



**Schul
Kranken
Schwester**

MACHBARKEITSSTUDIE



**ZUM INNOVATIONSKONZEPT SCHULPFLEGEKRÄFTE
AN SCHULEN IN ÖFFENTLICHER HAND
IM LAND BRANDENBURG**



GEFÖRDERT DURCH DAS MINISTERIUM FÜR ARBEIT,
SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES
BRANDENBURG AUS MITTELN DES EUROPÄISCHEN
SOZIALFONDS.



DAS PROJEKT ENTSTAND ALS EINE GEMEINSAME
INITIATIVE DER IM „BÜNDNIS GESUND AUFWACHSEN
IN BRANDENBURG“ MITWIRKENDEN ZUSTÄNDIGEN
LANDESMINISTERIEN FÜR ARBEIT, FÜR BILDUNG
UND FÜR GESUNDHEIT SOWIE DES AWO
BEZIRKSVERBANDES POTSDAM E. V.

DANK

Für die Begleitung, die hilfreichen Informationen und die wertvollen Expertengespräche möchten wir uns herzlich bedanken. Die Machbarkeitsstudie hätte ohne die fachliche Unterstützung der folgenden Expert/innen nicht erstellt werden können. Über die nachstehend genannten Personen hinaus trugen noch weitere Expert/innen zu dem in der Studie zusammengestellten Wissen bei. Unser Dank gilt zudem allen Teilnehmer/innen der 3 Projektveranstaltungen für ihre konstruktiven Beiträge.

Pia Ahonen² (Turku University of Applied Sciences, Turku, Finnland)

Sabine Brix-Steensen (Dänischer Gesundheitsdienst, Flensburg)

Beate Deckelmann (Berlin Brandenburg International School, Kleinmachnow)

Dr. Gabriele Ellsäßer (Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg)

Claudia Erdmann (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg)

Karen Fink (Dänischer Gesundheitsdienst, Flensburg)

Prof. Dr. Elisabeth Flitner³ (Universität Potsdam)

Marek Gałwa² (Caritas Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej, Polen)

Natalia Górecka² (Szkoła Podstawowa Nr 164, Łódź, Polen)

Reinhold Hohage (Kanzlei Hohage, May & Partner, Hamburg)

Sonja Hummel-Gaatz¹ (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg)

Anke Karl (Waldorfschule am Kräherwald, Stuttgart)

Joanna Kraska² (Szkoła Podstawowa Nr 164, Łódź, Polen)

Kathleen Krause³ (Universität Potsdam)

Camilla Laaksonen² (Turku University of Applied Sciences, Turku, Finnland)

Bernd Müller-Senftleben¹ (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg)

André Preusche (Unfallkasse Brandenburg und Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg)

Prof. Dr. Michael Radke¹ (Klinikum Westbrandenburg GmbH)

Kerstin Reinhardt (Oberschule „Ulrich von Hutten“, Frankfurt/Oder)

Dr. Martin Rudnick¹ (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg)

Ute Sadowski (Gesundheit Berlin Brandenburg e.V.)

Frank Thomann (Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter Landeshauptstadt Potsdam)

Jaana Tomppo² (Turku University of Applied Sciences, Turku, Finnland)

Marjale von Schantz² (Turku University of Applied Sciences, Turku, Finnland)

Susanne Wolter (Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg)

¹Mitglieder des Steuerungskreises des Projekts

²Internationale Projektpartner/innen im Rahmen des transnationalen Austausches

³Nationale Projektpartnerinnen im Rahmen des transnationalen Austausches

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG		7
SUMMARY		11
KAPITEL 1	EINLEITUNG	15
	1.1 Projektrahmen	17
	1.2 Zielsetzung der Machbarkeitsstudie	17
	1.3 Methodische Vorgehensweise	18
KAPITEL 2	BILDUNG UND GESUNDHEIT – AUSGANGSSITUATION UND HANDLUNGSBEDARF	20
	2.1 Zum Zusammenhang von Armut und Bildung	20
	2.2 Zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit	21
	2.3 Zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung	22
	2.4 Gesundheitsförderung in der Schule	24
	2.5 Zur Situation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher	25
	2.6 Handlungsbedarf	27
KAPITEL 3	SITUATION DER FACHKRÄFTE AUS DER GESUNDHEITS- UND (KINDER-) KRANKENPFLEGE	29
	3.1 Zur Primärqualifikation der Fachkräfte	29
	3.2 Auswirkungen der besonderen Belastungen und Beanspruchungen in den Pflegeberufen	30
	3.3 Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte im Land Brandenburg	33
	3.4 Fazit	35
KAPITEL 4	TÄTIGKEITSSPEKTRUM DER SCHULPFLEGEKRÄFTE	37
	4.1 Ausgewählte Aspekte zur Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) in den Projekt-Partner-Ländern Finnland & Polen	37
	4.2 Zur Rolle der Schulpflegerkräfte in verschiedenen Staaten	42
	4.3 Erfahrungen von Schulpflegerkräften in Deutschland	45
	4.4 Qualitätskriterien zur Erstellung eines Tätigkeitsprofils für das Land Brandenburg	47
	4.5 Empfehlungen für ein Tätigkeitsprofil für Schulpflegerkräfte im Land Brandenburg	48

KAPITEL 5	RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	51
	5.1 Zur Einführung der Schulpflegekräfte an Brandenburger Schulen	51
	5.2 Zu Haftung und Versicherungsschutz	52
	5.3 Zum Datenschutz	54
KAPITEL 6	STRUKTURELLE EINBINDUNG VON SCHULPFLEGEKRÄFTEN IN BRANDENBURGER SCHULEN	56
	6.1 Rahmenbedingungen	56
	6.2 Strukturelle Anbindung	58
	6.3 Netzwerke	62
KAPITEL 7	FINANZBEDARF UND FINANZIERUNGSOPTIONEN	64
	7.1 Finanzbedarf	64
	7.2 Finanzierungsoptionen	65
KAPITEL 8	ANFORDERUNGSPROFIL UND QUALIFIZIERUNG	69
	8.1 Zielgruppe und Empfehlungen an ein Anforderungsprofil	69
	8.2 Empfehlungen zu Umfang, Art und Inhalten der Qualifizierung	70
	8.3 Empfehlungen zur Entwicklung eines Curriculums	73
KAPITEL 9	DOKUMENTATION UND EVALUATION	76
	9.1 Dokumentation	76
	9.2 Evaluation	77
KAPITEL 10	ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG DER ERGEBNISSE DER MACHBARKEITSSTUDIE	82
	10.1 Zielgruppen und Tätigkeitsprofil	83
	10.2 Zentrale Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung	85
	10.3 Empfehlungen für ein Modellprojekt im Land Brandenburg zur Einführung von Pflegefachkräften an öffentlichen Grund- und weiterführenden Schulen	89
	10.4 Schlussbemerkung	92
LITERATURVERZEICHNIS		93
ANHANG	Schulpflegekräfte und benachbarte Berufsgruppen	98
IMPRESSUM		102

VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN

TABELLEN

TABELLE 1	Aufgabenbereiche und Tätigkeiten der Schulpflegekräfte an finnischen Schulen	39
TABELLE 2	Aufgabenbereiche und Tätigkeiten der Schulpflegekräfte an polnischen Schulen	41
TABELLE 3	Mögliche Aufgabenbereiche und dazugehörige Tätigkeiten zukünftiger Schulpflegekräfte im Land Brandenburg	49
TABELLE 4	Finanzierungsoptionen für die Personalkosten der Schulpflegekräfte	67

ABBILDUNGEN

ABBILDUNG 1	Arbeitsmarktstatistik für Pflegefachkräfte im Land Brandenburg für den Zeitraum Januar 2013 und August 2014	33
ABBILDUNG 2	Entwicklung der Ausbildungszahlen bundesweit für den Bereich der Kinderkrankenpflege	34
ABBILDUNG 3	Entwicklung der Ausbildungszahlen bundesweit für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege	34

ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheit und Bildung hängen nicht nur eng miteinander zusammen, sondern beeinflussen maßgeblich den späteren Lebensweg der Heranwachsenden. Zusätzlich zeigen Studien einen komplexen Zusammenhang zwischen Gesundheit, Bildung und Armut auf. Diese Forschungsbefunde sind für das Bundesland Brandenburg insofern bedeutsam, da rund ein Viertel der Kinder hier zumindest zeitweise in Armut aufwächst und arme bzw. sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in Deutschland noch immer eine bildungsrelevante Gesundheitsungleichheit erfahren.

Schulpflegekräfte (oft benannt als „Schulkrankenschwestern“), wie sie in vielen anderen Staaten seit Jahrzehnten erfolgreich tätig sind, könnten auch in Deutschland und im Land Brandenburg dazu beitragen, ein niedrigschwelliges und aufsuchendes System der kinder- und jugendorientierten Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung im Lebensraum Schule zu etablieren.

Auf Beschluss des 4. Plenums des *Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg* entstand daher die vorliegende Machbarkeitsstudie mit folgenden Zielen:

- (1)** Erarbeitung eines Tätigkeitsprofils von Schulpflegekräften für das Land Brandenburg
- (2)** Machbarkeitsprüfung über den Einsatz von Pflegefachkräften an öffentlichen Schulen
- (3)** Ableitung von Empfehlungen für ein Pilotprojekt an Modellschulen in strukturschwachen und von Kinderarmut besonders belasteten Regionen

Von einer Einführung dieser neuen Fachkräfte profitieren gleich mehrere Zielgruppen:

Für **Kinder und Jugendliche**, die Grund- und weiterführende Schulen besuchen, sollen u.a. folgende Ziele erreicht werden:

- Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Frühzeitige Entdeckung und Hilfestellung bei gesundheitlichen Problemen, auch aus armutsgefährdenden Aspekten heraus
- Verringerung der Fehltag
- Verbesserung der Integration chronisch kranker und behinderter Schüler/innen in die Regelschulen
- Verbesserung der Lernvoraussetzungen für gesundheitlich und/oder sozial belastete Schüler/innen
- Verbesserung der Bildungschancen und der Ausbildungsfähigkeit für Schüler/innen an öffentlichen Schulen im Allgemeinen und für gesundheitlich und/oder sozial benachteiligte Schüler/innen im Besonderen

Für das **Schulpersonal**, insbesondere die **Lehrkräfte** geht es um eine

- Entlastung von fachfremden (gesundheitsbezogenen) Aufgaben,
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit des Schulpersonals,
- Verringerung der krankheitsbedingten Fehlzeiten,
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz, auch im Sinne einer Vorbildfunktion für die Kinder und Jugendlichen,
- Erhöhung des subjektiven Gesundheits- und Wohlbefindens.

Mit Blick auf die **Eltern** geht es darum, dass

- Eltern von gesundheitlich benachteiligten Kindern eine Entlastung erfahren (dadurch, dass sie ihr Kind während der Schulzeit gesundheitlich gut versorgt wissen),
- Eltern durch reduzierte Arbeitsausfälle entlastet werden (da die Kinder nicht mehr bei jeder geringfügigen gesundheitlichen Einschränkung abgeholt werden müssen),
- Eltern, insbesondere aus sozial benachteiligten Familien, ihre Kenntnis über bestehende Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erweitern und eine erhöhte Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Angebote entwickeln können,
- Eltern (v.a. Mütter) von chronisch kranken oder/und behinderten Kindern ihre Erwerbstätigkeit ausweiten können und ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert werden.

Für die **Pflegefachkräfte** geht es um die

- Erhöhung des Umfangs und der Qualität des Arbeitsmarktangebots, insbesondere in Bezug auf familienfreundliche Arbeitszeiten, ein wohnortnahes Arbeitsplatzangebot und ein Stellenprofil, das neue Herausforderungen im Schnittbereich von Gesundheit und Bildung bietet.

Anhand der Bedarfslage an Brandenburger Schulen und den Erfahrungen anderer Staaten wurden die im Folgenden aufgelisteten inhaltlichen Schwerpunkte in der Arbeit der zukünftigen Schulpflegekräfte definiert.

TÄTIGKEITSPROFIL

- (1)** *Versorgung* i.S. einer Akutversorgung und der Erbringung ausgewählter Leistungen der medizinischen Behandlungspflege
- (2)** *Früherkennung* i.S. individueller Hilfestellungen für Schüler/innen und ihre Eltern bei gesundheitlichen Auffälligkeiten, Problemen und bislang unerkannten Erkrankungen durch Beratung und orientierende Untersuchungen
- (3)** *Gesundheitsförderung/Prävention* i.S. der Initiierung bewährter und qualitätsgesicherter Projekte zur Gesundheitsförderung und primären Prävention sowie einer Unterstützung der Lehrkräfte in der Elternarbeit bei gesundheitsrelevanten Themen
- (4)** *Unterstützung von Schüler/innen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen sowie nach krankheitsbedingter längerer Abwesenheit* durch eine Mitarbeit am Eingliederungsprogramm gemäß „VV Kranke Schüler“ und Beratung des Schulpersonals
- (5)** *Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler/innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten* durch Zugang zu besonders gefährdeten und schwer zugänglichen Gruppen mittels kontinuierlicher Präsenz und Kooperation mit anderen Fachkräften sowie ggf. Vermittlung frühzeitiger Hilfen

ZENTRALE ERGEBNISSE DER MACHBARKEITSPRÜFUNG

Nach § 68 des Brandenburgischen Schulgesetzes (BbgSchulG) ist die Einführung einer Schulpflegekraft als Teil des sonstigen Schulpersonals möglich und bereits gesetzlich vorgesehen. Für die versicherungs- und haftungsrechtliche Absicherung ist es erforderlich, dass alle Tätigkeiten im Schulkonzept verankert werden (vgl. § 7 BbgSchulG) und die Dienstaufsicht durch die schulleitende Person ausgeübt wird (vgl. § 71 BbgSchulG).

Aus der Machbarkeitsprüfung wurden folgende Empfehlungen bzgl. der strukturellen Einbindung an den Schulen abgeleitet:

- ganzjähriges Beschäftigungsverhältnis, möglichst an 5 Tagen pro Woche pro Schule
- Betreuungsverhältnis maximal 1:700 (optimal 1:350) pro Vollzeitbeschäftigung
- eindeutige Rollenbeschreibung inkl. Abgrenzung zu benachbarten Berufsgruppen sowie klare Kommunikation der Rolle innerhalb und außerhalb der Schule
- frühzeitige Einbindung der Konferenz der Lehrkräfte, der Schülerschaft und der Eltern bzw. der Gesamtschulkonferenz
- Verschwiegenheitspflicht als wesentliche Voraussetzung für den Aufbau und die Pflege eines Vertrauensverhältnisses zu den Schüler/innen
- strukturierte Einarbeitung der Schulpflegekraft in den Lebensraum Schule
- kontinuierliche Fortbildung
- verbindliche regelmäßige Supervision
- regelmäßige Konsultationen mit Fachkolleg/innen im Öffentlichen Gesundheitsdienst und mit Schulpflegekräften an anderen Schulen

Es sind folgende Kostenarten und Zuständigkeiten bzw. Optionen durch verschiedene Kostenträger zu berücksichtigen:

- (1) räumliche und sächliche Ausstattung:** Schulträger (§ 110 bzw. § 108 (3) BbgSchulG), optional Land Brandenburg (§ 115 BbgSchulG)
- (2) Personalkosten inklusive Kosten für Fortbildung und Supervision:** Schulträger (§ 99 bzw. § 108 (3) BbgSchulG), optional Land Brandenburg (§ 115 BbgSchulG), Krankenkassen (SGB V sowie Präventionsgesetz), Unfallkasse Brandenburg (SGB VII), ggf. auch Pflegekassen (SGB XI) und Sozialhilfeträger (SGB XII)
- (3) Curriculum-Entwicklung und Durchführung der Qualifizierungsmaßnahmen:** im Modellprojekt durch Fördergelder auf Landes-, Bundes- oder europäischer Ebene sowie ggf. durch die Bundesagentur für Arbeit

Die Tätigkeiten der Schulpflegekräfte erfordern eine umfassende Vermittlung und Vertiefung von Kenntnissen und Fertigkeiten, die über die Primärqualifikation von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften hinausgehen bzw. sich von diesen unterscheiden. Es ist daher notwendig, dass die Fachkräfte vor Beginn ihrer Tätigkeit an den Schulen eine in Umfang, Art und Inhalt angemessene und praxistaugliche Zusatzqualifikation erlangen.

EMPFEHLUNGEN FÜR EIN MODELLPROJEKT IM LAND BRANDENBURG

Das Ziel des Modellprojekts ist die Erprobung und die Evaluation des Einsatzes von Schulpflegekräften. Zentrale Arbeitsschritte innerhalb des Modellprojekts sind:

- (1)** kooperative Curriculum-Entwicklung
- (2)** Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme
- (3)** Unterstützung der Projekt-Schulen in ihrem Schulentwicklungsprozess
- (4)** Pilotphase an den Schulen

Am Ende der Pilotphase sollten u.a. folgende Ergebnisse aus den Erfahrungen des Modellprojekts für eine landesweite Einführung von Schulpflegekräften vorliegen:

- 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

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass es begleitend zu den vorgenannten Phasen des Modellprojekts entscheidend sein wird, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- (1) Verhandlungen mit Kostenträgern:** Von Beginn an sollte projektbegleitend der Finanzbedarf konkretisiert und durch Verhandlungen mit allen genannten Kostenträgern ein Mischfinanzierungskonzept (durch Vereinbarungen von Kostensatzpauschalen) erarbeitet werden.
- (2) Klärung offener Fragen:** Ebenfalls projektbegleitend sollte an der Klärung der aktuell noch offenen Fragen zu folgenden Themen gearbeitet werden:
 - fachliche Anbindung der Schulpflegekräfte, die von den Schulen nicht gewährleistet werden kann
 - Erarbeitung von konkreten Formulierungen zum Datenschutz für unterschiedliche Aufgabenbereiche
 - Erarbeitung einer Vereinbarung über die Aufgaben der Schulpflegekräfte auf Landesebene
 - Erweiterung des Brandenburgischen Schulgesetzes um einen Versorgungsauftrag der Schulträger (als Beitrag zur Bekämpfung bildungsrelevanter Folgen der Kinderarmut im Land und somit zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit)

Auf Grundlage der aktuellen und prognostizierten Schülerzahlen sowie der Empfehlung eines Betreuungsverhältnisses von maximal 1:700, werden bei einer landesweiten Einführung an öffentlichen Schulen mehr als 300 Voll- und Teilzeit-Stellen für erfahrene und zusätzlich qualifizierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte ab 2017 benötigt. Arbeitsmarktstatistiken und Studienbefunde zu Wechselabsichten von Fachkräften zwischen verschiedenen Bereichen innerhalb der Pflege- bzw. Gesundheitsbranche weisen darauf hin, dass dafür ausreichend potenzielles Personal zur Verfügung steht.

SUMMARY

FEASIBILITY STUDY ON INTRODUCING SCHOOL HEALTH CARE PROFESSIONALS IN THE GERMAN FEDERAL STATE OF BRANDENBURG

National and international research has described the complex relationship between health and education and specified poverty as a particularly important moderating variable. These findings are relevant for Brandenburg as approximately one quarter of all children here grow up in poverty at least temporarily during childhood and/or adolescence, and poor and socially disadvantaged children experience educationally relevant health disparities.

A school health service that provides both primary health care and health promotion could function as a low threshold service in German/Brandenburg schools. School nurses could reach out to all students, including those with health-related problems, chronic conditions and/or handicaps, and those who are socially disadvantaged and suffer from poverty.

Therefore, the feasibility study on introducing school nurses in public primary and secondary schools in the German federal state of Brandenburg served three purposes:

- (1)** to develop a list of potential responsibilities and activities for future school health care professionals,
- (2)** to conduct a feasibility test regarding the legal, financial and structural conditions in Brandenburg,
- (3)** to provide recommendations for a pilot project in selected areas of Brandenburg with a high rate of child poverty.

RESPONSIBILITIES AND ACTIVITIES OF FUTURE SCHOOL HEALTH CARE PROFESSIONALS IN BRANDENBURG

The list of future activities to be undertaken by school nurses in Brandenburg was initially based on the experiences in other European countries, in the US, and Australia. It was refined to comply with relevant German and Brandenburg legal regulations regarding schools/education system and public health services. It was also necessary to consider the qualification of the nurses. Further, a comparison with responsibilities both within the school and within the public health service regarding health-related tasks was conducted to minimize an overlap of roles and responsibilities. Last, but not least, total work load was taken into account. Similar to other countries, the scope of school health care changes over time, so the following list of activities can be seen as a match for current demands. The concept of students' wellbeing is defined in terms of a holistic health view, including physical, mental and social dimensions of health and wellbeing. The key responsibilities and typical activities of the school health care professionals are listed below:

- (1) *Primary Health Care:*** Providing first aid, in-patient care (sickbay), and medication, as well as providing a range of medical nursing services for students who are chronically ill and for students recovering from (serious) accidents
- (2) *Early Diagnosis:*** Providing individual support for students and parents based on expert knowledge and advice, conducting screenings regarding various health issues, and initiating/coordinating necessary interventions

- (3) *Health Promotion*: Initiating and coordinating evidence-based and high-quality health promotion and primary prevention programs within the school (regarding issues such as nutrition, physical exercise, substance abuse, oral health issues, vaccination, sexual education) as well as supporting teachers in communicating/educating health-related issues to parents
- (4) *Supporting Students with Special Needs (chronically ill and handicapped students, also students returning from a longer period of school absence due to medical conditions)*: Participating in the school's integration program for students returning from a longer period of school absence due to medical conditions, providing expert knowledge and training for school staff and classes regarding specific chronic illnesses, including coping/handling strategies that can be used in the classroom/school, and cooperating with parents, teachers, special aids' teachers, medical practitioners and therapists for the benefit of chronically ill and handicapped students
- (5) *Contact Person and Confidant for Students with Health-Related Problems*: Serving vulnerable and hard-to-reach groups of students due to continuous presence, providing a low threshold service, and cooperating with teachers, social workers, school psychologists and further professional services, if necessary

KEY RESULTS OF THE FEASIBILITY ANALYSIS

The feasibility study was also conducted to analyse relevant legal regulations and check possible financial options. Introducing school health care professionals into public schools in Brandenburg is in accordance with school law. However, to comply with insurance-related legal regulations and school law, the concept of school health care must be defined in the program of every school individually. All potential funding agencies according to German/ Brandenburg specific social legislation were identified. Considering these issues, the following recommendations were determined:

- School health care should be provided as a year-round service, including school breaks. Ideally, a school nurse is present at one school 5 days a week.
- The ratio of a school nurse working full-time to number of students should not exceed 1:700 (optimum 1:350).
- It is important to define the role of the school nurse as precisely and clearly as possible, and to communicate to all groups (students, school staff, parents, and all professions involved) the differentiation between her role and the roles of teachers, social workers, psychologists, and any other groups of professionals that are engaged with students' wellbeing and care within the school or public health services.
- School staff, students, and parents should be informed about the new service in advance in all appropriate school committees.
- Confidentiality of the school nurse must be ensured as it is a core prerequisite for establishing a successful health care service and a trusting student relationship.
- New school nurses need an introduction program within the school.
- School nurses should be provided with the opportunity to attend trainings and further professional education programs.
- Professional coaching/counselling sessions on a regular basis should be mandatory for all school nurses.
- School nurses should have the opportunity to consult with professionals from the public health service at regular intervals.

To work as a school nurse, registered and experienced nurses (who preferably have experience working with children and adolescents) need a special qualification in school health care. The curriculum for the specialized qualification program needs to be developed as part of the pilot project.

RECOMMENDATIONS FOR A PILOT PROJECT IN BRANDENBURG

The purpose of the pilot project is to test and evaluate the proposed new health care service in schools. It is recommended that the proposed stages are followed in the course of about 3 to 4 years:

- (1)** Development of a curriculum for a specialized qualification in school health care (by a team of experts from different fields: practitioners from schools and public health service, experienced school nurses from private schools, experts from vocational education and academia)
- (2)** Training of experienced and registered nurses in school health care
- (3)** Supporting schools in establishing a school health service
- (4)** Pilot test the programme and conduct an evaluation study across 2 to 3 years

At the end of the pilot project the following main results should be provided to the public by the project team:

- Evaluated and updated list of responsibilities and activities (due to double check with demands in pilot schools)
- Competence profile / qualification profile
- Revised curriculum that has been tested regarding its usability
- Evaluation results regarding the school health service, and regarding the qualification program
- *Guide for School Health Service in Brandenburg*: Manual for school health professionals, head of school, school staff, school and public health service authorities; including recommendations for a structured introductory procedure for health care professionals and suggestions on multi-disciplinary cooperation within the school (school health team) and outside (with the wider community/public health service)

**GUTE GESUNDHEIT UNTERSTÜTZT ERFOLGREICHES LERNEN.
ERFOLGREICHES LERNEN UNTERSTÜTZT DIE GESUNDHEIT.
ERZIEHUNG UND GESUNDHEIT SIND UNTRENNBAR.**

Desmond O'Byrne

Leiter der Abteilung Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

KAPITEL 1

EINLEITUNG

Schulen in Deutschland und so auch im Land Brandenburg verfügen nach wie vor nur ansatzweise über eine geregelte Gesundheitsversorgung während der Schulstunden: (1) Die Akutversorgung ist oft Aufgabe der Sekretär/innen. (2) Medizinisch ungeschultes Personal befindet darüber, ob ein Kind nach kleineren Unfällen oder bei Unwohlsein in der Schule verbleibt oder nach Hause geschickt wird. (3) Die Schulen sind oft nur unzureichend ausgestattet für eine angemessene medizinische Versorgung. Mit der immer stärkeren Entwicklung hin zur Ganztagschule „stellt diese Versorgungslücke für Eltern wie auch für Lehrer eine erhebliche Unsicherheit und Belastung dar“ (Kocks, 2008, S. 248). Gut jede zweite Schule in Deutschland, und so auch in Brandenburg, unterbreitet heute (freiwillige) Ganztagsangebote, die schon von ca. einem Drittel der Schüler/innen in Anspruch genommen werden (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014). Die Heranwachsenden verbringen also zunehmend mehr Zeit im Lebensumfeld Schule, das in vielen Bereichen nach wie vor als eine der bedeutsamsten Sozialisationsinstanzen in Kindheit und Jugend gilt, mehr und mehr dabei aber auch im Bereich Gesundheit¹. In fast allen europäischen Staaten und vielen Staaten weltweit gibt es daher an Schulen eine schuleigene Pflegefachkraft (häufig auch als „Schulkrankenschwester“ benannt). Ihre Aufgaben sind vielfältig: Sie wirken an der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung und Entwicklung einer gesunden Schule mit. Sie beraten Schüler/innen und Schulpersonal, sie haben gesundheitliche Probleme einzelner Schüler/innen im Blick und vermitteln Hilfen. Sie ermöglichen mit Blick auf den Inklusionsanspruch der Bildungseinrichtungen durch Beratung und eventuelle Pflege im Schulalltag auch Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten den Besuch einer Regelschule. Damit zeichnen sich gleich mehrere Zielgruppen ab, die von einer Einführung dieses neuen Berufsfeldes profitieren:

- (1) *Kinder und Jugendliche*. Diese Struktur fördert die Qualität der Schulbildung im Sinne der Erhöhung der Bildungsbeteiligung aller, auch benachteiligter, Schüler/innen, des lebenslangen Lernens und der sozialen Teilhabe.
- (2) *Eltern*. Diese Struktur bietet eine Entlastung für alle und insbesondere für Familien mit gesundheitlich benachteiligten Kindern, da sie diese durch eine medizinisch-pflegerische Fachkraft (bei Notfällen) gut versorgt und gesundheitlich gefördert wissen. Auch die Arbeitsmarktchancen von Eltern gesundheitlich benachteiligter und behinderter Schüler/innen insbesondere in Bezug auf die Ausweitung der Erwerbsarbeit und die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung kann sich verbessern.
- (3) *Schulpersonal, insbesondere Lehrkräfte*. Diese Struktur gewährt ihnen eine Entlastung von fachfremden Aufgaben wie Notfallversorgung oder der freiwilligen Übernahme einfacher medizinisch-pflegerischer Maßnahmen bei der Unterstützung chronisch kranker Kinder.
- (4) *Pflegefachkräfte*. Diese Struktur erweitert den Umfang und die Qualität des Arbeitsmarktangebots für Pflegefachkräfte, insbesondere in Bezug auf familienfreundliche Arbeitszeiten, ein wohnortnahes Arbeitsplatzangebot und ein Stellenprofil, das neue Herausforderungen im Schnittbereich von Gesundheit und Bildung bietet.

¹ Gesundheit wird in der vorliegenden Studie in einem ganzheitlichen Sinne verstanden. In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezieht sich der Gesundheitsbegriff auf körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden (vgl. www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

Auch wenn aktuelle Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS; Robert Koch Institut)² erfreulicherweise zeigen, dass es den allermeisten Kindern und Jugendlichen in Deutschland gesundheitlich gut geht, ist doch weiterhin festzuhalten, dass die Gesundheit unserer Heranwachsenden deutlich von ihrem Sozialstatus abhängig ist (vgl. dazu auch Brandenburger Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit, Landesgesundheitsamt Brandenburg, 2014)³. Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit benennt daher folgerichtig an erster Stelle der übergeordneten Ziele, die gesundheitliche Chancengleichheit aller Kinder und Jugendlichen zu fördern (z.B. Bundesministerium für Gesundheit, 2008). Für die Kinder- und Jugendgesundheit sind neben den Familien verschiedene Akteure aus dem Gesundheits- und Bildungssystem gemeinsam zuständig. Schulische Gesundheitsförderung beschäftigt sich dabei vor allem mit den Kernbereichen Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Mundgesundheit, Sexualerziehung und Erste Hilfe (vgl. Kultusministerkonferenz, 1992, 2012)⁴. In den letzten Jahren stehen die Schulen jedoch vor neuen Herausforderungen – dem Umgang mit der Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie von somatischen zu psychischen Störungen. Die Kultusministerkonferenz regt 2012 daher nachdrücklich einen Schulentwicklungsprozess zu einer guten und gesunden Schule an und verweist dabei insbesondere auf eine erforderliche Vernetzungsarbeit mit außerschulischen Partnern sowie auf die Einbindung bestehender landesspezifischer und landesübergreifender Programme. Der derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindliche Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, Bundesministerium für Gesundheit, 2014)⁵ sieht vor, dass auch Schulen finanzielle Unterstützungen, u.a. von den Krankenkassen, erhalten, um Präventionsleistungen direkt in diesem zentralen Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen anzubieten. So würden auch sozial und gesundheitlich benachteiligte Schüler/innen von diesen Angeboten profitieren können. Das Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen“, das von den sieben nationalen Gesundheitszielen das am häufigsten aufgegriffene Zielkonzept ist, ist mit seinen Unterzielen dabei in der aktuellen Version des Präventionsgesetzes verankert⁶.

In Brandenburg setzt die Landesregierung ebenfalls seit Jahren einen Schwerpunkt im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Initiativen wie das Bündnis Gesund Aufwachsen oder das Netzwerk Gesunde Kinder wurden hierzu ins Leben gerufen. In dem Bestreben, Schulpflegerkräfte im Land Brandenburg einzuführen, wie sie in vielen Staaten weltweit seit Jahrzehnten fest etabliert sind und deren Arbeit zunehmend mehr evaluiert wird, stehen die im Bündnis Gesund Aufwachsen mitwirkenden Landesministerien und der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. nicht alleine. Es fordern auch andere Akteure der bundesweiten Bildungs- und Gesundheitslandschaft seit Jahren den Aufbau einer Schulgesundheitspflege⁷ in Deutschland (vgl. z.B. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe⁸ oder die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin)⁹. Schulleitungen und Lehrkräfte an Grund- und weiterführenden Schulen aber auch Kinderärztinnen und -ärzte sehen in ihrer täglichen Arbeit den Bedarf und wünschen sich eine derartige Unterstützung, wie sie in anderen Staaten Europas und weltweit teilweise schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts Tradition ist, und auch Gewerkschaften wie die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft unterstützen diese Forderung mit Nachdruck^{10,11}.

² vgl. www.kiggs-studie.de/

³ Das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg stellt in Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt Brandenburg jährlich den Datenmonitor zur Kindergesundheit unter www.gesundheitsplattform.brandenburg.de zur Verfügung.

⁴ Informationen unter www.kmk.org/ bzw. www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf

⁵ online verfügbar unter www.bvpraevention.de/bvpg/images/gesundheitspolitik/referentenentwurf_oktober_2014.pdf

⁶ vgl. z.B. Vortrag von Thomas Altgeld, Vorsitzender der bundesweiten Arbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ bei Gesundheitsziele.de, auf der 2. Kindergesundheitskonferenz in Potsdam am 09.04.2014

⁷ Bei der Verwendung des Begriffs „Schulgesundheitspflege“ wird die von Kocks (2008) genannte Definition einer pflegerischen Spezialisierung zur Gesundheitsversorgung und -förderung an Grund- und weiterführenden Schulen zugrunde gelegt (siehe auch Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2011).

⁸ z.B. Pressemitteilung „Gesundheits- und Krankenpflegerinnen an Schulen gefordert“ vom 21.02.2011; www.dbfk.de/presse.php

⁹ z.B. Artikel von Johann Osel „Nie mehr Dr. Hausmeister – Experten fordern Schulkrankenschwestern auch in Deutschland“, Süddeutsche Zeitung vom 25.08.2014

Vor diesem Hintergrund haben die bildungs-, gesundheits- und arbeitspolitischen Institutionen des Landes Brandenburg großes Interesse bekundet, das Modell der schuleigenen Pflegefachkräfte als arbeitsmarktpolitische Innovation auf die eigenen Schulstrukturen zu übertragen. Diese Machbarkeitsstudie soll aufzeigen, ob die Einführung von Schulpflegekräften in Brandenburg grundsätzlich gelingen kann und welche Rahmenbedingungen für den Aufbau dieser Struktur notwendig sind.

1.1 PROJEKTRAHMEN

Die Machbarkeitsstudie entstand in Umsetzung des Beschlusses zur Initiative „Schulkrankenschwester“ des 4. Plenums des *Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg* am 7.11.2012 (Beschluss Nr. 10) und wurde vom 02.09.2013 bis 31.10.2014 aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds im Rahmen der Richtlinie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie zur Förderung des transnationalen Wissens- und Erfahrungsaustausches für die Gestaltung einer zukunftsorientierten Arbeitspolitik im Land Brandenburg gefördert. Die Unterstützung auf Landesebene wurde durch das 5. Plenum des Bündnisses Gesund Aufwachsen am 9.4.2014 erneut eingefordert (Beschluss Nr. 12, eingebracht durch die Arbeitsgruppe Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung).

Projekträger war der AWO Bezirksverband Potsdam e.V., als nationale Partner waren die zuständigen Landesministerien für Bildung und Gesundheit, die Universität Potsdam (Department Erziehungswissenschaft, Lehrstuhl Theorie der Schule und des Lehrplans), das Klinikum Westbrandenburg GmbH (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin) und das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg (v.a. Arbeitsgruppe Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung) beteiligt. Der transnationale Austausch erfolgte mit der Turku University of Applied Sciences, Turku in Finnland sowie der Caritas Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej und der Szkoła Podstawowa Nr 164, Łódź in Polen.

Ziel des transnationalen Austausches mit den finnischen und polnischen Partnern war es, direkt von den langjährigen Erfahrungen im Sinne von Modellen guter Praxis anderer Länder zu profitieren, die bereits seit vielen Jahrzehnten „School Nurses“ beschäftigen und dieses Angebot auch evaluieren.

1.2 ZIELSETZUNG DER MACHBARKEITSSTUDIE

Die arbeits-, bildungs- und gesundheitspolitischen Institutionen, welche im Rahmen des Bündnisses Gesund Aufwachsen entsprechende strukturelle Veränderungen anregen können, benötigen eine Entscheidungsvorlage, ob und ggf. wie das Innovationskonzept der Schulpflegekräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg eingeführt werden kann. Zu diesem Zweck wurden in der vorliegenden Studie folgende drei zentrale Ergebnisse erarbeitet:

- (1) Es wurde ein **Leistungs- bzw. Tätigkeitsprofil** von Schulpflegekräften für das Land Brandenburg anhand der von School Nurses übernommenen Aufgabenbereiche in anderen Staaten, insbesondere Finnland und Polen, erarbeitet.
- (2) Es erfolgte eine **Machbarkeitsprüfung** über den Einsatz von Pflegefachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg anhand eines Transfers von Erfahrungswerten aus den beiden Projekt-Partner-Ländern sowie von Evaluationsergebnissen aus weiteren Staaten auf die Situation in unserem Bundesland. Dazu wurden die arbeitsmarktbezogenen, juristischen, strukturellen und finanziellen

¹⁰ vgl. Artikel von Matthias Matern & Tobias Reichelt „Kindergarten mit Krankenschwester“, Potsdamer Neueste Nachrichten vom 23.07.2014

¹¹ vgl. Artikel von Anja Dilk „Schule: Chronisch erkrankt – und was dann?“, Erziehung & Wissenschaft, 02/2014

Rahmenbedingungen für die Einführung von Schulpflegekräften in Brandenburg analysiert. Diese Untersuchung erfolgte mit Blick auf das erarbeitete Tätigkeitsprofil.

- (3) Aus den Ergebnissen der Machbarkeitsprüfungen wurden **Empfehlungen für die Konzeption und Durchführung eines Pilotprojekts** an ausgewählten Standorten in unterschiedlichen Regionen Brandenburgs abgeleitet, innerhalb dessen aktuell noch ungeklärte Fragen beantwortet und durch eine begleitende Evaluationsstudie erste Aussagen über die Wirksamkeit des Einsatzes von Schulpflegekräften getroffen werden können.

1.3 METHODISCHE VORGEHENSWEISE

Zur Beantwortung der Fragen der Machbarkeitsstudie wurden neben einer systematischen Literaturrecherche und der entsprechenden Analyse von Original- und Sekundärliteratur vor allem Interviews mit Expert/innen aus verschiedenen einschlägigen Professionen sowie Workshops und Exkursionen zur Informationsgewinnung genutzt. Damit wurde sichergestellt, dass vielfältige Perspektiven in die vorliegende Ausarbeitung eingeflossen sind und die Aussagen so praxisnah wie möglich getroffen werden konnten. Zum Themenbereich Schule/Bildung, Kinder- und Jugendgesundheit inkl. chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie Armut/Sozialstatus als auch bzgl. Studien zur Arbeit und Ausbildung/Qualifikation von *School Nurses* weltweit (vgl. Kapitel 2, 3, 4, 6, 8 und 9) wurde neben einer Literaturrecherche nach nationalen und internationalen wissenschaftlichen Publikationen mit Hilfe von Datenbanken im medizinisch/pflegerischen sowie im bildungs- und psychologischen Bereich (CINAHL, DIMDI, ERIC, MEDLINE, MEDPILOT, PSYCINFO, PSYINDEX, PUBMED) auch eine allgemeinere Internetrecherche sowie Recherchen bei einschlägigen Fachinstitutionen vorgenommen. Die relevanten gesetzlichen Grundlagen wurden durch gezielte Recherchen bei den Landes- und Bundesministerien ermittelt. Zusätzlich wurden Expert/innen bei der Erstellung einzelner Fachinhalte befragt bzw. wurden ihnen Auszüge der Studie zur juristischen Überprüfung vorgelegt.

Die im Steuerungskreis des Projektes vorhandene Expertise aus den zuständigen Landesministerien für Bildung und Gesundheit sowie dem AWO Bezirksverband Potsdam e.V. wurde im Rahmen des transnationalen Austausches u.a. durch zwei als Experten-Runden gestaltete Workshops ergänzt. In beiden Veranstaltungen vom 4. bis 6. November 2013 bzw. am 7. und 8. Mai 2014 wurden zudem Arbeitsphasen mit allen anwesenden Teilnehmenden, vorrangig aus den Bereichen Landes- und Kommunalpolitik, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Schuldienst, Unfallkasse und Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, integriert. In der Auftaktveranstaltung wurden so gemeinsam relevante Fragen der Umsetzung der Einführung von Schulpflegekräften erörtert und zu den Themenfeldern Schule und Bildung, Administration, Leistungsmessung und Dokumentation sowie Berufsbild und Qualifikation systematisch zusammengefasst. Im zweiten Workshop wurde zum einen der Entwurf des Tätigkeitsprofils zur Diskussion gestellt und gemeinsam eine Priorisierung der Aufgabenbereiche vorgenommen und zum anderen im Hinblick auf die Qualifikation von zukünftigen Schulpflegekräften eine Sammlung von zu vermittelnden Inhalten und einzubindenden Akteuren vorgenommen.

