kann somit weiter aufgebaut werden.
- Wesentlich ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Systemen von Gesundheit und Schule. Eine fachliche Einbindung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bzw. schulärztlichen Dienstes, der in vielen Bundesländern mit seinen Teams betriebsmedizinische Aufgaben in Gemeinschaftseinrichtungen wahrnimmt, ist daher erforderlich. So kann in einem medizinisch ausgerichteten Team arbeitsteilig sowohl mit dem einzelnen Schüler als auch unter Einbeziehung der Schule systematisch und nachhaltig gearbeitet werden.

1. Hintergrund und Zielstellung

Bildungspolitische Zielsetzungen verändern den Schulalltag unserer Kinder und Jugendlichen. Kinder werden heute in der Regel früher eingeschult, also in einem Alter, in dem sie altersbedingt weniger autonom sind; dies gilt auch im Hinblick auf den Umgang mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit. Durch Ganztagsangebote hat sich die tägliche Aufenthaltszeit in der Schule in den Nachmittag hinein verlängert; es werden deshalb auch für alle Schüler Mahlzeiten in der Schule angeboten. Die biografische Schulbesuchszeit – mit oder ohne Abschluss - hat sich somit stark verändert. Aber auch der Morbiditätswandel im Kindesalter bringt neue Herausforderungen für die Schule mit sich. Die Infektionserkrankungen sind durch psychische Störungen, Entwicklungsdefizite und chronische Erkrankungen abgelöst worden. Die Brandenburger Analysen zur Gesundheit der Einschulungskinder (28) zeigen für das Jahr 2014 folgende schulrelevante gesundheitliche Einschränkungen: bei 29 % der Kinder wurden schulrelevante Entwicklungsdefizite festgestellt (darunter 19 % Sprach- und Sprechstörungen bzw. 7 % Bewegungsstörungen), 13 % der Kinder zeigten eine chronische Erkrankung, 12 % psychischen Störungen und bei 3 % der Kinder lag ein starkes Übergewicht bzw. 4 % ein erhebliches Untergewicht vor. Die soziale Lage beeinflusst erheblich den Schulstart. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigen häufiger Gesundheitsstörungen im Vergleich zu Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus, wie in der folgenden Abbildung zu sehen ist.



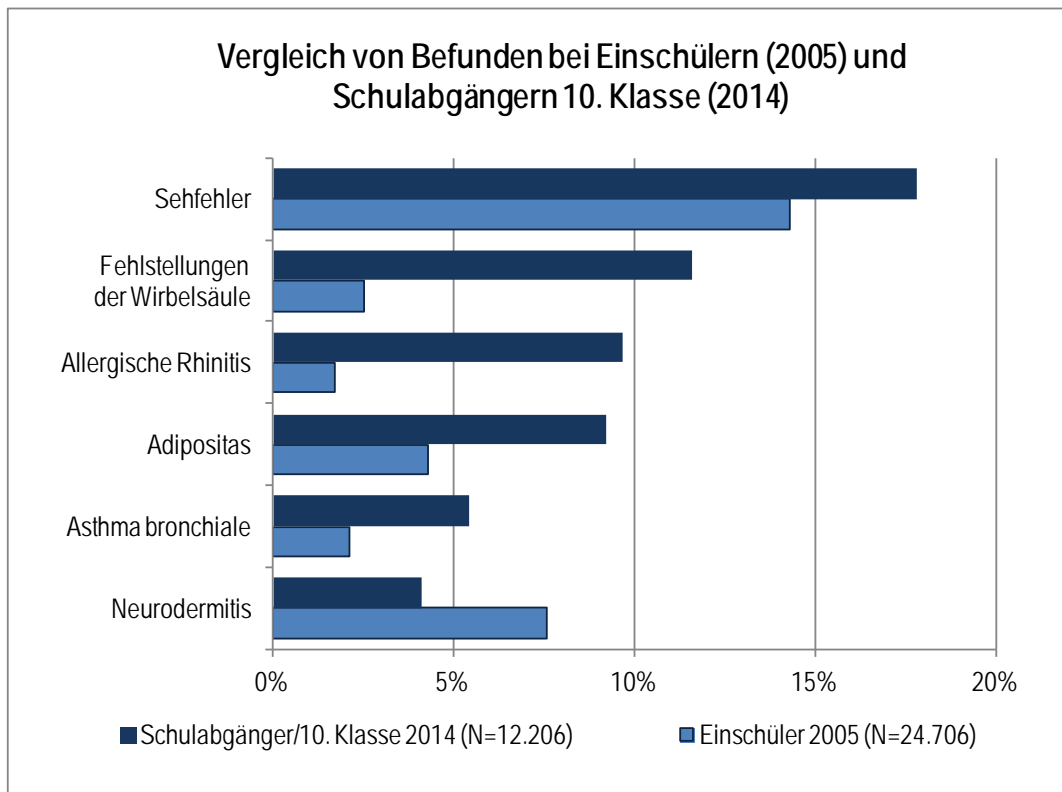
Bei den chronischen Erkrankungen (12,8 % aller Einschüler) wurden sowohl erhebliche Entwicklungsdefizite diagnostiziert wie Sprachstörungen, die die Kommunikation des Kindes beeinträchtigten, als auch psychische Störungen (ADS/ADHS, emotionale und soziale Störungen, Enuresis), neurologische Erkrankungen und somatische Erkrankungen (siehe Tabelle).

