

Abschlussbericht

Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft

Jana Fischer, Christiane Diefenbach, Michael Eichinger, Martina F. Schmidt
und Michael S. Urschitz

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI)
Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie
an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Impressum

Herausgeber

Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI)

Redaktion

Christiane Diefenbach, Jana Fischer

Layout

Susanne Blumenkamp

Mitgewirkt haben an dieser Broschüre

Susanne Blumenkamp, Christiane Diefenbach, Michael Eichinger, Jana Fischer, Lucas Sandkämper, Martina F. Schmidt, Michael S. Urschitz

Druck

Servicecenter Technik und Wirtschaftsbetriebe der Universitätsmedizin Mainz
Abteilung Druckerei | Auflage 100 Stück

Inhalt

Zusammenfassung	3
1. Hintergrund	4
2. Ziele und Fragestellungen.....	5
3. Vorgehen.....	5
3.1 Etablierung der Schulgesundheitsfachkräfte	5
3.2 Datenerhebungen	7
4. Ergebnisse	8
4.1 Etablierung der Schulgesundheitsfachkräfte	8
4.2 Erreichen der Zielgruppen.....	8
4.3 Bedarf und Akzeptanz	9
4.4 Inanspruchnahme und Nutzungsintensität	9
4.5 Zufriedenheit mit der Maßnahme	12
4.6 Auswirkungen der Maßnahme auf das Schulpersonal, Eltern und Kinder	13
5. Schlussfolgerungen	16
6. Empfehlungen	17
7. Literatur	19
8. Danksagung.....	20

Zusammenfassung

Durch die Zunahme chronischer Erkrankungen im Kindesalter (wie z. B. Asthma, Allergien oder Verhaltensstörungen) lässt sich ein steigender Bedarf an einer medizinisch-pflegerischen Versorgung an Schulen feststellen. Lehrkräfte sind auf die Betreuung von Kindern mit chronischen Erkrankungen nicht ausreichend vorbereitet.

Das Teilprojekt „Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft“ des ikidS (ich komme in die Schule)-II-Forschungsprojekts der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz befasste sich mit der Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften zur Akut- und Unfallversorgung von Schülerinnen und Schülern sowie zur spezifischen Versorgung und Förderung von Kindern mit chronischen Erkrankungen an Grundschulen in Rheinland-Pfalz. Seit September 2018 sind hierzu vormittags zwei Schulgesundheitsfachkräfte an zwei Mainzer Grundschulen mit insgesamt 702 Schülerinnen und Schülern tätig. Die Prozesse und Auswirkungen dieser Maßnahme wurden mit Hilfe verschiedener Datenerhebungen (Dokumentation der Versorgung, Fragebögen, Telefon- und Fokusgruppeninterviews) bis Dezember 2019 evaluiert.

Die Ergebnisse dieser Evaluation zeigen, dass die Etablierung von Schulgesundheitspflege an deutschen Grundschulen machbar und sinnvoll ist. Die Maßnahme fand eine große Akzeptanz und erreichte die Zielgruppen gut, sodass es zu einer breiten und intensiven Nutzung des Angebots kam. Zudem zeigten sich alle Beteiligten sehr zufrieden mit der Maßnahme. Die Schulgesundheitsfachkräfte wurden gut in das System Schule integriert und die Zusammenarbeit wurde von den Eltern und Lehrkräften als sehr positiv beschrieben. Durch die Präsenz und die Versorgung durch die Schulgesundheitsfachkräfte kam es zu einer zeitlichen und psychischen Entlastung der Eltern und Lehrkräfte, wenngleich die Lehrkräfte den Bedarf an einer Erhöhung der Präsenzzeit der Schulgesundheitsfachkräfte an der Schule äußerten. Darüber hinaus wurde das Sicherheitsgefühl bei allen Beteiligten gestärkt. Hinsichtlich der Auswirkungen auf die Schülerinnen und Schüler gab es Hinweise auf eine Verringerung der Fehlzeiten, eine Erhöhung der schulischen Lebensqualität und der Gesundheitskompetenz sowie auf eine Verbesserung der Lernvoraussetzungen, wie z. B. der Konzentrationsfähigkeit.

Schulgesundheitspflege ist
auch an deutschen Schulen
machbar und sinnvoll

Die Weiterfinanzierung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte konnte nach dem Projektende im Dezember 2019 durch das Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz zunächst bis Ende 2021 gesichert werden.

Eine Ausweitung der Studie auf weitere Grundschulen wäre sinnvoll, um die Wirksamkeit der Schulgesundheitspflege sowie bestimmte Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte (u. a. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und die Früherkennung psychischer Auffälligkeiten) noch genauer in den Blick zu nehmen und zu evaluieren.

1. Hintergrund

Durch die kontinuierlich ansteigende Anzahl an chronischen Erkrankungen¹ bei Kindern und Jugendlichen [1-3], die Zunahme an Ganztagesbeschulung sowie eine voranschreitende Inklusion lässt sich ein steigender Bedarf an einer gesundheitlichen Versorgung von Schülerinnen und Schülern während der Schulzeit feststellen [4-6]. Konzepte für eine geregelte Gesundheitsversorgung gibt es an deutschen Regelschulen bislang nicht. Akute und chronische Erkrankungen sowie Unfälle und psychische Auffälligkeiten werden in der Regel ausschließlich von medizinischen Laien versorgt. Schulische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (u. a. Lehrkräfte, Sekretärinnen und Sekretäre, Inklusionshelferinnen und -helfer) sind auf die medizinische Betreuung nicht vorbereitet, fühlen sich oftmals überfordert und dies führt zwangsläufig zu einer nicht adäquaten Versorgung (bei akuten Krankheiten und Unfällen) bzw. zum gänzlichen Ausbleiben einer Versorgung (bei chronischen und psychischen Erkrankungen) während der Schulzeit [7, 6]. Besonders bei Schülerinnen und Schülern mit chronischen Erkrankungen kann diese Versorgungslücke zu einer Bildungsbenachteiligung führen. Hierzu haben die Ergebnisse unserer ikidS-Forschungsprojekte gezeigt, dass Kinder mit erhöhtem medizinischem Versorgungsbedarf aufgrund einer chronischen Erkrankung geringere schulische Fähigkeiten aufweisen als ihre gesunden Mitschülerinnen und Mitschüler [8].

In vielen Ländern sind „school nurses/Schulkrankenschwestern“ in den Schulen fest integriert

In vielen Ländern weltweit sind für die gesundheitlichen Angelegenheiten von Schulkindern spezialisierte Pflegekräfte, sogenannte Schulgesundheitsfachkräfte (int. School Nurses), an Schulen tätig. Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft besteht unter anderem in der pflegerischen Versorgung bei akuten und chronischen Erkrankungen, Verletzungen und Notfällen [9, 6]. Das Konzept der Schulgesundheitspflege hat unter anderem das Ziel, die Bildungs Nachteile, die Schulkindern bei einer chronischen Erkrankung erwachsen, durch eine bessere medizinisch-pflegerische Versorgung an den Schulen auszugleichen [9]. In Deutschland sind Schulgesundheitsfachkräfte bislang nur in internationalen Schulen, Schulen der dänischen Minderheit in Schleswig-Holstein und Waldorfschulen etabliert. Zuletzt wurden Pilotstudien in Brandenburg, Hessen und Schleswig-Holstein durchgeführt [10].