Ferner erfolgte im Februar 2014 eine Exkursion der Mitglieder des Projekt-Steuerungskreises und der nationalen Partner an die Turku University of Applied Sciences in Finnland. Dabei ging es um eine Erkenntniserweiterung zum finnischen System der Ausbildung und des Einsatzes von Schulpflegekräften, ihrer fachlichen und strukturellen Einbindung in das Bildungs- und Gesundheitssystem sowie in die multiprofessionelle Gesundheitsversorgung an den Schulen. Es wurden zudem zwei Schulen besucht, in denen ein Austausch mit den dort tätigen Schulpflegekräften, Schulleitungen und Lehrkräften stattfand. Zusätzlich erfolgte im August 2014 ein Besuch an einer Brandenburger Schule in freier Trägerschaft, um

die praktischen Rahmenbedingungen zu erkunden sowie ein Experteninterview mit der dort tätigen School Nurse gezielt zu Fragen der Ausstattung, des Finanzbedarfs und geeigneter Dokumentationssysteme zu führen.

Zwei an freien Schulen in Deutschland tätigen Schulpflegerkräften wurde zudem wiederholt das im Steuerungskreis erarbeitete Tätigkeitsprofil zur Überprüfung der Praxistauglichkeit vorgelegt.

Abschließend erfolgten am 17. Oktober 2014 die Präsentation der Machbarkeitsstudie sowie die Vorstellung einer ersten Konzeption des Modellprojekts vor einem Fachpublikum im Sinne einer Anhörungsrunde, so dass Rückmeldungen der finnischen, brandenburgischen und der für das Modellprojekt neu gewonnenen hessischen Partner (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hessen-Süd e.V., Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.) sowie weiterer teilnehmender Expert/innen aus den Bereichen Landes- und Kommunalpolitik, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Schuldienst, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe sowie der Gäste aus dem Dänischen Gesundheitsdienst in Schleswig-Holstein in die vorliegende Endversion der Studie noch Eingang finden konnten.

KAPITEL 2

BILDUNG UND GESUNDHEIT – AUSGANGSSITUATION UND HANDLUNGSBEDARF

Ein guter Gesundheitszustand im Sinne einer stabilen körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter ist eine wichtige Ressource für die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben, die auch schulischen Erfolg mit einschließen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen, vor allem ernsthafter und/oder chronischer Natur, können sowohl negative gesundheitliche Konsequenzen im Erwachsenenalter haben (z.B. Burt, 2002) als auch mit weiteren ungünstigen Entwicklungen wie z.B. schlechteren Schulleistungen, der Entstehung sekundärer kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen, verringerter späterer Ausbildungsfähigkeit oder/und einem höheren Risiko für Arbeitslosigkeit einhergehen (vgl. z.B. Esser, 1991; Esser & Schlack, 2003).

Betrachtet man den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit, kommt man nicht umhin, eine für beide Bereiche bedeutsame Drittvariable mit aufzugreifen, den sozioökonomischen bzw. Sozialstatus der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Herkunftsfamilien. Die soziale Lage wird in den Studien unterschiedlich definiert und operationalisiert, bezieht sich klassischerweise aber auf Unterschiede in der Bildung (Bildungs- und Berufsabschlüsse) und im beruflichen Status der Eltern sowie insbesondere im Einkommen der Familien. Über diese Kriterien wird in den meisten Fällen die soziale Herkunft eines Kindes bestimmt (Holz, 2008).

Nach den Daten der Bertelsmann Stiftung (2012), die mit ihrem Sozialraumatlas einen Überblick über die Armutsquoten der Kinder unter 3 Jahren für alle Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands bietet¹², weist Brandenburg die dritthöchste Armutsquote unter den Flächenländern auf. Im Jahr 2010 lebten 15.433 Kinder unter 3 Jahren in Armut, dies entspricht 26.6% der Kinder dieser Altersgruppe. Dabei gibt es beträchtliche regionale Unterschiede, die Landkreise Uckermark mit einer Quote von 40.5% und Frankfurt/Oder mit 42.1% gehören zu den Regionen mit der höchsten Kinderarmut im Land. Laut der von der Hans-Böckler-Stiftung 2014 veröffentlichten Armutsquoten ist nicht nur die Armutsquote in den ostdeutschen Bundesländern höher (25.7%) als im Westen der Bundesrepublik (17.6%), sondern ist im Osten auch der Lebensstandard geringer und sind die armen Familien im Vergleich zu den als arm geltenden Familien in den westdeutschen Bundesländern schlechter versorgt mit relevanten Gütern. Für Brandenburg wird eine Quote von 24.9% benannt (Baumann & Seils, 2014). Rund ein Viertel der Brandenburger Kinder wächst also zumindest zeitweise in Armut auf.

2.1 ZUM ZUSAMMENHANG VON ARMUT UND BILDUNG

Verschiedene bildungswissenschaftliche Studien (zusammenfassend siehe z.B. Holz, 2008, S. 341f.) sowie der Bildungsbericht der Bundesregierung (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2014) zeigen, dass nach wie vor eine starke Ungleichheit bei der Bildungsbeteiligung besteht: Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erleben weniger vorschulische Förderung. Schon bei 5-Jährigen schlagen sich soziale Herkunftsunterschiede im Wortschatz und in der Grammatik nieder; ca. ein Viertel dieser Kinder weist einen Sprachförderbedarf auf. Die AWO-ISS-Kinderarmutsstudie (z.B. Hock et al., 2000) zeigt zudem, dass arme Kinder in der Grundschule häufiger eine Klasse wiederholen müssen und/oder verfrüht oder verspätet eingeschult werden (dies betrifft 30% der armen vs. 8% der nicht-armen Kinder).

¹² online verfügbar unter www.keck-atlas.de

Im weiteren Verlauf der Schulkarriere zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus seltener das Gymnasium besuchen. Ergebnisse verschiedener Studien in den vergangenen Jahren lassen zudem erkennen, dass die Schulnoten eines Kindes in Deutschland in einem bedeutsamen Zusammenhang zur finanziellen Lage seiner Familie stehen (zusammenfassend siehe Holz, 2008). Wenn Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus die Schule doch mit dem Abitur abschließen, nehmen sie seltener ein Hochschulstudium auf. „Die Ausbildungsperspektiven für bildungsbenachteiligte Jugendliche bleiben weiterhin prekär“ heißt es im Bildungsbericht 2014 (S.6), v.a. Jugendliche mit maximal Hauptschulabschluss sowie insbesondere Jugendliche mit Migrationshintergrund münden nach der Schulausbildung in das Übergangssystem ein, statt eine Ausbildung zu beginnen. Bei Auszubildenden mit maximal Hauptschulabschluss werden im Vergleich zu Jugendlichen mit Studienberechtigung zudem mehr als doppelt so häufig die Ausbildungsverträge wieder aufgelöst.

2.2 ZUM ZUSAMMENHANG VON ARMUT UND GESUNDHEIT

Mit den Daten der internationalen WHO-Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC)¹³ und des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)¹⁴ des Robert Koch Instituts stehen repräsentative Daten zur Gesundheit von Heranwachsenden in Deutschland zur Verfügung. Beide Studien zeigen wiederholt in der Auswertung einzelner Befragungszeitpunkte als auch in Trendanalysen über mehrere Jahre hinweg, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status mit einem geringeren gesundheitlichen Wohlbefinden und mehr somatischen Erkrankungen sowie psychischen Auffälligkeiten einhergeht und dass soziale Ungleichheiten in der Gesundheit von Heranwachsenden auch im vergangenen Jahrzehnt nicht an Bedeutung verloren haben (z.B. Moor et al., 2012). Obstruktive Bronchitis (13.3%), Neurodermitis (13.2%) und Heuschnupfen (10.7%) gehören zu den häufigsten chronischen somatischen Erkrankungen der unter 18-jährigen Deutschen (Kamtsiuris et al., 2007), 21.9% der 7- bis 17-Jährigen zeigen deutliche psychische Auffälligkeiten, wobei vor allem Angststörungen (10%), Störungen des Sozialverhaltens (7.6%), depressive (5.4%) und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (2.2%) zu nennen sind (Ravens-Sieberer et al., 2007). Einundsiebzig Prozent der 3-17-Jährigen klagen regelmäßig über Schmerzen in Bauch, Kopf, Hals und/oder Rücken (Ellert et al., 2007), ca. 40% von ihnen nimmt dagegen wiederholt Medikamente. Knopf (2007) beschäftigte sich allgemeiner mit Arzneimittelanwendungen der unter 18-Jährigen und beschreibt, dass ca. jede/r Zweite angab, in den letzten 7 Tagen mindestens ein Präparat genommen zu haben.

Die KiGGS-Studie untersuchte zusätzlich die Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung der 11-17-Jährigen und erfasste personale, soziale sowie familiäre Ressourcen. Defizite in den Ressourcen hingen u.a. mit einem erhöhten Risiko für gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen (z.B. Rauchen) zusammen, Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status zeigten dabei häufiger Defizite in allen drei Bereichen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit schwach ausgeprägten Schutzfaktoren und gleichzeitig vorliegenden Belastungen muss aber von einem erhöhten Risiko für psychische Probleme ausgegangen werden, so dass Personen mit niedrigem Sozialstatus durch ungünstige Ausprägungen auf beiden Dimensionen deutlich gefährdeter sind (Erhart et al., 2007).

Das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg stellt in Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt Brandenburg jährlich den Datenmonitor zur Kindergesundheit zur Verfügung (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Anhand dieser Daten ist abzulesen, dass chronische Erkrankungen im Kindesalter über die letzten Jahre auch in Brandenburg zugenommen haben (13% im Jahr 2012) und bei fast 30%

¹³ Informationen zur HBSC-Studie unter <http://hbsc-germany.de/> bzw. https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FI&p_sprache=DE&p_suchstring=14467

¹⁴ Informationen zur KiGGS-Studie unter www.kiggs-studie.de/

der Einschüler/innen schulrelevante Entwicklungsstörungen, vor allem Sprach- und Sprechstörungen, gefolgt von emotionalen/sozialen und Bewegungsstörungen, festgestellt wurden (Stand 2013). Von all diesen Beeinträchtigungen sind Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus über die vergangenen Jahre hinweg deutlich häufiger betroffen als Kinder, deren Familien einen hohen Sozialstatus aufweisen (vgl. Ellsäßer, 2013)¹⁵.

Die AWO-ISS-Kinderarmutsstudie (Holz et al., 2012) weist aus, dass 44% der armen Kinder vs. 30% der nicht armen Kinder gesundheitliche Auffälligkeiten zeigen, 65% berichten über Zukunftsängste (vs. 49%) und haben große Angst vor Ausbildungs- und Erwerbslosigkeit. Jost verweist mit Blick auf den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit noch einmal insbesondere auf das Thema Ernährung: Gesundheitliche Probleme kämen u.a. durch frühe und dauerhafte Fehlernährung durch zu knappe finanzielle Mittel zustande. „Je niedriger die soziale Position ist, desto geringer ist die Ernährungsqualität“ (Jost, 2004, S. 31).

2.3 ZUM ZUSAMMENHANG VON GESUNDHEIT UND BILDUNG

Gesundheit und Bildung wirken sich wechselseitig aufeinander aus. Auch wenn sich internationale Studien meist nur mit einer Wirkrichtung beschäftigen, kann aus der Vielzahl der empirischen Befunde diese Wechselwirkung abgeleitet werden, wobei zusätzlich weitere Faktoren den Zusammenhang beeinflussen können und daher mit betrachtet werden müssen (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2 zu Ausführungen zum sozio-ökonomischen Status als relevanter Drittvariable).

Unter der Perspektive *Bildung beeinflusst Gesundheit* wird Bildung zunächst einmal als die zentrale Ressource für allgemeinen Lebenserfolg angesehen. Ein hohes Bildungsniveau wird gleichgesetzt mit höheren Teilhabechancen im sozialen, kulturellen und politischen Bereich sowie mit erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Lebensführung. Ein hoher Bildungsstand geht einher mit einem besseren subjektiven Gesundheitsempfinden, weniger chronischen Beschwerden oder Erkrankungen sowie einer höheren Lebenserwartung. Der Einfluss von Bildung auf Gesundheit wird dabei über drei Wirkmechanismen erklärt: (a) Durch höhere Bildung ist auch das Wissen über gesundheitsbezogene Themen größer, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit für eigenes gesundheitsförderliches Verhalten erhöht. (b) Eine höhere Bildung führt zu besseren Beschäftigungsverhältnissen, einem höheren Einkommen und allgemein besseren Arbeitsbedingungen – dadurch verbessern sich die individuellen Lebensbedingungen in gesundheitsförderlicher Art und Weise. (c) *Bildungserfolg* wirkt sich über verschiedene psychische Mechanismen (z.B. Entstehung günstiger Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen) und soziale Faktoren (wie eine hohe soziale Stellung, soziale Unterstützung, etc.) gesundheitsfördernd aus, insbesondere gilt dies bzgl. der psychischen Gesundheit. Andersherum führe das Erleben von Schulversagen zu Angst, Hoffnungslosigkeit und Frustration – Faktoren, die die Genese weiterer psychischer Probleme begünstigen (vgl. Dadaczynski, 2012 oder auch Jost, 2004).

Mielck (2003) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass nach wie vor noch keine gesundheitliche Chancengleichheit gegeben ist. Gesundheitliche Chancengleichheit meint die Möglichkeit, dass das individuelle Gesundheitspotential voll ausgeschöpft werden kann, wenn alle vermeidbaren Hemmnisse wie schlechte Bildung, Armut, schlechte Versorgung, etc. auf dem Weg zu dieser Zielerreichung beseitigt wurden.

¹⁵ Dieser Abschnitt bezieht sich auf den Vortrag von Dr. Gabriele Ellsäßer (Landesgesundheitsamt Brandenburg) im Rahmen der Projektaufaktveranstaltung 2013.

Soziale Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen geht weiterhin einher mit Unterschieden (a) in den gesundheitlichen Belastungen (z.B. durch Wohnbedingungen, Ernährung in der Familie,...), (b) in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten (z.B. durch Gesundheitsverständnis der Eltern, Vorbildwirkung der Eltern), (c) in der gesundheitlichen Versorgung (z.B. durch Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung durch die Eltern) sowie (d) im eigenen Gesundheitsverhalten (z.B. bzgl. Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum).

Aus der Wirkrichtung *Gesundheit beeinflusst Bildung* betrachtet, haben ein schlechter Gesundheitszustand und gesundheitliches Risikoverhalten einen negativen Einfluss auf die individuelle Schulleistung bzw. den Bildungserfolg in Form von Anwesenheitszeiten, Schulnoten oder Bildungsabschlüssen (vgl. Dadaczynski, 2012). Gesundheitliche Probleme erschweren das Zurechtkommen mit schulischen Anforderungen, z.B. durch verringerte Konzentrationsleistung (direkt durch Beschwerden oder auch indirekt durch den Fokus auf die eigene Krankheit) und durch Fehlzeiten (und damit Verpassen relevanten Schulstoffs). Basch (2011) geht daher davon aus, dass es eine *bildungsrelevante Gesundheitsungleichheit* gibt, die zwar in der Forschung und Praxis oft übersehen wird, aber einen starken Einfluss auf die Erklärung schulischer Leistungsunterschiede hat. Erst in der jüngeren Vergangenheit ist diese Perspektive verstärkt in der Forschung beachtet worden (vgl. Dadaczynski, 2012 sowie Suhrcke & de Paz Nieves, 2011) und auch in den Ansatz der *guten gesunden Schule* (siehe Kapitel 2.4) eingeflossen – als Versuch, über gesundheitsbezogene Interventionen einen Beitrag zur Erziehungs- und Bildungsqualität zu leisten (vgl. Paulus, 2010).

Ein allgemein guter Gesundheitsstatus im Kindesalter hat einen positiven Einfluss auf den individuellen Bildungsweg und -erfolg (Abschluss). Krankheit hingegen beeinträchtigt den Verlauf der Bildungskarriere, was zu weniger hohen Bildungsabschlüssen von Schüler/innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Vergleich zu ihren gesunden Peers führt. Vor allem Nikotinkonsum, Schlafprobleme und unzureichende Ernährung wirken sich nach Suhrcke und de Paz Nieves (2011) negativ auf den Bildungserfolg aus. Gleiches gilt für Übergewicht/Adipositas, insbesondere für Mädchen seien hier Stigmatisierungserfahrungen und damit einhergehende psychische Probleme maßgeblich als Erklärungsfaktoren zu nennen (Dadaczynski, 2012). Körperliche Aktivität beeinflusst die schulischen Leistungen positiv (Suhrcke & de Paz Nieves, 2011), Freizeitsport führt (vor allem bei Jungen) zu weniger Fehltagen (Dadaczynski, 2012). Das Vorliegen einer Depression hat einen negativen Einfluss auf wahrgenommene Schulselebstwirksamkeit und darüber vermittelt auch auf die Leistungen und den Schulabschluss. Verhaltensprobleme gehen einher mit geringeren Leistungen, geringerer subjektiv erlebter schulischer Kompetenz und häufigeren Klassenwiederholungen. Da die untersuchten Verhaltensprobleme oft mit Aufmerksamkeitsdefiziten zusammen auftraten, konnten diese Defizite teilweise als die in diesem Zusammenhang relevanteren Merkmale bestimmt werden. In Übereinstimmung damit zeigte sich, dass das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) einen starken Einfluss auf den kurz- und langfristigen Bildungserfolg hat (Dadaczynski, 2012). Gesundheitliche Beeinträchtigungen, die mit Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsdefiziten einhergehen, sind vermutlich vor allem über diesen Wirkmechanismus mit geringerem Schulerfolg verbunden.

Letzterer Befund kann auch noch einmal mit dem Bereich Ernährung, und damit auch mit der Drittvariable Armut, in Verbindung gebracht werden. An verschiedenen Schulen in der Landeshauptstadt Potsdam beobachteten Lehrkräfte einen direkten Zusammenhang zwischen dem Einnehmen einer Frühstücksmahlzeit und der Konzentrationsfähigkeit sowie dem Leistungsverhalten der Schüler/innen. Kinder aus armen Familien, die häufig ohne Frühstück in die Schule kamen, waren über den Vormittag hinweg deutlich unkonzentrierter und zeigten schlechtere Schulleistungen als ihre Mitschüler/innen, die gefrühstückt hatten. Nachdem die Lehrkräfte den Zusammenhang zwischen Hunger und Konzentrationsfähigkeit erkannt haben, konnte (zumindest an ausgewählten Schulen) diesem Aspekt einer gesundheitlichen

und zugleich bildungsbezogenen Ungleichheit begegnet werden, in dem das Projekt „Spirellibande“ ins Leben gerufen wurde und den betroffenen Schüler/innen nun ein kostenloses Frühstück in der Schule angeboten wird. Laut § 113 des Brandenburgischen Schulgesetzes ist von den Schulträgern nur dafür Sorge zu tragen, dass die Schüler/innen (bis zur Jahrgangsstufe 10 und der Ganztagschulen) „an einer warmen Mittagsmahlzeit zu angemessenen Preisen“ sowie an der Trinkmilchversorgung teilnehmen können. Projekte wie die „Spirellibande“ müssen also aktuell von Wohlfahrtsverbänden wie dem AWO Bezirksverband Potsdam e.V. und mittels privater Spenden finanziert werden. Das bedeutet, dass das Frühstücksangebot für arme Kinder und Jugendliche weder in Potsdam, noch im ganzen Land Brandenburg angeboten werden kann (AWO Bezirksverband Potsdam e.V., 2013). Es ist daher zu empfehlen, einen entsprechenden Versorgungsauftrag durch die Schulträger in das Brandenburgische Schulgesetz aufzunehmen.

2.4 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER SCHULE

Der Perspektivwechsel von *Bildung beeinflusst Gesundheit* zu *Gesundheit beeinflusst Bildung* hat in der schulischen Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren dazu beigetragen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen nun auch mit dem Ziel durchgeführt werden, den Bildungserfolg zu erhöhen. Dieser Ansatz findet sich in Programmen der *guten gesunden Schule* wieder (Paulus, 2010). Wie die zahlreichen Befunde zum Sozialstatus gezeigt haben, sollte aber auch die soziale Lage der Schüler/innen bewusst mit Beachtung finden, so dass Maßnahmen gezielt auf benachteiligte Kinder und Jugendliche abgestimmt sein sollten, um sowohl die gesundheitliche als auch die bildungsbezogene Chancengleichheit zu erhöhen und so jeweils auf beide Bereiche, den Gesundheitsstatus/das Gesundheitsverhalten und den Bildungserfolg positiv Einfluss zu nehmen.

Zur allgemeinen und schulischen Gesundheitsförderung bzw. -prävention¹⁶ kann heute sowohl auf eine pathogenetische als auch auf eine salutogenetische Sichtweise und Forschungstradition bzw. im Rahmen eines allgemeinen Risiko- und Schutzfaktorenmodells auf beide Ansätze im Wechselspiel miteinander zurückgegriffen werden. Aus pathogenetischer Sichtweise wird auf die Entstehung von Krankheiten, ihre Ursachen und die Untersuchung von Risikofaktoren (personaler Art und in den Lebensbedingungen) für das Auftreten bestimmter Erkrankungen fokussiert. Die Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1997) lenkt den Blick auf die gesunderhaltenen Lebensbedingungen und individuellen Kompetenzen, allgemein also auf die einer Person insgesamt zur Verfügung stehenden Ressourcen. Unter schulischer Gesundheitsförderung können demnach alle Maßnahmen zusammengefasst werden, die sich auf die Minimierung von Gesundheitsrisiken beziehen und der Gesunderhaltung dienen. Zunehmend finden dabei salutogenetische Prinzipien i.S. einer Ressourcenerweiterung, Kompetenzsteigerung und Erhöhung der Eigenverantwortlichkeit Anwendung. In diese Richtung zielt z.B. der *Empowerment-Ansatz*, der Strategien zur Erhöhung der individuellen Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit für die eigene Gesundheit und bzgl. der Befähigung zu gesundheitsförderlichem Handeln umfasst (vgl. zudem den Ansatz der allgemeinen wie gesundheitsbezogenen Lebenskompetenzen, WHO 1994). Es geht also nicht nur darum, die Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen, sondern auch den selbstbestimmten Umgang mit ihrer Gesundheit zu stärken. Damit sind alltagspraktisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, im Zusammenhang mit dem eigenen Körper sowie mit gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen gemeint (Bachinger et al., 2012). Die Heranwachsenden sollen befähigt werden, sich aktiv für ihre Gesundheit einzubringen und eigenverantwortlich Entscheidungen im Sinne ihrer Gesundheit treffen zu können.

¹⁶ Für primärpräventive Maßnahmen, also solche, die darauf abzielen, das Auftreten von Gesundheitsstörungen zu reduzieren, wird seit den 1980er Jahren auch der Begriff der Gesundheitsförderung verwendet (vgl. z.B. Hurrelmann & Settertobulte, 2000).

All dies ist eingebettet in den Lebensraum Schule (vgl. *Setting-* oder auch *Lebenswelt-Ansatz*, z.B. Nils-hon & Schminder, 2010), in dem die beteiligten Akteure (pädagogisches und sonstiges Personal) darauf hinwirken sollten, dass die Schüler/innen einen ihre Gesundheit erhaltenden und fördernden Lebensstil entwickeln. Gesundheit wird somit nicht nur zum Thema in der Schule, sondern zum Auftrag von Schule. Aufbauend auf diesem ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung aller in der Schule tätigen und lernenden Personen wurde in den 1990er Jahren das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ entwickelt, aus dem heraus sich die Initiativen wie OPUS (*Offenes Partizipationsnetzwerk und Schulgesund-heit*; Laufzeit in Brandenburg 1996–2012), das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Programm „Ge-sunde Schule“ (1996–2006) oder auch das von der Bertelsmann Stiftung ins Leben gerufene Programm ANSCHUB.DE (bundesweit 2001–2010, Brandenburg 2008–2010) für jeweils mehrere Jahre etabliert hat-ten. Der letztgenannte Ansatz wird aktuell in ein Regelangebot im Rahmen des *Landesprogramms für eine gute gesunde Schule* überführt.

Die Einführung einer Schulgesundheitspflege mittels an Schulen eingesetzten Pflegefachkräften zur Versorgung und Förderung der Gesundheit aller Beteiligten, v.a. aber der Kinder- und Jugendlichen, passt sich in die Rahmenbedingungen der „gesundheitsfördernden“ oder auch „guten gesunden“ Schu-le nahtlos ein und bietet den Vorteil, dass eine professionelle Gesundheitsfachkraft direkt vor Ort tätig wird, die sich sowohl um die Schüler/innen kümmern als auch den Lehrkräften entlastend und beratend bei ihren gesundheitsbezogenen Aufgaben zur Seite stehen kann.

2.5 ZUR SITUATION CHRONISCH KRANKER KINDER UND JUGENDLICHER

Neben den verschiedenen Ansätzen zur Gesundheitsförderung in Schulen, die sich an den Bedarfen aller Heranwachsenden orientieren, sind die Schulen aber im Zuge der Inklusion (vgl. Artikel 24 der Behin-dertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, 2008)¹⁷ zunehmend mehr vor eine weitere Herausfor-derung gestellt – die besondere Unterstützung chronisch kranker und Kinder und Jugendlicher¹⁸ bzw. von Schüler/innen mit einer Behinderung¹⁹ mit ihren individuell spezifischen Bedürfnissen in die dafür aktuell noch nicht ausreichend ausgestatteten bzw. vorbereiteten Regelschulen. Lehrkräfte und anderes Schulpersonal fühlen sich oftmals überfordert, da ihnen das notwendige Wissen im Umgang mit chro-nischen Krankheiten fehlt, die Familien dieser Kinder fühlen sich über Gebühr belastet (Ellsäßer et al., 2012). Wird die Krankheit mit ihren damit verbundenen Mehrbelastungen unzureichend bewältigt, steigt jedoch das Risiko für die Entwicklung von Verhaltensstörungen, auch ein erfolgreicher Schulbesuch wird durch die Erkrankung oftmals erschwert. Für diese Gruppe der Schüler/innen greifen die schulweiten Landesprogramme zu kurz. Im Schulalltag bedeutet dies in der Regel die Inanspruchnahme ambulanter Dienste, auch für „einfache“ Tätigkeiten ist dies erforderlich, da an der Schule bislang kein medizinisch/ pflegerisch geschultes Personal vorhanden ist. Pro Schulklasse sind heute etwa ein bis zwei Kinder/Ju-gendliche betroffen, wobei aber von einer Zunahme der Fälle auszugehen ist. Die Dunkelziffer ist unge-wiss, da nicht alle Eltern angeben, wenn ihr Kind chronisch erkrankt ist. Insbesondere bei psychischen Störungen sind sie versucht, den Befund nicht mitzuteilen, da sie Stigmatisierungen für ihr Kind und die Familie fürchten. Psychische Erkrankungen nehmen jedoch zu. Das Bundesministerium für Gesundheit

¹⁷ vgl. www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf

¹⁸ Von einer chronischen Erkrankung wird gesprochen, wenn eine Gesundheitsstörung, die ärztlich behandelt werden muss, länger als sechs Monate oder lebenslang anhält. Der Schweregrad der Erkrankung bemisst sich dabei anhand der Einschränkung altersangemessener Aktivitäten sowie dem wiederkehrenden Bedarf fachärztlicher Versorgung oder/und der Häufigkeit/Dauer von Krankenhausaufenthalten (Schmidt & Thyen, 2008).

¹⁹ Eine Behinderung liegt nach § 2 SGB IX dann vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit einer Person mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

hat im Jahr 2010 daher den Aspekt der psychischen Gesundheit explizit mit ins nationale Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen“ aufgenommen.

Chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche wünschen sich in der Schule zwar krankheitsbedingte Rücksichtnahme und Verständnis, möchten aber insgesamt möglichst so behandelt werden, wie ihre nicht betroffenen Mitschüler/innen. Die Lehrkräfte sind jedoch oftmals unsicher im Umgang mit diesen Schüler/innen, da ihnen vor allem erkrankungsspezifisches Wissen fehlt. Rechtlich gelten für chronisch kranke Schüler/innen im Land Brandenburg folgende Bestimmungen: (1) die *Verwaltungsvorschriften über die Durchführung von Unterricht für kranke Schülerinnen und Schüler* (VV Kranke Schüler, 1999, aktuell in Überarbeitung), (2) *das Rundschreiben 9/12 über Medizinische Hilfsmaßnahmen in der Schule durch Lehrkräfte und das sonstige pädagogische Personal* (2012) sowie (3) *das Rundschreiben 2/14 zum Nachteilsausgleich für zeitweise oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler* (2014).

In der VV *Kranke Schüler* wird u.a. die Zusammenarbeit zwischen Klinik- und Lehrkräften der Regelschule beschrieben und die Wiedereingliederung in die Regelschule nach einem Klinikaufenthalt thematisiert. Es bedarf hierbei eines Reintegrationsplans, wobei die Kliniklehrkräfte während und in der ersten Zeit nach der Wiedereingliederung eine individuelle Beratung und Unterstützung für die betroffenen Kinder, ihre Familien sowie die entsprechenden Lehrkräfte an der Regelschule des Kindes anbieten.

Das *Rundschreiben 9/12* bezieht sich auf die medizinische Versorgung chronisch kranker Kinder während der Schulzeit und regelt die Verabreichung von Medikamenten oder das Durchführen anderer medizinischer Hilfsmaßnahmen in der Schule durch das pädagogische Personal. Lehrkräfte können auf freiwilliger Basis solche Tätigkeiten übernehmen, wenn hierfür kein medizinisch geschultes Fachpersonal erforderlich ist. Die freiwillige Pflichtenübernahme setzt aber zwingend eine schriftliche Vereinbarung mit den Eltern voraus, in der die ärztliche Diagnose sowie präzise Festlegungen zum Zeitpunkt der Anwendung, zur Art der erforderlichen medizinischen Hilfsmaßnahme sowie zur Dosis einzunehmender Medikamente festgelegt sein müssen. Mit der schriftlichen Zustimmung der Schulleitung gelten alle vereinbarten Maßnahmen als individuelle Pflichtenübernahme im Rahmen des Schulbetriebs und erweitern die dienstlichen Aufgaben der einzelnen Lehrkraft.

Das *Rundschreiben 2/14* regelt, dass dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigten Schüler/innen, deren Belastbarkeit aus gesundheitlichen Gründen zeitweise (beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt) oder dauerhaft (bei chronischer Krankheit) eingeschränkt ist, im Rahmen der schulischen Leistungserbringung Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben, wie er generell allen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen gemäß § 3 (1) des Brandenburgischen Schulgesetzes zusteht. Es geht hierbei darum, die schulische Chancengleichheit für die betroffenen Schüler/innen durch einen individuell angemessenen Nachteilsausgleich zu gewährleisten. Hierbei ist die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfes nicht erforderlich.

Chronisch kranke Kinder benötigen komplexe Leistungen aus dem medizinisch-therapeutischen und aus den unterstützenden und pädagogischen Bereichen, wobei diese Leistungen in den Alltag des Kindes bzw. der Familien bedarfsgerecht integriert werden müssen. Die Versorgungslage im Land Brandenburg bietet zwar generell ein breites Spektrum an Angeboten (auch wenn es regional erhebliche Unterschiede gibt; für einen Überblick siehe Ellsäßer et al., 2012), aber die Verzahnung von medizinischer Versorgung und pädagogischer Unterstützung muss noch optimiert werden: „Für die meisten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gibt es bislang keine strukturierten, fachübergreifend vernetzte, medizinische Angebote für chronisch kranke Kinder im Sinne der integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V“ (Ellsäßer et al., 2012, S. 17). Schulpflegekräfte könnten hier einen wichtigen Beitrag leisten (S. 28f.):

Gerade für Familien mit niedrigem Sozialstatus, bei denen chronisch erkrankte 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. Weitere Aufgabenfelder betreffen die Schulung der Einrichtungsmitarbeiter im Umgang mit von somatischen und psychischen chronischen Erkrankungen betroffenen Schülern und die Versorgung von chronisch kranken Kindern, z.B. durch Medikamentengabe.

Eine US-amerikanische Studie untersuchte die Zufriedenheit der Eltern mit dem Schulgesundheitsdienst und berichtet, dass vor allem die Eltern chronisch kranker Kinder (im Vergleich zu Familien ohne diese gesundheitlichen Einschränkungen ihrer Kinder) diese Unterstützung als besonders positiv beurteilten (Read et al., 2009).

2.6 HANDLUNGSBEDARF

Die für Deutschland repräsentativen Daten der KiGGS- und HBSC-Studien als auch des Brandenburger Datenmonitors zeigen, dass sich Kinder und Jugendliche sowohl bundesweit als auch im Land Brandenburg allgemein einer guten Gesundheit erfreuen.

Die Unfallstatistiken²⁰ der Unfallkasse Brandenburg weisen allerdings aus, dass medizinische Erste Hilfe nach Verletzungen aller Art an Brandenburger Schulen eine dringliche Aufgabe ist, die derzeit als fachfremde Aufgabe vom Schulpersonal übernommen werden muss. Für das Jahr 2013 weist die Unfallkasse insgesamt 45.637 Schul- und Wegeunfälle aus. Dies sind 87% aller angezeigten Unfälle für das Jahr 2013²¹. Eine Entlastung der Lehrkräfte in diesem Bereich sollte zu einer höheren Arbeitszufriedenheit des pädagogischen Personals einerseits führen als auch andererseits zu einer qualitativ hochwertigeren medizinischen Versorgung, wenn diese Maßnahmen künftig von Schulpflegekräften übernommen werden.

Daten zur subjektiven Beschwerdelast der KiGGS-Studie zeigen, dass im Kindes- und Jugendalter z.B. Kopf-, Bauch-, Hals- und Rückenschmerzen an der Tagesordnung sind – Beschwerden, die nicht selten im Schulalltag dazu führen, dass Schüler/innen zum einen ihre Aufmerksamkeit nur ungenügend auf den Unterricht lenken können oder zum anderen nach Hause geschickt werden, weil eine genauere medizinische Abklärung in der Schule nicht möglich ist. Dies führt zu Fehlzeiten bei den betroffenen Schüler/innen und in den unteren Jahrgängen auch zu Arbeitsausfall bei den Eltern, die ihre Kinder von der Schule frühzeitig abholen und betreuen müssen. Es ist davon auszugehen, dass ein wesentlicher Anteil dieser Fehlzeiten, die durch die vorübergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Schüler/innen zustande kommen, durch die Arbeit von Schulpflegekräften verringert werden kann.

Der Gesundheitsstatus bzw. das Vorliegen einer chronischen Erkrankung/Behinderung oder einer schulrelevanten Entwicklungsstörung wird deutlich mit von der sozialen Lage beeinflusst. Eine gesundheitliche Chancengleichheit ist also ein nach wie vor nicht erreichter Zielzustand. Die Schulgesundheitspflege als Arbeitsfeld bietet einerseits einen niedrigschwelligen Zugang zu allen Schülergruppen, so auch zu den gesundheitlich und sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen als auch über eine gemeinsame Elternarbeit mit den Klassenlehrkräften einen besseren Zugang zu den betroffenen Familien (z.B. mit Blick auf Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen).

²⁰ Die Unfallkasse Brandenburg versichert verschiedene Personengruppen, darunter auch Schüler/innen, so u.a. während des Unterrichts und in den Pausen, auf allen schulischen Veranstaltungen sowie auf den Wegen zum/vom Unterricht bzw. zu/von den schulischen Unternehmungen.

²¹ Die folgenden Ausführungen basieren vorrangig auf dem Vortrag von André Preusche (Unfallkasse Brandenburg, Abteilung Entschädigung, Frankfurt) im Rahmen des Projekt-Workshops 2014.

Die zunehmende Anzahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher bzw. von Schüler/innen mit einer Behinderung in den Regelschulen geht einher mit einem höheren Bedarf an einerseits medizinisch-pflegerischen Maßnahmen für die betroffene Schülergruppe als auch mit einem höheren Bedarf an Beratung und ggf. Schulung im Umgang mit spezifischen chronischen Erkrankungen durch das Schulpersonal und die Mitschüler/innen. Zudem wird aktuell bei der Reintegration von Schüler/innen, die krankheitsbedingt länger der Schule fern bleiben mussten, angemahnt, dass neben der Kooperation mit den Lehrkräften in der Regelschule eine medizinisch geschulte Ansprechperson für die Zusammenarbeit mit der Klinik und den Familien mit Blick auf die besonderen Bedarfe dieser Kinder und Jugendlichen fehlt.

Die Forschung bestätigt einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung; eine gute und stabile Gesundheit im Kindes- und Jugendalter geht einher mit besserem Bildungserfolg, höheren Abschlüssen und einer gesteigerten Ausbildungsfähigkeit. Sowohl eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schule als Aufgabe einer Schulpflegerkraft als auch Präventionsmaßnahmen im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung können dazu beitragen, dass die bestehende *bildungsrelevante Gesundheitsungleichheit* schrittweise reduziert wird, und sich so der Anteil der darüber zu erklärenden schulischen Leistungsunterschiede verringert.

KAPITEL 3

SITUATION DER FACHKRÄFTE AUS DER GESUNDHEITS- UND (KINDER-)KRANKENPFLEGE

Das Gesundheitswesen ist eines der größten und stetig wachsenden Arbeitsmarktsegmente in Deutschland. Examierte Pflegekräfte sind dabei in stationären, ambulanten und teilstationären Einrichtungen der Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege tätig. Die Bedeutung der Gesundheitsfachberufe innerhalb des Gesundheitsmarkts wird oft im Zusammenhang mit Schlagworten wie demografische Entwicklung, Fachkräftemangel, Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte oder auch mit Blick auf einen Entwurf eines neuen Pflegeberufgesetzes diskutiert (vgl. Zöller, 2014). Dieses Kapitel dient jedoch nicht einem solch breit angelegten Überblick, sondern konzentriert sich auf die Darstellung der Primärqualifikation und der Arbeitsbedingungen von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/innen in Deutschland und stellt arbeitsmarktbezogene Daten für das Land Brandenburg vor, um damit die Ausgangssituation derjenigen Fachkräfte zu skizzieren, die die Zielgruppe für das arbeitsmarktpolitische Innovationskonzept „Schulpflegekräfte“ bilden.

3.1 ZUR PRIMÄRQUALIFIKATION DER FACHKRÄFTE²²

Die Zielgruppe für das neue Arbeitsfeld sind Fachkräfte mit gesundheits- bzw. krankenpflegerischer Primärqualifikation und beruflicher Erfahrung in der Kinderkrankenpflege oder einer vergleichbaren Tätigkeit mit Kindern und/oder Jugendlichen.

Die gesetzliche Grundlage für die Ausbildung der Berufe in der Krankenpflege bildet das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz-KrPflG) und die dazugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Die Ausbildung in Vollzeit über 3 Jahre beinhaltet 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht an einer staatlich anerkannten Schule für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie 2.500 Stunden Ausbildung an einem Krankenhaus oder in der ambulanten Pflege bzw. anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen. Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sind neben der gesundheitlichen Eignung ein Realschulabschluss oder erfolgreicher Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung oder Hauptschulabschluss zusammen mit einer erfolgreich abgeschlossenen zweijährigen Berufsausbildung oder die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Kranken-pflegehelfer/in“.

Die Ausbildung soll u.a. dazu befähigen, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln sowie die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich bzw. mitwirkend auszuführen:

- eigenverantwortliche Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- eigenverantwortliche Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit
- eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen
- Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie

²² Die Aussagen dieses Abschnitts basieren vorrangig auf den Beiträgen von Sonja Hummel-Gaatz (Landesgesundheitsministerium Brandenburg) im Rahmen der Projekt-Auftaktveranstaltung 2013 und des Projekt-Workshops 2014.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (auf Bundesebene) legt zwölf verschiedene Themenbereiche fest, z.B.

- Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten,
- Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten,
- Pflegehandeln personenbezogen ausrichten,
- bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken.

Aus den gesetzlichen Vorgaben lässt sich also ableiten, welche formalen Qualifikationen Berufsangehörige aus der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege aufgrund ihrer Ausbildung mitbringen. Anhand des Tätigkeitsprofils (vgl. Kapitel 4.5) der zukünftigen Schulpflegekräfte muss entsprechend herausgearbeitet werden, welche Qualifikationsanforderungen zusätzlich notwendig sind. Diese müssen dann in der Qualifizierung berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 8.2).