Befunde bei Einschüler 2014 (N=23.580)	Anzahl
Sprach-, Sprechstörungen mit Beeinträchtigung der Kommunikation	1.042
emotionale soziale Störungen mit Auswirkungen auf Schule/Kita	841
Enuresis (Einnässen)	775
Hörstörungen	434
Intelligenzdefizite	359
Epilepsie	130
Allergische Erkrankungen mit erheblichen Beschwerden	108
ADS/ADHS	94
Störung der Funktion des Knies	86
Sehfehler mit stark eingeschränktem Sehvermögen	68
Fehlstellung der Wirbelsäule mit Funktionseinschränkungen	20
Nierenerkrankungen mit chronischen Beschwerden	13
Kinder mit chronischer Erkrankung	3.027

Betrachtet man die Kinder mit niedrigem Sozialstatus, so waren diese 2,7 fach häufiger betroffen als Schüler aus Familien mit hohem Sozialstatus (24,8 % gegenüber 9,1 %) (32).

Darüber hinaus zeigen die Brandenburger Trendanalysen (29) im Zeitraum 2008-2014, dass eine Zunahme chronischer Krankheiten von 10,5 % auf 12,8 % zu beobachten ist, denen im Schulalltag vermehrt adäquat zu begegnen ist. Beispiele dafür sind der Umgang mit an Asthma erkrankten Kindern beim Sport und Schulausflügen oder die Berücksichtigung einer Nahrungsmittelallergie im Rahmen der Schulverpflegung.

Hinzu kommen Gesundheitsprobleme, die sich im Verlauf der Schulzeit entwickeln. Daten aus Brandenburg können die Entwicklung der Gesundheit einer Kohorte von Einschulung im Jahr 2005 bis zur 10. Klasse im Jahr 2014 beschreiben. Eine starke Zunahme bei folgenden Erkrankungen ist beobachtbar: Sehfehler, Fehlstellungen der Wirbelsäule, Adipositas und allergische Atemwegserkrankungen.



Zudem fehlten bei fast 30 % aller Schulabgänger die notwendigen Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten. Noch prekärer waren die Defizite bei der HPV-Impfung von Mädchen, bei denen im Jahr 2014 fast 44 % keine Impfung erhalten hatten, also nicht grundimmunisiert waren.

Nicht selten beeinträchtigt ein ADHS besonders den Schulalltag - bei rund 5 % der Kinder zwischen 3 und 16 Jahren sei laut KiGGS-Studie (60) die Diagnose bestätigt.

Gesundheitliche Probleme von Schulabgängern und insbesondere auch von Schulabbrechern werden von Industrie- und Handwerkskammern, von Berufsbildungswerken und Jobcentern zunehmend bemerkt. Im Bundesland Bremen können Schüler mit unzureichenden Leistungen oder auch Schulunlust ab der 8. Klasse in einer sogenannten praxisorientierten Werkstufe gefördert werden. Eine Analyse zur Gesundheit von insgesamt 316 Werkstufenschülern über das Team Oltmann et al. des Bremer Gesundheitsamtes stellte fest, dass nur 17 % keine gesundheitliche Einschränkungen hatten. Diese waren zum Teil so gravierend – beispielsweise Erkrankungen aus dem allergischen und orthopädischen Formenkreis oder Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens -, dass ein Wechsel der angestrebten beruflichen Laufbahn notwendig wurde. 52).

Auch jüngere Erfahrungen mit schulärztlichen Sprechstunden (38) belegen relevante medizinische und psychosoziale Versorgungslücken der Schüler.

Unter der Maßgabe, schulische Inklusion umzusetzen, muss das Schulsystem zum einen sonderpädagogische Kompetenz „umverteilen“ bzw. in die Fläche bringen. Zum anderen sehen sich die allgemeinbildenden Schulen heute stärker als je zuvor der Herausforderung gegenüber, eine heterogene Vielfalt von chronisch kranken, entwicklungsbeeinträchtigten und behinderten Kinder angemessen zu fördern. Der Bedarf an pflegerischer und allgemeiner gesundheitlicher Betreuung und Unterstützung wird dadurch auf weitaus mehr Schulen verteilt als früher; Förderschulen, die in der Regel über entsprechende, verlässliche Rahmenbedingungen und personelle Ressourcen verfügten,

stehen zum Teil nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zur Verfügung. Hier gab und gibt es zumeist noch qualifizierte Pflegefachkräfte, die Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie eine spezielle Betreuung im Sinne der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durchführen können.