In Rheinland-Pfalz sind im Rahmen des Teilprojekts „Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft“ des ikidS (ich komme in die Schule)-II-Forschungsprojekts der Universitätsmedizin Mainz seit September 2018 zwei Schulgesundheitsfachkräfte an zwei Mainzer Grundschulen tätig. Die Machbarkeitsstudie sollte die Voraussetzungen herausarbeiten, unter denen

¹ Chronische Erkrankungen sind nicht vollständig heilbare Krankheiten, die mindestens drei Monate andauern und mit einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einhergehen, wie beispielsweise Allergien, Asthma, ADHS, Diabetes, Hör- und Sehstörungen.

Schulgesundheitsfachkräfte die medizinisch-pflegerische Versorgung von Schulkindern, die von akuten und chronischen Erkrankungen betroffen sind, während der Schulzeit übernehmen können.

2. Ziele und Fragestellungen

Ziel der Machbarkeitsstudie war es, die Voraussetzungen für die Etablierung von Schulgesundheitspflege an deutschen Grundschulen zu prüfen sowie die Umsetzung der Maßnahme zu evaluieren. Zu diesem Zweck wurden die Akzeptanz der Maßnahme (d.h. wie die Schulgesundheitspflege von den Schulen und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angenommen und unterstützt wurde), das Erreichen der Zielgruppen, die Nutzung der Schulgesundheitspflege, die Zufriedenheit der Zielgruppen mit der medizinischen Versorgung an der Schule sowie erste Auswirkungen der Maßnahme erfasst. Die Untersuchung der Auswirkungen der Schulgesundheitspflege bezog sich z. B. auf die Veränderung der Fehlzeiten (bei allen Schülerinnen und Schülern), die Veränderung der Lebensqualität und Teilhabe (speziell bei den Kindern mit einer chronischen Erkrankung), aber auch auf die Entlastung der Eltern und Lehrkräfte.

3. Vorgehen

3.1 Etablierung der Schulgesundheitsfachkräfte

Im September 2018 nahmen zwei Schulgesundheitsfachkräfte an der Goethe-Grundschule Mainz und der Maler-Becker-Schule (Mainz-Gonsenheim) ihre Tätigkeit auf. Bei den beiden Schulen handelt es sich um vier- bis fünfzügige Grundschulen mit insgesamt 702 Schülerinnen und Schülern zu Beginn der Maßnahme (Schule 1: 305, Schule 2: 397).

Die Schulgesundheitsfachkräfte (oder auch Schulkrankenschwestern/Schulschwestern) sind examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit Berufserfahrung. Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte wurde zunächst auf eine Dauer von 16 Monaten bis Dezember 2019 befristet, kann jedoch durch die finanzielle Unterstützung des Ministeriums für Bildung Rheinland-Pfalz bis Dezember 2021 weitergeführt werden.

Auf der einen Seite haben die Schulgesundheitsfachkräfte die Aufgabe, alle Schulkinder bei akuten physischen und psychischen Beschwerden (wie z. B. Erkältungssymptomen oder Bauchschmerzen) sowie bei Schulunfällen zu versorgen. Auf der anderen Seite werden die chronisch erkrankten Schülerinnen und Schüler sowie alle sonstigen Beteiligten (z. B. Eltern, Lehrkräfte) im Rahmen eines ganzheitlichen Konzepts im Sinne des Case Managements (dt. Fallmanagement) individuell auf den Bedarf abgestimmt in allen Belangen der schuli-



Abbildung 1: Die Schulgesundheitsfachkräfte standen der Schule zunächst für eine Dauer von 16 Monaten jeden Morgen zur Verfügung.

Nicht nur „Pflasterkleben“ ist gefragt

schen Versorgung unterstützt. Nach der Information der Eltern, Kinder und des Schulpersonals der Projektschulen über das Versorgungsangebot durch die Schulgesundheitsfachkräfte sowie einer Bedarfsermittlung wurden an den beiden Schulen Kinder mit einer chronischen Erkrankung in die Versorgung innerhalb des Case Managements eingeschlossen. Das Case Management beinhaltet u. a. die Ausarbeitung eines Medikations- und Notfallplans, die Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten, die Beratung der Lehrkräfte im Umgang mit der chronischen Erkrankung sowie die interdisziplinäre Vernetzung z. B. mit Kinderärztinnen und -ärzten oder mit der Schulsozialarbeit.



Abbildung 2: Die Behandlungsräume wurden mit notwendigen Einrichtungsgegenständen (u. a. Schreibtisch, verschließbarem Schrank, Kühlschrank, Liege bzw. Sofa) eingerichtet und mit kreativem Einsatz von Schülerinnen und Schülern liebevoll dekoriert.

Folgende Ziele wurden dabei verfolgt:

- Verbesserte Integration und Unterstützung chronisch kranker und behinderter Schulkinder in Regelschulen (Medikamentengabe, individuelle Pflegeleistung),
- Verbesserung der Lernvoraussetzungen für gesundheitlich und/oder sozial belastete Schulkinder (Verminderung von Gesundheitsstörungen, verbesserte Nutzung der Ressourcen, Stärkung des Selbstmanagements, Hilfsmittel, Gebrauchsmaterial etc.),
- Reduzierung der gesundheitlich bedingten Ungleichheit der Bildungschancen,
- Reduzierung der Fehlzeiten von Schulkindern; Unterstützung der Schulkinder nach längerem Fernbleiben vom Unterricht (Reintegration),
- Frühzeitige Wahrnehmung von und Hilfestellung bei gesundheitlichen Problemen,
- Aufklärung der Lehrkräfte über die spezifischen schulrelevanten gesundheitlichen Probleme betroffener Schulkinder,
- Vernetzung mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten als auch mit schulischen Versorgungsstrukturen (Schulärztinnen und -ärzte, Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Jugendhilfeträger etc.).

Die Schulgesundheitsfachkräfte erhielten für ihre Tätigkeit an den Schulen einen eigenen Behandlungsraum (siehe Abbildung 2). In der Vorbe-

reitungsphase wurden diese Räume mit notwendigen Einrichtungsgegenständen ausgestattet, u. a. einem Schreibtisch, einem verschließbaren Schrank, einem Kühlschrank, einer Liege bzw. einem Sofa sowie individuellen Bedarfsgegenständen, wie z. B. Decken, Kissen und einem Wasserkocher. Darüber hinaus wurden Arbeitsmaterialien (u. a. ein Laptop, Internetzugang, ein Handy mit PrePaid-Karte sowie sonstige Büromaterialien) und Versorgungsmaterialien (z. B. Kühlpacks, Desinfektionsmittel, Verbandsmaterialien, Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, Taschenlampe, Traubenzucker und Tee) bereitgestellt.