3.2 AUSWIRKUNGEN DER BESONDEREN BELASTUNGEN UND BEANSPRUCHUNGEN IN DEN PFLEGEBERUFEN

Verschiedene Studien (z.B. Blum et al., 2004; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2009; Hasselhorn et al., 2005; Initiative Neue Qualität der Arbeit, 2010; Jost, 2007; Metz et al., 2009) beschreiben die Belastungen und Beanspruchungen, die mit einer Tätigkeit in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege einhergehen. Selbstverständlich variieren sowohl die Belastungen (z.B. durch unterschiedliche Arbeitsbedingungen in verschiedenen Pflegebereichen aber auch über Einrichtungen hinweg) als auch das subjektiv empfundene Beanspruchungserleben (z.B. in Abhängigkeit von personalen und sozialen Ressourcen). Trotzdem sind diese Pflegeberufe gekennzeichnet durch eine Reihe über alle Bereiche hinweg wiederholt genannten Belastungen und Beanspruchungen, die im Folgenden aufgelistet werden.

ALS BELASTUNGEN SIND U.A. ANZUFÜHREN:

- Belastungen durch Umwelteinflüsse wie Infektionsgefährdung, Lärm, gefährliche Stoffe, extreme Temperaturen
- Körperliche Belastungen durch Heben und Tragen bzw. ein erhöhtes Unfallrisiko
- Psychische Belastungen durch Über- und Unterforderung, fehlende personelle Unterstützung, aber auch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf; durch dauernde Begegnung mit Leid, Sterben, Tod
- Belastungen durch ungünstige Organisationsstrukturen: Nacht- und Schichtarbeit, geteilte Dienste, Überstunden, auch ungenügende Pausen (und damit unentgeltlich erbrachte Überstunden); Arbeitsmenge, Zeitdruck und Zeitmangel, zu geringe Entlohnung
- Belastungen durch schlechtes Betriebsklima und ungünstiges Führungsverhalten: nicht klar abgegrenzte Aufgabenbereiche, unklare Arbeitsanweisungen (unvollständig, widersprüchlich, etc.), schlecht koordinierte Arbeitsabläufe, u.ä. (durch Kommunikationsprobleme wie z.B. unzureichende oder verspätete Informationsweitergabe)
- Belastungen durch Spannungen zwischen Pflege- und anderem Personal (v.a. Verwaltung) bzw. mit der Pflegedienstleitung

DAMIT EINERGEHENDE BEANSPRUCHUNGEN SIND U.A.:

- Körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen bzw. Unfallfolgen wie Schnitt-, Hieb-, Stichwunden, Quetschungen, Prellungen, Verstauchungen, Zerrungen, Brüche, Bänderrisse, Meniskusverletzungen, etc.

- Hohes Stresserleben
- Arbeitsunzufriedenheit, da nur Zeit für das Notwendigste, keine Gespräche mit Patient/innen etc. möglich, Qualität der Aufgabenerledigung leidet
- Psychosomatische Beschwerden
- Chronische Erschöpfung, reduzierte Erholungs- und Distanzierungsfähigkeit, v.a. bei einer hohen Identifikation mit dem Pflegeberuf
- Erleben einer Unvereinbarkeit von Familie und Beruf und einer gestörten Work-Life-Balance
- Arbeitsunzufriedenheit durch Kollision von Arbeitsanforderungen und Selbstbild bzw. Selbstanspruch im Pflegeberuf
- Erleben von zu wenig Anerkennung und Wertschätzung, Erfahrung zu geringer Partizipationsmöglichkeiten, Unzufriedenheit mit Arbeitsklima

Die anhand der Belastungen und Beanspruchungen skizzierten Arbeitsbedingungen sind mitverantwortlich dafür, dass die Krankenstände der Pflegekräfte mit die höchsten Raten im Vergleich zu anderen Versicherungsgruppen aufweisen (vgl. Metz et al., 2009). Dabei wird jedoch laut Deutschem Berufsverband für Pflegeberufe (2009) die Krankheit oft nicht einmal auskuriert, sondern ignoriert (sowohl aus Sorge um den Arbeitsplatz als auch aufgrund von Personalmangel), so dass Pflegekräfte durchschnittlich pro Jahr 5x krank zum Dienst gehen. Als Ursachen für Krankschreibungen stehen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Atmungssystems an oberer Stelle, gefolgt von psychischen Erkrankungen (vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit, 2010). Hier lauten die Diagnosen insbesondere auf depressive Störungen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; das Burnout-Risiko der Pflegekräfte ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen deutlich erhöht (vgl. Metz et al., 2009).

Eine Kumulation dieses Beanspruchungserlebens kann von Arbeitsunzufriedenheit zu einer inneren Kündigung führen mit der Absicht, die Stelle oder den Beruf zu wechseln und auch zu einer tatsächlichen Kündigung. Stellenwechsel sind dabei sowohl innerhalb einer Einrichtung (vertikal und horizontal), innerhalb des Gesundheitssektors oder zwischen Gesundheitsbereichen möglich, weitere Fluktuationen sind von Gesundheitsberuf zu Gesundheitsberuf sowie auch in andere Berufe zu beobachten.

Die Motive für einen Berufsausstieg aus der Pflege sind für Frauen und Männer verschieden. Hauptausstiegsmotive für Frauen sind persönliche und familiäre Gründe (i.S. von Schwangerschaft und Erziehungszeiten) sowie gesundheitliche Probleme. Der chronische Zeitdruck und damit einhergehend zu wenig Zeit für die Patient/innen sowie die Belastungen durch ein schlechtes Arbeitsklima werden wiederholt als Gründe für einen Berufswechsel genannt (vgl. Blum et al., 2004). Vor allem Mütter beklagen zudem die Belastungen durch Nacht-, Spät- und Wochenendschichten allgemein sowie die eingeschränkten Möglichkeiten der Teilzeitarbeit, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erschweren. Blum et al. (2004) untersuchte auch Hindernisse, die einen Wiedereinstieg von Frauen in den Pflegeberuf nach einer Familienphase erschweren: hier spielen vorrangig fehlende Kinderbetreuungsplätze, der zeitliche Konflikt zwischen Arbeit und Familie sowie der unerfüllte Wunsch nach Teilzeit und flexiblen Arbeitszeiten eine Rolle. Männern, die den Berufsausstieg erwägen, diene hingegen der Pflegeberuf vermutlich eher als eine Art Sprungbrett für andere Berufe. Die Pflegebranche erscheint Männern allgemein wenig attraktiv aufgrund der geringen sozialen und materiellen Anerkennung und der fehlenden Karrieremöglichkeiten (zusammenfassend siehe Metz et al., 2009; vgl. auch Bartjes & Hammer, 2006; Jost, 2007).

Behrens et al. (2009) untersuchten die Verweildauer von Angestellten in Pflegeberufen bzw. den Verbleib in der jeweiligen Pflegetätigkeit. Dazu bezogen sie sich auf Daten zur Sozialversicherung für den Zeitraum 1990 bis 2005. Nach ihren Analysen verblieben 10 Jahre nach Berufseinstieg noch 70% der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte im Beruf und wiesen somit eine relativ stabile Erwerbstätigkeit auf. Bezüglich einer Rückkehr in den Beruf nach einer Familienphase zeigte sich, dass ca. 50% der Frauen innerhalb von

knapp über einem Jahr wieder in der Pflege tätig wurde. Fluktuationen erfolgten in der Regel von einem Gesundheits-/Pflegebereich zu anderen Bereichen oder von einem Gesundheitsberuf zu einem anderem Gesundheitsberuf, Abwanderungen in Berufe außerhalb der Pflege traten nur selten auf.

Hasselhorn et al. (2005) untersuchten in der Nurses Early Exit (NEXT) Studie in verschiedenen europäischen Staaten die Absicht von Angestellten in Pflegeberufen, ihren Pflegeberuf zu verlassen. Die auf den Zeitraum 2002/2003 bezogenen Befragungsdaten zeigen zunächst einmal ebenfalls eine generell hohe Berufsbindung unter Pflegekräften, aber der Wunsch nach einem Berufsausstieg war in Deutschland vergleichsweise stark ausgeprägt. Auf die Frage „Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Pflegeberuf aufzugeben und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen?“ antworteten 18.5% der Befragten, dass sie häufig einen Berufsausstieg erwägen, davon 10% mehrfach pro Monat und 8.5% mehrfach pro Woche. Vor allem jüngere und gut qualifizierte Fachkräfte tragen sich dabei mit dem Wunsch eines Berufswechsels. Bis zum 40. Lebensjahr denken deutsche Pflegekräfte häufiger als ihre gleichaltrigen Kolleg/innen in anderen EU-Staaten über einen Ausstieg nach. Es ist damit eine Unterscheidung von motivierten vs. resignierten Ausstiegswilligen zu treffen: Die eine Gruppe ist jung, gut ausgebildet und strebt nach beruflicher und persönlicher Weiterentwicklung; die andere Gruppe zeichnet sich durch eher schlechte Gesundheit, eine geringe Arbeitsfähigkeit und Burnout aus und strebt eher den vorzeitigen Ruhestand an. Die hohe Bindung an die Gesundheitsbranche lässt sich auch in der NEXT-Studie erkennen: Ein Drittel der Ausstiegswilligen sucht parallel nach Weiterqualifizierungsmöglichkeiten innerhalb der Pflegebereiche. Zusätzlich dazu strebt diese Gruppe aber auch eine erhöhte Verantwortlichkeit innerhalb ihrer Arbeitstätigkeit an und wünscht sich ein höheres und ihrer Leistung entsprechendes Einkommen.

Generell gilt: je geringer die Arbeitszufriedenheit (aufgrund der o.g. Belastungen), desto stärker ausgeprägt ist der Wunsch nach einem Wechsel. Selbst wenn die Absicht nicht in eine Kündigung und tatsächliches Ausstiegsverhalten umgesetzt wird, gehen häufige Wechselgedanken einher mit einer zunehmend geringeren Identifikation mit der Einrichtung und auch mit dem Pflegeberuf als solches. Innere Emigration oder innere Kündigung bergen aber ein hohes Risiko für ein Nachlassen in der Qualität der Arbeit. Dass viele Pflegekräfte, u.a. auch aus einem wahrgenommenen Mangel an alternativen Stellen im Gesundheitsbereich mit weniger Belastungen bzw. günstigeren Arbeitsbedingungen in ihrer Tätigkeit verbleiben (vgl. Behrens et al., 2009), obwohl sie mitunter innerlich schon längst gekündigt haben, ist keine beruhigende Nachricht. Das zeigt unter anderem eine Untersuchung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (2009). Die im Zeitraum 2008/2009 befragten Pflegekräfte gaben zu 46.8% an, sie würden ihren Angehörigen, Freunden oder Bekannten nicht empfehlen, sich im eigenen Arbeitsbereich versorgen zu lassen. Diese negative Einschätzung beruht in jedem Einzelfall auf verschiedenen Gründen, aber hierdurch ergibt sich ein Hinweis darauf, dass die in Studien immer wieder herausgestellten ungünstigen Arbeitsbedingungen aus Sicht der Fachkräfte zu einer sinkenden Qualität in der Pflege führen. Die Meinungsumfrage des Berufsverbands enthielt weiter die aus der NEXT-Studie bekannte Frage nach der Absicht, den Beruf zu wechseln. 2008/2009 (im Vergleich zur NEXT-Studie 2002/2003) gaben 33.1% der Befragten an, mindestens mehrfach pro Monat konkret einen Ausstieg zu erwägen. Zudem denken 46.4% über einen Arbeitsplatzwechsel nach. Auch die Studie des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe zeigt den deutlichen Wunsch nach Weiterqualifikation von Pflegekräften: 54.3% denken mehrfach pro Monat oder häufiger über eine Weiterqualifikation innerhalb der Pflegebranche nach, 41% auch über Qualifizierungsoptionen außerhalb der Pflege. Anhand der Ergebnisse der Umfrage werden vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2009) vor allem die unzureichende Personalausstattung, schlechte Bezahlung, Arbeitsbedingungen, die körperlich und psychisch krank machen, Dauerstress durch Zeitmangel, steigende Patientenzahlen bei gleichzeitig sinkender Verweildauer sowie das schlechte Image der Pflegeberufe allgemein beklagt.

3.3 ARBEITSMARKTSITUATION FÜR PFLEGEFACHKRÄFTE IM LAND BRANDENBURG

Betrachtet man den Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte im Land Brandenburg (siehe Abbildung 1)²³, so zeigt sich einerseits der häufig beklagte Fachkräftemangel. Andererseits gibt es aber auch eine Gruppe von arbeitssuchenden, aber nicht arbeitslos gemeldeten Fachkräften, die z.B. einen Wechsel aus ihrer bisherigen Anstellung anstreben oder nach Erziehungszeiten den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf planen. Es steht zu vermuten, dass bei der Gruppe dieser nicht-arbeitslosen Arbeitssuchenden die gerade skizzierten Arbeitsbedingungen und Wechselabsichten Gründe dafür sind, sich bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitssuchend zu melden. Nicht in die Statistik gehen zudem diejenigen ein, die sich zwar mit einer Wechselabsicht tragen, aber ohne Inanspruchnahme der Arbeitsagenturen aus ihrer aktuellen Anstellung oder auch einer Familienphase heraus eine neue Stelle suchen, die zwar im Gesundheits- und Pflegebereich verortet ist, aber doch alternative Arbeitsbedingungen und neue Herausforderungen, auch im Sinne einer Weiterqualifikation, bietet.

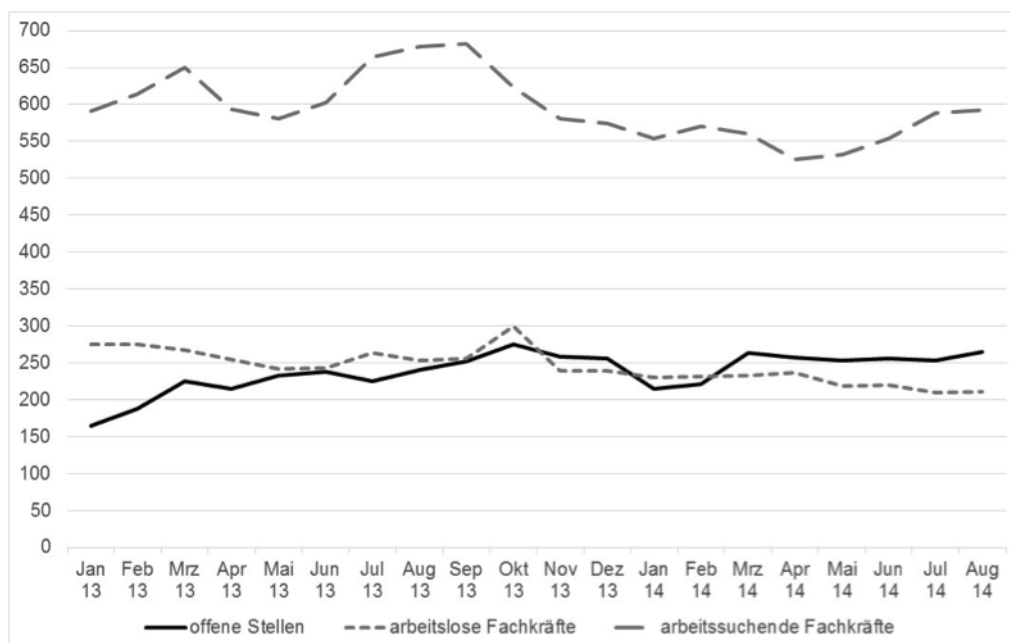


ABBILDUNG 1. Arbeitsmarktstatistik für Pflegefachkräfte im Land Brandenburg für den Zeitraum Januar 2013 und August 2014

Anmerkung: Die Gruppe der arbeitssuchenden Fachkräfte beinhaltet arbeitslos und nicht-arbeitslos gemeldete arbeitssuchende Personen.

Nach den vom Bundesinstitut für Berufsbildung veröffentlichten Daten zu den 17 Ausbildungsgängen der Gesundheitsfachberufe in Deutschland entfallen 65.5% der Schüler/innenzahlen auf die drei Pflegeberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege. Dabei werden für alle drei Bereiche leicht steigende Schüler/innenzahlen ausgewiesen, der Frauenanteil ist weiter extrem hoch (v.a. der Anteil in der Kinderkrankenpflege), wie den Abbildungen 2 (für die Kinderkrankenpflege) und 3 (für die Gesundheits- und Krankenpflege) zu entnehmen ist.

²³ Bei der Interpretation von Abbildung 1 ist zu beachten, dass sich die von der Bundesagentur für Arbeit veröffentlichten Daten auf die Berufsklasse 813 nach der Klassifikation der Berufe von 2010 beziehen. Diese umfasst die Bereiche Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie Rettungsdienst und Geburtshilfe.

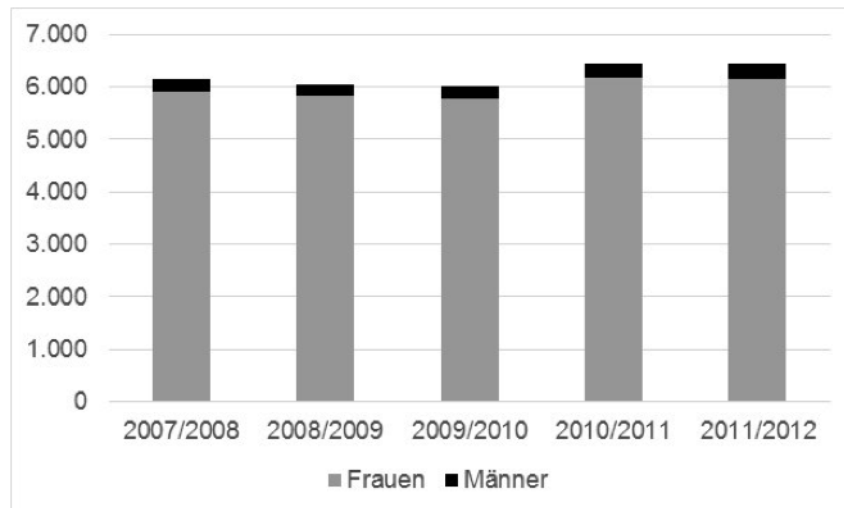


ABBILDUNG 2. Entwicklung der Ausbildungszahlen bundesweit für den Bereich der Kinderkrankenpflege (nach Zöllner, 2014, S. 27)

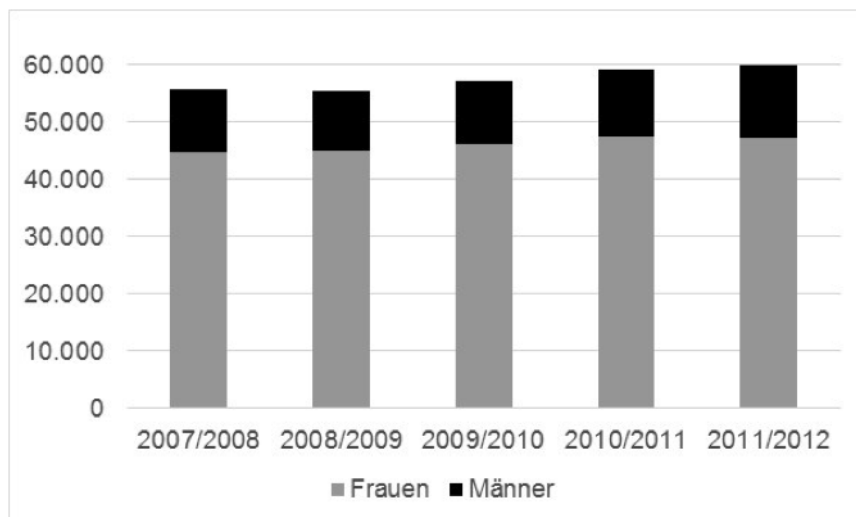


ABBILDUNG 3. Entwicklung der Ausbildungszahlen bundesweit für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (nach Zöllner, 2014, S. 31)

Betrachtet man die Anzahl der erteilten Erlaubnisse zum Führen der Berufsbezeichnung in den Gesundheitsfachberufen im Land Brandenburg, ist für die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen zwischen 2002 und 2012 ein leichter Anstieg von plus 8% zu verzeichnen (vgl. Lang et al., 2013).

Vor dem Hintergrund einer steigenden Mobilität in der Arbeitsplatzsuche in der Gesundheitsbranche erfolgte 2012 eine Absolventenbefragung zu den Plänen der Brandenburger Auszubildenden der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe nach Ausbildungsabschluss, da bis dahin keine Zahlen dazu vorlagen, ob dem Arbeitsmarkt im Bundesland genügend Brandenburger Absolvent/innen der Gesundheitsfachberufe zur Verfügung stehen werden. Lang et al. (2013) fragten daher nach dem geplanten Ort der künftigen Berufsausübung sowie nach Plänen für weitere Qualifizierungsmaßnahmen im Anschluss an die abgeschlossene Berufsausbildung. Die befragten Absolvent/innen stammten zu 87% aus Brandenburg, 13% waren für ihre Ausbildung in das Bundesland umgesiedelt. Innerhalb der Gruppe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen waren sogar 38% aus anderen Bundesländern zugezogen.

Die Mehrheit der Befragten plant eine Berufsausübung in Brandenburg, 22% der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowie 43% der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen dachten jedoch über einen Ortswechsel, insbesondere nach Berlin, nach. Als Gründe für das Verlassen Brandenburgs wurden v.a. bessere berufliche Perspektiven und soziale Gründe (also die gewünschte Nähe zu Familie und Freunden) genannt. Gut ein Viertel der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und jede(r) Vierte bis Fünfte im Bereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege trug sich mit dem Wunsch nach einer weiteren Qualifizierung im Anschluss an die Ausbildung, häufig wurde hier das Medizinstudium als Ziel benannt. Von den Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen gaben zudem 27.8% an, eine Ausbildung zur Fachkraft anzustreben.

3.4 FAZIT

Es kann festgehalten werden, dass im Land Brandenburg zwar kein Fachkräfteüberschuss in den Gesundheitsberufen zu verzeichnen ist, die Situation in der Pflegebranche aber weiterhin mitunter durch sehr ungünstige Arbeitsbedingungen gekennzeichnet ist, die mit einer Reihe hoher Belastungen und Beanspruchungen für die Angestellten in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen verbunden sind. Gerade auch Teilzeitmodelle und familienfreundliche Arbeitszeiten, die u.a. für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer/innen sowie für Berufsrückkehrer/innen aus Familienphasen attraktiv wären, sind in den typischen Pflegeberufen schwer zu realisieren. Weiterhin wurde gezeigt, dass sich ein bedeutender Anteil der Fachkräfte mehr Zusatzqualifikationen wünscht und auch bereit ist, sich entsprechend weiter zu qualifizieren. Diese Bereitschaft ist oft gekoppelt an den Wunsch, anschließend eine höhere Verantwortlichkeit übertragen zu bekommen, sich persönlich weiterzuentwickeln sowie auch ein höheres Einkommen zu erlangen. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Arbeitszufriedenheit (mit der auch eine hohe Qualität der Arbeitsleistung gewährleistet werden kann) der Fachkräfte dann hoch ist, wenn die Arbeit ihnen viele Entwicklungs-, Einfluss- und Lernmöglichkeiten bietet, Fehlbeanspruchungen vermieden werden können und das Einkommen existenzsichernd ist und vor allem auch in einem gerechten Verhältnis zur Leistung steht (vgl. Fuchs, 2006). Vor diesem Hintergrund kann das im Kapitel 4 beschriebene Berufsbild der Schulpflegekraft eine attraktive Erweiterung der Gesundheitsberufe im Land Brandenburg darstellen und Fachkräften eine interessante Alternative innerhalb des Gesundheitsbereichs bieten.

BEDARF AN SCHULPFLEGEKRÄFTEN IM LAND BRANDENBURG

Das Schulnetz im Land umfasst im Schuljahr 2014/2015 im Bereich der öffentlichen Schulen 403 Grund-, 118 Ober- und 21 Gesamtschulen, 76 Gymnasien, 25 Oberstufenzentren sowie 84 Förderschulen. Es besuchten 205.264 Schüler/innen im Schuljahr 2013/2014 die verschiedenen Brandenburger Schulen.

Aus der Empfehlung eines durchschnittlichen Betreuungsverhältnisses von maximal 1:700 (vgl. Kapitel 6) ergäben sich für das Land Brandenburg damit zum gegenwärtigen Stand knapp 300 neue Arbeitsplätze für Schulpflegekräfte in Vollzeit an Schulen in öffentlicher Hand. Das zuständige Landesministerium für Bildung gibt an, dass die Schülerzahlen in diesem Jahr erneut leicht gestiegen sind. Auch für die Folgejahre wird ein weiterer geringer Anstieg erwartet, so dass der Umfang von ca. 300 neu zu schaffenden Vollzeit-Stellen bzw. einer entsprechend höheren Anzahl von Voll- und Teilzeit-Stellen auch für die Zeit nach Ende des Modellprojekts (etwa ab dem Jahr 2017) realistisch erscheint.

Zusätzlich gibt es im Land derzeit 137 Schulen in freier Trägerschaft mit zusammen 21.625 (Schuljahr 2013/2014) Schüler/innen. Es steht zu vermuten, dass bei einer landesweiten Einführung von Schulpfle-

gekräften auch an diesen Schulen Arbeitsplätze in diesem Bereich geschaffen werden.

Das Arbeitsfeld der Schulgesundheitspflege, das in den Folgekapiteln näher beschrieben wird, bietet eine Erweiterung des Umfangs und der Qualität des Arbeitsmarktangebots für Pflegefachkräfte, insbesondere in Bezug auf familienfreundliche Arbeitszeiten, ein wohnortnahes Arbeitsplatzangebot und ein Stellenprofil, das neue Herausforderungen im Schnittbereich von Gesundheit und Bildung bietet.

Jedoch kann erwartet werden, dass es langfristig indirekt weitere positive Wirkungen auf den Brandenburger Arbeitsmarkt geben wird: (1) Die Arbeitsmarktchancen von Eltern, insbesondere Müttern, gesundheitlich benachteiligter und behinderter Schüler/innen sollten sich in Bezug auf die Ausweitung der Erwerbsarbeit und die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung verbessern. (2) Weiterhin sollten sich positive Effekte auf die Arbeitszufriedenheit und auch Gesundheit der Lehrkräfte im Land zeigen, da sie durch die neuen Fachkräfte eine deutliche Entlastung von fachfremden Aufgaben sowie eine professionelle Unterstützung in Bezug auf die steigenden Herausforderungen in Gesundheitsfragen im Rahmen der Ganztagsangebote und Inklusionsbestrebungen der Bildungseinrichtungen erfahren. (3) Schließlich fördert die Arbeit der Schulpflegekräfte die Qualität der Schulbildung im Sinne der Erhöhung der Bildungsbeteiligung aller, auch benachteiligter, Schüler/innen, des lebenslangen Lernens und der sozialen Teilhabe. Es ist somit davon auszugehen, dass sich langfristig dadurch auch die Ausbildungsfähigkeit der Brandenburger Jugendlichen sowie ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen.

KAPITEL 4

TÄTIGKEITSSPEKTRUM DER SCHULPFLEGEKRÄFTE

Die Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) hat in vielen Ländern eine lange Tradition, so gibt es z.B. in den USA oder Großbritannien schon seit Anfang des 20. Jahrhunderts School Nurses. Auch in Polen arbeiten die *Pielęgniarki Szkolne* seit 1917/1918 auf eine gemeinsame Initiative von Ärzten, Pädagogen und Eltern hin. In Skandinavien reichen die Wurzeln dieses Berufes sogar bis ins 19. Jahrhundert zurück. Die Arbeit der finnischen *Kouluterveydenhoitaja* hat sich (wie auch in Schweden) aus den in Schulen durchgeführten und staatlich organisierten ärztlichen Reihenuntersuchungen im 19. Jahrhundert entwickelt, die zur Eindämmung der hohen Kindersterblichkeit durch ansteckende Krankheiten etabliert wurden (vgl. auch Kocks, 2008). Gleiches gilt für Großbritannien, wo die Geburtsstunde der School Nurses im Jahre 1907 angesiedelt wird (Lightfoot & Bines, 2000). Übrig geblieben aus dieser Zeit sind die nach wie vor von den School Nurses durchgeführten Reihen-Impfungen.

Australien auf der anderen Seite hat sich aufgrund der veränderten Herausforderungen bzgl. der Kindergesundheit und der Belege für einen Zusammenhang von Gesundheit und Bildung erst Ende der 1990er Jahre dazu entschieden, die Schulgesundheitspflege in verschiedenen Bundesstaaten einzuführen. Der Blick auf den 5. Kontinent lohnt sich, da von dort Erfahrungen wenige Jahre nach Einführung dieses neuen Berufsfeldes vorliegen, die zwar nicht 1:1 auf Brandenburg bzw. Deutschland übertragen werden können, aber Anhaltspunkte geben, worauf im Zuge der Implementierung dieses Arbeitsfeldes an Schulen zu achten ist.

Ob nun traditionell mit im Schuldienst verankert oder nicht, die Erfahrungen aus anderen Staaten zeigen, dass es sich bei der Schulgesundheitspflege um ein lebendiges Berufsfeld handelt, das sich über die vergangenen Jahrzehnte weiter entwickelt hat und in dem es auch zukünftig Umgestaltungen geben wird. Dabei wird auch deutlich, dass eine klare (und über die Zeit veränderbare) Rollenbeschreibung der School Nurses nicht nur vorteilhaft, sondern essentiell ist (siehe Kapitel 4.2). Bevor auf dieses Thema näher eingegangen wird, erfolgt aber zunächst eine Beschreibung der Rahmenbedingungen und des Tätigkeitsspektrums der beiden Projekt-Partner-Länder Finnland und Polen im Sinne von Beispielen für Modelle guter Praxis. Das Kapitel schließt mit der Darstellung eines möglichen Tätigkeitsprofils für Brandenburg inklusive dem Verweis auf eine notwendige Abgrenzung von anderen in Brandenburger Schulen sowie im Gesundheitsdienst tätigen Berufsgruppen.

4.1 AUSGEWÄHLTE ASPEKTE ZUR SCHULGESUNDHEITSPFLEGE (SCHOOL HEALTH NURSING) IN DEN PROJEKT-PARTNER-LÄNDERN FINNLAND & POLEN²⁴

Die aktuelle Schulgesundheitspflege in **Finnland** hat sich seit Anfang des 20. Jahrhunderts aus der Tradition der schulischen Reihenuntersuchungen heraus gebildet. In den 1970er Jahren verlagerte sich der Fokus der Untersuchungen und Beratungen allmählich mehr in Richtung Gesundheitserziehung und Gesundheitsfürsorge. Im 21. Jahrhundert hat sich die Perspektive auf einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff erweitert, inklusive der Beachtung der psychischen Gesundheit und dem Einbezug der individuellen Lebensbedingungen.

²⁴ Der folgende Überblick über die Schulgesundheitspflege in Finnland und Polen orientiert sich an den Projekt-Beiträgen der internationalen Partnerinnen Marjale von Schantz, Pia Ahonen, Camilla Laaksonen und Jaana Tomppo (Universität Turku, Finnland) sowie Natalia Gorecka und Joanna Kraska (Szkoła Podstawowa Nr 164, Lodz, Polen) im Rahmen der Projekt-Auftaktveranstaltung 2013 sowie während der Exkursion nach Turku/Finnland 2014.

Das Gesundheitssystem in Finnland ist grundsätzlich anders organisiert als in Deutschland. Es liegt fast ausschließlich in staatlichen Händen und wird auf kommunaler Ebene organisiert sowie paritätisch durch die Kommunen und die nationale Regierung finanziert. Die ambulante Versorgung findet in Gesundheitszentren, die stationäre in staatlichen Krankenhäusern statt. Gesundheitsfürsorge startet schon vor- geburtlich in der Versorgung der schwangeren Frauen, setzt sich nach der Geburt fort und die Schulgesundheitspflege ist somit nur ein Glied in der Kette des über den Lebenslauf aufeinander abgestimmten Prozesses der öffentlichen Gesundheitsversorgung und -fürsorge. Die Kranken- bzw. Gesundheitspflegekräfte haben in Finnland anders als in Deutschland eine weitreichendere Funktion in diesem System. Dadurch dass sie von den Kommunen angestellt und so in mehreren Arbeitsfeldern der gemeindenahen Gesundheitsversorgung (z.B. in Geburtskliniken, Gesundheitszentren oder in der ambulanten Pflege) eingesetzt werden können, kennen die School Nurses (gerade in dünner besiedelten Regionen) die Kinder und ihre Familien möglicherweise schon bevor sie in die Schule kommen. Es kann sich somit eine günstige Kontinuität in der Betreuung ergeben. Die Schulgesundheitspflege ist gesetzlich verankerte Aufgabe der Kommunen und wird durch diese finanziert. Die schulischen Gesundheitsdienste sind vorrangig an Schulen stationiert, z.T. aber auch an den regionalen Gesundheitszentren. An diesen Zentren ist zudem der schulärztliche Dienst angesiedelt, der jedoch auch Vorort-Termine in den Schulen anbietet. Die Fachkräfte sind in der Abteilung für die öffentlichen (gemeindenahen) Gesundheitsdienste angestellt und werden dort auch fachlich betreut.

Der Kern der finnischen Öffentlichen Gesundheitspflege ist die Gesundheitsförderung. Deshalb gehört der Bereich Gesundheitsförderung neben der klassischen Gesundheits- und zahnärztlichen Versorgung in Finnland zu den Aufgaben der School Nurses. Alle Aspekte von Gesundheit, der physische wie der psycho-soziale Bereich werden dabei berücksichtigt. Die konkreten Arbeitsfelder der Gesundheitspflegekräfte in Schulen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Eine wichtige Voraussetzung für ihre Arbeit generell ist dabei das Vertrauensverhältnis zu den Schüler/innen bzw. den Familien, welche durch ihre Verschwiegenheitspflicht erleichtert wird. Hervorzuheben ist, dass die schulische Gesundheitsversorgung immer in einem multiprofessionellen Team erbracht wird. Dieses Team besteht aus Lehrkräften, pädagogischen Assistenzkräften, Schulsozialarbeiter/innen, Psycholog/innen, dem schulärztlichen Dienst und der School Nurse. Letztere ist ein wichtiges Verbindungsglied zu allen anderen Professionen. Die Pflegefachkraft arbeitet in der Regel an einer Schule, in Abhängigkeit von der Größe der Bezirke und Schulen arbeitet sie aber manchmal auch gleichzeitig an mehreren Schulen und zusätzlich am zuständigen Kinderkrankenhaus. Eine Schulpflegekraft betreut dabei maximal 600 Schüler/innen.

TABELLE 1. Aufgabenbereiche und Tätigkeiten der Schulpflegekräfte an finnischen Schulen

AUFGABENBEREICHE	TÄTIGKEITEN
Erstversorgung	- Tätigkeiten im Rahmen der Ersten Hilfe
Gesundheitscheckups	- Durchführung von jährlichen Reihenuntersuchungen zur Erfassung des individuellen Gesundheitszustandes und der körperlichen Entwicklung, z.T. unter Einbeziehung der familiären Situation (in den Klassenstufen 1, 5 und 8) inklusive Ableitung eines individuellen Gesundheits(förder)plans pro Schüler/in: Erfassung der Größe, des Gewichts und der Haltung sowie ganzheitliche Bewertung der gesundheitlichen Situation, der altersgemäßen Entwicklung, des Wohlbefindens (physisch, emotional, sozial) - Durchführung einer Untersuchung zur Mundgesundheit zu mindestens 3 Zeitpunkten im Laufe der Schulzeit pro Schüler/in
Risikobewertung	- Teilnahme an der Entwicklung und bei der Umsetzung der Schulsicherheitspläne inkl. Überwachung der Sicherheit 3x jährlich
Interdisziplinäre inner- und außerschulische Vernetzung	- Übernahme koordinierender Tätigkeiten im multiprofessionellen Schulgesundheitsteam - Mitwirkung bei Fallbesprechungen - Informationsweitergabe zu Gesundheitsthemen an Schülerschaft, Familien, Schulgemeinschaft und weitere Beteiligte aus der kommunalen Gesundheitsversorgung
Unterstützung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher	- Erkennen der Bedarfe von Kindern mit besonderen Bedürfnissen und Einleitung/Umsetzung von Hilfen - Kooperation mit anderen Hilfe-Einrichtungen zur Unterstützung chronisch kranker Kinder im Umgang mit ihrer Situation und, wenn notwendig, die Vermittlung an andere Fachkräfte
Früherkennung	- Durchführen notwendiger und geeigneter Tests zur Diagnose einer Erkrankung von Schüler/innen
Dokumentation	- Dokumentation in der seit Geburt an geführten Krankenakte für jede/n Schüler/in

AUFGABENBEREICHE	TÄTIGKEITEN
Prävention bzw. allgemeine Förderung/ Unterstützung des Wohlbefindens der Familien	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Unterstützung von Schüler/innen und ihren Familien bei dem Umgang mit individuellen gesundheitsbezogenen Lagen (inkl. Impfprophylaxe) - Teilnahme an der Entwicklung und Umsetzung des Schulgesundheitsplans - Teilnahme an der Entwicklung der gesundheitsfördernden Schulumgebung - Mitwirkung an der Entwicklung der gesundheitsbezogenen Inhalte des schulinternen Curriculums

Polnische Schulkrankenschwestern gibt es seit 1917/1918, aber erst in den 1950er Jahren änderte sich die Konzeption zur Kindergesundheit in Schulen erstmalig grundsätzlich. Von diesem Zeitpunkt an gab es im Turnus von etwa zehn bis fünfzehn Jahren Erweiterungen und Aktualisierungen der Aufgaben der Schulpflegekräfte und auch ihrer strukturellen Anbindung. Im Jahre 1985 haben die Schulkrankenschwestern ihren auch heute noch gültigen beruflichen Status erhalten und sind als „Umwelt-Krankenschwester“ im Bereich Bildung und Erziehung anerkannt worden. In den 1990er Jahren schließlich wurden verbindliche Berufsstandards für die Schulgesundheitspflege vorgegeben.

Die Aufgaben der Schulpflegekräfte in Polen sind sehr interdisziplinär angelegt und erfordern daher auch eine entsprechend vielseitige Ausbildung. Das Arbeitsfeld umfasst eine Kombination aus Elementen der Pädiatrie, Sozialmedizin, Sportmedizin, Promotion/Bewerbung des gesunden Lebensstiles, Auxologie²⁵, Ökologie, Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Organisation und Management. Die Tätigkeitsfelder (nach der Verordnung des Gesundheitsministeriums im Bereich der Organisation der Gesundheitsprophylaxe von Kindern und Jugendlichen von 2004) sind in Tabelle 2 aufgelistet. Die Aufgaben sind jedoch nicht als geschlossener Katalog zu betrachten; im Rahmen von zusätzlichen Qualifikationen kann eine Schulpflegekraft ihr Tätigkeitsspektrum erweitern und zusätzliche Aufgaben übernehmen. Die Gesundheitsleistungen der Schulpflegekräfte sind in Polen durch den „Nationalen Gesundheitsfonds“ (vgl. Krankenkassen) finanziert. Die Arbeitszeit einer Schulpflegekraft pro Schule ist abhängig von den jeweiligen Schülerzahlen. Eine Krankenschwester kann für maximal 880 Schüler/innen verantwortlich sein. In Schulen mit bis zu 150 Schüler/innen arbeitet sie einmal in der Woche bis vier Stunden am Tag. In Schulen mit einer Schülerzahl zwischen 150 und 240 werden 2 Tage mit jeweils vier Stunden angesetzt, usw. Die Fach- und Dienstaufsicht für die Schulpflegekraft wird durch das Öffentliche Regionale Gesundheitszentrum wahrgenommen. Dieses ist dem Nationalen Gesundheitsfonds sowie dem Gesundheitsministerium untergeordnet.

²⁵ Unter Auxologie wird die Lehre vom körperlichen Wachstum verstanden.