Um einen Teil dieser Leistungen zu kompensieren und einem Basisbedarf an Unterstützung gerecht zu werden, setzt man zunehmend – personenbezogen – Integrationshelfer/ Schulbegleiter/ Schulassistenten ein. Dieser Bedarf an Eingliederungshilfe im Sinne von individueller „Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung“ wird auf dem Boden gesetzlicher Normen festgelegt und vom Eingliederungshilfeträger finanziert. Rechtsgrundlagen sind einerseits das SGB XII (§ 54 Abs. 1 Nr. 1, in Verbindung mit § 12 Nr. 1 Eingliederungshilfeverordnung), andererseits im Bereich der Jugendhilfe das SGB VIII (§§ 35 a Abs. 1; 3; 91). Eine Bedarfsbündelung, die dazu führen würde, dass eine Integrationskraft mehreren Schülern zu Gute käme, ist vor dem Hintergrund des Individualanspruchs schwer umsetzbar. Ein weiterer Effekt wäre, dass mehrere Schulbegleiter im Klassenraum anwesend und der Schulunterricht dann kaum noch durchführbar wäre. Darüber hinaus steigen bei einer individuellen Unterstützung auch die kommunalen Ausgaben für die Eingliederungshilfe. Der Nutzen des Einsatzes von Integrationshelfern ist bisher nicht evaluiert und dürfte aufgrund der zumeist fehlenden fachlichen Qualifikation begrenzt sein, wenn man von ganz konkret definierbaren einfachen Unterstützungsleistungen absieht. Die Versorgung in spezifischer gesundheitlicher Hinsicht erfolgt oftmals nicht angemessen. In der Zusammenarbeit mit den SGB V- finanzierten Pflegediensten bestehen organisatorische Herausforderungen, z.B. in der zeitlichen und örtlichen Koordination.

„Versorgungsbrüche“ beim Übergang aus Spezialeinrichtungen wie z.B. Sonder- oder heilpädagogischen Kindergärten drohen beim Übergang in nicht mehr spezialisierte Schulen. Der gewohnte und erforderliche Standard an pflegerischer und gesundheitlicher Betreuung sollte auch in der gewählten allgemeinen Schule gewährleistet werden.

Was Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Schule angeht, ist ein wesentlicher Impuls durch den aktuellen Präventionsgesetzentwurf (14) zu erwarten. Eine Finanzierung wirksamer und auch struktureller Maßnahmen, analog zur bisherigen Förderung der Zahn- und Mundgesundheit, müsste rund um die Schülersgesundheit neu definiert werden. Anders als von Gesundheitspolitik gefordert, fließen nur etwa elf Prozent der Mittel in die Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kitas, Schulen und Betriebe (62). Der Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) hat sich erfreulicherweise auf die Fahne geschrieben, „mit Gesundheit gute Schulen (zu) entwickeln“ und dazu im Mai 2013 ein Konzept erstellt (20).

Auf der anderen Seite tut Schule gut daran, für entsprechend gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu sorgen; dazu zählen organisatorische und strukturelle Veränderungen mit einer starken Vernetzung mit dem Gesundheitswesen und ebenso gesundheitspädagogische Kompetenz, um verhaltenspräventives Handeln zu befördern. Hinlänglich bekannt ist die Tatsache, dass Kinder aus bildungsfernen oder überforderten Familien durch die Versorgungsangebote des Gesundheitswesens schlechter erreichbar sind als bildungsnahe Familien und dadurch eine zusätzliche Benachteiligung hinsichtlich Gesundheits- und Bildungschancen erfahren. Wenn hingegen dem Entwicklungsalter entsprechend, Gesundheitsförderangebote im alltäglichen Lebensumfeld – wie im Setting Schule vor Ort integriert werden, können diese nachhaltiger zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen (46).

3. WHO-Empfehlungen zur Struktur des Schulgesundheitsdienstes - „School Health Service“ (SHS)

Das Regionale WHO-Büro Europa hat im Jahr 2014 in Zusammenarbeit mit dem multinationalen Expertennetzwerk der European Union for School and University Health and Medicine (EUSUHM) ein Dokument zu Kernkompetenzen und Standards der School Health Services (SHS) veröffentlicht (10). Dieses Konsensus-Papier hat das Ziel, die 53 Mitgliedsstaaten der WHO-Region Europa bei der Qualitätssicherung ihrer SHS zu unterstützen.

Es handelt sich um ein Rahmenkonzept, das den sehr unterschiedlichen Gegebenheiten der verschiedenen Mitgliedstaaten Rechnung trägt. Es sollte in jedem Land Europas als Basis für den gezielten Ausbau bzw. der Qualitätsverbesserung des School Health Service dienen, um den Bedarf der Schulkinder und Jugendlichen an gesundheitlicher Versorgung bzw. Betreuung in Schulen gerecht zu werden. Das Papier richtet sich sowohl an die nationalen gesundheits- und bildungspolitischen Entscheidungsträger als auch an die Umsetzungsebene mit dem Ziel, „to develop and maintain quality services that meet children and adolescents' health needs and support institutions that train school health service professionals.“ (10, S. 1)

In diesem Dokument werden die erforderlichen Kompetenzen des SHS detailliert ausgeführt. Dabei ist das oberste Ziel, sowohl individuelle krankheitsbedingte Lernhindernisse zu beseitigen als auch systemische Hindernisse zu verändern, um den Lernerfolg der Kinder und Jugendlichen positiv zu beeinflussen.