3.2 Datenerhebungen

Die Schulgesundheitsfachkräfte dokumentierten durchgehend die von ihnen durchgeführten Versorgungen. Darüber hinaus fanden zur Evaluation der Maßnahme Schulgesundheitspflege die folgenden Datenerhebungen statt:

Vor Beginn der Maßnahme im September 2018 und nach ihrer Etablierung am Ende des Schuljahres im Juni 2019 wurden Daten zur gesundheitlichen und schulischen Situation der Kinder im Case Management durch Elternfragebögen erhoben (11 Teilnehmerinnen und Teilnehmer). Am Ende des Schuljahres im Juni 2019 wurde zusätzlich die Nutzung der und die Zufriedenheit mit der Maßnahme erfasst (10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

Ebenso erfolgten am Schuljahresende anonyme Befragungen einerseits von Eltern gesundheitlich unauffälliger Kinder (285 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) und andererseits von Lehrkräften sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Schulen (51 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) zur Nutzung und zur Zufriedenheit mit der allgemeinen Akut- und Unfallversorgung durch die Schulgesundheitsfachkräfte sowie zu wahrgenommenen Veränderungen durch die Maßnahme.

Im Dezember 2019 und damit 16 Monate nach Projektbeginn wurden schließlich leitfadengestützte Telefoninterviews mit den Eltern der Kinder im Case Management (8 Teilnehmerinnen) und Fokusgruppeninterviews mit Eltern gesundheitlich unauffälliger Kinder (7 Teilnehmerinnen und Teilnehmer), mit Lehrkräften (12 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) sowie mit den Schulleitungen und den Schulgesundheitsfachkräften (4 Teilnehmerinnen) durchgeführt. Im Fokus der Interviews standen die Akzeptanz der Maßnahme, wahrgenommene Veränderungen bei Kind, Familie und Schule durch die Maßnahme sowie angetroffene Hindernisse bzw. Erleichterungen bei der Etablierung der Schulgesundheitsfachkräfte. Die Abbildung 3 zeigt noch einmal die durchgeführten Datenerhebungen mit den Erhebungszeitpunkten.

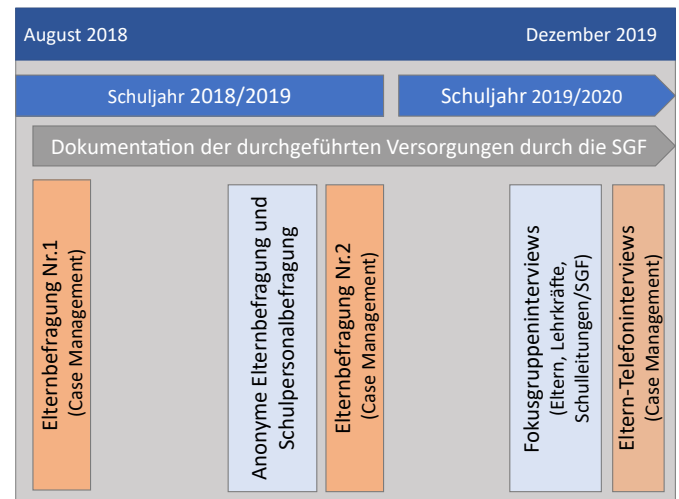
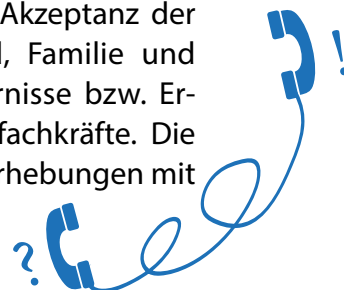


Abbildung 3: Die Datenerhebung erfolgte von 9/2018 bis 12/2019 mittels Befragung von Eltern und Schulpersonal durch Fragebögen und sich daran anschließende Telefon- und Fokusgruppeninterviews.



4. Ergebnisse

4.1 Etablierung der Schulgesundheitsfachkräfte

Etablierung der Schulgesundheitsfachkräfte im System Schule:

Schulgesundheitsfachkräfte
sind im Alltag der Schule
unentbehrlich geworden

Im Fokusgruppeninterview beschrieben die Schulleiterinnen, dass die Schulgesundheitsfachkräfte ein fester und unentbehrlicher Bestandteil ihrer Schulen geworden seien und sich eine Vertrauensbasis erarbeitet hätten. Auch die Schulgesundheitsfachkräfte berichteten, dass sie sich vom Schulpersonal gut aufgenommen gefühlt und es als leicht empfunden hätten, einen Zugang zum System zu finden. Es sei jedoch eine Anfangszeit von etwa einem halben Jahr notwendig gewesen, einerseits um sich in ihre Rolle einzufinden und bis andererseits die Lehrkräfte und Schulkinder sich daran gewöhnt hätten, die Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Auch die Eltern schilderten den Eindruck, dass die Schulgesundheitsfachkraft in der Schule sehr bekannt und geschätzt sei und fest dazugehöre.

Zusammenarbeit mit den Schulgesundheitsfachkräften:

Die Zusammenarbeit wurde von allen Seiten positiv beurteilt. Aus den Aussagen der Lehrkräfte im Fokusgruppeninterview ging hervor, dass sie die Zusammenarbeit mit der Schulgesundheitsfachkraft als sehr hilfreich, unkompliziert und zuverlässig empfunden haben.

Im Gegenzug dazu bewerteten auch die Schulgesundheitsfachkräfte im Fokusgruppeninterview die Zusammenarbeit mit den Lehrkräften als gut. Die Zusammenarbeit der Schulgesundheitsfachkraft mit den Eltern wurde ebenfalls in den Telefon- und Fokusgruppeninterviews von beiden Seiten positiv dargestellt.

Präsenzzeit der Schulgesundheitsfachkräfte:

Die Lehrkräfte bekräftigten im Fokusgruppeninterview die Notwendigkeit einer täglichen Präsenz der Schulgesundheitsfachkraft an der Schule und sprachen sich aufgrund der hohen Zahl an Ganztags Schülerinnen und -schülern zusätzlich noch für eine Ausweitung der Präsenzzeit auf den Nachmittag aus. Wünschenswert sei die Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft bis 15 Uhr, damit z.B. auch Kinder mit einer Diabeteserkrankung beim Mittagessen oder an Epilepsie erkrankte Kinder ganztags begleitet werden könnten.

4.2 Erreichen der Zielgruppen

Bei 99,9 % aller Schulkinder der beiden Projektschulen waren die Eltern mit der allgemeinen Akut- und Unfallversorgung durch die jeweilige

Schulgesundheitsfachkraft einverstanden (Schule 1: 304 Kinder, Schule 2: 397 Kinder). Insgesamt 80 % der Schülerinnen und Schüler an Schule 1 und 70% an Schule 2 haben im Projektzeitraum die Schulgesundheitsfachkraft zu verschiedenen gesundheitlichen Belangen aufgesucht.