TABELLE 2. Aufgabenbereiche und Tätigkeiten der Schulpflegekräfte an polnischen Schulen

AUFGABENBEREICHE	TÄTIGKEITEN
Erstversorgung	- Vorärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen, Verletzungen, Vergiftungen
Prävention	- Präventionsmaßnahmen im Bereich Suchtmittelkonsum, Bewegung/Sport, Ernährung/Esstörungen, Aufklärungsmaßnahmen aus der Sexualpädagogik unter Einbindung der Schülerschaft, des Personals und der Eltern
Primäre Prävention	- Vorträge, Workshops, Elternberatung und Diskussionsrunden in Schulklassen zu o.g. Themen der Gesundheitsbildung, Information über gesunden Lebensstil und die Sicherung von gesunden Bedingungen des Lebens und des Lernens - Regelmäßige klassenbasierte Schulungsmaßnahmen im Bereich Mundhygiene zur Zahnpflege und Prophylaxe mit Fluorid - Überprüfung des Impfstatus der Schüler/innen, Durchführung und Dokumentation der Impfprophylaxe
Sekundäre Prävention	- Früherkennung inkl. Gesundheitstests zur Vorbeugung und Behandlung einer pathogenen Entwicklung bei Schüler/innen mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko
Tertiäre Prävention	- Beratung von Schüler/innen mit bereits eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen/Behinderungen sowie schulischen oder sozialen Problemen
Untersuchungen & Gesundheitscheckups	- Früherkennung und Diagnose potenzieller Abweichungen von der Entwicklungsnorm mit Hilfe einfacher Testverfahren - Reihenuntersuchungen im Alter von 6/7, 10, 12, 13, 16, 18/19 Jahren zur physischen Entwicklung und Körperhaltung, Seh- und Hörtests, Kontrolle des Sprachapparates, Blutdruckmessung
Dokumentation	- Erstellung einer medizinischen Dokumentation für jede/n Schüler/in
Risikobewertung	- Beratung der Schulleitung in Fragen der Risikobewertung, z.B. der Innen- und Außenausstattung, der Sicherheitsmaßnahmen für die Schülerschaft sowie bzgl. der Sanitär- und Hygienebedingungen

AUFGABENBEREICHE	TÄTIGKEITEN
Schulspeisung	- Beratung der Schulleitung bzgl. der Bewertung und einer etwaigen Verbesserung der Schulspeisung
Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit	- Kooperationen im Einzelfall mit dem Bezugsarzt, dem zahnärztlichen Dienst sowie den Eltern eines Kindes; allgemein mit der Schulleitung, dem pädagogischen Beirat der Schule sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

4.2 ZUR ROLLE DER SCHULPFLEGEKRÄFTE IN VERSCHIEDENEN STAATEN

Die Leistungskataloge für School Nurses sind nicht nur in Finnland und Polen sehr umfangreich, sondern in vielen europäischen und weiteren Staaten, in denen die Schulgesundheitspflege ein fester Bestandteil an Schulen ist (siehe Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2011 als Zusammenfassung bzw. Baldwin, 2009; Ball & Pike, 2005; Kocks, 2008; Moses et al., 2008 für einzelne Landes-Beispiele). Allerdings ist dabei zu beachten, dass dieses Berufsfeld oftmals auf eine lange Tradition zurückblickt und das Aufgabenspektrum sich mit den Jahren verändert bzw. erweitert hat. Die Leistungskataloge anderer Staaten sollten daher nicht als Vorbild für Brandenburg gesehen werden, die 1:1 übernommen werden können, sondern spannen vielmehr den Rahmen auf, in dem Schulgesundheitspflege sich international aktuell bewegt. Dieses Kapitel ist deshalb auch nicht darauf ausgerichtet, eine erschöpfende Beschreibung der Tätigkeiten aller Staaten bereit zu stellen. Vielmehr fasst der folgende Kasten die typischen Arbeitsbereiche einer Schulpflegekraft zusammen. Diese Zusammenstellung gilt – unter Berücksichtigung unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen und einzelner Erweiterungen – für viele Staaten und soll als Rahmenmodell der im Folgenden skizzierten Probleme zur Rollenbeschreibung und zur Rollenabgrenzung dienen.

AUFGABENFELDER EINER SCHULPFLEGEKRAFT NACH DEM DEUTSCHEN BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE (2011) BZW. KOCKS (2009)

Die School Health Nurse ...

- ist Ansprechperson für alle gesundheitlichen Fragestellungen und Belange der Schüler/innen
- erkennt, kümmert sich, hört zu
- ist Casemanager/in
- ist mit Pflegemaßnahmen betraut
- berät, schult, informiert
- erfüllt eine Brücken-/Vernetzungsfunktion
- ist Teil der Sorge um den Anderen

Die School Health Nurse ist tätig in den Bereichen:

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- Bewegung
- Ernährung
- Stress
- Anti-Mobbing
-

PRÄVENTION

- Unfallvermeidung
- Aufklärung
- Sexualität, Drogen
- Impfungen
- Unterricht
- Schulung/Information

FRÜHERKENNUNG DURCH

- Screenings
- regelmäßige Untersuchungen
- offene Sprechstunden
- Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrkräften, etc.

INTEGRATION

- Begleitung und Unterstützung von Kindern/Jugendliche mit besonderem pflegerischen und/oder medizinischen Unterstützungsbedarf

ZUGANG ZU VULNERABLEN GRUPPEN DURCH

- niedrigschwellige Angebote
- hohes Vertrauen
- Präsenz in der Schule

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT MIT

- Eltern
- Lehrkräften
- Sozialarbeiter/innen
- Mediziner/innen
- Psycholog/innen
-

GESUNDHEITSVERSORGUNG BEI

- Erkrankungen
- Verletzungen

SCHULUMFELDGESTALTUNG

- Unfallvermeidung
- Gesundheitsförderliche Umgebung
- Vernetzung in den Stadtteil

GRUPPENARBEIT

- gibt Unterricht
- macht Projekte

Australische School Nurses erleben sich selbst vor allem in vier Rollen. Sie *unterstützen* Kinder und Jugendlichen in allen gesundheitsbezogenen Fragen und sehen sich in einer *Vermittlungsrolle* (sowohl bezogen auf das Verhältnis zwischen Schüler/innen und ihren Eltern als auch mit Blick auf eine Vermittlung an ein breites Spektrum weiterführender Hilfen). Zudem sind sie verantwortlich für die *Gesundheitsförderung*, und – bedingt durch die Einführung des neuen Berufsfeldes – auch zuständig für die *Öffentlichkeitsarbeit*, um ihre eigenen Tätigkeiten und Qualifikationen sowohl den Kolleg/innen in den Schulen als aber auch der Schülerschaft und den Eltern zu vermitteln. Zu Beginn ihrer Arbeitstätigkeit waren sie vor allem durch Aufgaben der Gesundheitsversorgung stark belastet. Die anderen ihnen übertragenen

Aufgaben wie Gesundheitsförderung und auch das Einwirken auf eine Verbesserung der schulischen Umgebung (i.S. einer Risiko-/Gefährdungsbeurteilung und Ableiten gesundheitsförderlicher Maßnahmen) konnten sie während der ersten zwei Berufsjahre kaum oder gar nicht wahrnehmen. Aus Sicht der Schulen hatte die Akutversorgung klar Vorrang vor einer langfristigen Perspektive der Orientierung hin zu einer gesunden Schulumgebung, für die Änderungen angestoßen werden müssen (Barnes et al., 2004).

Nach Lightfoot und Bines (2000) sehen sich **britische** School Nurses selbst als *Gesundheitsberater/innen für die Schülerschaft, das Schulpersonal und die Eltern*. Durch die Erfüllung ihres Hauptauftrags durch den National Health Service wird ihre Rolle aus Sicht von Schüler/innen, Lehrkräften und Eltern aber vorrangig durch die Screening-Untersuchungen und Reihen-Impfungen bestimmt. Die Schulpflegekraft ist aber auch aus der Sicht aller befragten Gruppen ein wichtiges Glied in der *Gesundheitsförderung*: Selbst ohne entsprechende pädagogische Ausbildung sind die Fachkräfte oft eingebunden in Unterrichtsprojekte bzw. erteilen selbstständig Gesundheitsunterricht. School Nurses gelten an ihren Schulen als die wichtigste *Vertrauensperson*. Allerdings wurde beklagt, dass sie dieser Rolle nicht wirklich gerecht werden können, wenn sie an mehreren Schulen gleichzeitig tätig und somit pro Schule nur selten präsent sind. Zusätzlich werden sie als *Unterstützung für die Familien* (durch praktische Hilfestellungen, z.B. in Kooperation mit dem Sozial- oder/und Jugendamt, oder/und emotionale Unterstützung in der familiären Bewältigung von chronischen Krankheiten oder anderen Problemen der Kinder) wahrgenommen. Trotz dieser beschriebenen geteilten Sichtweisen gibt es in der Wahrnehmung einzelner Personen und Schulen große Unterschiede. Schulleitungen und -personal sind z.T. im Unklaren darüber, was ihre School Nurse alles anbieten kann und inwieweit es im Ermessen der Fachkraft liegt, selbst über ihre Aufgabenbereiche zu entscheiden. Auch die School Nurses selbst definieren ihre Rolle über individuelle Schwerpunkte, so dass die Vergleichbarkeit des Arbeitsfeldes über verschiedene Schulen hinweg erschwert wird.

In Wales (siehe Baldwin, 2009) gibt es Bestrebungen, die Aufgaben der Schulpflegekräfte verstärkt auf den Bereich der Familienunterstützung auszuweiten, um auch die Heranwachsenden zu erreichen, die aus verschiedenen Gründen die Schule gerade nicht besuchen. Damit einhergehend ist geplant, eine Erreichbarkeit über die Schulstunden hinaus zu gewährleisten. Die School Nurses sollen für alle Kinder im schulpflichtigen Alter zuständig sein, ob sie gerade am Schulunterricht teilnehmen oder nicht. Um ein angemessenes Betreuungsverhältnis gewährleisten zu können, soll mindestens eine Schulpflegekraft pro weiterführender Schule (sowie der dazugehörenden Grundschulen) beschäftigt werden. Da die Verfügbarkeit auch männlicher Fachkräfte in Wales als wichtig und notwendig erachtet wird, sollten aber idealerweise Teams installiert werden, damit pro Schule jeweils eine weibliche und eine männliche Pflegekraft erreichbar sind.

Die Erfahrungen in anderen Staaten zeigen, dass es trotz einer langen Tradition der Schulgesundheitspflege auch weiterhin wichtig ist, dass die Schulpflegekräfte ihre Aufgabe als Unterstützung für Kinder und Jugendliche in allen Gesundheitsfragen immer wieder neu begründen können, damit sie innerhalb der Schule genügend Raum und kollegiale Anerkennung für ihre Tätigkeit gewinnen. Ihre Arbeit unterscheidet sich von denen der Lehrpersonen u.a. dadurch, dass sie sich nicht vorrangig an Unterricht und Erziehung größerer Gruppen orientieren, sondern individuelle Betreuung, Gespräche und Unterstützung anbieten. Erst das Verständnis und die Anerkennung ihrer Arbeit durch die pädagogischen Kolleg/innen geben ihnen jedoch den nötigen Handlungsraum. Werden Schulpflegekräfte an staatlichen Schulen im Land Brandenburg eingeführt, ist daher zu beachten, dass es gut ausgearbeitete Regeln und Aufgabenbeschreibungen für diese neue Tätigkeit geben muss (Flitner, 2014²⁶). Gesundheitsfachkräfte arbeiten auf ihrem Gebiet allein in einem Schulalltag, der primär vom Lehrerkollegium bestimmt wird.

²⁶ Die Ausführungen in diesem Abschnitt stützten sich u.a. auf die Beiträge von Prof. Dr. Elisabeth Flitner (Universität Potsdam) im Rahmen der Projekt-Auftaktveranstaltung 2013.

Eine klare Rollenbeschreibung und Abgrenzung zu benachbarten Berufsgruppen ist daher für alle Akteure wichtig, für die Schulpflegekraft selbst sowie für ihre pädagogisch arbeitenden Kolleg/innen als auch das weitere nicht-pädagogische Schulpersonal und von außen zusätzlich in die Schule kommende Dienste. Erfahrungen aus Australien zeigen, dass trotz Öffentlichkeitsarbeit auch noch 5 Jahre nach der Einführung dieses neuen Berufsfeldes die Schülerschaft, das Lehrerkollegium und auch die Eltern die School Nurse auf die Rolle als Ersthelfer/in reduzierten (Victorian Government, Department of Human Services, 2004).

4.3 ERFAHRUNGEN VON SCHULPFLEGEKRÄFTEN IN DEUTSCHLAND

In Deutschland ist das Berufsbild der „Schulkrankenschwestern“ nicht völlig neu. Einerseits gibt es in Schleswig-Holstein an den Schulen der dänischen Minderheit einen Schulgesundheitsdienst. Zum anderen beschäftigen auch deutsche Schulen in freier Trägerschaft in verschiedenen Bundesländern teilweise schon seit Jahren vereinzelt Schulpflegekräfte. Diese beiden Modelle sollen daher im Folgenden kurz vorgestellt werden.

GESUNDHEITSPFLEGE AN SCHULEN DER DÄNISCHEN MINDERHEIT IN SCHLESWIG-HOLSTEIN^{27,28}

Die dänische Minderheit in Schleswig-Holstein umfasst ca. 50.000 Menschen mit deutscher Staatsbürgerschaft. Zusätzlich leben ca. 6.000 dänische Staatsangehörige in diesem Bundesland. Viele Menschen sprechen deutsch und dänisch und aufgrund einer Vielzahl selbstständiger Organisationen und Vereinen wie dem Dänischen Schulverein (Dansk Skoleforening for Sydslesvig) oder auch dem Dänischen Gesundheitsdienst (Dansk Sundhedstjeneste for Sydslesvig) kann die dänische Minderheit ihre eigenen Traditionen und Werte leben. Vom Dänischen Gesundheitsdienst wird unter anderem die schulärztliche und schulzahnärztliche Versorgung der dänischen Schulen wahrgenommen. Die Gesundheitspfleger/innen bzw. *Sundhedsplejersken* sind dabei sowohl in dänischen Kindergärten als auch Schulen tätig. Jede Fachkraft betreut einen Stamm an festen Schulen und Kindergärten. Vorort gibt es Sprechzeiten, aber die Einrichtungen können auch bei Bedarf Kontakt zu den Gesundheitspfleger/innen aufnehmen. Dabei geht es nicht um Akutfälle, denn die durchschnittliche Dauer zwischen einem Anruf aus einer Schule und einem Besuch vor Ort liegt aufgrund der weiten Entfernungen zwischen den betreuten Einrichtungen bei ca. 2 Tagen. Die Schüler/innen treten mit ihrer *Sundhedsplejerske* häufig mittels Textnachrichten in Kontakt, um einen Termin für die nächste Sprechstunde zu vereinbaren.

Die Grundangebote nach der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Landesverordnung umfassen Einschulungsuntersuchungen in den Kindergärten, Hör- und Sehtests in den 3. Klassen, ein ärztliches Untersuchungsangebot in den 8. Klassen, ärztliche Untersuchungen für alle Jugendliche, die Sport in der Profiloberstufe wählen sowie die Zahnprophylaxe in der 1. bis 6. Klassenstufe. Die gesundheitsfördernden Gespräche in der 6. Klasse beinhalten z.B. die Messung von Größe und Gewicht, Hör- und Sehtests,

²⁷ Die folgenden Ausführungen basieren auf dem Vortrag von Karen Fink und Sabine Brix-Steensen (Dänischer Gesundheitsdienst, Flensburg) im Rahmen der Projekt-Abschlussveranstaltung 2014.

²⁸ Die *Sundhedsplejersken* in Dänemark sind bei der Kommune angestellt, nicht an einer Schule. An größeren Schulzentren gibt es jedoch eigene Räumlichkeiten und feste Anwesenheitszeiten der Gesundheitspfleger/innen. Es handelt sich um eine geschützte Berufsbezeichnung, die eine staatliche Zulassung zur Ausübung dieser Heilkunde (Approbation) voraussetzt. Der öffentliche Gesundheitsdienst als Teil der Kommune umfasst neben dem Bereich Kinder- Jugendgesundheit auch Amtsärztewesen, Sozialpsychiatrie, Hygiene und ambulante sowie stationäre Pflege und Rehabilitation. Die Aufgaben des Bereiches Kinder- Jugendgesundheit beinhalten die Betreuung von Schwangeren, die Nachsorge bei Geburten, Screenings im Säuglingsalter, Schuleingang- und Schulabgangsuntersuchungen und die Betreuung von Gemeinschaftseinrichtungen und Schulen. Die Gesundheitspfleger/innen stellen dabei die größte Berufsgruppe im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit.

die Kontrolle des Impfausweises und Impfpfehlungen sowie Gespräche mit den Schüler/innen über die individuell gerade relevanten Themen. Zusätzlich zu den Untersuchungen und Beratungen werden verschiedene gesundheitspädagogische Angebote in Kooperation mit den Lehrkräften und den Kindergartenpädagog/innen vorgehalten wie Projektstage, Präventionsveranstaltungen, Elternabende, Miniprojekte, Unterricht und Vorträge. Die Themenpalette ist breit und umfasst z.B. Essgewohnheiten, Bewegung, Pausenbrot, Übergewicht, Sexualität, Suchtprävention, Stärkung des Selbstwertgefühls, Mobbing und Gewalt oder Sinneswahrnehmung.

ERFAHRUNGEN AN AUSGEWÄHLTEN DEUTSCHEN SCHULEN IN FREIER TRÄGERSCHAFT

Schulen in freier Trägerschaft haben auch hierzulande schon vor Jahren den Bedarf an einem Schulgesundheitsdienst nicht nur erkannt, sondern auch zumindest vereinzelt Stellen für Schulpflegekräfte geschaffen. Eine Ausbildung gibt es bislang jedoch nicht, so dass die aktuell in Schulen tätigen Pflegefachkräfte sich ihr Tätigkeitsfeld selbst erschließen mussten (u.a. mit Hilfe des Blicks in die Nachbarstaaten) und auch der fachliche Austausch untereinander durch die geringe Anzahl bundesweit eher begrenzt ist. Ihre praktischen Erfahrungen bieten eine wertvolle Ergänzung zu den Informationen, die aus anderen Staaten gewonnen werden konnten und sollen im Folgenden in zusammengefasster Form wiedergegeben werden²⁹.

Der Betreuungsschlüssel liegt bei 1:700 bzw. 1:950, die Aufgabenfelder haben sich in den Jahren ihrer bisherigen Tätigkeit systematisch erweitert: Einen Großteil der Arbeitszeit nimmt die Gesundheitsversorgung im Sinne der Erste Hilfe bei Unfällen und Erkrankungen ein. Nach bestimmten Notfällen ist zudem eine anschließende Kommunikation mit der Klasse des z.B. verunfallten Kindes notwendig, damit diese ein potenziell Schock auslösendes Erlebnis besser verarbeiten können. Weitere Aufgaben betreffen den Infektionsschutz bzw. die Weitergabe notwendiger Informationen an die Eltern, auch die Meldung ansteckender Krankheiten an die Gesundheitsbehörden. Die Betreuung chronisch kranker Kinder (inkl. Medikamentenausgabe der von den Eltern nach ärztlicher Verschreibung zur Verfügung gestellten Präparate) und auch Lehrerschulungen zu spezifischen chronischen Krankheiten gehören mit zum Tätigkeitsspektrum. Ein Schwerpunkt der Arbeit beschäftigt sich mit der Prävention und Gesundheitsfürsorge, wobei es hier neben einer Mitwirkung an der Elternarbeit eher um die Initiierung von Projekten geht und die Kontaktherstellung zu außerschulischen Netzwerken, die dann Projekte durchführen. Eine Mitarbeit an gesundheitsbezogenen Unterrichtsprojekten ist nur schwer planbar aufgrund von dazwischenkommenden Akutversorgungsfällen. „Gesundheitsförderung entsteht [jedoch auch] immanent durch meine gute vertrauensvolle Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen – über meine ständige Präsenz vor Ort und die kontinuierliche Betreuung über die Lebensphasen hinweg“ (Karl, 2013). Neben ihrer täglichen Präsenzzeit während der Schulstunden arbeitet Frau Karl zusätzlich gemeinsam mit einer Ärztin an der Schule für die Schuleingangsuntersuchungen, bei denen sie Seh- und Hörtests für die Kinder aus der angegliederten Kindertagesstätte übernimmt und darüber schon frühzeitig einen Kontakt zu den Einschüler/innen aufbauen kann. „Wichtig ist mir die nachhaltige Begleitung: Ich lerne die Kinder in der Kita kennen, begleite sie über die gesamte Schulzeit hinweg und erlebe sie im Alltag“ (Karl, 2013). Frau Deckelmann übernimmt Seh- und Hörtests nach Aufforderung durch Lehrkräfte und Einwilligung der Eltern für in diesen Bereichen auffällige Schüler/innen. Aktuell ist Frau Karl (nach einer entsprechenden Fortbildung) auch Ansprechpartnerin für die Kindeswohlgefährdung. Im kommenden Schuljahr wird sie einen Hygieneplan für die Schule entwickeln, und somit ihr Aufgabenspektrum erneut erweitern. Beide

²⁹ Die folgenden Abschnitte orientieren sich an den Beiträgen von Anke Karl (Waldorfschule am Kräherwald, Stuttgart) im Rahmen der Projekt-Auftaktveranstaltung 2013 und von Beate Deckelmann (Berlin Brandenburg International School, Kleinmachnow) im Rahmen des Projekt-Workshops 2014.

Fachkräfte geben an, dass auch Zeit für Dokumentationen (sowohl im Verbandbuch nach jeder Akutversorgung als auch für chronisch Erkrankte) einzuplanen ist. Die Ferienzeiten nutzen sie u.a. für die Kontrolle der Lagerbestände an Verbandmaterial u.ä., die Vorbereitung von Lehrkräfteschulungen, die Organisation der Ersthelfer-Fortbildungen, das Erstellen bzw. Überarbeiten eines Manuals für Vertretungen (inkl. zu aktualisierender Informationen zu chronisch erkrankten Schüler/innen) sowie für eigene Fortbildungen und Fachberatungen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.

4.4 QUALITÄTSKRITERIEN ZUR ERSTELLUNG EINES TÄTIGKEITSPROFILS FÜR DAS LAND BRANDENBURG

Ausgehend von den Leistungskatalogen anderer Staaten, im Rahmen des transnationalen Austausches insbesondere Finnland und Polen, den Ergebnissen aus Evaluationsstudien, z.B. aus Großbritannien und Australien, den praktischen Erfahrungen an deutschen Schulen in freier Trägerschaft und mit Blick auf die gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen wurde ein Tätigkeitsprofil für Brandenburg entwickelt³⁰. Zur Profilerstellung wurden dabei folgende Qualitätskriterien herangezogen:

(1) VORLIEGEN EINER ENTSPRECHENDEN FACHLICHEN QUALIFIZIERUNG

Eine Schulpflegekraft kann nur solche Aufgaben übernehmen, für die sie fachlich qualifiziert ist bzw. im Rahmen einer beruflichen Weiterbildung vor Dienstantritt qualifiziert wird (vgl. dazu Kapitel 8).

(2) ÜBEREINSTIMMUNG MIT GELTENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN FÜR DEN SCHUL- BZW. GESUNDHEITSDIENST

Die Schulpflegekraft kann nur Tätigkeiten ausführen, denen keine rechtlichen Regelungen entgegenstehen (vgl. Kapitel 5). Nach dem Brandenburgischen Schulgesetz darf sie damit z.B. keinen eigenständigen Unterricht übernehmen. Zudem muss der Arztvorbehalt beachtet werden.

(3) VERMEIDUNG VON DOPPELSTRUKTUREN

Die neuen Fachkräfte sollen bei der Einführung dieses Berufsfeldes an staatlichen Schulen keine Aufgaben übernehmen, für die bereits andere Berufsgruppen zuständig sind. Es geht also darum, zu vermeiden, dass Doppelstrukturen geschaffen werden. Dies betrifft zum einen die Abgrenzung zu gesundheitsbezogenen Aufgaben der Lehrkräfte, insbesondere aber der Lehrer/innen mit einer Ersthelfer- oder auch mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung sowie mit der besonderen Stellung als Sicherheitsbeauftragte. Zum anderen geht es um eine notwendige Abgrenzung von der Schulpsychologie und der Schulsozialarbeit. Außerdem ist es hilfreich, sich die Tätigkeitsbereiche des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sowie des Zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter zu vergegenwärtigen, um auf dem Gesundheitssektor, soweit er die Aufgabenübernahme in den Schulen betrifft, die notwendigen Abgrenzungen vorzunehmen³¹. Mit allen genannten Berufsgruppen gibt es punktuelle Überschneidungen, da zum Teil dieselben Schüler/innen in den Fokus unterschiedlicher Fachkräfte rücken. Es ist daher wichtig für alle Beteiligte, dass klar geregelt ist, inwieweit eine Kooperation zum Wohle der Kinder und Jugendlichen erfolgt (vgl. auch Kapitel 5.3 zum Datenschutz), wo aber auch die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Gruppen ihre Grenzen haben.

³⁰ Hauptverantwortlich für dieses Tätigkeitsprofil zeichnen sich die Mitglieder des Steuerungskreises des Projekts.

³¹ Nähere Ausführungen zu Tätigkeiten der benachbarten Berufsgruppen, zu denen eine Abgrenzung vorgenommen werden muss, können dem Anhang entnommen werden. Im Rahmen einer während des Modellprojekts zu entwickelnden Handreichung für Schulpflegekräfte und Schulpersonal sollten die Bereiche der gemeinsamen Arbeit und der jeweils notwendigen Abgrenzung zu anderen Fachkräften konkret beschrieben werden.

Als Doppelstrukturen würden demnach z.B. die vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2011) vorgeschlagenen Screenings im Sinne von regelmäßigen Untersuchungen gelten (siehe Kasten in Kapitel 4.2). Die Zuständigkeit der Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchungen liegt beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, individuelle Untersuchungen werden von Kinderärztinnen/-ärzten bzw. den hausärztlichen Diensten vorgenommen, und eine Übernahme dieser Aufgaben ist durch die Schulpflegekräfte rechtlich nicht möglich. Weitere Dopplungen beziehen sich auf die Verantwortlichkeit im engeren Sinne für die Unfallvermeidung (an Schulen sind dafür Sicherheitsbeauftragte benannt, die gemeinsam mit der Schulleitung auch für den ganzen Aufgaben-Komplex zur Schulumfeldgestaltung zuständig sind und regelmäßig Gefährdungsbeurteilungen vornehmen) sowie die Anti-Mobbing-Prävention, die in den Aufgabenbereich der Schulsozialarbeit fällt.

Ausnahmen sind hingegen Aufgaben, die zwar aktuell von anderen Personengruppen im Schuldienst ausgeführt werden (z.B. Akutversorgung, Dokumentation im Verbandbuch, oftmals von den Schulsekretariaten übernommen oder auch freiwillige Unterstützung chronisch kranker Kinder durch einzelne Lehrkräfte i.S. des *Rundschreiben 9/12 über Medizinische Hilfsmaßnahmen in der Schule durch Lehrkräfte und das sonstige pädagogische Personal*), die aber klar fachfremde Aufgaben für diese Berufsgruppen sind und solche, die die Schulpflegekraft durch ihre Ausbildung und Expertise im medizinisch-pflegerischen Bereich professioneller, d.h. qualitativ hochwertiger sowie z.T. auch weitreichender ausführen kann.

(4) ANGEMESSENER UMFANG DES AUFGABENSPEKTRUMS

Weiter wurde aufgrund der Erfahrungen aus anderen Ländern und der freien Schulen in Deutschland darauf geachtet, dass das Tätigkeitsspektrum nicht zu breit gesteckt ist, um eine Überforderung/Überlastung der in diesem speziellen Arbeitsbereich unerfahrenen Fachkräfte zu vermeiden. In Anlehnung an die polnischen Ausführungen ist dieser Leistungskatalog also nicht als geschlossen zu betrachten, sondern eher als Ausgangspunkt für ein auch in Deutschland sich künftig veränderndes Arbeitsfeld, das sich an neue Herausforderungen bzgl. Fragen der Kinder- und Jugendgesundheit in den Schulen anpassen muss. Mit Blick auf die vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2011) aufgeführten Tätigkeiten bedeutet dies, dass keine regelmäßigen Untersuchungstermine für alle Schüler/innen empfohlen werden, da diese zu zeitaufwendig sind. Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Aspekte der Schulgesundheitspflege. Es wird allerdings vorgeschlagen, dass es dabei weniger um die Durchführung von Maßnahmen geht als um die Initiierung (und dahingehende Beratung der Lehrkräfte) von bewährten und qualitätsgesicherten Projekten zu den relevanten Themen Ernährung, Bewegung, Sucht, Stress, Impfschutz, sexuelle Aufklärung, aber auch Mundgesundheit. Statt der Übernahme eigenverantwortlicher Projekte wird zudem die Unterstützung der Klassenlehrkraft in der Elternarbeit bei gesundheitsrelevanten Themen empfohlen. Die Praxiserfahrung an den freien Schulen hat gezeigt, dass ein nicht unerhebliches Problem in der Unplanbarkeit von derartigen Arbeiten besteht. Die Erstversorgung geht immer vor. Dies bedeutet, dass gerade Aufgabenbereiche wie die Mitwirkung an gesundheitsbezogenen Unterrichtsprojekten daher in der praktischen Umsetzung schwierig zu realisieren sind.

4.5 EMPFEHLUNGEN FÜR EIN TÄTIGKEITSPROFIL FÜR SCHULPFLEGEKRÄFTE IM LAND BRANDENBURG

Nachfolgend soll nun das im Rahmen des Projekts entwickelte Tätigkeitsprofil vorgestellt werden. Es umfasst acht Aufgabenbereiche. Zusätzlich zu den in Tabelle 3 dargestellten Arbeitsfeldern kommen *Verwaltungsaufgaben* hinzu. Das Anfertigen von Dokumentationen (vgl. Kapitel 9.1) für das schuleigene Qualitätsmanagement gehört hier genauso dazu wie die Budgetplanung und die Vorratskontrolle.

Schließlich wurde auch die *Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen* als Aufgabe definiert, um einen kontinuierlich hohen professionellen Standard zu sichern. Hierunter fallen regelmäßige Fortbildungen durch fachlichen Austausch mit schuleigenen Pflegefachkräften an anderen Schulen, durch den Besuch von Fachtagungen und die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie die Inanspruchnahme von Einzel- oder/und Gruppen-Supervision.

TABELLE 3. Mögliche Aufgabenbereiche und dazugehörige Tätigkeiten zukünftiger Schulpflegekräfte im Land Brandenburg

AUFGABENBEREICH	TÄTIGKEITEN
Versorgung	<ul style="list-style-type: none">- Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen auf dem Schulgelände- Erbringung ausgewählter (einfacher) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege- ggf. ergänzende medizinische Nachsorge nach Schulunfällen
Früherkennung	<ul style="list-style-type: none">- Individuelle Hilfestellung für Schüler/innen und ihre Eltern bei gesundheitlichen Auffälligkeiten, Problemen und bisher unerkannten Erkrankungen durch (a) Beratung, (b) orientierende Untersuchungen bzgl. Hör- und Sehvermögen (auf Anfrage der Lehrkräfte und in Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten) und ggf. Vermittlung weiterer Maßnahmen, (c) Beratung und orientierende Untersuchungen bzgl. individuell bedeutsamer Themen wie z.B. Ernährung (inkl. z.B. Gewichtsmessung bei auffälligen Gewichtsausprägungen/-schwankungen)
Gesundheitsförderung / Prävention	<ul style="list-style-type: none">- Initiierung bewährter und qualitätsgesicherter Projekte zur Gesundheitsförderung und primären Prävention in der Schule bzgl. Themen wie Ernährung/Mahlzeitenversorgung, Bewegung, Sucht, Mundgesundheit/Zähneputzen, Impfbereitschaft/Impfschutz, sexuelle Aufklärung- Unterstützung der Klassenlehrkraft in der Elternarbeit bei gesundheitsrelevanten Themen

AUFGABENBEREICH	TÄTIGKEITEN
Unterstützung von Schüler/innen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen sowie nach krankheitsbedingter längerer Abwesenheit	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeit am Eingliederungsprogramm gemäß <i>VV Kranke Schüler</i> - Beratung des Schulpersonals (und ggf. einzelner Klassen) im Umgang mit spezifischen chronischen Krankheiten - Mitarbeit in der Planung der schulischen Eingliederung von Schüler/innen mit einer chronischen Erkrankung und/oder Behinderung in Kooperation mit Lehrkräften, Eltern, Sonderpädagog/innen und ggf. in Abstimmung mit behandelnden Ärztinnen/Ärzten o.a. Therapeut/innen
Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler/innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - ... durch Zugang zu besonders gefährdeten und schwer zugänglichen Gruppen mittels kontinuierlicher Präsenz und Kooperation mit Lehrkräften, Schulsozialarbeiter/innen, Schulpsycholog/innen und ggf. weiteren Diensten sowie ggf. Vermittlung frühzeitiger Hilfen
Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeit in den schulinternen Gremien durch Teilnahme an Besprechungen, Konferenzen und Fallkonferenzen und schulinterne Ansprechperson für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

KAPITEL 5

RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Für die zukünftige Tätigkeit der Schulpflegekräfte muss in folgenden Bereichen für alle Beteiligte (Schulträger, Schulen, Pflegefachkräfte, Eltern, Schülerschaft) eine Rechtssicherheit vorhanden sein oder ggf. geschaffen werden: (1) Vereinbarkeit der Einführung von Schulpflegekräften mit dem Brandenburgischen Schulgesetz, (2) Versicherungsschutz und Haftungsrecht sowie (3) Aspekte des Datenschutzes. Das folgende Kapitel stellt den aktuellen Rechtsstand im Land dar und weist auf aktuell ungeklärte Fragen bzw. notwendige Veränderungen bzw. Ergänzungen in den Rechtsvorschriften auf Landesebene hin.

5.1 ZUR EINFÜHRUNG DER SCHULPFLEGEKRÄFTE AN BRANDENBURGER SCHULEN³²

Vorausgeschickt wird der Verweis auf § 4 des Brandenburgischen Schulgesetzes (BbgSchulG), nach dem in der Schule insbesondere auch Kenntnisse, Fähigkeiten und Werthaltungen gefördert werden sollen, die die Fähigkeit und Bereitschaft der Schüler/innen zur Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit erhöhen sowie zu einem Verständnis für die Lebenssituation von Menschen mit körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen sowie der Notwendigkeit gemeinsamer Lebenserfahrungen beitragen soll. Die Arbeit einer Schulpflegekraft könnte das Schulkollegium bei der Erfüllung dieses Auftrags gehaltvoll unterstützen.

Das BbgSchulG definiert ferner in § 45 (1) den Begriff der *Schulgesundheitspflege* wie folgt: „Schulgesundheitspflege umfasst die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz und die Maßnahmen der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen. Diese gelten als verbindliche Veranstaltungen der Schule und werden von den Gesundheitsämtern im Einvernehmen mit der jeweiligen Schule durchgeführt.“ Der Gesetzgeber bezieht sich in dieser Norm auf die ärztliche Gesundheitspflege und nicht auf die Grundpflege. Es geht hier ausschließlich um Aufgaben, die von den Gesundheitsämtern zusammen mit den Schulen durchgeführt werden.

Das Brandenburgische Schulgesetz differenziert jedoch zwischen Gesundheitspflege im Sinne des Gesundheitsamtes (§ 45, s.o.) und sonstiger Pflege im Sinne von Grundpflege. Letzteres ergibt sich aus § 68, der explizit bzgl. des Personalkörpers pflegerisches Personal als sonstiges Personal benennt: Zum sonstigen Schulpersonal gehört nach Absatz 1, wer an der Schule tätig ist, ohne selbstständig Unterricht zu erteilen. Das sonstige Personal nimmt an der Schule erzieherische, therapeutische, *pflegerische*, technische oder verwaltende Aufgaben überwiegend außerhalb des Unterrichts wahr. Nach § 68 BbgSchulG ist eine Einführung einer schuleigenen Pflegefachkraft als Teil des sonstigen Schulpersonals also grundsätzlich möglich. Bei ihr liegt dann (unter anderem) die Durchführungsverantwortung für die Umsetzung pflegerischer Maßnahmen und teilweise ärztlich verordneter behandlungspflegerischer Maßnahmen³³.

Die Dienst- und Fachaufsicht für das gesamte Schulpersonal, einschließlich des sonstigen Personals, liegt bei der schulleitenden Person (§ 71 BbgSchulG). Ferner von Bedeutung ist § 7 BbgSchulG, der für die

³² Den Ausführungen dieses Kapitels liegt vor allem der Vortrag von Reinhold Hohage (Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht, Hamburg) im Rahmen des Projekt-Workshops 2014 zugrunde.

³³ Die Anordnungsverantwortung für jegliche medizinischen Maßnahmen übernimmt ein Arzt/eine Ärztin. Dies umfasst die Diagnoseentscheidung, das Festlegen der Behandlung, die Verordnung, die Aufklärung der Patient/innen sowie die Informationsweitergabe an die Schule bzw. den/die die Maßnahme durchführende/n Mitarbeiter/in bzgl. der konkreten durchzuführenden Maßnahmen. Die Organisationsverantwortung liegt bei der Schule. Die Schule als Einrichtung ist ein professionelles Umfeld, das professionelle Behandlung erfordert. Letztere wird gewährleistet durch eine/n qualifizierte/n Mitarbeiter/in: die Schulpflegekraft mit einer Primärqualifikation als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekraft.

Schulen eine Selbstständigkeit vorsieht, nach der sie unterschiedliche Schwerpunkte in ihrem Schulprogramm festschreiben können. Aufgrund dieser Selbstständigkeit ist es den Schulen möglich, die Aufgabenbereiche einer Schulpflegekraft in ihrem Schulprogramm zu verankern. Dies ist eine notwendige Voraussetzung bei Haftungsfragen (siehe Kapitel 5.2).

Darüberhinausgehend sollte nach der Einführung dieser neuen Fachkräfte geprüft werden, ob eine Vereinbarung über die Aufgabenbereiche der Schulpflegekräfte und über die damit in Verbindung stehenden Aufgaben der Schulträger (z.B. Bereitstellung von entsprechend ausgestatteten Räumlichkeiten, vgl. Kapitel 6 und 7) zwischen dem zuständigen Schulträger und dem Landesschulamt geschlossen werden kann.

5.2 ZU HAFTUNG UND VERSICHERUNGSSCHUTZ³⁴

UNFALLVERSICHERUNGSSCHUTZ

Das SGB VII regelt den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz des gesamten angestellten Schulpersonals. Danach besteht für alle Beschäftigten gesetzlicher Versicherungsschutz bei der Erledigung von Aufgaben, die sich aus dem Beschäftigungsverhältnis ergeben (§ 8 (1) SGB VII). Die Unfallversicherung soll dabei mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten, nach Eintritt von Versicherungsfällen die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherstellen und die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen entschädigen (§ 1 SGB VII). Pflicht des Arbeitgebers ist es, die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu treffen. Die zu treffenden Maßnahmen sind in staatlichen Arbeitsschutzvorschriften und in Unfallverhütungsvorschriften näher bestimmt. Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz ermittelt und bewertet der Arbeitgeber tätigkeits- bzw. arbeitsplatzbezogen die konkreten Gefährdungen und leitet Maßnahmen zu deren Vermeidung ein.

Dies gilt auch für Schulpflegekräfte, wenn sie sich in einem Anstellungsverhältnis als sonstiges (nicht-pädagogisches) Personal befinden (vgl. Kapitel 5.1). Der Versicherungsschutz besteht in diesem Fall auch dann, wenn sich das Schulpersonal während der Medikamentengabe oder einer medizinischen Hilfsmaßnahme selbst verletzt. Voraussetzung dafür ist die Übernahme der Personensorge durch die Schule (nach schriftlicher Vereinbarung, s.u.), durch die die medizinische Hilfsmaßnahme ein Bestandteil der versicherten Tätigkeit wird.

HAFTUNG

Im Hinblick auf die Haftung auch bei fehlerhaften medizinischen Maßnahmen durch eine Schulperson (hier die Schulpflegekraft) gilt: Bei akutem medizinischen Notfall besteht die Pflicht zur Hilfeleistung und eine zivilrechtliche Haftung der Schulperson bei fehlerhaftem Handeln ist ausgeschlossen. Erleidet ein/e Schüler/in durch die Gabe von Medikamenten oder durch andere medizinische Hilfsmaßnahmen einen Gesundheitsschaden, greift die gesetzliche Haftungsbeschränkung. Danach ist gem. §§ 104 ff SGB VII eine zivilrechtliche Haftung der Lehrkraft oder des sonstigen Schulpersonals ausgeschlossen, wenn die Verabreichung oder Anwendung fehlerhaft erfolgte (einfache Fahrlässigkeit).

³⁴ Die folgenden Ausführungen basieren auf dem Vortrag von André Preusche (Unfallkasse Brandenburg, Abteilung Entschädigung, Frankfurt) im Rahmen des Projekt-Workshops 2014.

Greifen die unfallversicherungsrechtlichen Regelungen nicht, z.B. bei Unterlassung trotz Pflichtenübernahme, erfolgt die zivilrechtliche Haftungsübernahme durch das Land Brandenburg als Dienstherr/Arbeitgeber (Amtshaftungsanspruch aus § 839 (1) Satz 1 BGB i. V. m. Art. 34 GG). Ausgenommen sind Fehlhandlungen durch Vorsatz oder durch grobe Fahrlässigkeit.