Folgende sieben Standards werden als Kernelemente für School Health Services (SHS) definiert (in sinngemäßer Übersetzung):

- Aufgaben und Rahmenbedingungen von SHS werden intersektoral definiert, basierend auf einem Konsens zwischen den für Bildung und Gesundheit verantwortlichen politischen Systemen und unter Berücksichtigung elementarer Kinderrechte.
- Der SHS wird kindgerecht und entwicklungsbezogen gestaltet; die Prinzipien von gleichberechtigtem Zugang, Chancen und Akzeptanz gelten auch im Umgang mit den Eltern.
- Die Ausstattung des SHS entspricht dem gesetzten Ziel; dies gilt für äußere Rahmenbedingungen sowie für personelle Ressourcen.
- Die Zusammenarbeit zwischen SHS, Lehrern, Schulverwaltung, Eltern und Schülern sowie örtlichen Akteuren in der Gesundheitsversorgung ist strukturell verankert. Klare Verantwortlichkeiten sind definiert.
- Die Mitarbeiter des SHS sind mit angemessenen Kompetenzen ausgestattet und haben klare Aufgabenbeschreibungen; sie verpflichten sich den SHS-Qualitätsstandards („Commitment“).
- Vorrangige Public Health-Belange sind auf dem Boden von Leitlinien und Evidenzbasierung definiert. Gesundheitsförderung im schulischen Setting gehört genauso dazu wie Aufgaben, die sich aus ganz individuellen Bedarfen ergeben.
- Ein Datenmanagementsystem zur Dokumentation sowohl der individuellen als auch der epidemiologischen Erkenntnisse (Gesundheitsberichterstattung und Kindergesundheitsmonitoring) ist implementiert und wird auch zur internen Qualitätskontrolle genutzt.

Im Hinblick auf die komplexen individuellen als auch systemischen Aufgaben werden folgende Schlüsselkompetenzen des Schulgesundheitsexperten („SHS-expert“) beschrieben: Im

Schulgesundheitsystem ist der Schulgesundheitsexperte analog zum „Hausarzt“ kompetenter Ansprechpartner für die Gesundheit des Schüler im System Schule und hat folgende Funktionen: *communicator, collaborator, manager, health advocat.*

Ausdrücklich wird betont, dass die personelle Ausstattung eines solchen Schulgesundheitsdienstes durch Gesundheitsberufe (health staff) gewährleistet werden muss. Zu diesen „health school professionals“ zählt in den Ländern Europas die „school nurse“, die somit ein Bestandteil des dortigen school health service ist. Sie arbeitet nicht isoliert in der Schule, sondern ist fachlich eingebunden in ihr Team. Daher wird im nächsten Kapitel speziell die Rolle der Schulgesundheitschwester (school nurse) thematisiert, und die hierzu bestehenden langjährigen internationalen Erfahrungen werden vorgestellt

4. Internationale und nationale Erfahrungen zum Einsatz der Schulgesundheitschwester (school nurse)

4.1 Erfahrungen international

Im Jahr 2013 hat das WHO-Büro Europa in Zusammenarbeit mit der europäischen Union für Schul- und Universitätsgesundheits EUSUHM (www.eusuhm.org) die verschiedenen Organisationsformen der Schulgesundheitsdienste (SHS) in Europa nicht nur auf ihre unterschiedlichen Strukturen, sondern auch bezüglich des Outcomes verglichen. Dazu definierte die WHO folgende Ziele: Wirksamkeit, Chancengerechtigkeit und Bedarfsorientierung. Das größte Potential, diese Ziele zu erreichen, attestieren die Autoren den „mixed school based models“, also jenen Organisationsformen, in denen spezialisierte Schulgesundheitsfachkräfte in die Schule integriert sind, dort ständig oder zumindest regelmäßig zu vereinbarten Zeiten anwesend sind und die Aufgaben in Zusammenarbeit mit medizinischen Grundversorgern erbracht werden (11).

In Kanada (47), den USA, in Australien, aber auch in vielen europäischen Staaten hat sich das Modell der SGS schon lange als praktikabel und sehr hilfreich in der gesundheitlichen Versorgung von Schülern in Schulen erwiesen; es besteht dort bereits eine langjährige und bewährte Tradition. Die American Academy of Pediatrics unterstrich in ihrem aktuellen Positionspapier von 2014 zur Rolle der school nurse im Schulgesundheitsdienst erneut, dass diese eine Schlüsselrolle in der gesundheitlichen Versorgung von Schülern mit besonderen Gesundheitsbedarfen einnimmt. Hierzu gehörten insbesondere Schüler mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen unterschiedlichen Schweregrades. Die school nurse hat dabei die Aufgabe, den Gesundheitszustand zu bewerten, die Gesundheitsprobleme zu identifizieren, die ein Hindernis für den schulischen Bildungsprozess darstellen und einen „Gesundheitsplan“ zu entwickeln, um die Probleme in der Schule zu managen. Die school nurse gewährleistet auch, dass der individuelle Gesundheitsplan Bestandteil des individuellen Bildungsplanes des Schülers ist und dieser im Konsens mit den Eltern, dem Schüler und dem Schulteam umgesetzt wird. Sie stellt darüber hinaus die Verbindung zur medizinischen Versorgung außerhalb der Schule her und kümmert sich um eine gute Vernetzung der Dienste. In der Schule obliegt ihr die medizinische Betreuung der chronisch kranken Kinder (wie Medikamentengabe, Tracheostomiepflege, Katheterisierung, Unterstützung bei orthopädischen Hilfsmitteln, etc.). Darüber hinaus ist sie in medizinischen Krisensituationen (Unfälle, Notfälle) erste Anlaufstelle (4).