In das Case Management konnten 11 von 21 in Frage kommenden Kindern beider Schulen eingeschlossen werden, die sowohl körperliche Erkrankungen (unter anderem Asthma bronchiale, Neurodermitis, Epilepsie und Nierenerkrankung) als auch psychische Erkrankungen (unter anderem ADHS und Autismus) hatten.

4.3 Bedarf und Akzeptanz

Aus dem Fokusgruppeninterview der Lehrkräfte ging hervor, dass diese die Durchführung der Maßnahme voll und ganz unterstützen. Die Lehrkräfte äußerten einen großen Bedarf an professioneller Unterstützung und Entlastung durch die Schulgesundheitsfachkraft. Durch die steigende Zahl an Kindern mit besonderen Herausforderungen brauchen die Schulen multiprofessionelle Teams. Zu einem solchen Team gehört nach Dafürhalten der Lehrkräfte auf jeden Fall eine Schulgesundheitsfachkraft, weil sich die Lehrkräfte von der medizinischen Betreuung der Kinder überfordert fühlen. Den Lehrkräften fehlt es schlicht an einer entsprechenden Fachkompetenz in diesem Bereich. Damit

übereinstimmend gab in der anonymen Befragung der überwiegende Teil des befragten Schulpersonals an, sich unsicher im Umgang mit verschiedenen Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Notfallsituationen zu fühlen (siehe Abbildung 4). Hiervon ausgenommen war der Umgang mit der Lese-/Rechtschreibstörung, sozial-/emotionalen Störungen und mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS), bei welchem unter dem befragten Schulpersonal jeweils überwiegend Sicherheit bestand.

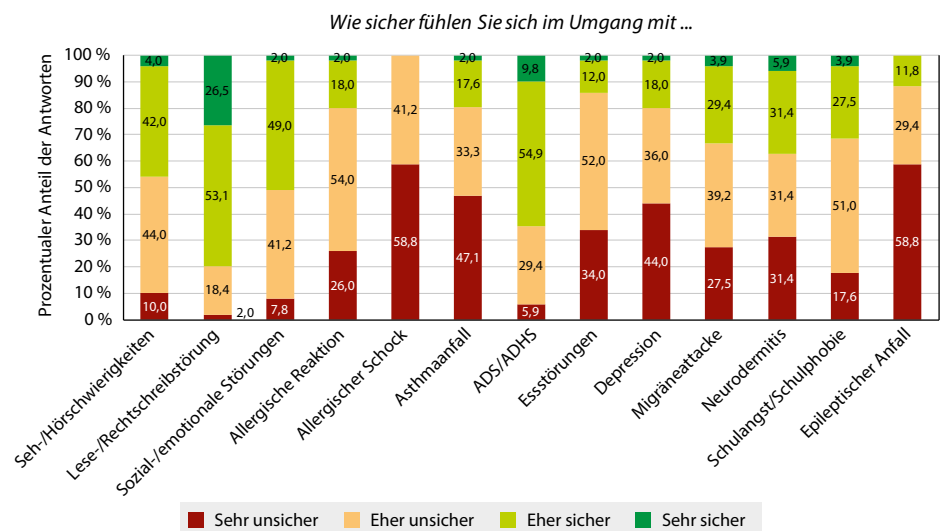


Abbildung 4: Ein Großteil der Lehrkräfte und schulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlt sich unsicher im Umgang mit vielen Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Notfallsituationen bei Schülerinnen und Schülern (anonyme Schulpersonalbefragung Juni 2019; 51 Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

4.4 Inanspruchnahme und Nutzungsintensität

Versorgung chronischer Erkrankungen:

Innerhalb des Case Managements kam es von September 2018 bis Dezember 2019 zu 495 Kontakten mit allen Beteiligten (Schule 1: 357, Schule 2:

138). Es gab Kontakte mit den chronisch erkrankten Kindern (Schule 1: 64,1 %, Schule 2: 35,5 %), mit ihren Eltern (Schule 1: 16,2 %, Schule 2: 33,3 %), mit Klassenlehrkräften (Schule 1: 16,2 %, Schule 2: 26,8 %), mit der Schulsozialarbeit (Schule 1: 3,4 %, Schule 2: 0 %) sowie mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (Schule 1: 0 %, Schule 2: 4,3 %).

Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass sich die Kontakte hauptsächlich auf die chronisch erkrankten Kinder, ihre Eltern sowie die Lehrkräfte konzentrierten. Kontakte mit der Schulsozialarbeit und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten haben nur vereinzelt, eine Zusammenarbeit mit anderen außerschulischen Akteurinnen und Akteuren hat gar nicht stattgefunden.

Dies ist noch einmal in der Abbildung 5 veranschaulicht, in der die absoluten Zahlen der oben beschriebenen Kontakte über beide Schulen hinweg dargestellt sind. Durch die Fortführung des Projektes bis zunächst Dezember 2020 bestand die Möglichkeit, die Entwicklung der Zusammenarbeit in diesen Bereichen weiter zu verfolgen.

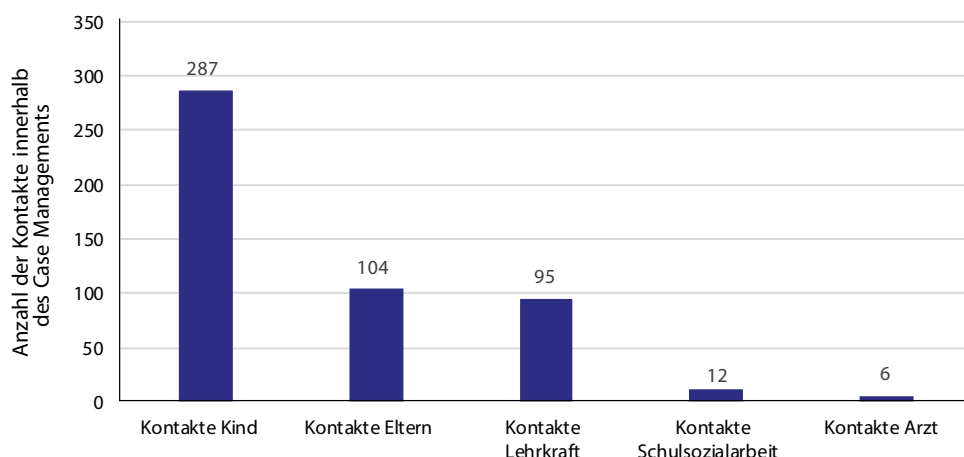


Abbildung 5: Innerhalb des Case Managements hatten die Schulgesundheitsfachkräfte am häufigsten Kontakt mit dem Kind selbst, häufig aber auch mit den Eltern und der Lehrkraft (September 2018 - Dezember 2019; 11 Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

Die Maßnahme wurde durchgängig genutzt (Mittelwert Schule 1 24,5 und Schule 2 9,6 Kontakte pro Monat). Der individuelle Versorgungsbedarf war dabei sehr unterschiedlich. Pro Kind kam es im Case Management im Projektzeitraum insgesamt zu 29 bis 175 Kontakten (Schule 1) bzw. zu 7 bis 33 Kontakten (Schule 2) mit der Schulgesundheitsfachkraft.