Haftungsfragen im Rahmen der Tätigkeiten einer Schulpflegekraft beziehen sich insbesondere auf den Aufgabenbereich der Gesundheitsversorgung (vgl. Kapitel 4.5 bzw. Tabelle 3). Hier kann ein potenzielles Risiko in der Schädigung von Schüler/innen durch die Schulpflegekraft bestehen durch z.B.

- Über- oder Unterdosierung von Medikamenten,
- Wechselwirkungen auf Nahrungsmittel,
- Wechselwirkung mit anderen Medikamenten,
- Unverträglichkeiten,
- Infektionen (nach Injektionen) und/oder
- Verabreichung abgelaufener Medikamente.

Für die Schüler/innen besteht bei einer Medikamentengabe oder medizinischen Maßnahme durch die Schulpflegekraft ein gesetzlicher Versicherungsschutz, wenn diese Maßnahmen als Teil der Personensorge (§ 1626 (1) BGB) von den Erziehungsberechtigten auf die Schule übertragen worden ist. Für den Schulbereich bedeutet das, dass die Medikamentengabe und medizinische Maßnahmen z.B. bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in den organisatorischen Verantwortungsbereich der Schule übergehen müssen. Dieser ist immer dann gegeben, wenn die Schule eine Pflichtenübernahme gegenüber den Eltern erklärt und dies zum Bestandteil ihres Schulkonzeptes macht. Voraussetzung für die Teilübertragung der Personensorge im Einzelfall ist eine schriftliche Vereinbarung (vgl. Rundschreiben 9/12 des Landesministeriums für Bildung, Jugend und Sport, siehe Kapitel 2.5). Damit alle Tätigkeiten der Schulpflegekraft ungeachtet ihrer Finanzierung (vgl. Kapitel 7) unter das Haftungsrecht nach SGB VII fallen, müssen auch alle Tätigkeiten im Schulkonzept der jeweiligen Schule vor ihrem Dienstantritt verankert werden. Damit gehen sie in den Organisationsbereich der Schule über und sind somit für die Schulpflegekraft Bestandteil der versicherten Tätigkeit.

Es ist zulässig, dass eine Schulpflegekraft die Pflichten der Sorgeberechtigten übernimmt und es besteht kein Haftungsrisiko für sie als Schulperson, wenn

- (a) alle Tätigkeiten der Schulpflegekraft im Schulkonzept verankert wurden und somit in den Organisationsbereich der Schule fallen (*im Einklang mit § 7 BbgSchulG*) und
- (b) im Einzelfall eine schriftliche Vereinbarung vorliegt, die von der Schule und dem Hausarzt/der Hausärztin getragen wird, keine privaten Gefälligkeiten ohne Einbeziehung der Schulleitung vereinbart, auch Überwachungspflichten per Vereinbarung übertragen werden und eindeutige ärztliche Anweisungen vorliegen (*in Übereinstimmung mit dem Rundschreiben 9/12 des Landesministeriums für Bildung*).

Für die Schulpflegekraft bedeutet dies, dass die Dienstaufsicht zwingend bei der schulleitenden Person liegen muss (*im Einklang mit § 71 BbgSchulG*).

5.3 ZUM DATENSCHUTZ

Die Erfahrungen anderer Ländern zeigen, dass die Verschwiegenheitspflicht der Schulpflegekraft eine wesentliche Voraussetzung ist, ein Vertrauensverhältnis zu den Schüler/innen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. „Keiner anderen Berufsgruppe wird an schwedischen Schulen so viel Vertrauen entgegen gebracht“ (Kocks, 2008, S. 255). Gerade für den Zugang zu besonders gefährdeten und schwer erreichbaren Gruppen ist die Schweigepflicht essentiell. Die Kinder und Jugendlichen müssen wissen und sicher sein können, dass Informationen, die sie in einem Gespräch preisgeben, nur mit ihrer Zustimmung (und ggf. zusätzlich der Zustimmung der Erziehungsberechtigten) von der Schulpflegekraft an die Schulleitung, Lehrkräfte oder andere Dienste weitergeben werden dürfen. Es muss auch gewährleistet sein, dass die Kinder und Jugendlichen der Schulpflegekraft etwas anvertrauen können, ohne dass diese in jedem Fall die Pflicht zur Weitergabe der Informationen an die Eltern hat. Erst durch eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Fachkraft und den einzelnen Schüler/innen können auch sehr sensible Bereiche wie, in extremen Fällen, Vernachlässigung oder Misshandlungen zur Sprache kommen. Bei einer Kindeswohlgefährdung müssen jedoch die entsprechenden Regelungen (vgl. § 8a SGB VIII) Anwendung finden.

Grundsätzlich müssen bei allen im Einzelnen zu treffenden Regeln die geltenden Gesetze berücksichtigt werden, so u.a. §§ 203/204 StGB (über die Verletzung von Privatgeheimnissen bzw. Verwertung fremder Geheimnisse) und das Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Land Brandenburg (Brandenburgisches Datenschutzgesetz, BbgDSG). Nach § 4 dürfen danach personenbezogene Daten nur mit freiwilliger und ausdrücklicher Zustimmung der Betroffenen oder soweit dies nach diesem Gesetz oder nach anderen Rechtsvorschriften zulässig ist, verarbeitet werden. Die Einwilligung bedarf dabei der Schriftform.

Weiterhin findet § 65 BbgSchulG zur Verarbeitung personenbezogener Daten Anwendung, nach dem personenbezogene Daten von Schüler/innen, deren Eltern, Lehrkräften und sonstigem Schulpersonal in der Regel nur in der Schule verarbeitet werden dürfen. Der schulärztliche, schulzahnärztliche sowie der schulpsychologische Dienst dürfen die Schule demnach z.B. nur über das Ergebnis von Pflichtuntersuchungen informieren. Die Übermittlung personenbezogener Daten über freiwillige Untersuchungen bedürfen der Einwilligung der Eltern oder der volljährigen Schüler/innen. Medizinische und psychologische Befunde dürfen nicht automatisiert verarbeitet werden.

Keine der durch die Schulpflegekraft im Rahmen ihrer Tätigkeiten erhobenen Angaben zu den Schüler/innen sollten jemals in die automatisierte zentrale Schülerdatei und Schülerlaufbahnstatistik (§ 65a Bbg-SchulG) Eingang finden.

Es ist zu empfehlen, dass die Schulpflegekraft in Anlehnung an § 16 des Gesundheitsdienstgesetzes keine fremden Geheimnisse und personenbezogenen Daten, die ihr bei ihrer Tätigkeit anvertraut oder sonst bekannt werden, offenbaren darf. Personenbezogene Daten, die bei der freiwilligen Inanspruchnahme von Beratungsangeboten erhoben werden, dürfen demnach nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person in Kenntnis der Bedeutung dieser Erklärung in die Verarbeitung oder in eine sonstige Offenbarung eingewilligt hat. Eine anderweitige Verarbeitung dieser Daten bedarf dann der erneuten Einwilligung. Eine Weitergabe dieser Daten ist allerdings auch ohne Einwilligung zulässig, soweit dies zur Abschätzung eines Gefährdungsrisikos erforderlich ist. Eine Trennung dieser Daten und solcher, die bei der Erfüllung anderer Aufgaben nach diesem Gesetz erhoben werden, ist stets zu gewährleisten.

Aufgrund der verschiedenen Tätigkeitsfelder der Schulpflegekräfte scheint es angeraten, unterschiedliche Regelungen im Hinblick auf den Datenschutz in Abhängigkeit vom Aufgabenbereich zu treffen. Hierbei müssen stets die Regelungen der *Verordnung über den Schutz personenbezogener Daten in Schulen*,

Schulbehörden sowie nachgeordneten Einrichtungen des für Schule zuständigen Ministeriums im Land Brandenburg (Datenschutzverordnung Schulwesen) berücksichtigt werden. Möglicherweise könnten die Datenschutzregeln in Anlehnung an die Arbeitsweise der schulpsychologischen Beratung formuliert werden (vgl. Verwaltungsvorschriften über die schulpsychologische Beratung).

KAPITEL 6

STRUKTURELLE EINBINDUNG VON SCHULPFLEGEKRÄFTEN IN BRANDENBURGER SCHULEN

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über Aspekte der strukturellen Einbindung zu geben, die bei der landesweiten Einführung von Schulpflegerkräften zu berücksichtigen sind. Im Rahmen eines Modellprojekts sollte das Thema strukturelle Einbindung besondere Aufmerksamkeit erfahren und es ist zu empfehlen, die in der Pilotphase gewonnenen Erfahrungen in Form einer Handreichung für alle Schulen zusammenzufassen, die ihnen in Vorbereitung auf eine Einführung der neuen Fachkräfte dann zur Verfügung gestellt werden kann.

6.1 RAHMENBEDINGUNGEN

DIENST- UND FACHAUFSICHT SOWIE FACHLICHE ANBINDUNG

Die Dienst- und Fachaufsicht ist in anderen Staaten unterschiedlich geregelt, in Finnland und Schweden beispielsweise obliegt die Fachaufsicht den regionalen Gesundheitszentren, während die Dienstaufsicht durch die Schulleiterin oder den Schulleiter ausgeübt wird. In Großbritannien sind die Verträge der School Nurses größtenteils mit dem National Health Service geschlossen, z.T. sind sie aber auch direkt von einer Schule angestellt, so dass Dienst- und Fachaufsicht zwar jeweils zusammenfallen, aber von unterschiedlichen Stellen für einzelne Fachkräfte ausgeübt werden. Die aktuelle Gesetzeslage im Land Brandenburg sieht nach § 71 BbgSchulG vor, dass die Dienst- und Fachaufsicht für das sonstige Personal in einer Hand liegen, bei der schulleitenden Person.

Da die Schulpflegekraft in der Schule als einzige eine medizinisch-pflegerische Profession ausübt, muss eine enge fachliche Anbindung außerhalb der Schule etabliert werden. Die Schulleiter/innen sind für eine medizinisch-pflegerisch fachliche Betreuung nicht ausgebildet und sollten daher diese Aufgabe nicht übernehmen. Da diese fachliche Anbindung aber von Beginn der Tätigkeitsaufnahme an von großer Bedeutung für die Schulpflegerkräfte ist, ist bereits während der Modellprojektphase eine enge Kooperation (im Sinne eines intensiven fachlichen Austausches und einer professionellen Begleitung) mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (also mit erfahrenen Ärzten und Ärztinnen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der regional zuständigen Gesundheitsämter) dringend zu empfehlen. Weiterhin könnte auch eine entsprechende Kooperation mit Fachpersonal in Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten oder mit regionalen oder überregionalen Zusammenschlüssen von Pflegerkräften realisiert werden. Dies sollte an die jeweiligen Bedürfnisse und Kapazitäten des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt angepasst werden. Von Bedeutung ist jedoch, dass eine ständige fachliche Begleitung für die Schulpflegerkräfte sichergestellt wird.

BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS

Aus den Erfahrungen anderer Staaten, die sowohl Vollzeit- als auch Teilzeitkräfte in der Schulgesundheitspflege beschäftigen (z.B. Finnland, Polen, Großbritannien, Australien, USA), und anhand der Interviews mit an freien Schulen in Deutschland tätigen Schulpflegerkräften wird deutlich, dass es sehr erstrebenswert ist, *ganzjährig* eine Schulpflegekraft pro Schule zu beschäftigen.

In Australien zeigte sich, dass die Arbeit einer Fachkraft parallel an mehreren Schulen zu Problemen bzgl. der Präsenz an jeder der betreuten Schulen führte, was es deutlich erschwerte, ein Vertrauensverhältnis zu den Schüler/innen aufzubauen (Victorian Government, Department of Human Services, 2004).

In die gleiche Richtung weisen die Evaluationsergebnisse aus Großbritannien (Lightfoot & Bines, 2000), wobei sich Baldwin (2009) noch zusätzlich für den Ganzjahresbetrieb ausspricht, da in Großbritannien zum Zeitpunkt der Befragungen knapp drei Viertel der School Nurses an staatlichen Schulen nur während der Schulzeit, nicht aber in den Ferien beschäftigt war (siehe auch Ball & Pike, 2005). Dies führte zu einem erhöhten Arbeitsdruck in der zur Verfügung stehenden Zeit und stellte eine dauerhafte Quelle für Frustrationen und Arbeitsunzufriedenheit der Fachkräfte dar. In den Interviews mit Schulpflegekräften an deutschen Schulen in freier Trägerschaft konnte zudem herausgearbeitet werden, dass der Ganzjahresbetrieb erforderlich ist, da in den Ferienzeiten notwendige Aufgaben erledigt werden, für die während des laufenden Schulbetriebs keine Zeit bleibt (vgl. Kapitel 4.3), und auch im Grunde nur in den Ferien erforderliche Fortbildungen besucht werden können.

Telljohann et al. (2004) verglichen Schulen, an denen eine School Nurse entweder an 2 oder an allen 5 Tagen pro Schulwoche anwesend war und stellten fest, dass die Kontakthäufigkeit mit den Schüler/innen pro Schule bei Teilzeitbeschäftigung deutlich verringert war. Das bedeutet, dass der Gesundheitsservice an diesen Schulen nicht so angenommen wurde wie an den Schulen, an denen die School Nurse ständig präsent war. Eine weitere Untersuchung belegt, dass die Rate der krankheits- bzw. verletzungsbedingt nach Hause geschickten Schüler/innen an Tagen, an denen eine School Nurse präsent war, 5% betrug. An Tagen, an denen (durch Teilzeitarbeit bzw. die Betreuung mehrerer Schulen parallel) das medizinisch ungeschulte Schulpersonal diese Entscheidung traf, wurden hingegen 18% der Kinder und Jugendlichen nach Hause geschickt, die sich mit gesundheitlichen Problemen meldeten (Pennington & Delaney, 2008). Auch diese US-amerikanischen Befunde stützen also die Empfehlung, dass eine Schulpflegekraft pro Schule täglich vor Ort sein sollte.

ARBEITSORGANISATION

Ist pro Schule eine Schulpflegekraft ganzjährig angestellt, sollte geregelt werden, dass analog zu den Lehrkräften der Jahresurlaub in den Schulferien zu nehmen ist und auch Fortbildungen möglichst in der Ferienzeit zu absolvieren sind. Diese Regelungen werden an den deutschen Schulen in freier Trägerschaft bereits so umgesetzt und haben sich als praxistauglich erwiesen. Als sehr wichtig wurde eine verbindliche und zuverlässige *Vertretungsregelung* benannt. Zum einen bezieht sich das auf Situationen innerhalb der Schule und bindet die verschiedenen Ersthelfer/innen mit ein. Wenn die Schulpflegekraft bereits mit einer Akutversorgung beschäftigt ist und ein weiterer Notfall auftritt, ist es z.B. wichtig, dass das Schulpersonal darüber Kenntnis hat, wer zusätzlich zur Hilfe gerufen werden kann. Eine Vertretungsregelung ist aber auch schulübergreifend notwendig, z.B. im Krankheitsfall. Australische Evaluationen weisen ebenso auf die Bedeutsamkeit hin, Vertretungen zu gewährleisten. Auch sollten die Schüler/innen, für die Sonderregelungen aufgrund chronischer Krankheiten o.ä. gelten, dem gesamten Schulpersonal bekannt sein, so dass alle darüber informiert sind, welche Notfallmaßnahmen in Abwesenheit der School Nurse von ihnen ggf. zu ergreifen sind (vgl. z.B. Victorian Government, Department of Human Services, 2004). Die Bereitstellung dieser Informationen obliegt der Schulpflegekraft (siehe dazu Datenschutzregelungen in Kapitel 5.3). Auch ist es ihre Aufgabe, ein Manual für Vertretungen für ihre Schule zu erstellen, so dass sich schulfremde Personen, die die Vertretung übernehmen, schnell zurechtfinden können. Dieses Manual ist laufend auf dem aktuellen Stand zu halten.

ARBEITSPENSUM BZW. BETREUNGSVERHÄLTNIS

Die Zahlen der betreuten Schüler/innen durch eine Schulpflegekraft variieren beträchtlich. In Finnland und Schweden sind es maximal 600, in Polen 880 Kinder und Jugendliche, das US Department of Health and Human Services empfiehlt ein Verhältnis von 1:750 (American Academy of Pediatrics, 2001). Die Rate an ausgewählten deutschen freien Schulen liegt zwischen 1:700 und 1:950. Aus der Evaluation an britischen Schulen wird ersichtlich, dass ein Betreuungsverhältnis, das sich um die genannten Zahlen herum einpendelt, mit einer verträglichen Arbeitsbelastung einhergeht. Auch an britischen Privatschulen liegt das Verhältnis bei 1:600 bis 1:700. School Nurses an staatlichen Schulen hingegen waren lange Zeit für durchschnittlich 2.700 Schüler/innen zuständig (Ball & Pike, 2005), was sich nachhaltig negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirkte. Diese Fachkräfte fühlten sich chronisch überlastet, wiesen viele Überstunden auf, und waren durch diese Belastungen höher Burnout gefährdet als ihre Kolleg/innen an privaten Schulen. Mittlerweile sind aber in Großbritannien vermehrt Schulpflegekräfte eingestellt worden und der Schulgesundheitsdienst ist aktuell grundlegend in Überarbeitung (British Department of Health, 2012). Die höhere Betreuungsquote von 1:1.000 in Dänemark sollte nicht als Richtwert mit herangezogen werden, da die dort tätigen Gesundheitspfleger/innen neben Vorsorgeuntersuchungen vor allem für Angebote der Gesundheitsförderung (auf Gruppenebene) zuständig sind, nicht aber für die Gesundheitsversorgung in Akutfällen, wie dies in allen anderen genannten Staaten der Fall ist.

Für Brandenburg wird aufgrund der nationalen und internationalen Erfahrungen ein Betreuungsverhältnis von maximal 1:700 bei einer Vollzeitbeschäftigung vorgeschlagen. Allerdings sollte sich die Anzahl der betreuten Schüler/innen auch nach dem Bedarf an den Schulen richten. Es sollte auch die Möglichkeit geben, bei nachweisbar hohem Bedarf an medizinisch-pflegerischer Unterstützung eine Schulpflegekraft pro Schule in Vollzeit bei einer deutlich geringeren Schüleranzahl als 700 zu beschäftigen (optimal wäre daher ein Verhältnis von ca. 1:350). An dieser Stelle sei zudem auf die walisischen Bestrebungen hingewiesen, pro Schule ein Team von Schulgesundheitskräften anzustellen, um jeweils eine weibliche und eine männliche Fachkraft als Ansprechpersonen für die Schüler/innen zur Verfügung stellen zu können (Baldwin, 2009).

6.2 STRUKTURELLE ANBINDUNG

VERANKERUNG IM SCHULPROGRAMM

Die Verankerung der Aufgaben der Schulpflegekraft in das Schulprogramm der einzelnen Schulen ist eine notwendige Voraussetzung der Leistungserbringung im Hinblick auf Haftungsfragen und auch Finanzierung durch unterschiedliche Kostenträger.

Bei der Einführung einer Schulpflegekraft sind in erster Linie die Unterstützung der Schulleitung und die Integration ins Kollegium entscheidende Voraussetzungen, dafür dass die neue Fachkraft erfolgreich einen Gesundheitsservice an der Schule und ein vertrauensvolles Verhältnis zur Schülerschaft aufbauen kann. Schon in Vorbereitung auf den Dienstbeginn der Schulpflegekraft sollten die Schulen daher darin unterstützt werden, dieses neue Arbeitsfeld in ihrem Schulkonzept zu verankern. Es sollte im Land geprüft werden, inwieweit die Schulen in diesem Schulentwicklungsprozess durch externe Berater/innen unterstützt werden können, z.B. analog zum *Landesprogramm für eine gute gesunde Schule*, bei dem es eine Kooperation mit dem *Brandenburger Beratungs- und Unterstützungssystem für Schulen und Schulaufsicht* (BUSS) gibt, die Berater-Tandems an die Schulen schicken. Auch bietet es sich an, frühzeitig den Lehrer-, Eltern- und Schülerrat bzw. die Gesamtkonferenz über dieses Vorhaben zu informieren und in

die weitere Planung miteinzubeziehen. Es wird davon ausgegangen, dass die Schulpflegekräfte die bisherigen Bemühungen um eine gute gesunde Schule sinnvoll ergänzen werden.

SCHULINTERNE UND EXTERNE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Barnes et al. (2004) berichten, dass es in Australien trotz schulinterner Öffentlichkeitsarbeit gut zwei Jahre gedauert hat, bis die neu eingeführten School Nurses an ihren Schulen auch vom anderen Schulpersonal, v.a. von den Lehrkräften, voll akzeptiert wurden und integriert waren. Besonderes Konfliktpotenzial bestand in den Schulen in Queensland darin, dass Lehr- und Pflegekräfte an unterschiedliche Verschwiegenheitsregelungen gebunden sind: Lehrkräfte und Schulleitungen informieren bei Problemen mit einzelnen Schüler/innen schnell die Eltern, während für die School Nurse das Vertrauensverhältnis zu den Kindern oder Jugendlichen an erster Stelle steht. Sie zieht (außer bei Fällen einer Kindeswohlgefährdung) die Eltern oder Lehrkräfte nur nach Einverständnis der Schüler/innen hinzu. Schon dieses Beispiel weist darauf hin, dass es wichtig ist, von vornherein die Rolle der Schulpflegekraft klar zu definieren und dem gesamten Schulpersonal gegenüber auch eindeutig und deutlich zu kommunizieren.

Die australischen Evaluationsergebnisse zeigen weiter, dass die Eingewöhnung in die neue Rolle für die Gesundheitsfachkräfte dadurch erschwert wird, dass sie alleine in ihrem Bereich arbeiten, vor Ort niemanden zum fachlichen Austausch haben und sich innerhalb des Schulpersonals, das größtenteils pädagogische Aufgaben wahrnimmt, isoliert fühlen können. Durch den Schnittbereich von Gesundheit und Bildung fühlten sich die School Nurses anfangs in ihrer Professionalität und Qualifikation unzureichend von den Pädagog/innen gewürdigt. Hinzu kamen erlebte Rollenkonflikte durch unterschiedliche Anforderungen aus beiden Fachbereichen. Daraus lässt sich ableiten, dass gerade in der Anfangszeit auch gemeinsame Besprechungen der Schulpflegekraft mit Vertreter/innen der betreuten Schulen und des regional zuständigen Gesundheitsamtes hilfreich und erstrebenswert sein können, um das neue Arbeitsfeld zusammen aufzubauen.

Das Britische Department of Health (2012) veröffentlichte Befragungsdaten, nach denen sowohl die Schülerschaft als auch die Eltern beklagen, dass die School Nurse oftmals nicht sichtbar genug in der Schule ist, sie sich eine persönliche Vorstellung wünschen und genaue Informationen, wo sie wann und wie zu erreichen ist. Eltern wünschen sich zudem, Informationen als Rundschreiben oder Infobroschüre nach Hause geschickt zu bekommen. Die Schüler/innen erbitten mehr Informationen darüber, welche Angebote die Schulpflegekraft bereit hält, wie der Service genau funktioniert, also wie ein Beratungsgespräch oder eine Untersuchung ablaufen, was sie zu erwarten haben und wie es um die Schweigepflicht bestellt ist. Die Vertraulichkeit dieses Angebots ist dabei aus Sicht der Heranwachsenden der Dreh- und Angelpunkt in ihrer Entscheidung, die School Nurse aufzusuchen. Diese Evaluationsergebnisse sollten sich Brandenburger Schulen zunutze machen.

Zur Akzeptanzerhöhung innerhalb der Schule sollte die Schulleitung die Schulpflegekraft offiziell in ihre Tätigkeit und ins Kollegium einführen und sich weiterer gezielter Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit bedienen. Die Schulpflegekraft muss die uneingeschränkte Unterstützung der Schulleitung besitzen, die erforderliche Zeit zur Erfüllung ihrer Aufgaben haben (dies bedeutet auch, dass z.B. nicht unruhige oder störende Schüler/innen aus dem Unterricht zur Schulpflegekraft geschickt werden), sich in ihrem Zuständigkeitsbereich ungehindert bewegen/betätigen können und erforderliche Informationen vom Personal erhalten. Es muss weiterhin klar geregelt und kommuniziert werden, dass sie die Möglichkeit erhält, Fortbildungen zu besuchen und regelmäßig Supervision in Anspruch zu nehmen. Sie muss zudem an allen notwendigen schulinternen Gremien teilnehmen *können*. Auf die Bedeutsamkeit der Integration

in Klassenkonferenzen oder andere Lehrer-Arbeitsgruppen verweist auch Flitner (2013)³⁵: Ob die Schulpflegekraft dort gelegentlich eingeladen wird, Fragen stellen, Beobachtungen mitteilen und vielleicht einen Vorschlag machen darf oder nicht, wird für ihre Arbeit mit den Schüler/innen wichtig werden. Ebenso muss die Schulleitung verstehen, wie sie arbeitet, welche Informationen sie benötigt, wann sie allgemein ansprechbar ist, warum sie Zeit für ihre Dokumentationspflichten braucht, etc. Kommunikation, Verständigung, Absprache und stete Werbung für ihre Tätigkeit in ihrem direkten Arbeitsumfeld wird also besonders in den Anfangsjahren dieses Berufsfeldes für die Integration in den Schulbetrieb sehr wichtig sein. Als Ansprechperson und Helfer/in in individuellen gesundheitlichen Nöten sowie als Berater/in von Schüler/innen und ihren Familien hat die Schulpflegekraft keine ähnliche sondern eine komplementäre Rolle zu den Lehrpersonen. Es bedarf einer guten Arbeitsbeschreibung, die ihr dabei helfen kann, ihren Auftrag immer wieder im Kollegium zu erklären und zu vermitteln.

Mit Blick auf die landesweite Einführung des Berufsfeldes ist weiterhin eine frühzeitige Einbindung des Landesrats der Lehrkräfte, des Landesrats der Eltern sowie des Landeschülerrats empfehlenswert. Auch sie sollten über die Aufgaben der Schulpflegekräfte ausführlich informiert und zu einer Unterstützung motiviert werden.

Die *Öffentlichkeitsarbeit außerhalb der Schule* bezieht sich auf die Bekanntmachung dieses Angebots innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie auf Informationsweitergabe an Haus- und Kinderärzte bzw. -ärztinnen in der Region, an Kliniken und ambulante Einrichtungen der Jugend- und Sozialhilfe, etc.

EINARBEITUNG, FORTBILDUNG UND SUPERVISION

So wichtig es ist, dass das Kollegium die Arbeit der Schulpflegekraft versteht, so bedeutsam ist es andersherum auch, dass die Schulpflegekraft den Lebensraum Schule und die Schulkultur versteht. Nur so kann es gelingen, gute Beziehungen im Kollegium aufzubauen und selbst als wichtiger Teil des Kollegiums anerkannt und wertgeschätzt zu werden. Dafür ist eine *Einarbeitung* notwendig und idealerweise auch die Bereitstellung eines Mentors/einer Mentorin aus dem Schuldienst. Aus den Evaluationsergebnissen in Australien wurde folgerichtig abgeleitet, dass es angezeigt sei, eine standardisierte Einführungsprozedur in Form einer Handreichung für neue Schulpflegekräfte zu entwickeln (Victorian Government, Department of Human Services, 2004). Gleiches fordern Berufsverbände in den USA. Es ist daher zu empfehlen, dass eine solche *Handreichung für Schulpflegekräfte* im Rahmen eines Modellprojekts für Brandenburg entwickelt wird und so vor einer landesweiten Einführung von Schulpflegekräften den Schulen und Fachkräften zur Verfügung steht.

Evaluationsergebnisse aus anderen Staaten zeigen, dass der Bedarf an *Fortbildungsmaßnahmen* aus Sicht der Schulpflegekräfte hoch ist. Über 70% der befragten britischen School Nurses in der Untersuchung von Ball und Pike (2005) wünschten sich mehr Fortbildungen, da sie feststellen, dass sie den veränderten Anforderungen in ihrem Beruf sonst auf Dauer nicht gewachsen sind. Allerdings sahen sich drei Viertel dieser Gruppe in dem Dilemma, dass für Fortbildungsmaßnahmen keine Zeit bleibt (v.a., wenn die Ferienzeiten nicht als Beschäftigungszeiten gelten und während der Schulzeit keine Vertretung geregelt ist, so dass sie ihren Arbeitsplatz nicht verlassen können), und auch keine finanzielle Unterstützung dieser Bestrebungen erfolgt. Vor allem im Bereich der psychischen Erkrankungen bzw. Förderung der psychischen Gesundheit sehen Schulpflegekräfte Fortbildungsbedarf, ebenso gilt dies für die Erweiterung ihrer

³⁵ Die Ausführungen in diesem Abschnitt stützten sich u.a. auf die Beiträge von Prof. Dr. Elisabeth Flitner (Universität Potsdam) im Rahmen der Projekt-Auftaktveranstaltung 2013.

Kommunikations- und Beratungskompetenzen (vgl. Lightfoot & Bines, 2000). Auch wenn für das Land Brandenburg gilt, dass durch die Erarbeitung eines Curriculums für Schulpflegekräfte derartigen Bedarfen und aktuellen Herausforderungen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit Rechnung getragen wird, ist eine kontinuierliche Fortbildung sowohl in medizinisch-pflegerischen als auch in pädagogisch-psychologischen Themen wünschenswert, um eine hohe Professionalität und beständige Qualität der Pflegefachkräfte im Schuldienst sicherzustellen. Dies bestätigen auch die Erfahrungen aus Schleswig-Holstein: Die Gesundheitspfleger/innen an Schulen der dänischen Minderheit nehmen regelmäßig unterschiedliche Fortbildungsangebote sowohl in Deutschland (z.B. für Arzthelfer/innen im Öffentlichen Gesundheitsdienst) als auch in Dänemark wahr. Es wird daher empfohlen, im Rahmen eines Modellprojekts das Curriculum auf seine Praxistauglichkeit zu evaluieren und die Fortbildungsbedarfe der neu eingesetzten Fachkräfte während der Pilotphase zu erheben, um entsprechende Rückschlüsse auf künftige Qualifizierungsmaßnahmen ziehen zu können. Zusätzlich sollte geprüft werden, ob die Präventionsangebote des Arbeitsmedizinischen Dienstes im Berufsfeld Schule und passende Fortbildungsangebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch von Schulpflegekräften besucht und in welcher Form die Inanspruchnahme dieser Dienste finanziert werden können.

Die Unfallversicherungsträger sind gesetzlich verpflichtet, nach Arbeitsunfällen, zu denen auch psychisch traumatisierende Ereignisse in Gesundheitsberufen gehören können, Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch VII zu erbringen. Darüberhinausgehend ist aber für Schulpflegekräfte ein *verbindliches Angebot regelmäßiger Supervision* dringend zu empfehlen, z.B. monatlich oder alle 2 Monate – insbesondere vor dem Hintergrund der fehlenden Möglichkeiten eines fachlichen Austausches in der Schule. Diese Fachkräfte sind einem hohen Entscheidungsdruck in medizinischen Notfall-Situationen ausgesetzt, der als belastend erlebt werden kann, auch wenn sich die Entscheidung als richtig erwiesen hat, erst recht aber, wenn es dadurch zu einer Verschlimmerung des Zustand des betroffenen Kindes oder Jugendlichen gekommen sein sollte. Zudem erfahren Schulpflegekräfte in ihrer Rolle als Ansprechperson für besonders belastete und (gesundheitlich und/oder anderweitig) benachteiligte Schüler/innen emotional belastende Details der Kinder und ihrer Familien. Im Umgang mit diesen Arbeitserfahrungen benötigen sie kontinuierlich professionellen Austausch und Rat. In Queensland wurde neben regelmäßiger Supervision als Ergebnis der Evaluation nach der Berufseinführung ein 6-monatiges Sabbatical alle 4 Jahre vorgeschlagen (Barnes et al., 2004). Dies scheint aber kein weit verbreitetes Modell in anderen Staaten zu sein. In der Evaluation der Pilotphase sollte aber das psychische Beanspruchungserleben der Fachkräfte erhoben werden, um zu prüfen, ob die Häufigkeit und die Qualität der bis dahin erfahrenen Supervision ausreichen. Weiterhin könnten in einem Modellprojekt unterschiedliche Supervisionsangebote getestet werden. Gerade im ländlichen Raum bietet es sich vielleicht an, verschiedene Optionen wie eine telefonische oder eine persönliche Beratung bereitzuhalten als auch Erfahrungen der Fachkräfte mit Einzel- vs. Gruppensupervisionen zu dokumentieren und zu evaluieren.

RÄUMLICHKEITEN

Das Krankenzimmer bzw. die der Schulpflegekraft zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten müssen für die durchzuführenden Aufgaben geeignet sein. Das bedeutet, dass einerseits Ruhe und Privatsphäre gewährleistet sein muss, jedoch auch eine strategisch günstige Lage beachtet werden sollte. Idealerweise gibt es neben dem Behandlungsraum und einer Toilette eine kleine Wartezone, einen Ruheraum sowie ein kleines Lager/Archiv. Es sind die gültigen Vorschriften einzuhalten (vgl. z.B. die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV, 2012) als allgemein anerkannte Standards).

Damit die Schulträger im Land Brandenburg schon vor der Einführung von Schulpflegekräften überprüfen können, welche baulichen Veränderungen und/oder Ausstattungsaspekte an einzelnen Schulen zu beachten sind, wird empfohlen, hierfür während des Modellprojekts ein entsprechendes Kapitel der *Handreichung für die Schulen* zu erarbeiten. Den Modellschulen sowie den zuständigen Schulträgern sollte eine entsprechende Beratung bzgl. der Raumfragen angeboten werden.

6.3 NETZWERKE

Wie in Kapitel 4.4 dargestellt, wird empfohlen, dass ein Aufgabenbereich der Schulpflegekräfte in der Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften innerhalb und außerhalb der Schule liegen sollte. Nachfolgend werden daher potenzielle inner- und außerschulische Kooperationspartner benannt, wobei auf Erfahrungen aus der Praxis anderer Staaten und an deutschen Schulen in freier Trägerschaft zurückgegriffen wird.

INNERSCHULISCHE KOOPERATIONEN

In Finnland wie auch in Schweden ist die School Nurse in ein an den Schulen zusammenarbeitendes multiprofessionelles Gesundheitsteam eingebunden und übernimmt dort koordinierende Aufgaben, die die Schulgesundheitspflege betreffen. Es erfolgt demnach eine Kooperation mit dem Schularzt/der Schulärztin, Sozialarbeiter/innen, Psycholog/innen, Lehrkräften für besondere Aufgaben bzw. Assistenzkräften (vergleichbar mit Unterrichtshelfer/innen in Brandenburg) und regulären Lehrkräften sowie wie mit der Schulleitung. In den USA ist die School Nurse ebenfalls Mitglied und Koordinator/in des schulischen Gesundheitsteams, das aus Schularzt/Schulärztin, Psycholog/in, Sozialarbeiter/in, Suchtbeauftragter/m, einer Verwaltungskraft sowie pflegerischen Assistenzkräften besteht. An manchen Schulen gibt es gemeinsame Gesundheitszentren, an denen das Schulgesundheitsteam und die psychologische Beratung räumlich zusammengefasst sind, was eine noch engere Zusammenarbeit ermöglicht (vgl. auch Empfehlungen der American Academy of Pediatrics, 2001). Aus Australien und Großbritannien sind ähnliche schulinterne Netzwerke bekannt. Hier werden zusätzlich für den Bereich der Prävention in der Schule tätige Koordinatoren für eine „gesunde Schule“, Sportbeauftragte und Ernährungsberater/innen erwähnt (vgl. Baldwin, 2009).

Erfahrungen an Schulen in freier Trägerschaft in Deutschland unterstützen die Notwendigkeit von Teamarbeit, aber zeigen auch, dass in den Schulen unterschiedlich viel Wert auf solche Strukturen gelegt wird. Werden Schulpflegekräfte in Brandenburg landesweit eingeführt, ist zu empfehlen, dass von Beginn an die notwendigen Strukturen für eine enge und vertrauensvolle schulinterne Zusammenarbeit geschaffen werden. Idealerweise sollte ein Schulgesundheitsteam im Schulkonzept verankert werden und neben der Schulpflegekraft z.B. Vertreter/innen folgender Gruppen umfassen:

- Lehrkräfte mit Ersthelfer-Ausbildung
- Sicherheitsbeauftragte
- Lehrkräfte mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung
- Mitglied der erweiterten Schulleitung (das vielleicht schon für Gesundheitsmanagement zuständig ist oder im Rahmen der guten gesunden Schule als Ansprechperson für Gesundheitsförderung/gesundheitliche Prävention benannt wurde)
- Schulpsycholog/in
- Schulsozialarbeit/in

Während einer Pilotphase sollte der Prozess der Teambildung in diesen Kooperationsgruppen begleitet und evaluiert werden, um anschließend als Teil der Handreichung für die Brandenburger Schulen Empfehlungen zur konkreten Zusammenarbeit geben zu können.

AUSSERSCHULISCHE KOOPERATIONEN

Das Britische Department of Health (2012) empfiehlt eine Zusammenarbeit der School Nurse mit weiteren Bildungs- und Erziehungseinrichtungen (z.B. Horte), Jugendhilfe- und Sozialeinrichtungen, dem Jugendamt, Krankenhäusern und Fachkliniken, Haus-, Fach- und Kinderärzten/-ärztinnen, etc. Das Victorian Government, Department of Human Services (2004) weist auf die Dringlichkeit gemeinsamer regionaler Treffen mit Vertreter/innen aus dem Gesundheits- und Bildungssektor hin, die der Verbesserung der strukturellen Einbindung und der Auflösung widersprüchlicher Anforderungen aus beiden Bereichen dienen sollen. Anhand der Erfahrungen aus der deutschen Praxis lassen sich folgende potenzielle Kooperationspartner benennen, die auch für die staatlichen Brandenburger Schulen gelten können:

- das regional zuständige Gesundheitsamt
- Unfallkasse Brandenburg
- Arbeitsmedizinischer Dienst
- behandelnde Ärzte/Ärztinnen und ggf. Therapeut/innen einzelner Schüler/innen (z.B. in Fällen chronischer Erkrankungen)
- Klinikschulen in Einzelfällen
- weitere Bildungseinrichtungen (z.B. Kindertagesstätten, Horte)
- Sozialpädiatrisches Zentrum in Einzelfällen
- Jugendamt
- Fortbildungsinstitute oder Kliniken, die fachliche Schulungen o.ä. anbieten sowie
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
- Supervisor/in

Als besonders wichtig erachtet werden Konsultationen mit Fachkolleg/innen, sowohl im Öffentlichen Gesundheitsdienst als auch mit an anderen Schulen tätigen Schulpflegekräften. Solche Gruppentreffen sind in verschiedenen Ländern, z.B. in Finnland oder Dänemark bzw. beim Dänischen Gesundheitsdienst in Schleswig-Holstein fest etabliert. Es wird daher empfohlen, regelmäßige Gruppentreffen unter Beteiligung des Gesundheitsamtes für alle Schulen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu initiieren. Diese Treffen können dann sowohl einem informellen Erfahrungsaustausch dienen als auch zur Gruppensupervision sowie für kurze Fortbildungsmaßnahmen (z.B. Fachvorträge) genutzt werden.

KAPITEL 7

FINANZBEDARF UND FINANZIERUNGSOPTIONEN

In diesem Kapitel werden zunächst die zu erwartenden Kostenarten, die bei der Einführung einer Schulpflegekraft pro Schule entstehen (i.S. einer notwendigen Anschubfinanzierung) und die zu berücksichtigenden Posten pro Jahr dargestellt. Auf eine konkrete Nennung von Summen wird dabei an dieser Stelle bewusst verzichtet, da die Voraussetzungen an den Schulen sehr unterschiedlich sein werden und so keine pauschal geltenden Beträge veranschlagt werden können. Anschließend wird darauf eingegangen, welche Leistungen von welchen Kostenträgern aus rechtlicher Sicht getragen werden müssen und, sofern möglich, Optionen der Finanzierung präsentiert.

7.1 FINANZBEDARF

RÄUMLICHE UND SÄCHLICHE AUSSTATTUNG

Pro Schule müssen zunächst die räumlichen Voraussetzungen für die Einrichtung eines Krankenzimmers geprüft und gegebenenfalls geschaffen werden. Die Zuständigkeit hierfür liegt beim jeweiligen Schulträger. Dies kann auch bauliche Maßnahmen mit einschließen, da die Räumlichkeiten bestimmten Kriterien genügen müssen (vgl. Kapitel 6.2). Dann ist zu prüfen, inwieweit in der Schule die Ausstattung der Krankenzimmer aus dem vorhandenen Bestand geleistet werden kann (z.B. abschließbare Schränke, Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung, etc.) oder welche Anschaffungen noch zu tätigen sind. Diese Kosten fallen pro Schule einmalig an, in den Folgejahren sollten aber anteilige Instandhaltungskosten veranschlagt werden.