In Europa sind die skandinavischen Länder und Großbritannien Vorreiter in der Umsetzung. In Schweden, Finnland und Großbritannien ist jede Schule gesetzlich verpflichtet, eine „school nurse“ zur gesundheitlichen Versorgung der Kinder zu beschäftigen. Sie verfügt über eine Qualifikation auf Masterniveau. Sie arbeitet im Team mit Lehrern, Schularzt, Schulpsychologen und Schulsozialarbeitern und ist obligater Bestandteil von sogenannten Schulgesundheitsteams. Die „school nurse“ ist erste

kompetente Ansprechpartnerin für alle gesundheitlichen Belange der Schüler im Schulalltag. In Großbritannien erfüllt die school nurse zusätzlich noch die Aufgaben einer „family nurse“.

4.2 Erfahrungen in Deutschland

Im Bundesland Schleswig-Holstein ist die „skolsköterska“ als Schulgesundheitschwester in den dortigen dänischen Schulgesundheitsdienst integriert und ist für die dänische Schülerminderheit in diesem Bundesland tätig (2). Idealtypischer Weise arbeitet sie im Tandem mit dem Schularzt und erfüllt wesentliche gesundheitspädagogische Aufgaben.

In einigen Bundesländern gibt es an speziellen Förderschulen, in der Regel für körperbehinderte Kinder, eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft. Sie ist direkt vor Ort im Einsatz, jedoch in der Regel nicht in den Schulgesundheitsdienst des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes eingebunden.

Einige Gesundheitsämter haben Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte in ihren schulärztlichen Diensten etabliert und nutzen diese beispielsweise, um zusammen mit dem Schularzt schulärztliche Sprechstunden durchzuführen. Diese Kooperation bewährt sich auch im Hinblick auf den altersentsprechenden Impfschutz (Impfberatung, ggf. Schließen von Impflücken). .

Eine interessante Variante ist das Modell einer Amerikanischen Privat- und Internatsschule im Landkreis Lörrach: „Nurse practitioners“ sind direkt der Schule bzw. dem Schulträger zugeordnet, werden als Bestandteil des gesamten Schulpersonals direkt über Elternbeiträge finanziert und sind somit eine strukturbezogene, für die Schulallgemeinheit verfügbare Ressource.

Die Möglichkeit, ein übertragbares Modell für deutsche Bundesländer zu realisieren, ergibt sich aus der länderübergreifenden Brandenburger Machbarkeitsstudie unter Beteiligung von Finnland und Polen. Das Projekt resultiert aus einer gemeinsamen Initiative vom Brandenburger „Bündnis Gesund Aufwachsen“ und wurde in Trägerschaft des AWO-Bezirksverbands Potsdam umgesetzt. Frau Prof. Flitner vom Department Erziehungswissenschaft der Universität Potsdam, eine der wissenschaftlichen Förderinnen der Projektes, beschreibt die Zielsetzung folgendermaßen: „In unserem Projekt sollten wir uns auf empirische Studien und Erfahrungsberichte aus dem europäischen Ausland stützen, um die Aufgabenfelder und die entsprechenden Bedarfe einer Zusatzausbildung der künftigen Schulkrankenschwestern in Brandenburg treffend zu beschreiben“ (8). Als Resümee der Machbarkeitsstudie wurde bei der Abschlussveranstaltung in 2014 festgehalten: „Die Einführung von Schulkrankenschwestern an brandenburgischen Schulen und nachfolgend bundesweit würde ein niederschwelliges, aufsuchendes System der kinder- und jugendorientierten Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung bieten, ein Plus an Versorgungssicherheit und eine gesundheits- wie auch bildungsförderliche Investition in die Zukunft im Sinne einer guten gesunden Schule“ (9).

4.3 Anforderung an die Qualifizierung der „school nurse“ aus internationaler Sicht

International beruht die Ausbildung auf einer Basisqualifikation als „nurse“, auf die dann eine weitere Spezialisierung als school nurse erfolgt. Denn die Anforderungen an die Aufgaben und Kompetenzen einer school nurse sind komplex. Einerseits gilt es, die besonderen gesundheitlichen Bedarfe (special needs) von gesundheitlich beeinträchtigten Schüler zu identifizieren und ihnen zu entsprechen, andererseits erfordert es die Fähigkeit im Sinne von Public Health, schulbezogen die besonderen gesundheitlichen Problemlagen der Schülerschaft zu identifizieren und zielgerichtet Präventionsmaßnahmen anzubieten (16).

In Estland erfolgt sogar eine zweijährige postgraduierten Ausbildung, damit das komplette Kompetenzprofil einer school nurse erfüllt werden kann.

Sehr ausgereift erscheint das in den Niederlanden praktizierte Ausbildungsmodell zur „Jeugdverpleegkundige Nieuwe Stijl“. Basis ist die Ausbildung der Pflegekräfte auf Bachelorniveau in Kombination mit der Gemeindeggesundheitsfürsorge. Die eigentliche „Jugendkrankenpflege“ wird dann als post-bachelor-Ausbildung aufgesattelt und beinhaltet ein breites Themenspektrum von Gesundheit, Netzwerkarbeit, Kommunikation bis zu Rechtsfragen.