Die Schulgesundheitsfachkräfte dokumentierten die folgenden Gründe für den Kontakt mit den Kindern im Case Management:

- allgemeine Versorgung bei Verletzungen und nicht krankheitsbedingten Beschwerden,
- krankheitsspezifische Versorgung (u.a. Notfallversorgung, Medikamentengaben, Beratung, Gespräche zu seelischen Belangen, Bedarf des Rückzugs, Ablenkung),
- Hospitation im Unterricht bzw. auf dem Pausenhof zur Beobachtung des Kindes sowie
- Besuch der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson bei nicht krankheitsspezifischen Sorgen und Problemen.

Wie häufig die verschiedenen Gründe bei den Kontakten im Case Management vorlagen, ist in Abbildung 6 dargestellt.

Die Gründe für den Kontakt mit den Eltern der Case Management-Kinder lagen hauptsächlich im telefonischen und persönlichen Austausch über Auffälligkeiten, Entwicklungen und Empfehlungen.

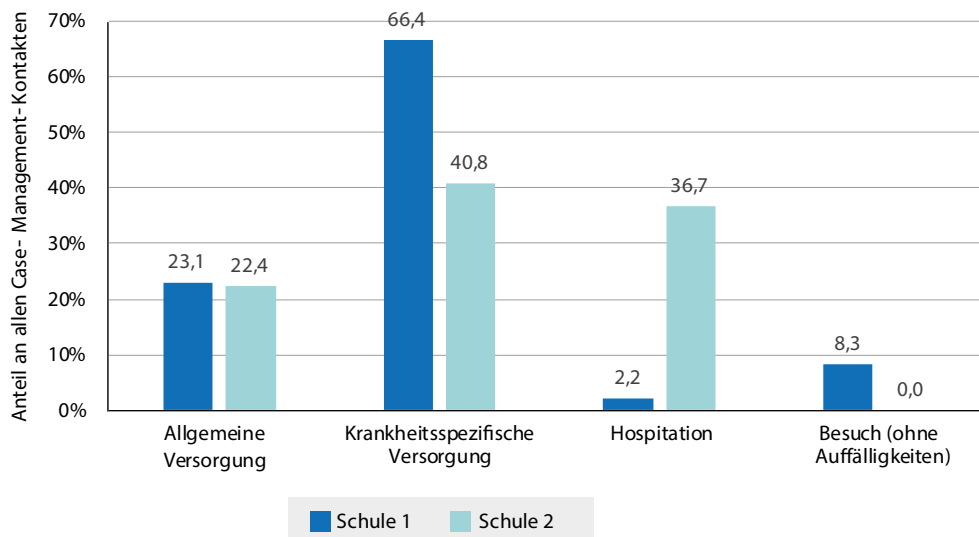


Abbildung 6: Der häufigste Grund für den Kontakt mit den Kindern im Case Management bestand in beiden Projektschulen in der krankheitsspezifischen Versorgung (September 2018 - Dezember 2019; 11 Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

Allgemeine Versorgung:

Insgesamt kam es an beiden Schulen im Projektzeitraum zu 4914 Akut- und Unfallversorgungen (einschließlich der Versorgungen der Case Management-Kinder). Dabei handelte es sich in 2897 Fällen um Akutversorgungen (Schule 1: 70,3 %, Schule 2: 42,0 % der Versorgungen) und in 2017 Fällen um Unfallversorgungen (Schule 1: 29,7 %, Schule 2: 58,0 % der Versorgungen). In Abbildung 7 sind die absoluten Versorgungszahlen der beiden Schulen noch einmal getrennt nach verschiedenen Versorgungsgründen dargestellt.

Insgesamt wurden 4914 Akut- und Unfallversorgungen durchgeführt

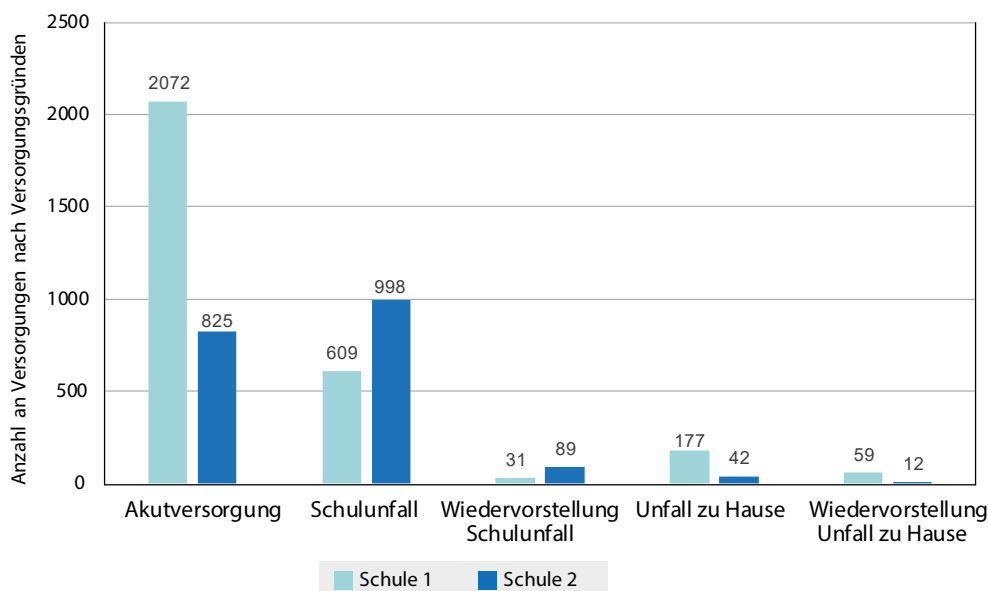
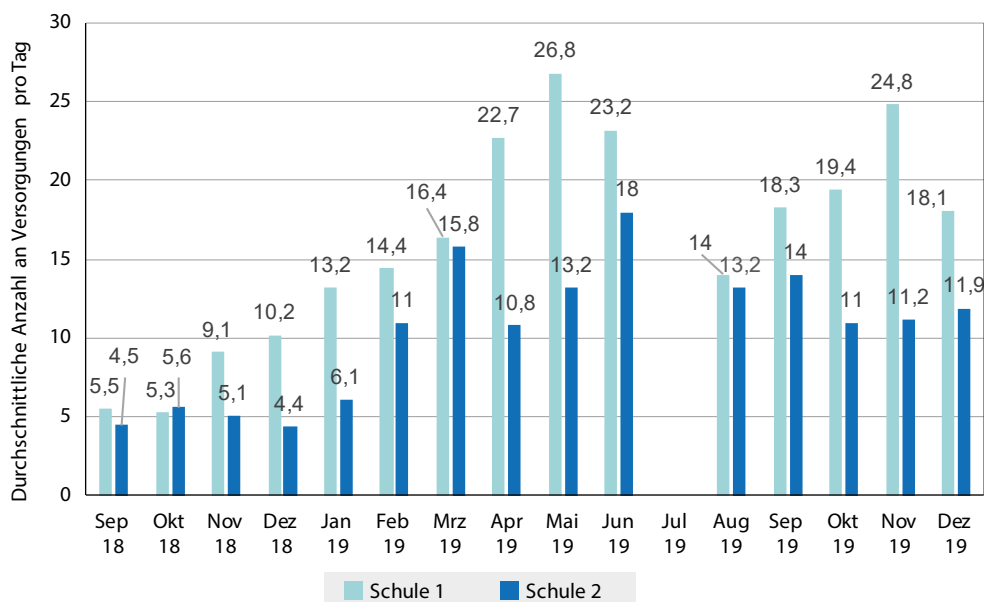