Jährlich sind Kosten für Verbandsmaterial und andere Hilfsmittel für die Leistungserbringung durch die Schulpflegekraft einzuplanen, wobei es aber dafür auch jetzt bereits an den Schulen einen entsprechenden Posten im Finanzplan gibt. Dieser muss allerdings ggf. durch die dann erweiterten Leistungen angepasst werden.

PERSONALKOSTEN

Jährliche Kosten entstehen durch die Personalkosten für die Schulpflegekraft. Aufgrund der erforderlichen Zusatzqualifizierung (vgl. Kapitel 8) sollte die Eingruppierung dabei über derjenigen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte liegen. Weiterhin müssen jährliche Kosten für Fortbildungen der Schulpflegekraft und für die regelmäßig stattfindende Supervision bereitgestellt werden.

Es ist zu empfehlen, alle Kosten im Rahmen eines Modellprojekts in Zusammenarbeit mit den Modellschulen genauer zu beziffern und durch eine mehrjährige Pilotphase eine aussagekräftige Kalkulation des Finanzbedarfs zu erarbeiten.

Zusätzlich zu den genannten Kosten ist noch der Finanzbedarf zu berücksichtigen, der durch die Curriculum-Entwicklung sowie durch die Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme entsteht.

CURRICULUM-ENTWICKLUNG UND QUALIFIZIERUNG DER FACHKRÄFTE

Bevor Schulpflegekräfte an Schulen tätig werden können, bedarf es einer Zusatzqualifikation (siehe Kapitel 8). Für diese Qualifizierungsmaßnahme ist zunächst ein Curriculum zu entwickeln. Die Kosten für die Curriculum-Entwicklung fallen einmalig an und können im Rahmen eines Modellprojekts abgedeckt werden. Hier sind vor allem die Personalkosten der Projektkoordination und die Honorare für das Expert/in-menteam einzukalkulieren sowie Sachkosten für die Durchführung der Experten- und Anhörungsrunde(n) und ggf. die Zertifizierung nach AZAV³⁶.

Die Kosten für die Qualifizierung der Fachkräfte müssen jedoch bei einer landesweiten Einführung von Schulpflegekräften berücksichtigt werden, da in einer Pilotphase nur eine kleine Anzahl von Pflegefachkräften entsprechend beruflich zusätzlich qualifiziert werden kann. Hier sind die Personal- oder Honorarkosten der Lehrkräfte sowie Sachkosten (z.B. Raummiete, Lehrmaterialien, etc.) zu veranschlagen.

7.2. FINANZIERUNGSOPTIONEN

Die Finanzierung der Leistungen richtet sich grundsätzlich nach der Zuständigkeit der Aufgaben. Grundsätzlich gilt demnach, dass Maßnahmen, die dazu dienen, dass Schüler/innen am Unterricht teilnehmen können, von der Schule finanziert werden müssen. Maßnahmen, die der Behandlung einer akuten Erkrankung dienen, fallen grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen.

Eine anteilige Kostenübernahme für die durch die Schulpflegekräfte zu erbringenden Leistungen ist generell möglich durch

- Schulträger (§ 99 sowie § 108 (3) BbgSchulG),
- Land Brandenburg (§ 115 BbgSchulG)
- Krankenkassen (SGB V) und
- Unfallkasse Brandenburg (SGB VII).

Es sollte ferner geprüft werden, inwieweit auch die Sozialhilfeträger (SGB XII) sowie die Pflegekassen (SGB XI) miteingebunden werden können.

Für Präventionsangebote, einem Arbeitsschwerpunkt der Schulpflegekräfte, sollten Fördergelder (i.S. von Pauschalsätzen) von den Krankenkassen eingeworben werden bzw. wäre insbesondere eine Verankerung dieser Leistungen im Präventionsgesetz wünschenswert. Bisher richten die gesetzlichen Krankenkassen ihr Augenmerk sehr stark auf individuelle Gesundheitsleistungen. Mit dem Präventionsgesetz wird aber nun mehr der Fokus auf das Lebensumfeld und das soziale Umfeld gelenkt. Damit soll der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen stärker als bislang entgegengewirkt werden (vgl. Kapitel 1).

RÄUMLICHE UND SÄCHLICHE AUSSTATTUNG

Sachkosten für bauliche Maßnahmen sowie Aufwendungen für die Unterhaltung einschließlich der Ausstattung tragen nach § 110 bzw. § 108 (4) BbgSchulG die Schulträger. Es ist allerdings grundsätzlich eine Mischfinanzierung (vgl. § 115 BbgSchulG) möglich, nachdem das Land den Schulträgern Zuwendungen gewähren kann. Diese Option sollte im Rahmen des Modellprojekts gemeinsam mit dem zuständigen

³⁶ AZAV steht für Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung.

Landesministerium für Bildung erörtert werden.

Für die Sachkosten, die durch Verbrauchsmaterial entstehen, sind ebenfalls die Schulträger zuständig (§ 110 bzw. § 108 (4) BbgSchulG).

PERSONALKOSTEN

Die Personalkosten könnten anteilig durch die o.g. verschiedenen Kostenträger finanziert werden:

- Schulträger (§ 99 sowie § 108 (3) BbgSchulG)
- Land Brandenburg (§ 115 BbgSchulG, analog zur Schulsozialarbeit)
- Krankenkassen (SGB V)
- Unfallkasse Brandenburg (SGB VII)
- ggf. Sozialhilfeträger (SGB XII) und/oder Pflegekassen (SGB XI)

Für eine bessere Übersicht sind in Tabelle 4 die (potenziellen) Zuständigkeiten der Kostenträger zu den Tätigkeiten der Schulpflegekräfte (vgl. Kapitel 4.5) zugeordnet.

Werden arbeitslose Pflegefachkräfte durch die neuen Stellen zurück in die Erwerbsarbeit gebracht, ist auch zumindest kurzfristig jeweils eine anteilige Kostenübernahme zu prüfen durch die

- Bundesagentur für Arbeit (nach SGB II bzw. SGB III) sowie ggf. durch die
- Rentenversicherung (laut SGB VI).

TABELLE 4. Finanzierungsoptionen für die Personalkosten der Schulpflegerkräfte

LEISTUNG	FINANZIERUNG MÖGLICH DURCH ...
VERSORGUNG	
Akutversorgung (Erste-Hilfe-Leistung)	Schulträger/Land nach BbgSchulG
Ausgewählte (einfache) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege	Erstattungsvertrag mit Krankenkassen nach SGB V
Ergänzende medizinische Nachsorge bei Schulunfällen	Unfallkasse nach SGB VII
FRÜHERKENNUNG	
Individuelle Hilfestellung für Schüler/innen und ihre Eltern durch Beratungen und orientierende Untersuchungen	anteilig durch Schulträger/Land nach BbgSchulG und Krankenkassen nach SGB V bzw. Präventionsgesetz
GESUNDHEITSFÖRDERUNG/PRÄVENTION	
Initiierung bewährter und qualitätsgesicherter Projekte zur Gesundheitsförderung und primären Prävention & Unterstützung der Klassenlehrkraft in der Elternarbeit bei gesundheitsrelevanten Themen	Krankenkassen nach SGB V & Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes bzw. nach Präventionsgesetz
UNTERSTÜTZUNG VON SCHÜLER/INNEN MIT BEHINDERUNG UND/ODER CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN SOWIE NACH KRANKHEITSBEDINGTER LÄNGERER ABWESENHEIT	
Mitarbeit am Eingliederungsprogramm gemäß <i>VV Kranke Schüler</i> ; Beratung des Schulpersonals im Umgang mit spezifischen chronischen Krankheiten; Mitarbeit in der Planung der schulischen Inklusion von Schüler/innen mit einer chronischen Erkrankung und/oder Behinderung	Schulträger/Land nach BbgSchulG und VV Kranke Schüler
ANSPRECH- UND VERTRAUENSPERSON FÜR SCHÜLER/INNEN MIT GESUNDHEITLICHEN AUFFÄLLIGKEITEN	
Zugang zu besonders gefährdeten und schwer zugänglichen Gruppen	anteilig durch Schulträger/Land nach BbgSchulG und Sozialhilfeträger nach SGB XII
INTERDISZIPLINÄRE INNER- UND AUSSERSCHULISCHE ZUSAMMENARBEIT	
Mitarbeit in den schulinternen Gremien durch Teilnahme an Besprechungen, Konferenzen und Fallkonferenzen und schulinterne Ansprechperson für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	Schulträger/Land nach BbgSchulG
VERWALTUNGSAUFGABEN	
Dokumentationen, Budgetplanung, etc.	Schulträger/Land nach BbgSchulG

KOSTEN FÜR FORTBILDUNG UND SUPERVISION

Diese Kosten fallen zumindest teilweise in die Zuständigkeit der Unfallkasse Brandenburg. Nach § 14 (1) SGB VII haben die Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Auf der Grundlage von § 23 SGB VII sowie im Rahmen der in der Unfallverhütungsvorschrift benannten „Grundsätze der Prävention“ (GUV-V A 1) ist die Unfallkasse Brandenburg für die erforderliche Aus- und Fortbildung der Personen in der Schule zuständig, die mit der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie mit der Ersten Hilfe betraut sind. Absatz 2 regelt, dass die Unfallversicherungsträger die unmittelbaren Kosten ihrer Aus- und Fortbildungsmaßnahmen sowie die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Unterbringungskosten zu tragen haben. Die Auffrischkurse zur Ersten Hilfe werden also in diesem Rahmen übernommen. Zu prüfen wäre, inwieweit die Unfallkasse Brandenburg anteilig weitere erforderliche Fortbildungskosten übernehmen könnte, die zur Erreichung der o.g. Ziele dienlich sind.

Die Unfallversicherungsträger sind gesetzlich verpflichtet, nach Arbeitsunfällen, zu denen auch psychisch traumatisierende Ereignisse in Gesundheitsberufen gehören können, Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch VII zu erbringen. Die Unfallkasse Brandenburg bietet darüber hinaus Präventionsmaßnahmen für Lehrkräfte im Bereich des schulischen Gesundheitsmanagements an, von denen auch eine beschäftigte Schulpflegkraft profitieren könnte. Darunter werden auch Angebote zur Supervision gelistet. Es wäre daher zu prüfen, ob diese Angebote künftig auch für Schulpflegekräfte vorgehalten werden können und inwieweit mit der Unfallkasse Brandenburg Vereinbarungen getroffen werden können, die eine (anteilige) Kostenübernahme auch der regulären verbindlichen Supervisionssitzungen (i.S. einer präventiven Maßnahme zur Erhaltung der psychischen Gesundheit der neuen Fachkräfte) vorsehen.

CURRICULUM-ENTWICKLUNG UND QUALIFIZIERUNG DER FACHKRÄFTE

Für die Finanzierung des Modellprojekts (inklusive wissenschaftlicher Begleitung/Evaluation) und somit auch der Curriculum-Entwicklung und Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme der ersten Gruppe der neuen Fachkräfte sind alle passenden Optionen für Fördergelder auf Landes-, Bundes- und europäischer Ebene zu prüfen. Die Zuständigkeit für die Finanzierung der Qualifikation für eine landesweite Einführung der Schulpflegekräfte richtet sich anschließend dann nach der Art der Qualifizierung, so dass hierzu aktuell keine konkrete Aussage getroffen werden kann (vgl. Kapitel 8). Erfolgt die Qualifizierung z.B. an Fachschulen, analog zu der aktuellen Regelung zur Qualifizierung der Sonderpädagogen (FS), die Schüler/innen mit Behinderungen im Unterricht an den Förderschulen oder im gemeinsamen Unterricht unterstützen, wären die Kosten vom Land zu tragen. Würde die Qualifikation über eine Zertifikatsausbildung auf Hochschulniveau realisiert, wären diese für die Teilnehmenden kostenpflichtig. Nach Klärung der offenen Fragen zum Bereich der Qualifizierung sollten während der Modellprojektlaufzeit alle in Frage kommenden Finanzierungsoptionen eruiert werden.

Allgemein ist zu empfehlen, nach der Erstellung eines Vollkostenplans mit den genannten Kostenträgern im Rahmen eines Modellprojekts in entsprechende Verhandlungen einzutreten, um schon während der Pilotphase eine Mischfinanzierung zu testen. Für die Verstetigung der Leistung ist eine Kostensatzpauschale auf dieser Grundlage (unter Beteiligung der genannten Kostenträger) anzustreben.

KAPITEL 8

ANFORDERUNGSPROFIL UND QUALIFIZIERUNG

Wie in Kapitel 3 ausgeführt, ist ein Ziel der Einführung von Schulpflegekräften die Verbesserung des Arbeitsmarktes für Brandenburger Pflegefachkräfte durch die Erweiterung des Berufsfeldes im lokalen Umfeld, insbesondere im ländlichen Raum. Es sollen neue attraktive Arbeitsangebote für diese Fachkräfte geschaffen werden. Für die Weiterentwicklung des Berufsfeldes für Gesundheitsfachkräfte ist es jedoch zunächst erforderlich, ein Anforderungsprofil zu definieren, allgemeine Rahmenbedingungen einer Zusatzausbildung zu beschreiben und Empfehlungen für die Curriculum-Entwicklung zu geben.

Grundsätzlich wird empfohlen, im Rahmen eines Modellprojekts ein Curriculum zu entwickeln und auf dieser Basis eine Qualifizierungsmaßnahme durchzuführen. Durch eine wissenschaftliche Begleitung in der Pilotphase kann gewährleistet werden, dass das Curriculum auf seine Praxistauglichkeit hin evaluiert wird, so dass nach Abschluss des Modellprojekts ein anhand der Evaluationsergebnisse geprüftes und ggf. überarbeitetes Curriculum für die Ausbildung der Schulpflegekräfte im Land zur Verfügung steht.

8.1 ZIELGRUPPE UND EMPFEHLUNGEN AN EIN ANFORDERUNGSPROFIL

Die Zielgruppe sind Fachkräfte mit gesundheits- bzw. krankenpflegerischer Primärqualifikation (vgl. Kapitel 3.1) und beruflicher Erfahrung in der Kinderkrankenpflege oder einer vergleichbaren Tätigkeit mit Kindern und/oder Jugendlichen. Aus den gesetzlichen Vorgaben (vgl. Krankenpflegegesetz bzw. Kapitel 3.1) lässt sich ableiten, welche formalen Qualifikationen Berufsangehörige aus der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege aufgrund ihrer Ausbildung mitbringen. Anhand des Tätigkeitsprofils (vgl. Kapitel 4.5) der zukünftigen Schulpflegekräfte muss entsprechend herausgearbeitet werden, welche Kompetenzen zusätzlich erforderlich sind. Diese müssen dann in der Qualifizierung berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 8.3).

ZU VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE TÄTIGKEIT ALS SCHULPFLEGEKRAFT IN ANDEREN STAATEN

Auch in anderen Staaten ist es üblich, dass School Nurses als Primärqualifikation eine krankenpflegerische oder z.T. alternativ auch Hebammen-Ausbildung absolviert haben, die allerdings europaweit überwiegend akademisch, auf Bachelor-Niveau, angeboten wird, so auch im Projektpartnerland Finnland. Neben der Bachelor-Prüfung wird i.d.R. oft ein weiteres Examen gefordert, um die Berechtigung für die Berufsbezeichnung der „Registered Nurse“ (vgl. z.B. Regelungen in Großbritannien oder den USA) erhalten zu können. Zusätzlich werden unterschiedlich ausgestaltete Weiterbildungen oder Studienmodule gefordert. So ist in Finnland die Schulkrankenpflege z.B. eine Wahl-Spezialisierung im Masterstudiengang „Community Health“. In Dänemark werden als Voraussetzung für die Qualifikation zur Gesundheitspflegekraft auf akademischem Niveau ein Bachelor der Pflege sowie eine mindestens 24-monatige Berufserfahrung in entsprechenden Gebieten der Medizin gefordert. Eine Arbeitszulassung für eine Schulpflegekraft in Polen wird erteilt, wenn folgende Voraussetzungen nachgewiesen werden können: (a) Berechtigung zur Berufsausübung, (b) anerkannter Berufsabschluss als Krankenpflegekraft oder erfolgreicher Abschluss einer speziellen Weiterbildung zum Fach „Pflege im Bereich Bildung und Erziehung“, (c) eine mindestens dreijährige Berufserfahrung im Bereich der allgemeinen Gesundheitsfürsorge sowie (d) eine abgeschlossene Weiterbildung im Bereich Zahnprophylaxe. Die beiden für die Studie interviewten Schulpflegekräfte an deutschen Schulen in freier Trägerschaft verfügen über eine Primärqualifikation als Kinderkranken-

schwester und hatten vor Aufnahme ihrer aktuellen Tätigkeit verschiedene Fortbildungen absolviert (vgl. auch 8.2).

EMPFEHLUNGEN AN EIN ANFORDERUNGSPROFIL FÜR ZUKÜNFTIGE SCHULPFLEGEKRÄFTE IN BRANDENBURG

Als Voraussetzungen für eine Berufstätigkeit als Schulpflegekraft im Land Brandenburg können anhand der rechtlichen Bestimmungen (vgl. Kapitel 5) und praktischen Erfahrungswerte aus anderen Staaten die folgenden Empfehlungen abgeleitet werden. Die Schulpflegekräfte sollten...

- eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege vorweisen,
- eine dreijährige Berufserfahrung nachweisen können,
- über (berufliche) Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter verfügen,
- den erfolgreichen Abschluss einer entsprechenden Qualifizierungsmaßnahme nachweisen können (vgl. Kapitel 8.2),
- eine positive und wertschätzende Grundhaltung gegenüber Kindern und Jugendlichen, ihren Familien als auch gegenüber der Schule und allen dort tätigen Berufsgruppen einnehmen.

Eine Zusatzausbildung in einem präventiven (z.B. Ernährungsberatung), beratenden oder pädagogischen Bereich ist von Vorteil, sollte aber nicht als Voraussetzung gelten.

8.2 EMPFEHLUNGEN ZU UMFANG, ART UND INHALTEN DER QUALIFIZIERUNG

ZUM UMFANG

Der Umfang der zu entwickelnden Qualifizierung kann an dieser Stelle nicht konkret benannt werden, weil er davon abhängig sein wird, welche Inhalte in welchem Ausmaß vermittelt werden müssen, um die Fachkräfte angemessen auf ihre Tätigkeit in den Schulen vorzubereiten (vgl. Kapitel 8.3 zum Vorgehen bei der Curriculum-Entwicklung).

Erfahrungswerte der Weiterbildungen nach dem Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens sowie die Regularien über die Förderung beruflicher Weiterbildung durch die Bundesagentur für Arbeit nach §§ 179ff SGB III sollten bei der Konzeption Berücksichtigung finden³⁷. Es erscheint nach jetzigem Erkenntnisstand realistisch, für den Umfang der Weiterbildung einen zeitlichen Rahmen zwischen 720 und 1.900 Stunden zu veranschlagen.

ZUR ART DER QUALIFIZIERUNG

Während des Modellprojekts ist eine berufsvorbereitende oder/und berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahme angedacht.

Für die Qualifizierung von Fachpersonal bei einer landesweiten Einführung von Schulpflegekräften sollten jedoch folgende Optionen einer berufsbegleitend zu erwerbenden Zusatzqualifikation in der Vor-

³⁷ Durch die Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung (AZAV) zu zertifizierende und mit einem Zertifikat abschließende Vollzeit-Qualifizierungsmaßnahmen, die die Teilnehmenden zu einer anderen beruflichen Tätigkeit befähigen, müssen vom Umfang her mindestens um ein Drittel der Ausbildungszeit gegenüber einer entsprechenden Berufsausbildung verkürzt sein.

bereitung der Curriculum-Entwicklung berücksichtigt bzw. gegeneinander abgewogen werden:

- (1) Erarbeitung einer staatlich anerkannten Weiterbildung nach dem Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens
- (2) Konzeption einer Qualifizierungsmaßnahme auf Fachschulniveau analog zum Aufbaulehrgang Sonderpädagogik³⁸ inklusive der Erarbeitung entsprechender rechtlicher Regularien
- (3) Erarbeitung einer Qualifizierungsmaßnahme auf Hochschulniveau im Sinne einer akademischen Zertifikatsausbildung oder eines konsekutiven Studienganges

Um künftig eine stärkere Verzahnung von beruflicher und akademischer Bildung zu erreichen, die letztendlich auf mehr Durchlässigkeit zwischen den Bildungssystemen bzw. Ausbildungspfaden orientiert ist, finden sich bundesweit zunehmend Bestrebungen, bei der Erarbeitung von Curricula auf eine Triangulation von Hochschule, Berufsfachschulen und Fachpraxis zu setzen (vgl. Initiative „Offene Hochschulen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, 2011)³⁹. Es ist empfehlenswert, diese neuen Entwicklungen auch im Feld der Schulgesundheitspflege zu berücksichtigen und neben einer kooperativen Form der Curriculum-Entwicklung (vgl. Kapitel 8.3) die Art der Qualifizierungsmaßnahme so anzulegen, dass eine solche Durchlässigkeit später gewährleistet werden kann. Um entsprechend eine Anschlussfähigkeit an passende Hochschulstudiengänge, aber auch an manche andere Weiterbildungsangebote (vgl. z.B. analoge Überlegungen der Bundesinitiative Frühe Hilfen⁴⁰) zu ermöglichen, sollte eine mögliche zukünftige Vergabe und Anerkennung von Leistungspunkten (Credit Points nach dem *European Credit Transfer and Accumulation Systems*, ECTS⁴¹) durch Hochschulen im Rahmen einer Gleichwertigkeitsprüfung mit bedacht werden. Dies kann am besten durch eine enge Begleitung infrage kommender akademischer Einrichtungen von Anfang an gelingen.

ZU DEN INHALTEN DER QUALIFIZIERUNG

Um den inhaltlichen Weiterbildungsbedarf zu ermitteln, ist es erforderlich, zunächst ein Kompetenzprofil zu erarbeiten. Dieses beschreibt, welches Wissen und welche Fertigkeiten die Fachkräfte zur Erfüllung ihrer Aufgaben (vgl. Tätigkeitsprofil) benötigen (siehe auch Beispiel der Bundesinitiative Frühe Hilfen für ein Kompetenzprofil für Familienhebammen⁴²). Dieses im Rahmen des Modellprojekts zu erstellende Kompetenzprofil sollte sich dabei nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)⁴³ richten. Ein Kompetenzprofil benennt dabei konkrete Handlungsanforderungen mit typischen Aufgaben bzw. Tätigkeiten, die die Fachkräfte in ihrem Berufsalltag auszuführen müssen. Anhand dieser Tätigkeiten werden die entsprechend erforderlichen Kompetenzen abgeleitet, die allgemein in Fachkompetenzen (d.h., Wissen und Fertigkeiten) und personale Kompetenzen (d.h., Sozial- und Selbstkompetenzen) unterteilt werden.

Weiterhin können bzgl. der Inhalte der zu entwickelnden Weiterbildung für die Schulpflegerkräfte erneut die Erfahrungen aus anderen Staaten bzw. auch die bereits zur Verfügung stehenden Kompetenzprofile

³⁸ Der Aufbaulehrgang Sonderpädagogik wird nur tätigkeitsbegleitend in Teilzeitform angeboten und dauert drei Schuljahre (vgl. Verordnung über die Bildungsgänge für Sozialwesen in der Fachschule).

³⁹ Informationen zur Initiative „Offene Hochschulen“ unter www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de/

⁴⁰ Weitere Informationen zur Zusatzqualifikation Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen bzw. Familienhebammen unter www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/familienhebammen/ bzw. www.ig-kikra.de/news.php?readmore=7

⁴¹ vgl. Richtlinie 2013/55/36/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20.11.2013

⁴² Informationen unter <http://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/Kompetenzprofil%20Familienhebammen/>

⁴³ Informationen zum DQR unter www.dqr.de/

als Inspiration und teilweise auch als konkrete Hilfestellung genutzt werden. So werden staatenübergreifend übereinstimmend u.a. die im Folgenden aufgeführten Aspekte benannt, die in der Ausbildung Berücksichtigung finden sollten. Diese decken sich größtenteils mit dem in den Expertenrunden zur Erarbeitung der Machbarkeitsstudie identifizierten Weiterbildungsbedarf für die zukünftigen schuleigenen Pflegefachkräfte (unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Kompetenzen aufgrund der Primärqualifikation):

- Unterschiede zwischen dem Arbeitsfeld, das in der Ausbildung kennengelernt wurde und dem neuen Arbeitsfeld Schule sowie Rollenverständnis und Abgrenzung zu benachbarten Berufsgruppen
- Wissen über die Schulorganisation und schulinterne Abläufe
- ethische Grundsätze in der Schulgesundheitspflege
- rechtliche Grundlagen
- Differenzierung normaler und abweichender Entwicklungsverläufe im Kindes- und Jugendalter (auf Grundlage der Medizin und Psychologie)
- Auffrischung und Erweiterung des Wissens über psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter
- Gesprächsführungstechniken – mit Kindern/Jugendlichen, Eltern, im interdisziplinären Team (sowohl im Einzel- als auch im Gruppenkontakt)
- Ansätze der Beratung
- Grundkenntnisse der Pädagogik für das Vorschulalter und Schulalter sowie didaktische Grundlagen
- Auffrischung und Erweiterung des Wissens über den Umgang mit Notfallsituationen inkl. Kommunikationstechniken für die Arbeit mit Gruppen zur Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen
- Gesundheitsförderung/Prävention im Schulalter
- Management- und Organisationsfertigkeiten bzgl. der Übernahme komplexer Aufgaben bzw. Arbeitsabläufe

Um auch dem Anspruch gerecht werden zu können, die gesundheitliche Chancengleichheit erfolgreich mit zu fördern (vgl. Kapitel 2), sollte den zukünftigen Schulpflegekräften zusätzlich Wissen in diesem Themenbereich vermittelt werden⁴⁴. Dazu bedarf es Informationen bezogen auf...

- das Ausmaß des Armutpotentials vor Ort,
- mögliche Kooperationspartner und bereits vorhandene Hilfsangebote für benachteiligte Kinder und Familien,
- die speziellen Bedarfe und Bedürfnisse, Probleme und Lebenslagen dieser Gruppe sowie
- die komplexen Zusammenhänge zwischen Armut, Gesundheit und Bildung.

Das finnische Ausbildungssystem beinhaltet neben Vorlesungen und Seminaren auch die praktische Ausbildung in sogenannten „Skills-Laboratories“. Hier werden sowohl die Screening-Untersuchungen und Hör- und Sehtests unter professioneller Anleitung praktisch eingeübt, der Einsatz von Instrumenten zur Erfassung von z.B. Depression, Essstörungen oder Substanzmittelmissbrauch inklusive der Datenauswertung und Kommunikation der Ergebnisse trainiert als auch Fallbesprechungen in multiprofessionellen Teams in konkreten Anwendungsfällen simuliert. In Anlehnung an das finnische Vorbild ist zu empfehlen, aufeinander abgestimmte theoretische und praktische Ausbildungsanteile einzuplanen, um eine möglichst praxisnahe Vorbereitung auf die Arbeit an den Schulen zu gewährleisten.

⁴⁴ Zusätzlich zur Vermittlung dieser speziellen Ausbildungsinhalte sollte in den Schulen (sofern noch nicht durchlaufen) ein Prozess der Problemsensibilisierung, -wahrnehmung, -umgang und -bewältigung bzgl. Kinderarmut bzw. der komplexen Zusammenhänge zwischen Armut, Gesundheit und Bildungserfolg angeregt werden. Konkrete Maßnahmen und Instrumente zur Förderung benachteiligter Kinder und Jugendlicher finden sich z.B. bei Holz (2008).

QUALITÄTSKRITERIEN FÜR DIE QUALIFIZIERUNG

Die Tätigkeiten der Schulpflegekräfte erfordern eine umfassende Vermittlung und Vertiefung von Kenntnissen und Fertigkeiten, die über die Primärqualifikation von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften hinausgehen bzw. sich von diesen unterscheiden. Die Arbeitssituation als einzige medizinisch-pflegerische Fachkraft in der Schule stellt grundsätzlich andere Anforderungen an ihre Fachlichkeit und fordert eine Neuorientierung bzgl. des eigenen professionellen Selbstverständnisses der Pflegekräfte. Es wird daher empfohlen, folgende Aspekte bei der Qualifizierung zu berücksichtigen:

- Um eine nachhaltige und angemessene Qualifizierung sicherzustellen, wird ein Umfang der Qualifizierung zwischen 720 und 1.900 Stunden Theorievermittlung und Praxiserfahrung empfohlen.
- Es bietet sich an, eine modularisierte Form der beruflichen Weiterbildung zu wählen. Eine frühzeitige Kooperation mit Hochschulen ist erstrebenswert, um eine Anschlussfähigkeit zu passenden Studiengängen von Beginn an mitzudenken. So kann auch den bundesweiten Bestrebungen zur Durchlässigkeit zwischen den Bildungssystemen Rechnung getragen werden.
- Die Inhalte sollten kompetenzorientiert angelegt und nach dem Lernfeldkonzept stark auf tatsächliche Arbeitsabläufe orientiert sein, um einen ganzheitlichen und handlungsorientierten Unterricht im Sinne eines gelingenden Theorie-Praxis-Transfers zu ermöglichen (vgl. Handreichung der Kultusministerkonferenz, 2000)⁴⁵.
- Eine Einbindung von Praktiker/innen in die Ausbildung sowie die Beteiligung von unterschiedlichen Fachkräften als Expert/innen ist wünschenswert. Dabei bietet sich eine Beteiligung u.a. aus den Bereichen Gesundheitsamt, Jugendamt, Sozialamt, Verband der Kinderärzte und Kinderschutz an.
- Begleitend zur Qualifizierungsmaßnahme sollte eine Lehrevaluation der einzelnen Lehrveranstaltungen sowie der Module als Ganzes stattfinden, damit die Evaluationsergebnisse anschließend in die Planung und Vorbereitung der weiteren (landesweiten) Qualifizierungsmaßnahmen einfließen können.

8.3 EMPFEHLUNGEN ZUR ENTWICKLUNG EINES CURRICULUMS⁴⁶

Ein Curriculum ist ein Lehrprogramm, das möglichst konkrete und genaue Regelungen zu Lernzielen, -inhalten, -prozessen und Organisationsformen des Lernens und Lehrens festschreibt. Laut der Charta der guten Lehre (vgl. Stiftungsverband für die Deutsche Wissenschaft)⁴⁷ enthält ein modernes Curriculum Informationen zu übergeordneten Studien- oder Ausbildungszielen, zu erwerbenden Kompetenzen, konkreten Lerninhalten, zum detaillierten Studien-/Ausbildungsaufbau, zu spezifischen Lehrangeboten, Lehr- und Lernformen und zu Anzahl, Umfang und Art der Prüfungen bis hin zu Informationen über Lehrveranstaltungsformate, Gruppengrößen, Zeitangaben und Arbeitsmittel.

Die Entwicklung eines Curriculums erfolgt dabei allgemein in den nachfolgend beschriebenen Schritten, die auch bei der Erarbeitung des Curriculums für Schulpflegekräfte eingehalten werden sollten.

- Da ein Curriculum auf den systematischen Kompetenzerwerb ausgerichtet ist, steht an erster Stelle die Erarbeitung eines Kompetenzprofils anhand des vorliegenden Tätigkeitsprofils. Die dort definierten Aufgabenbereiche sollten in genaue Handlungsanforderungen und einzelne Tätigkeiten aufgefächert

⁴⁵ vgl. Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe unter www.kmk.org/

⁴⁶ Die Ausführungen in diesem Kapitel stützten sich u.a. auf den Beitrag von Susanne Wolter (Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg, LISUM, Abteilung Unterrichtsentwicklung Grundschule, Sonderpädagogische Förderung) im Rahmen des Projekt-Workshops 2014.

⁴⁷ online verfügbar unter www.stifterverband.info/wissenschaft_und_hochschule/lehre/charta_guter_lehre/

werden, um daraus die erforderlichen Kompetenzen ableiten zu können.

- Die ermittelten Kompetenzen werden anschließend mit den bereits durch die Primärqualifikation erworbenen Kompetenzen (vgl. Rahmenlehrplan zur Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Kapitel 3.1) abgeglichen. Aus diesem Vergleich ergibt sich der Qualifikationsbedarf.
- Der auf diese Weise identifizierte Qualifikationsbedarf bildet die Grundlage für die Erstellung der Inhalte der Zusatzqualifizierung sowie auch für die Formen der Lehre (inkl. Theorie- und Praxisanteil, Lehrveranstaltungsarten, ggf. Präsenz- vs. Online-Angebote), die dann im Curriculum festgeschrieben werden.
- Es folgt eine erste Qualifizierungsrunde, nach der die Schulpflegekräfte in einer Pilotphase ihre praktische Arbeit an den Schulen aufnehmen.
- Während dieser Pilotphase erfolgt eine Evaluation des Curriculums bzgl. seiner Praxistauglichkeit. Die Ergebnisse, zusammen mit denen aus der Lehrevaluation, führen zu einer empirisch gestützten und den tatsächlichen Bedarfen angepassten Überarbeitung des Curriculums sowie zu erforderlichen Anpassungen in einzelnen Veranstaltungsformen.
- Nach dieser Überarbeitungsphase liegt am Ende des Modellprojekts ein Curriculum für den landesweiten Einsatz zur Qualifizierung von Schulpflegekräften vor.

Zur Gewährleistung der bereits genannten Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ausbildungspfaden (vgl. Initiative „Offene Hochschulen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, 2011)⁴⁸ wird empfohlen, eine kooperative Curriculum-Entwicklung umzusetzen (vgl. Hagemann et al., 2012). *Kooperative Curriculum-Entwicklung* beinhaltet eine Beteiligung von Expert/innen aus der relevanten Berufspraxis sowie der Berufs- und der Hochschulen. Auf diese Weise arbeiten in Expertenteams erfahrene Lehrkräfte, die auch hinterher für die Umsetzung der Qualifizierungsmaßnahme zur Verfügung stehen, mit Fachdidaktiker/innen und erfahrenen Praktiker/innen zusammen, so dass von vornherein der erforderliche Theorie-Praxis-Transfer in den Fokus bei der Erarbeitung des Curriculums rückt.

Für die Umsetzung der kooperativen Curriculum-Entwicklung sind folgende Punkte zu beachten:

- Es muss eine Projektregie zur Koordinierung und Steuerung für den gesamten Prozess einer Curriculum-Entwicklung geben.
- Auf Grundlage eines Kompetenzprofils sind vorhandene Curricula (aus anderen Ländern, der Primärqualifikation) zu evaluieren.
- Die zu beteiligenden Expert/innen und Fachkräfte für die inhaltliche und formale Entwicklung müssen identifiziert und einbezogen werden.
- Die Arbeitsergebnisse des Expertenteams sollten zu bestimmten Zeitpunkten mit einem weiteren Kreis aus Expert/innen abgestimmt und gegengelesen werden. Diese Runden schaffen Öffentlichkeit und Akzeptanz für die Qualifizierung und sind ein ganz wesentlicher Bestandteil bei der Verbreitung der Ergebnisse bzw. Inhalte an beteiligte Fachkräfte und Entscheidungsträger aus Schule, Pflege und Ausbildung.

Es wird empfohlen, insbesondere Lehr- und Fachexpert/innen aus folgenden Institutionen/Gruppen für die Curriculum-Entwicklung bzw. Anhörungsrunden einzubinden:

- Brandenburgische Ministerien für Bildung bzw. Gesundheit, zuständiges Landesamt für Gesundheit, Landesinstitut für Schule und Medien
- Vertreter/innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Lehrkräfte aus Grund- oder/und weiterführenden Schulen

⁴⁸ vgl. www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de/

- Dozent/innen aus Brandenburger Hochschulen
- an freien Schulen bereits tätige Schulpflegerkräfte
- Vertreter/innen des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe
- Vertreter/innen des Berufsverbands Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.

Weiterhin sollte die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit den Fachkräften geprüft werden, die mit der Curriculum-Entwicklung und Qualifizierung im Rahmen des AGnES-Modellprojektes⁴⁹ oder auch zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen⁵⁰ im Land Brandenburg betraut waren bzw. sind.

ZUR EVALUATION DES CURRICULUMS

Da es sich um ein in Deutschland neuartiges Curriculum handelt, ist es notwendig, innerhalb eines Modellprojekts zu überprüfen, inwieweit die vermittelten Inhalte während der Qualifizierungsphase den Anforderungen in der Berufspraxis entsprechen. Dabei wird zugleich auch eine Evaluation des erarbeiteten Tätigkeitsprofils ermöglicht. Durch eine Dokumentation der geleisteten Tätigkeiten sowie der Häufigkeit und dem zeitlichen Umfang kann das tatsächliche Arbeitsspektrum abgebildet werden (vgl. Kapitel 9). Daraus wiederum lassen sich Rückschlüsse bzgl. der Praktikabilität der Struktur und der Umsetzung des Curriculums ziehen. Das Ziel besteht in einer Weiterentwicklung bzw. Verbesserung des Curriculums auf Basis der Evaluationsergebnisse. Es gilt herausfinden, ob Inhalte in der Qualifizierung fehlen und so weiterer Fortbildungsbedarf besteht oder ob beispielsweise nur ein zu geringer Zeitanteil der Qualifizierungsmaßnahme auf gewisse Themen verwendet wurde. Es kann also abgeleitet werden, ob eine inhaltliche Erweiterung erforderlich ist oder eher der Umfang bestimmter Module ausgebaut werden sollte (vgl. Rogalski, 2010).

⁴⁹ AGnES steht für Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health-gestützte Systemische Intervention. Informationen unter www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de

⁵⁰ Informationen unter www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/familienhebammen/ bzw. www.ig-kikra.de/news.php?readmore=7

KAPITEL 9

DOKUMENTATION UND EVALUATION

Das Anfertigen von Dokumentationen dient der Wiedernutzbarmachung von Informationen zu einem späteren Zeitpunkt. Es geht also darum, dass ausgeübte Tätigkeiten, etc. nachvollziehbar schriftlich dargestellt sind und so für weitere Zwecke (z.B. bei Übergaben im Vertretungsfall bzw. auch im Rahmen einer Evaluation) ausgewertet werden können. Auch gelten sie als Nachweis über getroffene Maßnahmen und können der juristischen Absicherung dienen. Dokumentationen erleichtern die Kooperation innerhalb der in der Schulgesundheitspflege anvisierten multiprofessionellen Teams (i.S. des Case-Managements) und sind damit ein wichtiges Arbeitsmittel der Schulpflegekräfte. Es muss aber dringend die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen einer Dokumentation gewahrt bleiben. Für das Modellprojekt ist daher zu empfehlen, den Umfang und die Art der angefertigten Dokumentationen einer kritischen Prüfung zu unterziehen und die Ergebnisse und daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen in der *Handreichung für Schulpflegekräfte* für die Fachkräfte darzustellen.

Bezüglich der Evaluation wird in diesem Kapitel sowohl auf die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojekts eingegangen als auch der Bereich der schulinternen Evaluation angesprochen, der sich schon auf die Verstetigungsphase nach Ende der Pilotphase bezieht. Wenn die Neueinführung des Berufsfeldes genutzt wird, um Fragen der erforderlichen Dokumentation und Evaluation parallel durch eine entsprechende wissenschaftliche Begleitung zu klären, können daraus bundesweit geltende Qualitätsstandards erarbeitet werden, die sich in die aktuellen Bestrebungen europa- und weltweit einreihen und internationale Vergleichsdaten liefern können.

9.1 DOKUMENTATION

Bei den Dokumentationen ist zwischen den bereits bestehenden und neu einzuführenden Systemen zu unterscheiden. Dokumentationspflichtig sind zunächst einmal Verletzungen mit medizinischen Maßnahmen (Verbandbuch bei Erster Hilfe), Erkrankungsfälle mit eventueller medizinischer Maßnahme sowie Medikamentengaben.