Recht hohe Anforderungen werden auch in Polen an die Qualifizierung einer school nurse gestellt: ein Magistertitel für Pflegeberufe, die Teilnahme an einem Qualifizierungskurs „Pflege im Bereich Bildung und Erziehung“, eine abgeschlossene Fortbildung zum Thema Zahnprophylaxe und darüber hinaus eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in der Gesundheitsfürsorge (8).

5. Machbarkeit durch den ÖGD in Deutschland

5.1 ÖGD und Schule – Kooperation in der Praxis

Dem föderalistischen Prinzip folgend regeln die deutschen Bundesländer in ihren Schul- und ÖGD-Gesetzen individuell, wie ihre „Schulgesundheitspflege“, ihre „schulärztliche Versorgung“, oder wie „betriebsmedizinische Aufgaben in Gemeinschaftseinrichtungen“ umgesetzt werden sollen. Schüler sollten vor vermeidbaren gesundheitlichen Schäden bewahrt werden, wenn sie ihrer Schulpflicht nachkommen. Vor diesem Hintergrund erfolgt die Aufgabenzuordnung an den öffentlichen Gesundheitsdienst und wird dort über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wahrgenommen. Einen breiten Konsens gibt es in Bezug auf die Notwendigkeit, Schulärzte des ÖGD einzubinden, nicht nur zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen (51). Betriebsmedizinische Aufgaben in Gemeinschaftseinrichtungen und Aufgaben wie Schulsprechstunden (3; 38) werden durch „Schulärzte“ erfüllt, jedoch mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Die Erfahrungen aus der Praxis der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste zeigen, dass die Gesundheitsvorsorgeangebote in Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Angebote von Seh- und Hörscreenings, Aufklärung und Beratung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen, zur gesunden Ernährung und die Suchtprävention) besonders wirksam und zeiteffizient gestaltet werden können, wenn eine Gesundheits- und Kinderkrankenschwester mit sozialmedizinischer Zusatzausbildung oder eine sozialmedizinische Assistentin eingebunden ist. Diese Berufsgruppen sind nur in einigen Kommunen in den Teams der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste vorhanden. Dies ist u.a. dadurch bedingt, dass in den letzten Jahren, geprägt durch Initiativen zur Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes und der Frühen Hilfen, der Gesundheitsschutz von Vorschulkindern fokussiert wurde und daher vorrangig „Familienhebammen“ im ÖGD zum Einsatz kommen.

5.2 School nurse – Brücke zwischen Gesundheit und Bildung

Ganz entscheidend beim Ausbau des Schulgesundheitssystems durch Schulgesundheitschwestern in Deutschland ist – analog zur bestehenden internationalen Praxis und auf der Grundlage der Empfehlungen der WHO -, dass die Schulgesundheitschwester fachlich im schulärztlichen Team des Gesundheitsamtes verankert ist. So kann die sie mit ihrem eigentlichen Arbeitsplatz in der Schule die interdisziplinären Möglichkeiten ihres schulärztlichen Teams im Gesundheitsamt nutzen, um bedarfsgerechte Gesundheitsangebote zu vermitteln, beispielsweise bei pädiatrischen Fragestellungen den Schularzt einbeziehen, bei psychischen Problemen des Schülers den kinder- und

jugendpsychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Dienst ansprechen oder bei Suchtproblemen die Sucht- und Drogenberatungsstelle des Gesundheitsamtes zu Rate ziehen.

Durch die breite Vernetzung des schulärztlichen Teams mit den vielfältigen Akteuren in der Kommune hat die SGS gleichzeitig auch den Zugang zu den kommunalen gesundheitsbezogenen bzw. psychosozialen Netzwerkpartnern, aber ebenso zu den Einrichtungen der Jugend- und Sozialhilfe.

Die Schulgesundheitschwester ist zudem Teil des Schulteams vor Ort. Partner innerhalb der Schule sind die Lehrer, Eltern mit ihren Mitwirkungsgremien, Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen, etc..

Durch diese institutionelle Verankerung im ÖGD sind sowohl die Alltagspräsenz in der Schule als auch die Kontinuität der Arbeit gewährleistet. Letztere ist unabdingbar zur Schaffung einer Basis des Vertrauens bei den Schülern, ganz allgemein im System der handelnden Personen in der Schule und ebenso bezogen auf die kommunale Kooperationspartner.

Die selbständige Durchführung von Screeninguntersuchungen (z.B. zum Körpergewicht und -größe, Hör- und Sehvermögen, zum Impfstatus) oder die direkte Mitwirkung bei den schulärztlichen Untersuchungen oder Sprechstunden erweitert das Angebot des schulärztlichen Dienstes in Schulen. Die geschulte Beobachtung von Schülern in der normalen Unterrichtssituation ist durch die Präsenz möglich, ebenso wie eine spezielle Krankenbeobachtung im Sinne der Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Die Identifikation und Versorgung besonders vulnerabler oder schwer zugänglicher Kinder und Familien kann so besser umgesetzt werden. In der Vernetzung mit anderen Akteuren, so auch mit Gesundheits- und Jugendhilfe, ist die Übernahme eines Fallmanagements für besondere Risikokinder möglich. Bei Gesundheitsproblemen mit Lern- und Schulalltagsrelevanz kann die Schulschwester direkte erste Ansprechpartnerin sein.