Abbildung 7: Die häufigsten Gründe für die allgemeine Versorgung aller Schülerinnen und Schüler waren in beiden Projektschulen akute Krankheiten und Schulunfälle (September 2018 - Dezember 2019; 304 (Schule 1) bzw. 397 (Schule 2) Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

Die mittlere Anzahl der Akut- und Unfallversorgungen durch die Schulgesundheitsfachkräfte pro Tag vervierfachte sich innerhalb eines Schuljahres, wie aus Abbildung 8 ersichtlich ist. Die anfangs noch geringen Versorgungszahlen sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass zum einen die Schulkinder einige Zeit brauchten, um das neue Versorgungsangebot kennenzulernen und anzunehmen, und dass zum anderen auch die Lehrkräfte sich erst daran gewöhnen mussten, das Angebot zu nutzen.

Abbildung 8: Die Monatsmittelwerte der Anzahl der Versorgungen pro Tag vervierfachten sich in beiden Projektschulen vom Beginn der Maßnahme bis zum Ende des Schuljahres im Juni 2019; die fehlenden Werte im Juli 2019 sind durch die Sommerferien begründet (September 2018 - Dezember 2019; 304 (Schule 1) bzw. 397 (Schule 2) Teilnehmerinnen und Teilnehmer).



4.5 Zufriedenheit mit der Maßnahme

Sowohl bei der anonymen Befragung der Eltern gesundheitlich unauffälliger Kinder als auch im zweiten Elternfragebogen im Rahmen des Case Managements wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um eine Einschätzung gebeten, wie ihr Kind seine Erfahrung mit der Schulgesundheitsfachkraft insgesamt bewerten würde (auf einer 4-stufigen Antwortskala von „sehr gut“ bis „schlecht“).

Von den anonym befragten Eltern gaben 94,4% an, ihr Kind habe gute bis sehr gute Erfahrungen mit der Schulgesundheitsfachkraft gemacht, während 5,6% die Erfahrungen als „okay“ oder „schlecht“ beurteilten (prozentualer Anteil ohne fehlende Werte). Die Ergebnisse der Elternbefragung der Case Management-Kinder zeigen ebenfalls eine große Zufriedenheit mit der Maßnahme. Neun der zehn

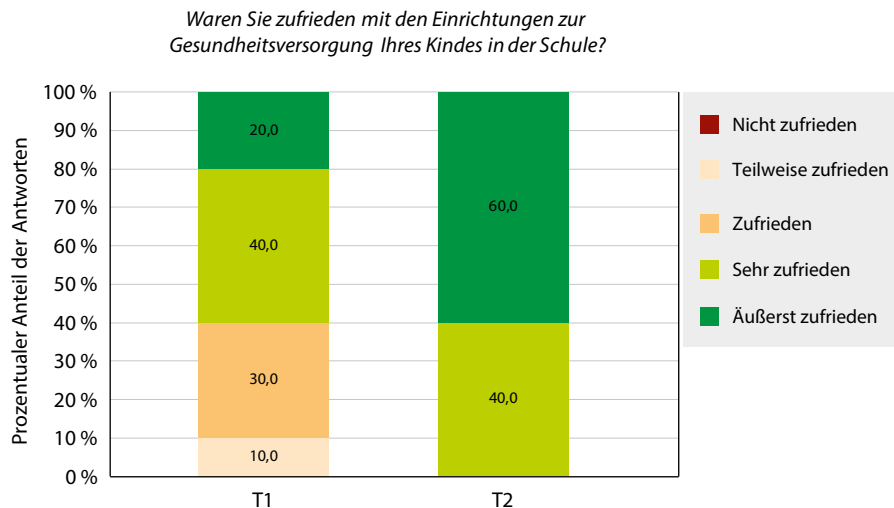


Abbildung 9: Die am Case Management beteiligten Eltern waren nach der Etablierung der Schulgesundheitspflege (T2, Juni 2019) mit der Gesundheitsversorgung in der Schule viel zufriedener als davor (T1, September 2018); Elternfragebogen (10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

Eltern der Case Management-Kinder bewerteten die Erfahrungen, die ihr Kind mit der Schulgesundheitsfachkraft gemacht hat, insgesamt als „sehr gut“, ein Elternteil als „gut“.

Um mögliche Veränderungen in der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung der Case Management-Kinder in der Schule zu erfassen, wurde sowohl im ersten Elternfragebogen vor Einführung der Maßnahme (T1) als auch im zweiten Elternfragebogen am Schuljahresende (T2) die Skala „Unterstützung durch die Schule“ des validierten Fragebogens CHC-SUN [Child's Health Care Questionnaire on Satisfaction, Utilization and Needs;

11] eingesetzt (Werte 1 bis 5). Die Ergebnisse belegen eine Zunahme der Zufriedenheit mit der Versorgung in der Schule von T1 (Mittelwert: 3,52; Standardabweichung: 0,84) zu T2 (Mittelwert: 3,89; Standardabweichung: 0,78). Die oben genannte Skala umfasst drei unterschiedliche Fragen. Anhand der Antworten auf zwei dieser Fragen, die sich zum einen auf das Wissen der Lehrkräfte über die Erkrankung des Kindes und zum anderen auf das Achten der Lehrkräfte auf die Erkrankung des Kindes beziehen, waren keine nennenswerten Veränderungen von T1 zu T2 erkennbar. Die Antworten der Eltern auf die dritte Frage zur Zufriedenheit mit den Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung in der Schule zeigten aber eine deutliche Verbesserung (siehe Abbildung 9): Während zum Zeitpunkt T1 60 % der Befragten angaben, sehr oder äußerst zufrieden zu sein, waren es bei T2 100 %.