Übernimmt die Schulpflegekraft Screening-Untersuchungen für Schüler/innen, bei denen Auffälligkeiten z.B. beim Hören oder Sehen festgestellt wurden, ist es empfehlenswert, diese Daten ebenfalls zu dokumentieren (u.a. als Basis für die Beobachtung der Entwicklung der gesundheitlich auffälligen Schüler/innen in den entsprechenden Bereichen). Es wird also „Gesundheits-Akten“ für Schüler/innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten bzw. besonderen Bedarfen geben. Diese Art der Protokollierung von Testwerten, Informationen zu Medikationen oder/und getroffenen Maßnahmen sind insbesondere auch bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen zu empfehlen. Die Akten von chronisch kranken Kindern sollten dabei alle aktuellen ärztlichen Dokumente, die der Schulpflegekraft ausgehändigt worden sind als auch handschriftliche Notizen enthalten, die sie zeitnah nach der Durchführung von Maßnahmen anfertigen sollte. Auch individuell geltende Notfallmaßnahmen und Sonderregelungen sollten präzise und nachvollziehbar in diesen Akten abgelegt werden. Grundsätzlich gilt aber, dass nur Informationen dokumentiert werden dürfen, die tatsächlich notwendig für eine fachgerechte Leistungserbringung sind. Zudem ist zu gewährleisten, dass diese Dokumentationen sicher verwahrt und dass bei einer erforderlichen interdisziplinären Zusammenarbeit die Regeln des Datenschutzes eingehalten werden (vgl. Kapitel 5.3).

DOKUMENTATION DER ARBEITSLEISTUNG – ZU STATISTISCHEN ZWECKEN UND FÜR DIE SCHULINTERNE EVALUATION

Für Dokumentationen, die als Grundlage der schulinternen Statistiken (z.B. Anzahl der chronisch kranken Schüler/innen, der durchgeführten Screenings, der initiierten Präventionsprogramme, etc.) und dem Nachweis der Arbeitsleistung der Schulpflegerkräfte (z.B. Anzahl der täglichen Kontakte mit Schüler/innen und Personal, Art der pro Tag geleisteten Tätigkeiten, Umfang einzelner Aufgabenarten, etc.) dienen, sollte jeweils geprüft werden, ob Aufwand und Nutzen in einem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen. Es ist zu empfehlen, den Dokumentationsaufwand generell so gering wie möglich zu halten. Zugleich kann es gerade in der Pilotphase jedoch angezeigt sein, zeitweise z.B. eine Art Tätigkeitstagebuch zu führen, um Daten für die erforderliche (externe) Evaluation bereitzustellen.

Im Sinne von **Qualitätskriterien** für die Dokumentationsarbeit der Schulpflegerkräfte wird daher empfohlen, folgende Aspekte zu beachten:

- Alle gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationen sind vollständig, lückenlos und korrekt zu erstellen und zu archivieren.
- Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen aller zusätzlichen Dokumentationen muss gewahrt sein.
- Es dürfen nur Informationen dokumentiert werden, die für eine fachgerechte Leistungserbringung notwendig sind.
- Personengebundene Informationen (z.B. Akten von chronisch kranken Kindern) müssen sicher verwahrt werden.
- Es sollte regelmäßig (z.B. einmal pro Schulhalbjahr) überprüft werden, dass nur aktuell geltende Informationen in diesen Akten vorhanden sind. Eine Archivierung veralteter ärztlicher Dokumente o.ä. ist nicht angezeigt.
- Bei der Weitergabe dokumentierter Informationen sind die Regeln des Datenschutzes einzuhalten. Ggf. ist eine Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht durch die betroffenen Schüler/innen bzw. die Erziehungsberechtigten einzuholen. Diese schriftlichen Vereinbarungen sind aufzubewahren.
- Daten, die zu statistischen Zwecken oder im Rahmen einer externen oder auch schulinternen Evaluation erhoben und dokumentiert werden, bedürfen einer entsprechenden Anonymisierung.

9.2 EVALUATION

International gibt es nur sehr wenige Evaluationsstudien zur Wirksamkeit der Leistungen von Schulpflegerkräften. Die Forschung in diesem Feld steht trotz der langen Tradition der Schulgesundheitspflege in vielen Staaten noch am Anfang. Der Bedarf an qualitativ hochwertiger Evaluationsforschung ist aber international anerkannt und in den vergangenen Jahren wiederholt zum Ausdruck gebracht worden.

In Großbritannien z.B. gab es bis Ende der 2000er Jahre keine landesweit gültige Vorschrift zum School Nurse Service, was zu uneinheitlichen Tätigkeiten in unterschiedlicher Qualität und auch zu einem uneinheitlichen Gebrauch fachlicher Supervision geführt hat. In den vergangenen Jahren erst wurden mittels erster Evaluationsstudien Bestrebungen unternommen, einheitliche Rahmenbedingungen zu erarbeiten (Baldwin, 2009). Diese Entwicklung fand ihren vorläufigen Höhepunkt durch den vom Department of Health 2012 ausgerufenen Aktionsplan, auf den schon in den vorherigen Kapiteln Bezug genommen wurde. Auch in Australien zeigte sich ca. 10 Jahre nach dem Start der dortigen Schulgesundheitspflege, dass es zwar empfohlene Kernaufgabenbereiche gab, aber keine landesweite Dokumentation darüber,

welche Tätigkeiten die Fachkräfte an den Schulen wirklich ausübten bzw. wie viel Zeit für welche Aufgabe benötigt wird (Moses et al., 2008). Die finnischen Projektpartner merkten selbstkritisch an, dass es in ihrem Land zwar eine lange Tradition dieses Berufsfeldes gibt, aber im Bereich der Qualitätssicherung und der Wirksamkeitsanalyse noch großer Forschungsbedarf vorhanden ist.

Für Großbritannien sollen zukünftig Indikatoren wie Impfraten, Statistiken zum Schul-Absentismus, zur Zahngesundheit, zur Gewichtsentwicklung bei Jugendlichen, Raten von Schwangerschaften unter 18 Jahren und von sexuell übertragbaren Krankheiten sowie Zahlen zum Nikotin- und Alkoholkonsum im Jugendalter herangezogen werden, um den landesweiten Erfolg der im Ausbau befindlichen Schulgesundheitspflege zu überprüfen (Britisches Department of Health, 2012). Finnische Evaluationsdaten beschränken sich bisher eher auf Statistiken im Sinne des Versorgungsumfangs (Anzahl des medizinischen Personals pro Schule, Umfang der geleisteten vorgeschriebenen Check-Up-Untersuchungen) oder bezüglich der geforderten Dokumentationen (zusammenfassend siehe Laaksonen, 2012).

US-amerikanische Studien wiederum stützen sich auf einzelne Parameter wie eine Reduktion der Fehlzeiten durch den School Nursing Service (vgl. Pennington & Delaney, 2008) oder die Verbesserung des Wohlbefindens chronisch kranker Kinder. Keehner Engelke et al. (2008) fanden diesbezüglich z.B., dass die von ihnen untersuchte Gruppe der chronisch erkrankten Schüler/innen im Alter von 5 bis 19 Jahren im Verlauf eines Schuljahres durch die Arbeit der School Nurse in einem multiprofessionellen Team eine gesteigerte Lebensqualität und bessere Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihrer Krankheit berichteten, wieder stärker am Klassengeschehen teilnahmen, bessere Schulleistungen erbrachten und auch ihre Teilnahme an außerschulischen Gruppenaktivitäten sich erweiterte. Die zwar nur punktuell vorhandenen internationalen Studienergebnisse zeichnen somit ein positives Bild der Wirksamkeit der Leistungen der Schulpflegekräfte.

ZUR EVALUATION INNERHALB EINES MODELLPROJEKTS

Zur Evaluation der Neueinführung des Berufsbildes ist es erforderlich, dass das Modellprojekt durch eine wissenschaftliche Evaluationsstudie begleitet wird, innerhalb derer zu den inhaltlichen Zielen bzgl. der vier Zielgruppen der Schüler/innen, der Eltern, des Schulpersonals und der Pflegekräfte Indikatoren abgeleitet werden und mittels einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden (per Beobachtungen, Befragungen/Interviews, Dokumentenanalysen) die Zielerreichung überprüft wird. Die am häufigsten im Schulbereich eingesetzte Evaluationsmethode ist die der standardisierten geschlossenen Befragungen von Schüler/innen, Lehrkräften und teilweise auch Eltern.

Da dieser Ansatz aber gerade bei der kurzfristigen Überprüfung von Veränderungen durch die Neueinführung eines Angebots auch mit methodischen Problemen einhergeht, ist ein Methodenmix wichtig. Es ist nämlich zu beachten, dass sich in den durch Selbstberichte erhobenen Daten vor und nach der Einführung neuer Dienste/Angebote, in diesem Fall also dem breitgefächerten Service der Schulpflegekräfte, verschiedene Veränderungsprozesse der Befragungsteilnehmer/innen niederschlagen. Zum einen können tatsächlich erfahrene Veränderungen gemessen werden (z.B. bei der Abfrage der krankheitsbedingten Fehltagel). Durch das neue Angebot selbst, in diesem Fall u.a. eine gesteigerte Gesundheitsfürsorge und Präventionsleistungen, die sich gerade auf die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten der Schüler/innen auswirken sollen, ergeben sich aber auch Veränderungen in der Interpretation identischer Fragen und Antwortoptionen zu zwei Zeitpunkten bei einer Vorher-Nachher-Messung. Auf Fragen zum Allgemeinbefinden oder Gesundheitsstatus können so u.U. in den Daten Verschlechterungen abzulesen sein, die aber vielleicht darauf zurückgeführt werden müssen, dass die Befragten nun ihren Einschätzungen einen erweiterten Gesundheitsbegriff zugrunde legen oder aber auch vorübergehend stärker auf

ihre körperlichen wie psychischen Symptome achten. So können sich Häufigkeitsangaben nach oben verschieben, obwohl eine derartige Veränderungen in objektiveren Daten (wie Kontaktanzahl mit der Schulpflegekraft oder Fehltag) nicht ablesbar sind (vgl. sogenannte Alpha-, Beta- und Gamma-Veränderungsprozesse bei Interventionen, z.B. Millsap & Hartog, 1988). Bei der Interpretation der verschiedenen Datenquellen müssen solche methodischen Artefakte berücksichtigt werden. Diese Prozesse treten jedoch nur kurzfristig nach der Einführung neuer Angebote auf und sollten bei einer Wiederholungsmessung nach einem längeren Zeitraum nicht mehr ins Gewicht fallen. Nicht nur, aber auch deshalb sollte das Evaluationskonzept so ausgestaltet werden, dass es möglich ist, auch einige Zeit nach Auslaufen der Pilotphase, also dann innerhalb der Verstetigungsphase, erneut an die evaluierten Schulen heranzutreten und die Wirksamkeit der Leistungen der Schulpflegekräfte auf ihre Nachhaltigkeit hin zu überprüfen.

Evaluiert werden sollten...

- das Tätigkeitsprofil (als Abgleich zu den in der Praxis vorhandenen Bedarfen),
- die Lehrveranstaltungen während der Qualifizierungsmaßnahme,
- die Praxistauglichkeit des Curriculums (inkl. Erhebung des Fortbildungsbedarfs der Schulpflegekräfte),
- der Erfolg der strukturellen Einbindung der Schulpflegekräfte in das Schulkollegium,
- der Stand der Zielerreichung bezüglich aller 4 Zielgruppen (Schüler/innen, Eltern, Schulpersonal, Pflegekräfte) am Ende der Pilotphase sowie
- unterschiedliche Angebote der Einzel- und Gruppensupervisionen.

Im Folgenden sind noch einmal die wichtigsten Ziele pro Zielgruppe aufgelistet, wobei diese Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Die Formulierung konkreter messbarer Ziele, die Ableitung von Indikatoren pro Zielbereich sowie die Auswahl passender Erhebungsmethoden und -instrumente sind der Kern des zu erarbeitenden Evaluationskonzepts im Rahmen des Modellprojekts.

Auf **Schulebene** geht es um die

- Verstetigung der Prinzipien einer „guten gesunden Schule“ sowie um die
- Etablierung eines gesundheitsbewussten Schulklimas.

Für **Kinder und Jugendliche** sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung (dies schließt sowohl ein stärker gesundheitsförderliches Verhalten als auch ein erhöhtes subjektives Gesundheits- und Wohlbefinden ein)
- Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Frühzeitige Entdeckung und Hilfestellung bei gesundheitlichen Problemen, auch aus armutsgefährdenden Aspekten heraus
- Verringerung des Schulabsentismus
- Verbesserung der Integration chronisch kranker und behinderter Schüler/innen in die Regelschulen
- Verbesserung der Lernvoraussetzungen für gesundheitlich und/oder sozial belastete Schüler/innen
- Verbesserung der Bildungschancen und der Ausbildungsfähigkeit für Schüler/innen an öffentlichen Schulen im Allgemeinen und für gesundheitlich und/oder sozial benachteiligte Schüler/innen im Besonderen

Für das **Schulpersonal**, insbesondere die **Lehrkräfte** geht es um eine

- Entlastung von fachfremden gesundheitsbezogenen Aufgaben,
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit des Schulpersonals,

- Verringerung der krankheitsbedingten Fehlzeiten,
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz (auch im Sinne einer Vorbildfunktion für die Kinder und Jugendlichen) sowie
- Erhöhung des subjektiven Gesundheits- und Wohlbefindens.

Mit Blick auf die **Eltern** geht es darum, dass

- Eltern von gesundheitlich benachteiligten Kindern eine Entlastung erfahren (dadurch, dass sie ihr Kind während der Schulzeit gesundheitlich gut versorgt wissen),
- Eltern durch reduzierte Arbeitsausfälle entlastet werden (da die Kinder nicht mehr bei jeder geringfügigen gesundheitlichen Einschränkung abgeholt werden müssen),
- Eltern, insbesondere aus sozial benachteiligten Familien, ihre Kenntnis über bestehende Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erweitern und eine erhöhte Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Angebote entwickeln können,
- Eltern (v.a. Mütter) von chronisch kranken oder/und behinderten Kindern ihre Erwerbstätigkeit ausweiten können und ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert werden.

Für die **Pflegefachkräfte** geht es um eine

- Erhöhung des Umfangs und der Qualität des Arbeitsmarktangebots, insbesondere in Bezug auf familienfreundliche Arbeitszeiten, ein wohnortnahes Arbeitsplatzangebot und ein Stellenprofil, das neue Herausforderungen im Schnittbereich von Gesundheit und Bildung bietet,
- Schaffung von Rahmenbedingungen an den Schulen, die sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken,
- Sichtbarkeit ihres Angebots innerhalb der Schule,
- Anbindung an andere bestehende einschlägige Dienste in der Region im Sinne einer Brücken- und Vernetzungsfunktion (durch Öffentlichkeitsarbeit),
- Akzeptanz durch und die Integration in das Schulkollegium sowie
- kontinuierliche Erweiterung der fachlichen Kompetenzen.

ZUR SCHULINTERNEN EVALUATION

Schulinterne Evaluation ist ein Instrument der Qualitätsentwicklung, bei der die Schulgemeinschaft die Evaluation selbst plant, durchführt und auswertet, also selbst bestimmt, welche Aspekte einer Überprüfung unterzogen werden. Die Schulen in Brandenburg sind allgemein zur regelmäßigen Evaluation verpflichtet (Rundschreiben 8/09 bzgl. Fortschreibung und Evaluation von Schulprogrammen an Schulen in öffentlicher Trägerschaft im Land Brandenburg). Das Selbstevaluationsportal (SEP) des Instituts für Schulqualität der Länder Berlin und Brandenburg (ISQ) bietet dafür eine internetgestützte Plattform und stellt geprüfte Instrumente bereit, die Mindeststandards an Qualität erfüllen, vom Personal und den Schüler/innen einfach auszufüllen und auszuwerten sind und einen flexiblen Einsatz in Schule und Unterricht ermöglichen. Die Schulen entwickeln auf Grundlage ihres Leitbildes Entwicklungsziele und Schwerpunkte.

Auch mit Blick auf die Schulgesundheitspflege ergibt sich so ein gewisser Spielraum für eine individuelle Schwerpunktsetzung je nach Bedarf an den Schulstandorten. Z.B. könnten unterschiedlich stark ausgeprägte Bedarfe für gesundheitsfördernde Projekte in den Bereichen Ernährung, Bewegung oder psychische Gesundheit vorhanden sein. Das Landesinstitut für Schule und Medien (LISUM) hat den *Leitfaden zur internen Evaluation für Schulen* herausgegeben (Bergmann-Listing, 2007) und empfiehlt als Leitfragen vor der Initiierung eines Evaluationsprozesses:

- Welche Erkenntnisse werden für die weitere Arbeit benötigt? Wo besteht Entscheidungsbedarf?
- Welche Erkenntnisse dienen der Entwicklung der Schule? Wo besteht Entwicklungsbedarf?

Diese Fragen können von den schulinternen Evaluationsteams auch auf den Themenbereich der Schulgesundheitspflege übertragen werden.

Aktuell stellen Mitarbeiter/innen des LISUM in Zusammenarbeit mit dem für Bildung zuständigen Landesministerium Items aus den im SEP zur Verfügung stehenden Instrumenten zusammen, die eine Evaluation zur Schulentwicklung bzgl. der guten gesunden Schule ermöglichen sollen. Dieser Fragebogen steht den Schulen ab 2015 zur Verfügung. Es sollte geprüft werden, inwieweit diese Items auch nutzbar sind, um die Wirksamkeit des Dienstes der Schulpflegekraft mit abzubilden. Eignen sie sich dafür nicht, ist es empfehlenswert, im Rahmen des Modellprojekts einen kurzen prägnanten Fragebogen für die zukünftige schulinterne Evaluation für diesen Bereich zu entwickeln. Seine Qualität sollte die Mindestanforderungen nach den Richtlinien des ISQ erfüllen, damit er in das Selbstevaluationsportal eingespeist werden kann und den Schulen dann dort zu ihren individuellen Zwecken zur Verfügung steht.

KAPITEL 10

ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG DER ERGEBNISSE DER MACHBARKEITSSTUDIE

Internationale Forschungsbefunde zeigen seit Jahren klar eine Wechselwirkung von Bildung und Gesundheit auf: Ein hoher Bildungsstand geht einher mit besserem subjektiven Gesundheitsempfinden, weniger chronischen Beschwerden oder Erkrankungen sowie einer höheren Lebenserwartung. Gesundheit beeinflusst direkt die Lernfähigkeit; eine gute und stabile Gesundheit im Kindes- und Jugendalter geht einher mit besserem Bildungserfolg, höheren Abschlüssen und einer gesteigerten Ausbildungsfähigkeit. Auf der anderen Seite wirkt sich ein schlechter Gesundheitszustand bzw. gesundheitliches Risikoverhalten negativ auf Anwesenheitszeiten und Schulleistung (Schulnoten, Bildungsabschlüsse) aus, denn gesundheitliche Probleme erschweren u.a. das Zurechtkommen mit schulischen Anforderungen, z.B. durch verringerte Konzentrationsleistung und durch Fehlzeiten (vgl. z.B. Dadaczynski, 2012).

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung wird zusätzlich deutlich durch den Sozialstatus einer Person beeinflusst. Zunächst besteht laut der Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014) weiter eine starke Ungleichheit bei der Bildungsbeteiligung zuungunsten der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus in allen Altersgruppen (von der vorschulischen Förderung bis zur Berufsausbildung). Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus zeigen zudem ein geringeres gesundheitliches Wohlbefinden, mehr somatische Erkrankungen und psychische Auffälligkeiten, und stellen einen größeren Anteil in der Gruppe mit chronischen Erkrankungen und schulrelevanten Entwicklungsstörungen (Sprach-/Sprech-, emotionale/soziale und Bewegungsstörungen) als ihre Peers mit einem hohem Sozialstatus (vgl. z.B. KiGGS- und HBSC-Studien sowie Brandenburger Datenmonitor zur Kindergesundheit).

Diese Zusammenhänge sind insofern bedeutsam, da rund ein Viertel der Brandenburger Kinder zumindest zeitweise in Armut aufwächst (vgl. Sozialraum atlas der Bertelsmann Stiftung, 2012 sowie Deutschlandkarte zur Kinderarmut der Hans-Böckler-Stiftung, 2014). Arme bzw. sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche erfahren demnach noch immer eine *bildungsrelevante Gesundheitsungleichheit* (vgl. Basch, 2011).

Dabei bietet die Schulpflicht die Möglichkeit, „alle Kinder und Jugendlichen eines Landes strukturiert und über einen längeren Zeitraum schicht- und milieuübergreifend zu erreichen“ (Kocks, 2008, S. 250). Doch in Deutschland wird schulische Gesundheitsförderung noch immer als Zusatzangebot, das von außen an die Schulen herangetragen wird, wahrgenommen. Es hat sich nicht, wie beispielsweise in Skandinavien, aus der Schule von innen heraus entwickelt. Somit setzt sich schulische Gesundheitsförderung an vielen Orten noch immer aus diversen Unterrichtsangeboten zusammen, einer mehr oder wenigen hohen Anzahl von Projekten pro Schule, lokalen Einzelinitiativen, die unterschiedliche Aspekte der Gesundheit der Schüler/innen in den Blick nehmen, wie z.B. Ernährung *oder* Bewegung *oder* Sucht. Die Verantwortung geht dabei meist von einzelnen Lehrkräften aus, die Projekte sind zeitlich begrenzt und beziehen sich aufgrund der einzelnen Schwerpunktsetzungen nicht auf eine ganzheitliche Gesundheitsförderung (zusammenfassend vgl. auch Kocks, 2008).

Das Brandenburger *Landesprogramm für eine gute gesunde Schule* versucht, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, greift die Forschungsbefunde bzgl. der Wirkrichtung *Gesundheit beeinflusst Bildung* bereits auf, und legt den Fokus auf den Schulentwicklungsprozess, um langfristig einen Einstellungswandel und somit eine schulische Gesundheitsförderung aus den Schulen selbst heraus etablieren zu können. Der Einsatz von Schulpflegekräften (oft auch als „Schulkrankenschwestern“ benannt) kann diesen Ansatz in

idealer Weise ergänzen, da er eine professionelle Koordination von Präventionsmaßnahmen im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung bietet sowie zudem eine qualitativ hochwertige gesundheitsbezogene Versorgung in der Schule sichert.

Die Ziele der Machbarkeitsstudie bestanden daher darin,

- (1) ein **Tätigkeitsprofil** von Schulpflegekräften für das Land Brandenburg zu erstellen,
- (2) eine **Machbarkeitsprüfung** über den Einsatz von Pflegefachkräften an öffentlichen Schulen mit Blick auf das erarbeitete Tätigkeitsprofil vorzunehmen, und dafür die erforderlichen arbeitsmarktbezogenen, rechtlichen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu analysieren, sowie aus den Ergebnissen der Machbarkeitsprüfungen
- (3) **Empfehlungen für die Konzeption und Durchführung eines Pilotprojekts** an ausgewählten Standorten in unterschiedlichen Regionen Brandenburgs abzuleiten.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der drei Bereiche noch einmal zusammengefasst.

10.1 ZIELGRUPPEN UND TÄTIGKEITSPROFIL

Von einer Einführung von Schulpflegekräften im Land Brandenburg würden gleich mehrere Zielgruppen profitieren: (1) *Kinder und Jugendliche*, die Grund- und weiterführende Schulen besuchen, (2) *ihre Eltern*, (3) das Schulpersonal, insbesondere die *Lehrkräfte*, sowie zusätzlich (4) erfahrene *Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte*, die aus diversen Gründen ein neues Betätigungsfeld suchen. Für die letztgenannte Gruppe stünde somit eine Erweiterung des Umfangs und der Qualität des Arbeitsmarktangebots, insbesondere in Bezug auf familienfreundliche Arbeitszeiten, ein wohnortnahes Arbeitsplatzangebot und ein Stellenprofil, das neue Herausforderungen im Schnittbereich von Gesundheit und Bildung bereithält, zur Verfügung.

Ausgehend von der Bedarfslage an Brandenburger Schulen und der Einbeziehung dieser Zielgruppen wurde ein Leistungsspektrum für die zukünftigen Schulpflegekräfte im Land erarbeitet. Im Folgenden werden die Kernaufgabenbereiche des Tätigkeitsprofils kurz aufgelistet und ein Bezug zur Bedarfslage der drei erstgenannten Zielgruppen hergestellt. Darüber hinaus sind die Bereiche *Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit*, *Verwaltungstätigkeiten* und die *Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen* zu berücksichtigen.

Die Erarbeitung des Tätigkeitsspektrums erfolgte mit Blick auf folgende vier Kriterien: (1) Vorliegen einer entsprechenden fachlichen Qualifikation, (2) Übereinstimmung mit geltenden Rechtsvorschriften, (3) Vermeidung von Doppelstrukturen sowie (4) angemessener Umfang der Aufgaben.

(1) Versorgung i.S. einer Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen auf dem Schulgelände, der Erbringung ausgewählter Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie einer ergänzenden medizinischen Nachsorge nach Schulunfällen

Für die *Schüler/innen* steht hier eine verbesserte, da professionellere Versorgung im Vordergrund, die sich kurzfristig in weniger Fehlzeiten und einer besseren Lernfähigkeit sowie damit langfristig in einer

Verbesserung der Schulleistung niederschlagen sollte. Für die Eltern wird mit diesem Angebot nicht nur eine emotionale Entlastung geschaffen, da sie ihre Kinder in der Schule (im Ganztagsbetrieb über einen Großteil des Tages) gesundheitlich gut versorgt wissen, sondern es verringert auch ihren Arbeitsausfall, da durch eine medizinische Abklärung künftig weniger häufig Kinder während der Schulstunden wegen ungeklärter Beschwerden nach Hause geschickt werden müssen. Für die Lehrkräfte sollte eine Entlastung von fachfremden Aufgaben in diesem Bereich zu weniger Stresserleben und einer höheren Arbeitszufriedenheit führen.

(2) Früherkennung i.S. individueller Hilfestellungen für Schüler/innen und ihre Eltern bei gesundheitlichen Auffälligkeiten, Problemen und bislang unerkannten Erkrankungen durch Beratung und orientierende Untersuchungen

Individuelle Früherkennung bietet die Möglichkeit für frühzeitige Interventionen und somit die Chance auf eine positive Einflussnahme auf den Entwicklungsverlauf der *Kinder und Jugendlichen*. Den *Eltern*, insbesondere aber auch sozial benachteiligten Familien, kommen sowohl eine Beratung im Bedarfsfall zugute als auch konkrete Hilfestellungen, z.B. durch orientierende Untersuchungen/Testverfahren im Einzelfall bei gesundheitlichen Auffälligkeiten und dem gemeinsamen Besprechen weiterer notwendiger Maßnahmen. Die *Lehrkräfte* erfahren in ihrem Auftrag zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge für die Schüler/innen eine professionelle Unterstützung und können die Abklärung von gesundheitlichen Auffälligkeiten (z.B. Seh- oder Hörprobleme im Unterricht) an medizinisch geschultes Fachpersonal weiterleiten.

(3) Gesundheitsförderung/Prävention i.S. einer Initiierung bewährter und qualitätsgesicherter Projekte zur Gesundheitsförderung und primären Prävention in der Schule sowie einer Unterstützung der Lehrkräfte in der Elternarbeit bei gesundheitsrelevanten Themen

Qualitätsgesicherte Maßnahmen im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung (vgl. Entwurf zum Präventionsgesetz; Bundesministerium für Gesundheit, 2014)⁵¹ sind von großer Bedeutung, da sie dazu beitragen können, dass die bestehende bildungsrelevante Gesundheitsungleichheit schrittweise reduziert wird, und sich so der Anteil der darüber zu erklärenden schulischen Leistungsunterschiede verringert. Alle *Schüler/innen*, insbesondere aber die gesundheitlich und sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen, profitieren von einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Dabei ist es wichtig, die Familien zu motivieren, die in der Schule durchgeführten Präventionsprogramme zu unterstützen, damit die Schüler/innen die neu gelernten Gesundheitsverhaltensweisen o.ä. möglichst in ihr gesamtes Lebensumfeld integrieren können. Die Eltern gewinnen also ebenfalls durch schulische Präventionsangebote, die durch gezielte Elternarbeit unterstützt bzw. flankiert wird. Eine Schulpflegekraft kann in diesem Bereich aber nur initiierende, koordinierende und unterstützende Aufgaben übernehmen und eng mit den Lehrkräften, z.B. in der Elternarbeit, zusammenarbeiten. Für das *pädagogische* Personal bedeutet diese Kooperation zum ersten eine Möglichkeit des fachlichen Austausches mit medizinisch-pflegerisch ausgebildeten Kolleg/innen, zum zweiten eine direkte Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung von Elternabenden zu gesundheitsbezogenen Themen sowie zum dritten eine Entlastung bzgl. der Koordination aller in der Schule durchgeführten Präventionsmaßnahmen.

⁵¹ vgl. www.bvpraevention.de/bvpg/images/gesundheitspolitik/referentenentwurf_oktober_2014.pdf

(4) Unterstützung von Schüler/innen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen sowie nach krankheitsbedingter längerer Abwesenheit durch eine Mitarbeit am Eingliederungsprogramm gemäß *VV Kranke Schüler*, Beratung des Schulpersonals (und ggf. einzelner Klassen) im Umgang mit spezifischen chronischen Krankheiten sowie durch eine Mitarbeit in der Planung der schulischen Eingliederung chronisch kranker und behinderter Schüler/innen in Kooperation mit Lehrkräften, Eltern, Sonderpädagog/innen und ggf. in Abstimmung mit behandelnden Ärztinnen/Ärzten o.a. Therapeut/innen

Hier gibt es ganz klar zum einen den Bedarf an medizinisch-pflegerischen Maßnahmen für die betroffene Gruppe der Schüler/innen selbst. Kinder und Jugendliche als auch ihre Eltern erfahren eine deutliche Entlastung durch Pflegefachkräfte an Schulen in der alltäglichen Bewältigung chronischer Erkrankungen, vor allem auch vor dem Hintergrund, dass durch Ganztagsangebote die Schüler/innen zunehmend mehr Zeit in der Schule verbringen und trotzdem angemessen (entsprechend ihren gesundheitlichen Bedürfnissen) versorgt sein müssen und auf spezielle Unterstützung angewiesen sind. Zum anderen aber steigt auch der Bedarf an Beratung und ggf. an Schulungen des Schulpersonals und der Mitschüler/innen im Umgang mit spezifischen chronischen Erkrankungen. Derartige Fortbildungsangebote müssten künftig nicht mehr extern gesucht werden, sondern können durch die Schulpflegerkräfte, individuell zugeschnitten, schulintern erfolgen. Die Unsicherheiten, die auf Seiten der Lehrkräfte bestehen, können so schrittweise abgebaut werden und das pädagogische Personal wird sich so nicht nur besser informiert, sondern auch zunehmend kompetenter im Umgang mit chronisch kranken oder behinderten Schüler/innen erleben. Dies sollte zu weniger Stressbelastung und einer höheren Arbeitszufriedenheit führen. Zudem wird aktuell bei der Reintegration von Schüler/innen, die krankheitsbedingt länger der Schule fern bleiben mussten, angemahnt, dass es einer medizinisch geschulten Ansprechperson für die Zusammenarbeit mit der Klinik und den Familien mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder und Jugendlichen bedarf. Auch diese Rolle würde durch die Schulpflegerkraft künftig kompetent ausgefüllt.

(5) Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler/innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten durch Zugang zu besonders gefährdeten und schwer zugänglichen Gruppen mittels kontinuierlicher Präsenz und Kooperation mit Lehrkräften, Schulsozialarbeiter/innen, Schulpsycholog/innen und ggf. weiteren Diensten sowie ggf. Vermittlung frühzeitiger Hilfen

Der Gesundheitsstatus bzw. das Vorliegen einer chronischen Erkrankung/Behinderung oder einer schulrelevanten Entwicklungsstörung hängt deutlich mit der sozialen Lage zusammen. Im Hinblick auf das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit bietet die Schulgesundheitspflege als Arbeitsfeld einen niedrigschwelligen Zugang zu allen *Schülergruppen*, so auch zu den gesundheitlich und sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen als auch über eine gemeinsame Elternarbeit mit den *Klassenlehrkräften* einen besseren Zugang zu den betroffenen *Familien* (z.B. mit Blick auf Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen). Auch für diesen Aufgabenbereich lässt sich damit festhalten, dass alle drei genannten Zielgruppen durch die Tätigkeit der Schulpflegerkräfte profitieren werden.

10.2 ZENTRALE ERGEBNISSE DER MACHBARKEITSPRÜFUNG

In der Machbarkeitsstudie werden die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung zu den folgenden Punkten ausführlich dargestellt:

- rechtliche Rahmenbedingungen zur Einführung der neuen Fachkräfte
- zu berücksichtigende Aspekte der strukturellen Einbindung an den Schulen
- Finanzbedarf und Finanzierungsoptionen
- Anforderungsprofil, Rahmenbedingungen und Qualitätskriterien an eine Qualifizierungsmaßnahme und die erforderliche Curriculum-Entwicklung
- zu empfehlende Qualitätskriterien an Dokumentation und Evaluation

RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Das Brandenburgische Schulgesetz (BbgSchulG) differenziert zwischen Gesundheitspflege im Sinne des Gesundheitsamtes (§ 45) und sonstiger Pflege im Sinne der Grundpflege. Letzteres ergibt sich aus § 68, der explizit bzgl. des Personalkörpers pflegerisches Personal als sonstiges Personal benennt. Nach § 68 BbgSchulG ist eine Einführung einer Schulpflegekraft als Teil des sonstigen Schulpersonals also grundsätzlich möglich und bereits gesetzlich vorgesehen. Bei ihr läge die Durchführungsverantwortung für die Umsetzung pflegerischer Maßnahmen und teilweise ärztlich verordneter behandlungspflegerischer Maßnahmen.

Die Prüfung durch die Unfallkasse Brandenburg ergab, dass folgende Voraussetzungen notwendig sind, damit Schulpflegekräfte versicherungs- und haftungsrechtlich abgesichert sind:

- Alle Tätigkeiten der Schulpflegekraft müssen im Schulkonzept verankert sein und somit in den Organisationsbereich der Schule fallen (*im Einklang mit § 7 BbgSchulG*).
- Die Dienstaufsicht muss zwingend durch die Schulleiterin/den Schulleiter ausgeübt werden (*im Einklang mit § 71 BbgSchulG*).

Da die Schulpflegekraft in der Schule als einzige eine medizinisch-pflegerische Profession ausübt, wird jedoch dringend empfohlen, Möglichkeiten einer engen fachlichen Anbindung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst bereits während einer Modellprojektphase auszuloten und zu testen. Es ist hier eine enge Kooperation i.S. eines intensiven fachlichen Austausches und einer professionellen Begleitung mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten der regional zuständigen Gesundheitsämter oder/und mit Fachpersonal in Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten sowie mit regionalen oder überregionalen Zusammenschlüssen von Pflegekräften erforderlich.

Im Bereich Datenschutz müssen bei allen im Einzelnen zu treffenden Regeln die geltenden Gesetze berücksichtigt werden, u.a. §§ 203/204 StGB, das Brandenburgische Datenschutzgesetz, § 65 BbgSchulG zur Verarbeitung personenbezogener Daten sowie die Datenschutzverordnung Schulwesen. Die Verschwiegenheitspflicht einer Schulpflegekraft ist eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau und die Pflege eines Vertrauensverhältnisses zu den Schüler/innen. Insbesondere für den Zugang zu besonders gefährdeten und schwer erreichbaren Gruppen ist sie essentiell. Es wird daher empfohlen, im Rahmen eines Modellprojekts unterschiedliche Regelungen in Abhängigkeit vom Aufgabenbereich zu erarbeiten und sich bei den Formulierungen z.B. an den *Verwaltungsvorschriften über die schulpsychologische Beratung* zu orientieren.

STRUKTURELLE EINBINDUNG

Das Beschäftigungsverhältnis sollte dringend ganzjährig geschlossen werden, erforderlich ist zudem eine verbindliche und zuverlässige Vertretungsregelung. Es ist darüber hinaus sehr erstrebenswert, eine Schulpflegekraft an 5 Tagen pro Woche pro Schule tätig werden zu lassen.

Für Brandenburg wird aufgrund der nationalen und internationalen Erfahrungen ein durchschnittliches Betreuungsverhältnis von maximal 1:700 bei einer Vollzeitbeschäftigung vorgeschlagen. Allerdings sollte sich die Anzahl der betreuten Schüler/innen auch nach dem Bedarf an den Schulen richten können. Es sollte daher die Möglichkeit geben, bei nachweisbar hohem Bedarf an medizinisch-pflegerischer Unterstützung eine Schulpflegekraft pro Schule auch bei einer deutlich geringeren Schüleranzahl als 700 zu beschäftigen (optimal wäre ein Verhältnis 1:350).

Es ist bei der Einführung dieser neuen Berufsgruppe darauf zu achten, dass es eine klare und eindeutige Rollenbeschreibung gibt, inkl. einer Abgrenzung zu benachbarten Berufsgruppen. Diese Rollendefinition muss allen beteiligten Akteuren sowohl innerhalb als auch außerhalb der Schulen deutlich kommuniziert werden. Die Unterstützung der Schulleitung und die Integration ins Kollegium sind zudem entscheidende Voraussetzungen, dass die Schulpflegekraft erfolgreich einen Gesundheitsservice an der Schule und ein vertrauensvolles Verhältnis zur Schülerschaft aufbauen kann. Ebenso bedeutsam ist es, dass die Schulpflegekraft den Lebensraum Schule und die Schulkultur versteht. Nur so kann es gelingen, gute Beziehungen im Kollegium aufzubauen und selbst als wichtiger Teil des Kollegiums anerkannt und wertgeschätzt zu werden. Dafür ist eine Einarbeitung notwendig und idealerweise auch die Bereitstellung eines Mentors/einer Mentorin aus dem Schuldienst. Aus den Evaluationsergebnissen in anderen Staaten kann abgeleitet werden, dass eine strukturierte Einführungsprozedur, die auch in Form einer Handreichung zur Verfügung stehen sollte, erstrebenswert ist.

Im Zusammenhang mit einer landesweiten Einführung dieses Berufsfeldes ist eine frühzeitige Einbindung des Landesrats der Lehrkräfte, des Landesrats der Eltern sowie des Landesschülerrats empfehlenswert. Auch sie sollten über die Aufgaben der Schulpflegekräfte ausführlich informiert und zu einer Unterstützung motiviert werden.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass eine kontinuierliche Fortbildung sowohl in medizinisch-pflegerischen als auch in pädagogisch-psychologischen Themen erstrebenswert ist, um eine hohe Professionalität und beständige Qualität der Pflegefachkräfte im Schuldienst sicherzustellen.

Es wird zudem empfohlen, den neuen Fachkräften eine verbindliche regelmäßige Supervision anzubieten. Erstens sind sie einem hohen Entscheidungsdruck in medizinischen Notfall-Situationen ausgesetzt. Zweitens müssen sie in ihrer Rolle als Ansprechperson für besonders belastete und (gesundheitlich und/oder anderweitig) benachteiligte Schüler/innen emotional belastende Details der Kinder und ihrer Familien bewältigen. Im Umgang mit diesen Arbeitserfahrungen benötigen sie kontinuierlich professionellen Austausch und Rat. Als wichtig erachtet werden von Praktiker/innen ferner Konsultationen mit Fachkolleg/innen, sowohl im Öffentlichen Gesundheitsdienst als auch mit an anderen Schulen tätigen Schulpflegekräften. Günstig wäre daher, regelmäßige Gruppentreffen (z.B. zum informellen Erfahrungsaustausch, zur Gruppensupervision, für kurze Fortbildungsmaßnahmen) unter Beteiligung des Gesundheitsamtes für alle Schulen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu initiieren.

FINANZBEDARF UND FINANZIERUNGSOPTIONEN

Bei der landesweiten Einführung von Schulpflegekräften an Schulen in öffentlicher Hand sind die im Folgenden benannten Kostenarten zu unterscheiden und die Zuständigkeiten verschiedener Kostenträger zu berücksichtigen:

- (1)** räumliche und sächliche Ausstattung (Schulträger nach § 110 bzw. § 108 (3) BbgSchulG, optional Land Brandenburg nach § 115 BbgSchulG)
- (2)** Personalkosten inklusive Kosten für Fortbildung und Supervision (Schulträger nach § 99 bzw. § 108 (3) BbgSchulG, optional Land Brandenburg nach § 115 BbgSchulG, Krankenkassen nach SGB V sowie Präventionsgesetz, Unfallkasse Brandenburg nach SGB VII, ggf. Sozialhilfeträger nach SGB XII und/oder Pflegekassen nach SGB XI)
- (3)** Curriculum-Entwicklung und Durchführung der Qualifizierungsmaßnahmen (zunächst im Modellprojekt durch Fördergelder auf Landes-, Bundes- oder europäischer Ebene sowie ggf. durch die Bundesagentur für Arbeit)

Es ist zu empfehlen, alle Kosten im Rahmen eines Modellprojekts in Zusammenarbeit mit den Modellschulen genauer zu beziffern und durch eine mehrjährige Pilotphase eine aussagekräftige Kalkulation des Finanzbedarfs zu erarbeiten. Im Hinblick auf die Personalkosten sollten mit den benannten Kostenträgern im Rahmen eines Modellprojekts entsprechende Verhandlungen geführt werden, um schon während der Pilotphase eine Mischfinanzierung testen zu können. Für die Verstetigung der Leistung ist auf eine Kostensatzpauschale auf dieser Grundlage (unter Beteiligung der genannten Kostenträger) ab-zuzielen.