Das Aufgabenspektrum der Schulgesundheitschwester umfasst:

- pflegerische und medizinische Unterstützung chronisch kranker und behinderter Schüler bei der Umsetzung der Inklusion (4) in Schulen (wie personenbezogene Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege, Verabreichung von Medikamenten);
- Brückenfunktion zu Gesundheitsversorgungseinrichtungen außerhalb von Schule;
- erste Ansprechpartnerin bei Unfällen, Krankheitszwischenfällen oder auch akut auftretenden Erkrankungen;
- erste Ansprechpartnerin und Vertrauensperson („Kümmerer“) für Schüler zu allen Fragen körperlicher und psychischer Gesundheit ;
- Durchführung von Screening-Untersuchungen im Zusammenarbeit mit dem Schularzt des ÖGD
- im Sinne von Public Health Gesundheitsbeobachtung der Schülerschaft, Analysen zu spezifischen Bedarfen mit Handlungsempfehlungen zu Maßnahmen;
- Entwickeln, Anstoßen und Begleiten von Gesundheitsförderangeboten, die am Bedarf in der jeweiligen Schule ansetzen;
- interdisziplinäre Zusammenarbeit (innerhalb von Schule) und Kooperation mit Partnern außerhalb: Garant für und Akteur in Vernetzung.

6. Machbarkeit durch Mischfinanzierung

Schon der 13. Kinder- und Jugendbericht aus 2009, noch stärker hingegen der 14. Kinder- und Jugendbericht vom 30.1.2013 fordert eine engere, gleichsinnige Verknüpfung der Bildungssysteme mit den Systemen von Jugend- und Gesundheitshilfe. Beispielgebend für unseren Kontext sind die Ergebnisse der Brandenburger Machbarkeitsstudie, die die Aufgaben der Schulgesundheitschwester

nach den Leistungen und zuständigen Leistungsträgern aufteilt und entsprechend eine Mischfinanzierung der unterschiedlichen Bildungs- und Sozialhilfepartner empfiehlt (8):

„Die (Brandenburger) Landesschulgesetzgebung gibt es her, schuleigene Krankenpflegekräfte als „sonstiges Schulpersonal“ zu beschäftigen. Eine Kostenübernahme für SGS ist darüber hinaus möglich durch die Krankenkassen nach SGB V, die Pflegekassen nach SGB XI, Sozialhilfeträger nach SGB XII, Jugendhilfeträger gemäß SGB VIII sowie überörtliche Sozialhilfeträger wie Landschaftsverbände.

Für Präventionsangebote im Setting ließen sich Pauschalbeträge pro Schüler und Tag von den Krankenkassen einwerben. Vor dem Hintergrund dieser komplexen Bedarfe und Funktionen wurde ein Vollkostenplan erstellt, der nach dem Modell einer anteiligen Mischfinanzierung umgesetzt wird. Ein interessanter Begleitaspekt ist eine Kostenbeteiligung der Arbeitsförderung, da sich für Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr in der ambulanten oder stationären Pflege tätig sein konnten, ein alternatives Berufsfeld eröffnet.

Die Unfallversicherungen in ihrer Mitverantwortung für Sicherheit und Unfallschutz dürften ein Interesse an finanzieller Beteiligung haben, zumal ihre moderne Ausrichtung (20) ganz in diese Richtung weist. Besonders für diese wird es attraktiv sein, eine Fachkraft vor Ort zu wissen, die sich sowohl individuell im Ereignisfall als auch systembezogen einbringen kann. Im Brandenburger Modell wurde die medizinische Nachsorge bei Schulunfällen in das Tätigkeitsprofil der SGS mit aufgenommen, um eine rasche Wiedereingliederung des Schülers in den Schulalltag zu befördern.

Die Empfehlung der Brandenburger Machbarkeitsstudie ist, alle zu beteiligenden Kostenträger an einen gemeinsamen Verhandlungstisch zu bringen, um einen „Vollkostenplan“ zu erstellen; in einem zweiten Schritt sollte es dann gelingen, die Aufteilung der Kostenübernahme für einzelne Module abzustimmen.

Einzelne konkrete Schnittstellen sollten so frühzeitig wie möglich angesprochen und die Verfahren klar geregelt werden (z.B. ist die Kostenübernahme für die Schultansportbegleitung durch eine Fachkraft regel- und finanzierbar über das SGB IX bei Kindern mit besonderen Bedürfnissen oder über das SGB XII als Maßnahme bzw. Kostenträgerschaft für gesundheitlich vulnerable Kinder).

Bei der Entwicklung einer Gesamtkonzeption – auch im Hinblick auf ein Mischfinanzierungsmodell – kann sich eine laufende Studie als hilfreich erweisen: 2013 startete ein bis 2015 laufendes Projekt mit dem Titel „Entwicklung und Erprobung eines Einschätzungsinstruments zur Erfassung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs von kranken Kindern und ihren Familien“, angesiedelt beim Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld; es wird intensiv fachlich begleitet vom Berufsverband der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.; die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin ist im Beirat vertreten. So steht in Aussicht, dass der Anteil pflegerischer Leistungen einer SGS angemessen definiert und von anderen Leistungsmodulen abgrenzbar wird.