Die Lehrkräfte äußerten sich im Fokusgruppeninterview ebenfalls überaus positiv zum Einsatz der Schulgesundheitsfachkraft. Sie bewerteten die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft als sehr hilfreich und wichtig.

4.6 Auswirkungen der Maßnahme auf das Schulpersonal, Eltern und Kinder

Auswirkungen auf die Schule und das Schulpersonal:

In der anonymen Schulpersonalbefragung sollten die Lehrkräfte und andere schulische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf einer 3-stufigen Antwortskala beurteilen, inwiefern sich ihr persönlicher wöchentlicher Zeitaufwand für die Übernahme von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten verändert hat, seit die Schulgesundheitsfachkraft an der Schule tätig ist. Die große Mehrheit der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gab an, dass der persönliche wöchentliche Zeitaufwand deutlich abgenommen habe, wie aus Abbildung 10 (linke Säule) ersichtlich ist. Im Fokusgruppeninterview schilderten die Lehrkräfte außerdem eine verbesserte Unterrichtssituation, da sie den Unterricht nicht mehr unterbrechen mussten, um sich um ein krankes Kind zu kümmern und die Eltern zu kontaktieren. Überdies stellten sie auch auf Seiten des Sekretariats eine zeitliche Entlastung fest.

Die Lehrkräfte und weiteren schulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden darüber hinaus in der Schulpersonalbefragung gebeten, die Veränderung ihrer eigenen Belastung seit Beginn der Maßnahme einzuschätzen.

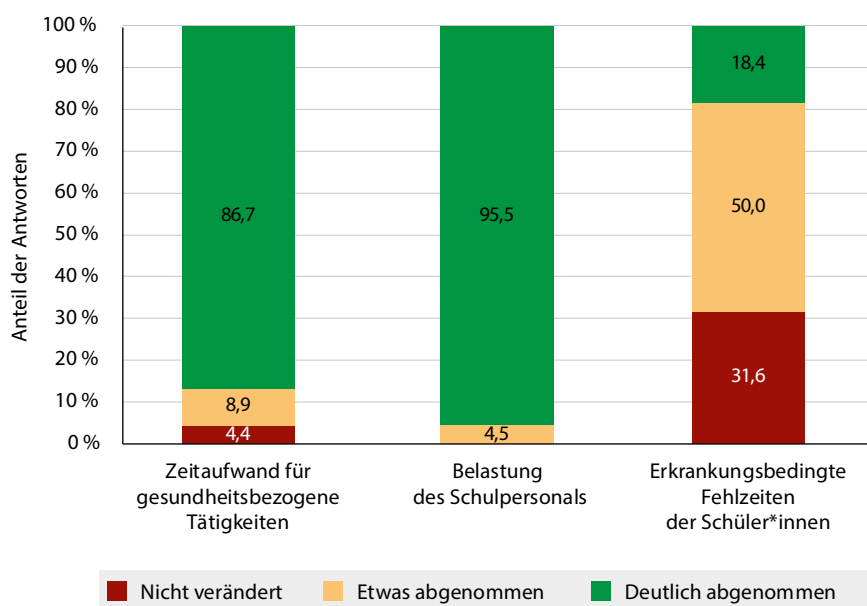


Abbildung 10: Die Mehrheit der Lehrkräfte sowie der schulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gab an, dass der eigene Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten, die eigene Belastung, aber auch die Fehlzeiten der Schülerinnen und Schüler seit der Einführung der Schulgesundheitspflege abgenommen haben (anonyme Schulpersonalbefragung Juni 2019; 45/44/38 Antworten).

Nicht nur eine zeitliche, sondern auch eine kognitive und emotionale Entlastung

Durch die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft an ihrer Schule fühlten sich fast alle Befragten deutlich entlastet, wie Abbildung 10 (mittlere Säule) zeigt. Anhand der Äußerungen der Lehrkräfte im Fokusgruppeninterview wurde zudem deutlich, dass es sich bei der Entlastung neben der zeitlichen auch um eine emotionale und kognitive Entlastung handelte. Sie fühlten sich beruhigt und erleichtert, weil sie die Verantwortung an jemanden mit größerer medizinischer Kompetenz abgeben konnten, und sie mussten sich auch keine Gedanken mehr über die Beschwerden des Kindes machen oder anhaltendes Unwohlsein eines Kindes im Unterricht auffangen. Dadurch konnten sich die Lehrkräfte besser auf die Klasse und den Unterricht konzentrieren. Die Schulleitungen berichteten im Fokusgruppeninterview ebenfalls davon, bei den Lehrkräften eine Entlastung und Beruhigung, ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und eine verbesserte Konzentration auf die Arbeit wahrgenommen zu haben.

Auswirkungen auf die Eltern:

Sowohl die Eltern der Kinder mit einer chronischen Erkrankung als auch die Eltern gesundheitlich unauffälliger Kinder sollten im jeweiligen Elternfragebogen am Schuljahresende auf einer 4-stufigen Antwortskala angeben, ob

sie sich durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft entlastet fühlen. Dies wurde mehrheitlich bejaht (siehe Abbildung 11), im Fall der chronisch kranken Kinder sogar von allen Eltern. Allerdings nahm mehr als ein Drittel der Eltern gesundheitlich unauffälliger Kinder keine Entlastung wahr, aber vermutlich haben diese Eltern besonders gesundheitlich robuste Kinder und waren daher auch schon vor Beginn der Maßnahme kaum belastet.

Fühlen Sie sich durch die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft an Ihrer Schule entlastet?

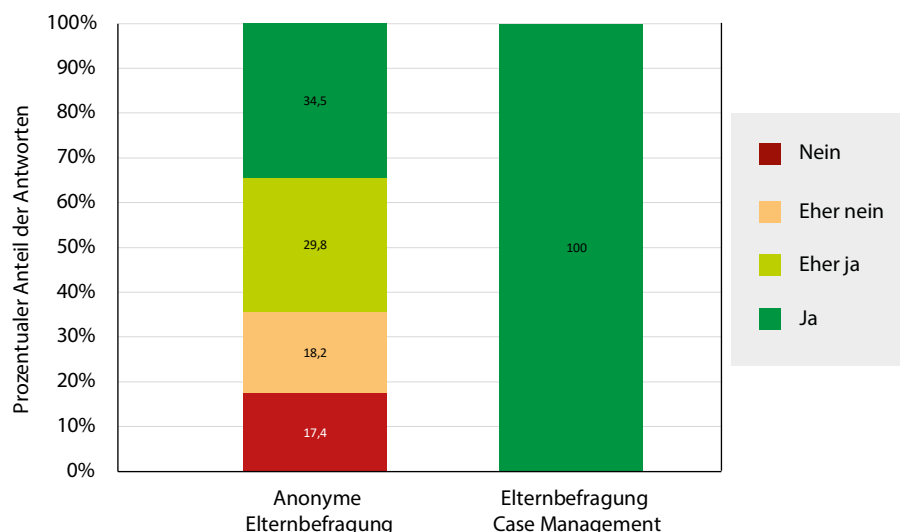


Abbildung 11: Die Mehrheit der Eltern an den Projektschulen fühlte sich durch die Einführung der Schulgesundheitspflege entlastet (Angaben in der anonymen Elternbefragung (285 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) und der Elternbefragung innerhalb des Case Managements (10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) im Juni 2019).

im Fokusgruppeninterview auch eine Entlastung im Alltag und vor allem verringerte Arbeitsausfälle durch die Akutversorgung in der Schule, da sie ihr Kind im Fall einer akuten Erkrankung nun nicht mehr sofort von der Schule abholen müssen. Zusätzlich zur Entlastung berichteten die Eltern der Kinder mit einer chronischen Erkrankung in den Telefoninterviews, dass die Präsenz der Schulgesundheitsfachkraft bei ihnen zu einer Verbesserung des Sicherheitsgefühls sowie zu einer psychischen Erleichterung geführt habe.