QUALIFIZIERUNG

Die Tätigkeiten der Schulpflegekräfte erfordern eine umfassende Vermittlung und Vertiefung von Kenntnissen und Fertigkeiten, die über die Primärqualifikation von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften hinausgehen bzw. sich von diesen unterscheiden. Die Arbeitssituation als einzige medizinisch-pflegerische Fachkraft in der Schule stellt grundsätzlich andere Anforderungen an ihre Fachlichkeit und fordert eine Neuorientierung bzgl. des eigenen professionellen Selbstverständnisses der Pflegekräfte. Es ist daher notwendig, dass die Fachkräfte vor Beginn ihrer Tätigkeit an den Schulen eine in Umfang, Art und Inhalt angemessene und praxistaugliche Zusatzqualifikation erlangen. Um den inhaltlichen Weiterbildungsbedarf zu ermitteln, ist es erforderlich, zunächst ein Kompetenzprofil zu erarbeiten, welches das erforderliche Wissen und die notwendigen Fertigkeiten der Fachkräfte beschreibt. Erfahrungswerte anderer Staaten und die Ergebnisse der Expertenrunden verweisen aber darauf, dass insbesondere folgende Inhalte berücksichtigt werden sollten:

- Arbeitsfeld Schule, Rollenverständnis, Abgrenzung zu benachbarten Berufsgruppen
- Differenzierung normaler vs. abweichender Entwicklungsverläufe im Kindes- und Jugendalter
- psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter
- Gesprächsführungstechniken und Ansätze der Beratung
- Umgang mit Notfallsituationen inkl. Kommunikationstechniken für die Arbeit mit Gruppen zur Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen
- Grundkenntnisse der Pädagogik für das Vorschulalter und Schulalter sowie didaktische Grundlagen
- Gesundheitsförderung/Prävention im Schulalter

Aufgrund der beschriebenen Zusammenhänge von Armut, Bildung und Gesundheit (vgl. z.B. die Ausführungen zum Thema Armut – Mangelernährung (fehlendes Frühstück) – Konzentrationsprobleme – geringere Schulleistung in Kapitel 2.3) wird es zusätzlich erforderlich sein, Aspekte der Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit zu thematisieren, d.h. Informationen zu vermitteln

- zum Ausmaß des Armutpotentials vor Ort und zu möglichen Kooperationspartnern und bereits vorhandenen Hilfeangeboten für benachteiligte Kinder und Familien,
- zu speziellen Bedarfen und Bedürfnissen, Problemen und Lebenslagen dieser Gruppe sowie
- zu den komplexen Zusammenhängen zwischen Armut, Gesundheit und Bildung.

EVALUATION

Vor einer landesweiten Einführung des neuen Berufsfeldes sollte im Rahmen eines Modellprojekts eine wissenschaftliche Evaluation der Pilotphase erfolgen. Dabei geht es insbesondere um eine Evaluation

- des Tätigkeitsprofils (als Abgleich zu den in der Praxis vorhandenen Bedarfen),
- der Lehrveranstaltungen während der Qualifizierungsmaßnahme,
- der Praxistauglichkeit des Curriculums,
- des Erfolgs der strukturellen Einbindung der Schulpflegekräfte in das Schulkollegium,
- des Stands der Zielerreichung für alle vier Zielgruppen am Ende der Pilotphase sowie
- unterschiedlicher Angebote der Einzel- und Gruppensupervisionen.

10.3 EMPFEHLUNGEN FÜR EIN MODELLPROJEKT IM LAND BRANDENBURG ZUR EINFÜHRUNG VON PFLEGEFACHKRÄFTEN AN ÖFFENTLICHEN GRUND- UND WEITERFÜHRENDEN SCHULEN

Das Ziel des Modellprojekts ist die Erprobung und die Evaluation des Einsatzes von Schulpflegekräften. Dazu gehören die Entwicklung eines Curriculums, die Qualifizierung einer ersten Gruppe von Fachkräften sowie der Einsatz dieser Schulpflegekräfte an ausgewählten öffentlichen Schulen in unterschiedlichen Regionen des Bundeslandes während einer Pilotphase sowie die wissenschaftliche Begleitung des Projekts.

ZENTRALE ARBEITSSCHRITTE INNERHALB DES MODELLPROJEKTS

(1) Kooperative Curriculum-Entwicklung

(Erarbeitung des Curriculums durch ein Team von Expert/innen aus der relevanten Berufspraxis sowie aus Fach- und Hochschulen, inkl. Anhörungsrunde vor einem größeren Kreis von Fachkräften und Entscheidungsträgern aus Schule, Pflege sowie beruflicher und akademischer Ausbildung)

Es wird empfohlen, folgende Qualitätskriterien bei der Erarbeitung des Curriculums für die Schulpflegekräfte zu berücksichtigen:

- Erarbeitung eines Kompetenzprofils anhand des vorliegenden Tätigkeitsprofils und Vergleich mit den bereits durch die Primärqualifikation erworbenen Kompetenzen zur Ermittlung des Qualifikationsbedarfs

- Qualifikationsbedarf als Grundlage für die Erstellung der Inhalte der erforderlichen Zusatzqualifizierung sowie auch für die Formen der Lehre, die dann im Curriculum festgeschrieben werden
- Evaluation des Curriculums bzgl. der Praxistauglichkeit während der Pilotphase sowie Überarbeitung des Curriculums auf Grundlage der empirisch erhobenen tatsächlichen Bedarfe

(2) Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme für die Fachkräfte, die innerhalb des Modellprojekts an den Schulen tätig werden

Für die Qualifizierungsmaßnahme wurden folgende Qualitätskriterien aufgestellt:

- Für den Umfang der Qualifizierung sollten bei der Konzeption u.a. die Erfahrungswerte der Weiterbildungen nach dem Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens sowie die Regularien über die Förderung beruflicher Weiterbildung durch die Bundesagentur für Arbeit nach §§ 179ff SGB III Berücksichtigung finden. Um eine nachhaltige und angemessene Qualifizierung sicherzustellen, wird ein Umfang der Qualifizierung zwischen 720 und 1.900 Stunden für Theorievermittlung.
- Während des Modellprojekts ist eine berufsvorbereitende oder/und berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahme angedacht. Es sollte dabei eine modularisierte Form gewählt werden. Eine frühzeitige Kooperation mit Hochschulen ist erstrebenswert, um die Möglichkeit der Durchlässigkeit zwischen den Bildungssystemen von Beginn an mitzudenken.
- Die Inhalte sollten kompetenzorientiert angelegt sein und sich nach dem Lernfeldkonzept stark an tatsächlichen Arbeitsabläufen orientieren, um einen ganzheitlichen und handlungsorientierten Unterricht im Sinne eines gelingenden Theorie-Praxis-Transfers zu ermöglichen.
- Eine Einbindung von Praktiker/innen in die Ausbildung sowie die Beteiligung von Expert/innen aus verschiedenen relevanten Bereichen ist wünschenswert.
- Begleitend sollte eine Lehrevaluation der einzelnen Lehrveranstaltungen sowie der Module als Ganzes stattfinden.

(3) Unterstützung der Projekt-Schulen in ihrem Schulentwicklungsprozess als Vorbereitung für die Einführung von Schulpflegekräften

Schon in Vorbereitung auf den Dienstbeginn einer Schulpflegekraft sollten die Schulen darin unterstützt werden, dieses neue Arbeitsfeld in ihrem Schulkonzept festzuschreiben. Es sollte im Land geprüft werden, inwieweit den Schulen in diesem Schulentwicklungsprozess durch externe Berater/innen assistiert werden kann, z.B. analog zum Landesprogramm für eine gute gesunde Schule, bei dem es eine Kooperation mit dem *Brandenburger Beratungs- und Unterstützungssystem für Schulen und Schulaufsicht* (BUSS) gibt, die Berater-Tandems an die Schulen schicken. Auch bietet es sich an, frühzeitig den Lehrer-, Eltern- und Schülerrat bzw. die Gesamtschulkonferenz in das Vorhaben miteinzubeziehen.

(4) Pilotphase an den Schulen

Nach der Qualifizierung der Fachkräfte und der parallel stattfindenden Unterstützung der Schulen in der Vorbereitungsphase nehmen die Schulpflegekräfte dann ihre Arbeit an den Projektschulen auf und sammeln erste Praxiserfahrungen. Die Pilotphase sollte auf 2 bis 3 Jahre angelegt sein, um aussagekräftige Daten während der begleitenden Evaluation gewinnen zu können.

ZENTRALE ERGEBNISSE DES MODELLPROJEKTS

Am Ende der Pilotphase sollten folgende Ergebnisse aus den Erfahrungen des Modellprojekts als Vorbereitung einer landesweiten Einführung von Schulpflegekräften in Brandenburg vorliegen:

- ein an den in der Praxis vorhandenen Bedarfen aktualisiertes **Tätigkeitsprofil**
- ein auf dem Tätigkeitsprofil basierendes **Kompetenzprofil** für Schulpflegekräfte
- ein praxiserprobtes und evaluiertes **Curriculum**
- **Evaluationsergebnisse** und Erfahrungswerte zu den Rahmenbedingungen und zur Durchführung **der Qualifizierungsmaßnahme**
- eine Erhebung des (weiteren) **Fortbildungsbedarfs** für die Konzeption berufsbegleitender Fortbildungsveranstaltungen bzw. die Prüfung externer Angebote
- **Evaluationsergebnisse** und Erfahrungswerte zur notwendigen Häufigkeit, Art und Qualität **der** in der Pilotphase unterbreiteten **Supervisionsangebote**
- **Evaluationsergebnisse** zur Arbeit der Schulpflegekräfte
- Bereitstellung von **Evaluationsitems für die schulinterne Evaluation**
- eine **Handreichung** für alle beteiligten Akteure: Schulen (Leitung & Kollegium), Schulpflegekräfte, Schulträger sowie beteiligte Abteilungen innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass es begleitend zu den vorgenannten Phasen des Modellprojekts entscheidend sein wird, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

(1) Verhandlungen mit Kostenträgern

Von Beginn an sollte projektbegleitend der Finanzbedarf konkretisiert und durch Verhandlungen mit allen beteiligten Kostenträgern ein Mischfinanzierungskonzept erarbeitet werden, das möglichst schon während der Pilotphase auf seine Praxistauglichkeit getestet werden kann.

(2) Klärung offener Fragen

Ebenfalls projektbegleitend sollte an der Klärung der aktuell noch offenen Fragen zu folgenden Themen gearbeitet werden:

- fachliche Anbindung der Schulpflegekräfte, die von den Schulen nicht geleistet werden kann
- Erarbeitung von konkreten Formulierungen zum Datenschutz für unterschiedliche Aufgabenbereiche
- Erarbeitung einer Vereinbarung über die Aufgaben der Schulpflegekräfte auf Landesebene
- Erweiterung des Brandenburgischen Schulgesetzes um einen Versorgungsauftrag der Schulträger (als Beitrag zur Bekämpfung bildungsrelevanter Folgen der Kinderarmut im Land und somit zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit)

BEDARF AN SCHULPFLEGEKRÄFTEN IM LAND BRANDENBURG NACH ABSCHLUSS DES MODELLPROJEKTS

Auf Grundlage der aktuellen Schülerzahlen im Land Brandenburg, der Prognosen zur Entwicklung der Schülerzahlen in den Folgejahren sowie der Empfehlung eines Betreuungsverhältnisses von maximal 1:700 pro Vollzeitstelle, ist davon auszugehen, dass bei einer landesweiten Einführung von Schulpflegekräften an Schulen in öffentlicher Hand insgesamt mehr als 300 Voll- und Teilzeit-Stellen für erfahrene und zusätzlich qualifizierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte ab 2017 zur Verfügung

gestellt werden müssen. Die Arbeitsmarktstatistiken und Studienbefunde zu Wechselabsichten von Fachkräften zwischen verschiedenen Bereichen innerhalb der Pflege- bzw. Gesundheitsbranche mit ihren Wünschen nach mehr Optionen für eine Zusatzqualifikation, nach mehr Verantwortlichkeit im Arbeitsalltag und nach persönlicher Weiterentwicklung (und somit auch dem Suchen neuer beruflicher Herausforderungen) weisen darauf hin, dass im Land Brandenburg ausreichend potenzielles Personal für die Schulgesundheitspflege zur Verfügung steht.

10.4 SCHLUSSBEMERKUNG

Kinder und Jugendliche lernen am besten bzw. werden durch Unterrichtsangebote optimal erreicht, wenn auch ihren gesundheitsbezogenen Bedürfnissen adäquat Rechnung getragen wird. Schulpflegekräfte, wie sie in anderen Staaten, u.a. in den Projekt-Partner-Ländern Finnland und Polen, seit Jahrzehnten erfolgreich tätig sind, könnten auch in Deutschland dazu beitragen, „dass das Thema Gesundheit im Kontext Schule einen festen Platz bekommt und den primären Bildungsauftrag der Schule maßgeblich unterstützt“ (Kocks, 2008, S. 247). „Durch ihre Arbeit und Expertise entlastet [die Schulpflegekraft] die Lehrer von gesundheitlichen Fragestellungen. Gleichzeitig trägt sie zu einer Verbesserung der physischen, psychischen und sozialen Schülersgesundheit bei, was die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Schüler in der Schule verbessert“ (Kocks, 2008, S. 256).

Gesundheit und Bildung hängen nicht nur eng miteinander zusammen, sondern beeinflussen beide einzeln sowie gemeinsam maßgeblich den späteren Lebensweg von Kindern und Jugendlichen. Es ist für unsere Gesellschaft also von großer Bedeutung, sowohl in die Gesundheit als auch in die Bildung unserer nachfolgenden Generationen in einem angemessenen Umfang zu investieren. Kocks (2008) beschreibt zutreffend, dass dabei „Gesundheit und Gesundheitsförderung [...] kein extra Fach [sind], sondern Teil eines gelebten Schullebens sowie Ausdruck und Quelle des jugendlichen Lebens an sich“ (S. 254). Die Einführung der Schulgesundheitspflege an brandenburgischen und nachfolgend an deutschen Schulen bundesweit würde ein niedrighschwelliges und 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“ (vgl. Kocks, 2008, S. 259).

Das Schlusswort dieser Studie gebührt in diesem Sinne einer in Deutschland bereits seit gut einem Jahrzehnt tätigen Schulpflegekraft mit einem durchweg optimistisch stimmenden Zitat:

„Die Eltern freuen sich sehr, dass ich da bin und für die Schule ist die Einrichtung einer eigenen Krankenschwester auch ein Aushängeschild. Die Lehrerinnen und Lehrer freuen sich, weil sie durch mich eine Entlastung erfahren, auch bei den vielen psychosozialen Konflikten in der Schule. [...] Ich habe mich sehr gefreut, als eine Mutter mir erzählt hat, dass ihre Tochter in der 5. Klasse gesagt hat: Wenn ich groß bin, werde ich Schulkrankenschwester.“

(Anke Karl, Schulkrankenschwester an der Waldorfschule am Kräherwald, Stuttgart, auf der Projekt-Auftaktveranstaltung 2013 in Potsdam)

LITERATURVERZEICHNIS

- American Academy of Pediatrics (2001). The role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 108, 1231–1232. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/5/1231.full>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*; Tübingen: dgvt.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014). *Bildung in Deutschland 2014*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.bildungsbericht.de/daten2014/bb_2014.pdf
- AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (2013). *Die „Spirellibande“*. Konzeptionspapier. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Bachinger, A., Lang, G. & Bammer, D. (2012). Die Entwicklung von Gesundheitskompetenz – ein Beitrag zur Förderung psychischer Gesundheit im Setting Schule. In K. Kleinert (Hrsg.), *Fachdidaktik „Bewegung und Sport“ im Kontext: Zwischen Orientierung und Positionierung* (S.153–164). Wien: Verlag Brüder Holleink.
- Baldwin, F. (2009). *A framework for a school nursing service for Wales*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter <http://wales.gov.uk/topics/health/publications/health/reports/nursing/?lang=en>
- Ball, J. & Pike, G. (2005). *School Nurses: Results from a census survey of RCN school nurses in 2005*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0017/270170/School_Nurses_2005_final_report.pdf
- Barnes, M., Courtney, M.D., Pratt, J. & Walsh, A.M. (2004). School-based youth health nurses: Roles, responsibilities, challenges, and rewards. *Public Health Nursing*, 21(4), 316–322.
- Bartjes, H. & Hammer, E. (2006). Männer und Altenpflege. Analyse und Ansätze für mehr Männer in der Altenpflege. In J. Krabel & O. Struve (Hrsg.), *Männer in "Frauen-Berufen" der Pflege und Erziehung* (S.135–158). Opladen: Budrich Verlag.
- Basch, C.E. (2011). Healthier students are better learners: A missing link in school reforms to close the achievement gap. *Journal of School Health*, 81, 593–598. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.equitycampaign.org/ia/document/12557_equitymattersvol6_web03082010.pdf
- Baumann, H. & Seils, E. (2014). *Wie „relativ“ ist Kinderarmut? Armutsrisiko und Mangel im regionalen Vergleich*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.boeckler.de/pdf/p_wsi_report_11_2014
- Behrens, J., Horbach, A. & Müller, R. (2009). *Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPB). Abschlussbericht*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/Publikationen/Pflege/Berichte_aus_der_Pflege_12.pdf

Bergmann-Listing, M. (2007). *Leitfaden zur internen Evaluation für Schulen in Berlin*. Ludwigsfelde: Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/schulqualitaet/qualitaetssicherung/pdf/Leitfaden.pdf>

Blum, K., Müller, U. & Schilz, P. (2004). *Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/wiedereinstieg_pflegekraefte.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2008). *Strategien der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf

Burt, M.R. (2002). Reasons to invest in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 31, 136-152.

Nilshon, I. & Schminder, C. (2010). *Die gute gesunde Schule gestalten – Stationen auf dem Weg der Schulprogrammentwicklung*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.anschub.de/fileadmin/inhalte/Downloads/Vollstaendige_Themenhefte/GgS_gestalten.pdf

Dadaczynski, K. (2012). Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20 (3), 141-153.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2009). *Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.dbfk.de

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2011). *Gesundheitsförderung und Prävention – Handlungsfelder der Pflege*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.dbfk.de

Department of Health (2012). *Getting it right for children, young people and families, maximizing the contribution of the school nursing team: Vision and call to action*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216464/dh_133352.pdf

Ellert, U., Neuhauser, H. & Roth-Isigkeit, A. (2007). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 50 (5/6), 711-717.

Ellsäßer, G., Müller-Senftleben, B., Sadowski, U. & Lang, A. (2012). Zur Situation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Land Brandenburg. *!npuncto* 11/12.

Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt*, 50 (5/6), 800-809.

Esser, G. & Schlack, R. (2003). Umschriebene Entwicklungsstörungen: Bedeutung und langfristiger Verlauf. *Kinderärztliche Praxis* 5, 304-315.

Esser, G. (1991). *Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen?* Stuttgart: Enke.

- Fuchs, T. (2006). *Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen: Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Untersuchung*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-19-was-ist-gute-arbeit.pdf?__blob=publicationFile
- Hagemann, T., Kattmann, M., Kriegel, M., Loerbroks, K., Schäfer, M., Strittmatter, V. et al. (2012). *Konzepte, Ideen und Modelle für eine Offene Hochschule*. Bielefeld: BEST WSG/Fachschule der Diakonie gGmbH.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B.H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.baua.de/de/Publikationen/uebersetzungen/ue15.html?nn=668352
- Hock, B., Holz, G. & Wüstendörfer, W. (2000). *Frühe Folgen – Langfristige Konsequenzen? Armut und Benachteiligung im Vorschulalter*. Frankfurt am Main: ISS-Eigenverlag.
- Holz, G. (2008). Benachteiligte Kinder und Jugendliche. In H. Scheithauer, T. Hayer & K. Niebank (Hrsg.), *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter* (S.333–349). Stuttgart: Kohlhammer.
- Holz, G., Laubstein, C. & Sthamer, E. (2012). Von alleine wächst sich nichts aus! Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen – Präsentation der Forschungsergebnisse. In Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS; Hrsg.), „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. September 2012 in Berlin (S.8–30). Frankfurt am Main: ISS. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.iss-ffm.de/publikationen/publikationen/index.html
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2000). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S.131–148). Göttingen: Hogrefe.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (2010). *Fels in der Brandung: Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/fels-in-der-brandung-pflege.pdf
- Jost, A. (2007). *Berufsverbleib und Fluktuation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Machbarkeitsstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.iwak-frankfurt.de/documents/Berufsverbleib.pdf
- Jost, K. (2004). Auswirkungen der Armut bei Kindern und Jugendlichen. In Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (Hrsg.), *Arme Familien gut beraten* (S.30–39). Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.bke.de/content/application/shop.download/1257417004_Arme%20familien%20PM%2072.pdf
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 50 (5/6), 686–700.
- Keehner Engelke, M., Guttu, M., Warren, M.B. & Swanson, M. (2008). School nurse case management for children with chronic illness: Health, academic, and quality of life outcomes. *Journal of School Nursing*, 24 (4), 205–214.

Knopf, H. (2007). Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 50 (5/6), 863–870.

kobra.net (Hrsg.). (2013). *Sozialarbeit an Schulen im Land Brandenburg*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.kobranet.de/kobranet/index.php?uid=914

Kocks, A. (2008). Schulgesundheitspflege – Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege und Gesellschaft*, 3, 246–260. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/0803-Kocks.pdf

Kocks, A. (2009). Wie kommt der Apfel in die Schule? Gesundheitspflege und Gesundheitsförderung in der Schule. *Die Grundschulzeitschrift*, 14–21.

Laaksonen, C. (2012). *Health-related quality of life in school children. Validation of instrument, child self assessment, parent-proxy assessment and school nursing documentation of health check-ups*. Dissertation, University of Turku. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74564/Laaksonen%20DISS.pdf?sequence=1>

Lang, A., Scheibel, S., Banka, C., Schielke, G., Kußmann, J., Siffczyk & Ellsäßer, G. (2013). *Pläne der Brandenburger Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe nach Ausbildungsabschluss*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Gesundheitsfachberufe%20Absolventenbefragung_Oktober%202013.pdf

Lightfoot, J. & Bines, W. (2000). Working to keep school children healthy: The complementary roles of school staff and school nurses. *Journal of Public Health Medicine*, 22 (1), 74–80.

Metz, A.-M., Kunze, D., Hamann, L., Gehltomholt, E. & Urbach, T. (2009). *Demografischer Wandel in der Pflege. Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Machbarkeitsstudie im Rahmen des Modellprojekts zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.komega.de/files/02_abschlussbericht_mbs_pfleger.pdf

Mielck, A. (2003). Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.), *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte: Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure* (S.10–17). Köln: BZgA.

Millsap, R.E. & Hartog, S.B. (1988). Alpha, beta, and gamma change in evaluation research: A structural equation approach. *Journal of Applied Psychology*, 73(3), 574–584.

Moor, I., Pförtner, T.K., Lampert, T., Ravens-Sieberer, U. & Richter, M., und das HBSC-Team Deutschland (2012). Sozioökonomische Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen in Deutschland. Eine Trendanalyse von 2002–2010. *Gesundheitswesen*, 74, 49–55.

Moses, K., Keneally, J., Bibby, H., Chiang, F., Robards, F. & Bennett, D. (2008). *Beyond bandaids: Understanding the role of school nurses in NSW*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.researchgate.net/publication/240631265_Summary_Report_Beyond_Bandaids_Understanding_the_role_of_school_nurses_in_NSW

- Paulus, P. (Hrsg.). (2010). *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim: Juventa.
- Pennington, N. & Delaney, E. (2008). *The number of students sent home by school nurses compared to unlicensed personnel*. *Journal of School Nursing*, 24 (5), 290-297.
- 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 Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 50 (5-6), 871-878.
- Read, M., Small, P., Donaher, K., Gilsanz, P. & Sheetz, A. (2009). *Evaluating parent satisfaction of school nursing services*. *Journal of School Nursing*, 25 (3), 205-213.
- Rogalski, H. (2010). *Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im „Community-Medicine-Nursing“-Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculum*. Dissertation, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Zugriff am 15.08.2014. Verfügbar unter <http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2010/776/index.html>
- Schmidt, S. & Thyen, U. (2008). Was sind chronisch kranken Kinder? *Bundesgesundheitsblatt*, 51, 585-591.
- Suhrcke, M. & de Paz Nieves, C. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: A review of the evidence*. Copenhagen: WHO. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/134671/e94805.pdf
- Telljohann, S., Dake, J. & Price, J. (2004). Effect of full-time versus part-time school nurses on attendance of elementary students with asthma. *Journal of School Nursing*, 20, 331- 334.
- Victorian Government, Department of Human Services (2004). *An evaluation of the Victorian secondary school nursing program*. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter <https://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/stuman/nursing/ssnpevaluation.pdf>
- World Health Organization (WHO, Hrsg.). (1994). *Life skills education in schools*. Genf: WHO.
- Zöller, M. (2014). *Gesundheitsfachberufe im Überblick*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung. Zugriff am 15.12.2014. Verfügbar unter www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/7369

ANHANG

SCHULPFLEGEKRÄFTE UND BENACHBARTE BERUFSGRUPPEN

Die Schulpflegerkräfte werden in enger Zusammenarbeit mit dem Schulpersonal, weiteren in der Schule tätigen Berufsgruppen sowie auch in Kooperation bzw. zumindest Abstimmung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) tätig werden. Daher werden im Folgenden die Tätigkeiten der benachbarten Berufsgruppen, die es vom Berufsfeld der Schulpflegerkräfte abzugrenzen gilt, kurz skizziert. Im Rahmen der während des Modellprojekts zu entwickelnden Handreichung für Schulpflegerkräfte und Schulpersonal sollten die Bereiche der gemeinsamen Arbeit und der jeweils notwendigen Abgrenzung zu anderen Fachkräften konkretisiert werden.

Aufgrund des Auftrags zur schulischen Gesundheitserziehung (Kultusministerkonferenz, 1992⁵²) und den daraus entwickelten schulinternen Standards für eine gesundheitsförderliche bzw. „gute gesunde Schule“ ist zunächst einmal das gesamte Schulpersonal, vor allem aber jede Lehrkraft durch den Einbezug von Gesundheitsthemen in ihren Unterricht (sofern passend) auch für die Gesundheitserziehung zuständig, im Sinne der „Förderung einer gesundheitsdienlichen Lebensweise und Lebenswelt im Hinblick auf die physische, psychische und soziale Gesundheit“ (Kultusministerkonferenz, 1992). Das Rundschreiben 9/12 des Brandenburger Landesministeriums für Bildung über Medizinische Hilfsmaßnahmen in der Schule durch Lehrkräfte und das sonstige pädagogische Personal regelt zudem die freiwillige Übernahme medizinischer Hilfsmaßnahmen in der Schule durch das pädagogische Personal wie z.B. die Verabreichung von Medikamenten. Eine derartige Regelung war im Zuge der Inklusionsbestrebungen und ohne medizinisches Fachpersonal an Schulen erforderlich geworden. Übernimmt nun die Schulpflegerkraft jegliche notwendige und im Rahmen ihrer Kompetenzen und Zuständigkeiten mögliche Versorgungsleistungen für chronisch kranke Kinder, kann dies als Entlastung der Lehrkräfte gesehen werden und nicht als Konfliktpotenzial zwischen diesen beiden Gruppen. Bezogen auf die Gesundheitsförderung ist eine Kooperation vorgesehen: die Schulpflegerkraft hat initiierende, teilweise koordinierende und beratende bzw. unterstützende Funktionen für die Arbeit der Lehrkräfte in diesem Bereich.

Die Akutversorgung nach Notfällen wird an Schulen derzeit durch Personal mit Ersthelfer-Ausbildung übernommen. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erste Hilfe und den Einsatz von Ersthelfern finden sich in § 10 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und in § 21 SGB VII. Die Schulleitung ist für die Sicherstellung einer wirksamen Ersten Hilfe verantwortlich und benennt dafür u.a. eine ausreichende Anzahl von Lehrkräften (10% des Personals), die sich zu Ersthelfern ausbilden lassen. Diese gesetzlich vorgeschriebene Ersthelfer-Gruppe wird es an Schulen also weiterhin geben. Die Schulpflegerkraft kann diese Lehrkräfte jedoch darin unterstützen, indem sie ihnen u.a. als kompetente Ansprechperson vor Ort zur Verfügung steht, die Wiederholungs-Schulungen koordiniert und die Verantwortung für die Kontrolle der Verbands- und anderer notwendiger Materialien übernimmt.

Sonderpädagogisch qualifizierte Lehrkräfte übernehmen die förderdiagnostische Lernbeobachtung und unterstützen die Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen bei der Planung und Umsetzung von Fördermaßnahmen in den Förderschwerpunkten „Sehen“, „Hören“, „körperliche und motorische Entwicklung“, „geistige Entwicklung“ oder bei autistischem Verhalten. Für individuelle Hilfen stehen den Schulen so zusätzliche Lehrkräftewochenstunden von sonderpädagogisch qualifizierten Lehrkräften zur Verfügung (siehe Verordnung über Unterricht und Erziehung für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf von 2007 mit Änderungen von 2009 sowie Verwaltungsvorschriften zur Sonderpädagogik-Verordnung von 2007 mit Änderungen von 2012). Sonderpädagog/innen beobachten durch ihre indivi-

⁵² vgl. www.kmk.org

duelle Arbeit mit in den genannten Bereichen auffälligen und förderbedürftigen Kindern und Jugendlichen so auch deren ganzheitlich-gesundheitliche Entwicklung, so dass sich hier in Einzelfällen eine enge Zusammenarbeit mit der Schulpflegekraft ergeben mag. Ihre Tätigkeiten im Bereich der Unterstützung dieser Risiko-Gruppe sollten sich dabei aber eher ergänzen als in Konflikt miteinander stehen. Nach § 22 SGB VII sind an jeder Schule mindestens zwei Sicherheitsbeauftragte zu bestellen. Sie stellen eine Art Bindeglied zwischen Schüler/innen, Lehrkräften und Leitung in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dar und nehmen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen für das Personal sowie auf die Lernbedingungen für die Schülerschaft. Sicherheitsbeauftragte für den äußeren Schulbereich sind durch den Sachkostenträger/das zuständige Schulverwaltungsamt und Sicherheitsbeauftragte für den inneren Schulbereich unter Beteiligung des Lehrerrates durch die Schulleitung zu bestellen. Die Aufgabe des/der Sicherheitsbeauftragten für den äußeren Schulbereich (häufig Hausmeister/in) ist die Entdeckung und Meldung aller technischen Sicherheitsmängel an die Schulleitung und ggf. die Beseitigung kleinerer Mängel. Sicherheitsbeauftragte für den inneren Schulbereich sollen die Schulleitung dabei unterstützen, das Kollegium beständig zur Gesundheitsförderung zu aktivieren und die Bereitschaft zu sicherheitsgerechtem und gesundheitsbewusstem Handeln zu fördern. Sie sollen möglichst an gemeinsamen Beratungsgesprächen, Begehungen und sicherheitstechnischen Überprüfungen mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit, Arbeitsmediziner/innen oder einer Aufsichtsperson des Unfallversicherungsträgers teilnehmen und Gefährdungsbeurteilungen erstellen. Sie nehmen Kenntnis von entsprechenden Berichten und von allen Unfallmeldungen.

Wie bereits ausgeführt übernehmen in vielen Ländern die Schulpflegekräfte die Aufgaben der Risiko- und Sicherheitsbewertung und sind für die Mitwirkung an einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Schule bezogen auf bauliche Maßnahmen, Raumausstattung und weitere Aspekte verantwortlich. Da dieser Bereich aber in deutschen Schulen schon in der o.g. Weise geregelt ist, ergibt sich keine Notwendigkeit, diese Aufgaben in das Arbeitsfeld der neuen Berufsgruppe zu überführen. Es ist zudem erforderlich, dass die Sicherheitsbeauftragten die Schule bzw. die Außenanlagen gut kennen und einen geschulten Blick für Sicherheitsmängel und derartige Gesundheitsrisiken entwickelt haben. Mit dieser Aufgabe wären neue Kolleg/innen daher eher überfordert. Vielmehr ist es hier von Vorteil, wenn sich an der Schule mehrere Personen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung um die Gesundheitsförderung verdient machen und gemeinsam das weitere Kollegium zur Umsetzung der schulspezifischen Maßnahmen im Prozess zu einer guten gesunden Schule motivieren.

Die Schulpsycholog/innen im Land Brandenburg sind nach den *Verwaltungsvorschriften* über die schulpsychologische Beratung (VVpsyBER) beratend und im Bedarfsfall mittels Supervision tätig – präventiv, in Notfällen, bei Konfliktbearbeitungen, bei psychologischen Themenbereichen, bei Beeinträchtigungen und Störungen im Lernen und Verhalten sowie bei besonderen Begabungen der Schüler/innen. Sie beraten dabei sowohl Heranwachsende und ihre Eltern, Lehrkräfte und Schulleitungen. Insbesondere geht es bei ihrer Arbeit um eine Diagnostik in psychologischen Fragestellungen beim Lernen und Verhalten und um die Vermittlung von geeigneten Unterstützungsmaßnahmen. In Fallkonferenzen werden sie bei sonderpädagogischem Förderbedarf, Teilleistungsstörungen und psychiatrischen Erkrankungen miteinbezogen.

Wie in Kapitel 2 beschrieben, sind psychische Erkrankungen zunehmend auch im Kindes- und Jugendalter festzustellen. Da die Schulpflegekräfte die Gesundheit der Schülerschaft ganzheitlich im Blick haben, gibt es einen Überschneidungsbereich mit der Schulpsychologie. Unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmung mag in Einzelfällen eine enge Kooperation wünschenswert sein. Zumindest aber ist ein guter Kontakt zwischen beiden Berufsgruppen wichtig, um eine Vermittlung von auffälligen Kindern und Jugendlichen von der Schulpflegekraft an den schulpsychologischen Dienst zu gewährleisten. Zudem

wäre zu prüfen, inwieweit Schulpsycholog/innen eine Erweiterung ihrer Beratungsfunktion für Lehrkräfte auf weiteres Schulpersonal sowohl rechtlich als auch zeitlich leisten können. Für die Gesundheitsfachkräfte wären Ansprechpersonen in der schulpsychologischen Beratung ein Gewinn.

Die *Schulsozialarbeit* unterbreitet an Brandenburger Schulen Angebote zur individuellen Begleitung und Beratung von Schüler/innen, zur Kompetenzförderung in Gruppen als auch offene freizeitpädagogische Angebote als niedrighschwelliger Zugang zu anderweitig schwer erreichbaren Gruppen. Die Sozialpädagog/innen beraten aber auch Eltern und Lehrkräfte, wirken in diversen schulischen Gremien mit und vermitteln Familien weiterführende Hilfen. Klassen- oder Gruppenprojekte beziehen sich sowohl auf die Prävention gesundheitsbeeinträchtigender Risikoverhaltensweisen (Suchtmittel-missbrauch, Gewalt), soziale Kompetenztrainings als auch auf berufsorientierende Maßnahmen (vgl. kobra.net, 2013).

Während Kocks (2008) für schwedische School Nurses beschreibt, dass sie sich klar und bewusst im Schnittbereich zur Sozialarbeit bewegen, und z.B. Anti-Mobbing-Projekte betreuen, wurde der Bereich der Gewaltprävention in Form von Projekten aus dem im Kapitel 4.5 beschriebenen Aufgabenfeld der Schulpflegekraft explizit herausgelassen. Nichtsdestotrotz werden auch Gesundheitskräfte an Brandenburger Schulen von Schüler/innen mit Themen konfrontiert werden, die in das Feld der Schulsozialarbeit hineinreichen, so dass eine Vermittlungsfunktion wahrgenommen werden sollte. Zudem gibt es thematische Überschneidungen, z.B. bei der Suchtprävention. Analog zu den Ausführungen zum Kontakt zum schulpsychologischen Dienst ist auch hier eine enge Kooperation zwischen Schulgesundheitspflege und Schulsozialarbeit wünschenswert bzw. zum Wohl der Schülerschaft erforderlich.

Die Aufgaben des ÖGD sind im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) aufgeführt. § 6 BbgGDG regelt speziell die Aufgaben in Hinblick auf den Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte (KJGD) nehmen vor allem Aufgaben zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit wahr, wirken gemeinsam mit den Sorgeberechtigten sowie u.a. dem Schulpersonal auf eine gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen hin und arbeiten insbesondere mit Kindertagesstätten, Schulen und den zuständigen Behörden zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung zusammen. Nähere Regelungen finden sich in der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV). So werden u.a. bei allen Kindern vor Beginn ihrer Schulpflicht eine Schuleingangsuntersuchung zur Feststellung der gesundheitlichen Schulfähigkeit und in der 10. Jahrgangsstufe Schulabgangsuntersuchungen durchgeführt (vgl. § 6 BbgGDG i.V.m. § 1 KJGDV). Darüber hinaus können bedarfsabhängige Untersuchungen, insbesondere in der Jahrgangsstufe 6 und in Förderschulen angeboten werden. Da die genannten Untersuchungen in den Schulen stattfinden, bedarf es einer rechtzeitigen Abstimmung und gemeinsamen Organisation dieser Termine. Bei Kindern mit auffälligen Befunden führen die KJGD ein Betreuungscontrolling durch, damit diese Kinder die notwendigen einzelfallbezogenen diagnostischen, therapeutischen oder sonstigen Fördermaßnahmen erhalten können. Die KJGDs beraten Kinder und Jugendliche, Sorgeberechtigte und Lehrkräfte bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung. Sie initiieren und koordinieren Gesundheitsprojekte und stehen als Ansprechpartner zur Verfügung (vgl. § 2 (2) KJGDV).

Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) führen die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte (ZÄD) schuljährlich (bis zur Jahrgangsstufe 10) Untersuchungen zur Erkennung und Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen durch (vgl. § 6 (3) BbgGDG). Auch in diesem Bereich wird bei auffälligen Befunden

ein Betreuungscontrolling veranlasst. Darüber hinaus werden gruppenprophylaktische Maßnahmen zur Erhaltung der Mundgesundheit, durchgeführt. Die Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V ist hierfür die Grundlage, konkretisiert werden die Aufgaben der ZÄD in einem entsprechenden Rundschreiben des Landesgesundheitsministeriums. Alle Schüler/innen sind verpflichtet, an der zahnärztlichen Untersuchung teilzunehmen. In den einzelnen Klassenstufen werden bei dieser Gruppenprophylaxe unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, z.B. Zahnputztraining, Fluoridierung oder auch gesunde Ernährung. Die Heranwachsenden werden auf diese Weise flächendeckend und unabhängig von ihrer Lebenssituation jährlich mit einer zahnärztlichen Untersuchung erreicht.

Mit diesen rechtlichen Regelungen ist festgeschrieben, dass in Brandenburg der ÖGD die oben beschriebenen Aufgaben wahrnimmt. Diese Untersuchungen sind unabhängig von den kinderärztlichen Untersuchungen der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen. In anderen Staaten werden einige dieser Aufgaben von den Schulpflegekräften mit übernommen, was in Deutschland in dieser Form nicht möglich ist. Aus dem Aufgabenfeld der Schulgesundheitspflege ergibt sich aber eine enge Kooperationsmöglichkeit bzw. -notwendigkeit mit dem ÖGD, und so ist diese neue Fachkraft als schulinterne Ansprechperson zu verstehen, die z.B. auch die notwendigen organisatorischen Absprachen mit dem KJGD und dem ZÄD übernehmen kann. Mitarbeiter/innen des ÖGD, die während der Erstellung des Tätigkeitsprofils für Brandenburg gehört wurden, begrüßten die Vorstellung, zukünftig eine kompetente Ansprechperson in Gesundheitsfragen an den Schulen zur Verfügung zu haben.

IMPRESSUM



HERAUSGEBER

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V.
Neuendorfer Straße 39 A
14480 Potsdam

Telefon: 0331 730 417 70
E-Mail: info@awo-potsdam.de
www.awo-potsdam.de

PROJEKTLEITUNG

Angela Basekow
Gudrun Braksch

AUTORIN

Dr. Ingrid Möller

unter Mitarbeit von
Wiebke Bartelt

© AWO Bezirksverband Potsdam e. V.

Alle Rechte einschließlich Übersetzung, Nachdruck und
Vervielfältigung des Werkes vorbehalten.