Auf keinen Fall sollte außer Acht gelassen werden, dass Schulträger, auch und gerade heute, durch den schulpolitischen Konsens für Inklusion eine hohe Mitverantwortung haben, im schulischen Alltag den gesundheitlichen Erfordernissen der Schüler angemessen zu begegnen. Auf Grund des zunehmenden Anteils von chronisch kranken und behinderten Kindern in den allgemeinbildenden Schulen (siehe Brandenburger Daten) wird sich auch eine Bereitschaft von Schule zeigen, die Bildungschancen dieser Kinder durch Einsatz einer SGS zu verbessern. Aus Sicht des Autorenteam kann auch mit einer Akzeptanz von Schule gerechnet werden.

Als die Berufsgruppen der Schulpsychologen und Schulsozialarbeiter zum Einsatz kamen, waren sich die Beteiligten meist rasch einig, dass diese in das schuleigene Personal zu integrieren und trägerseitig zu finanzieren seien. Auf Grund der sich verändernden gesundheitlichen Ausgangsbedingungen bei den

Schülern ist hier ein neues Aufgabenfeld innerhalb von Schule entstanden, das in der Schullandschaft dringend berücksichtigt werden muss.

7. Nutzen und Ausblick

- Ausgehend von einer gelungenen Integration einer Schulgesundheitschwester in das Schulteam und ihre dauerhafte Verankerung im schulärztlichen Dienst bzw. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD sind entsprechend der bewährten internationalen Praxis eine Vielzahl positiver Effekte für die Gesundheit der Schüler im Setting Schule zu erwarten. Die Schüler selbst erleben bei professioneller gesundheitlicher Versorgung den Schulalltag angstfreier, sicherer und lernbereiter. Dadurch werden individuelle Potentiale besser abrufbar und ein Beitrag geleistet, Chancen auf gute Bildung gleichmäßig zu verteilen. Inklusionsziele lassen sich besser verwirklichen, insbesondere weil die „Einzelbetreuung“ abgelöst wird von einer strukturellen Unterstützung des Systems Schule.
- Auch die Eltern der Kinder werden entlastet, da sie ihre Kinder in der Obhut eines kompetenten „Kümmerers“ vor Ort in der Schule wissen, bei jemandem, dem man aufgrund seiner Expertise und der Kontinuität seiner Verfügbarkeit Vertrauen schenkt.
- Die Lehrer können sich stärker ihren pädagogischen Aufgaben widmen. Es werden keine „fachfremden“ Tätigkeiten von ihnen erwartet. Desgleichen können Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen und Integrationshelfer Entlastung erfahren, während gleichzeitig das Arbeiten in einem erweiterten multiprofessionellen Team bereichert und befriedigender wird. Bei Einverständnis der Sorgeberechtigten werden die primär betreuenden Kinder- und Jugendärzte in Praxis und Klinik Beobachtungen und Expertise der SGS gut nutzen können.
- Es gibt die Möglichkeit, analog zur zahnärztlichen Gruppenprophylaxe, Präventionsmaßnahmen bezogen auf die spezifischen Gesundheitsbedarfe der Schülerschaft umzusetzen. Die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Schule und die Entwicklung zu einer „guten, gesunden Schule“ wird erleichtert.
- Unfallrisiken können durch Beratung vor Ort reduziert werden. Individuelle Rehabilitation nach Unfällen, Krankheiten wird sich im Sinne eines fachlich begleiteten Wiedereingliederungsmanagements besser realisieren lassen. Dadurch dürften sich Schulfehlzeiten verkürzen. Aktivierende Pflege kann alltagsbezogen und alltagsintegriert durchgeführt werden.
- Die Ressource „Schularzt“ kann dadurch gezielter eingesetzt werden, dass die SGS den ärztlichen Beratungsbedarf von Schülern für die ärztliche Schulsprechstunde bahnen und vorbereiten kann.
-
- Bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten (z.B. infektiöse oder lebensmittelbedingte Durchfallerkrankungen) steht vor Ort eine kompetente Gesundheitsfachkraft für das Management zur Verfügung. Dadurch sind Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten schneller und gezielter möglich.
- Für viele Kostenträger von Einzelleistungen (z.B. Kranken- und Pflegekassen, Eingliederungshilfeträger in der Kommune, Unfallversicherung) ist ein return on investment zu erwarten. So entfallen z.B. Logistikkosten für viele einzelne Individualeinsätze in der Grund- und Behandlungspflege.

- Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege konturiert sich ein alternatives Berufsbild mit Zukunft. Dies stellt auch eine Alternative für Pflegefachkräfte dar, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr im klinischen Alltag zum Einsatz kommen können.
- Aussagekräftige, authentische Informationen zur „Schulgesundheit“ sind zu erwarten, die darüber hinaus als Monitoring im zeitlichen Verlauf erfasst werden können.

In Anbetracht des gesundheitlichen Versorgungsbedarfs von Schülerinnen und Schüler in Schulen sollten die Empfehlungen der WHO, in den Ländern Europas einen „school health service“ zu etablieren, auch in Deutschland verstärkt über den Öffentlichen Gesundheitsdienst umgesetzt werden. Schulgesundheitschwestern (SGS) haben dabei eine wichtige gesundheitliche Brücken- und Servicefunktion zwischen Schule und Gesundheit.