Dennoch schilderten die Eltern gesundheitlich unauffälliger Kinder

Auswirkungen auf die Schülerinnen und Schüler:

In der anonymen Schulpersonalbefragung sollten die Lehrkräfte und schulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf einer 3-stufigen Antwortskala die Veränderung der erkrankungsbedingten Fehlzeiten der Schülerinnen und Schüler einschätzen. Etwa zwei Drittel der Befragten nahmen nach der Etablierung der Schulgesundheitspflege eine Verringerung der Fehlzeiten wahr (siehe Abbildung 10, rechte Säule). Im Fokusgruppeninterview erklärten die Lehrkräfte dies vor allem damit, dass die Kinder nach kurzer Betreuung durch die Schulgesundheitsfachkraft wieder dem Unterricht folgen konnten, anstatt nach Hause zu gehen.

Es wurde angenommen, dass sich die Einführung der Schulgesundheitspflege auch auf die Teilhabe der chronisch kranken Kinder an schulischen Aktivitäten auswirken würde. Da jedoch die Schülerinnen und Schüler, die am Case Management teilnahmen, kaum in ihrer schulischen Teilhabe eingeschränkt waren, wurde hier auf eine Analyse verzichtet.

Um zu untersuchen, ob sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder mit chronischen Erkrankungen durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft verändert, wurde in den beiden Elternfragebögen, die im Rahmen des Case Managements zu den Zeitpunkten T1 und T2 eingesetzt wurden, der validierte Fragebogen KIDSCREEN-27 [12] verwendet. Von besonderem Interesse ist dabei die Skala „Schulisches Umfeld“, die in vier Fragen die Gefühle des Kindes gegenüber der Schule, die Wahrnehmung der Eltern zu seinen kognitiven Fähigkeiten und zu seiner Konzentrationsfähigkeit sowie die Einschätzung seiner Beziehung zu den Lehrkräften erfasst. Die Auswertung der Antworten ergab eine Verbesserung der Lebensqualität im schulischen Bereich von T1 (Mittelwert: 46,9; Standardabweichung: 9,3) zu T2 (Mittelwert: 52,4; Standardabweichung: 5,7). Beide Mittelwerte bewegen sich im Normalbereich (Werte zwischen 45 und 55). Betrachtet man jedoch die einzelnen Kinder, so besaßen 3 der 10 Case Management-Kinder zu T1 noch geringe schulische Lebensqualitätswerte (unter 45), die nach der Etablierung der Schulgesundheitspflege zu T2 im Normalbereich lagen. Ebenso stieg bei weiteren 3 Kindern die Lebensqualität im schulischen Umfeld vom Normalbereich zu T1 in den überdurchschnittlichen Bereich zu T2 (Werte über 55), wonach diese Kinder nun glücklich in der Schule waren und gut zurecht kamen.

Im Hinblick auf die einzelnen Fragen der Skala zur Lebensqualität im schulischen Umfeld ist nach der Etablierung der Maßnahme überall eine leichte Verbesserung erkennbar: Zum Zeitpunkt T1 antworteten 70 % der Eltern, ihr Kind sei ziemlich oder sehr glücklich in der Schule, zum Zeitpunkt T2 90 % der Eltern. Weiterhin gaben zu T1 80 % der Eltern an, ihr Kind sei ziem-



Abbildung 12: Die Kinder an den Projektschulen drücken ihre Freude und Dankbarkeit den Schulgesundheitsfachkräften gegenüber gern in Bildern wie diesem aus.

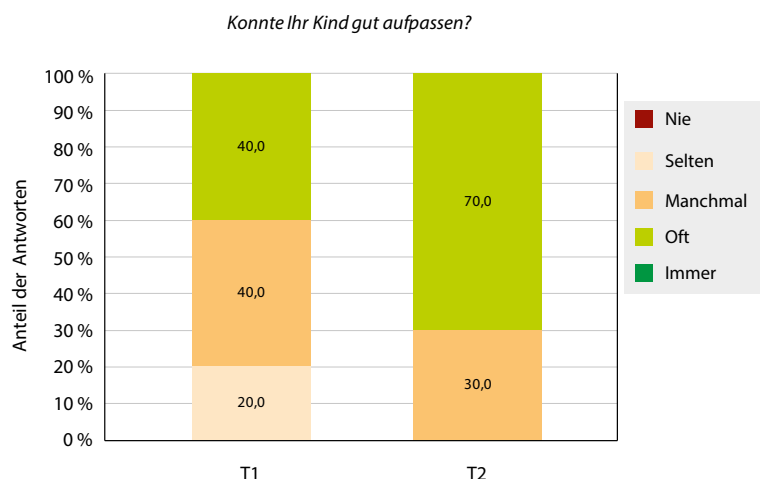


Abbildung 13: Die am Case Management beteiligten Eltern nahmen nach der Etablierung der Schulgesundheitspflege (T2, Juni 2019) im Vergleich zum Beginn der Maßnahme (T1, September 2018) eine verbesserte Konzentrationsfähigkeit an ihrem Kind wahr (10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

stimmend mit diesen Ergebnissen berichteten die Eltern der Kinder mit einer chronischen Erkrankung auch in den Telefoninterviews von einem gesteigerten Wohlbefinden ihres Kindes infolge der Anwesenheit der und Versorgung durch die Schulgesundheitsfachkraft. Ebenso bemerkten sie verschiedene positive Auswirkungen auf den Schulalltag wie eine Verbesserung des Lernens und der Konzentration, u. a. durch die Verbesserung der Symptome, ein erhöhtes Sicherheitsgefühl sowie eine verbesserte Integration in die Schule.

Die an dem Fokusgruppeninterview teilnehmenden Eltern stellten außerdem an ihren Kindern eine verbesserte Gesundheitskompetenz fest, z. B. bei der Einschätzung des eigenen Befindens.

Die Lehrkräfte beschrieben im Fokusgruppeninterview eine erhöhte Selbstständigkeit der Kinder durch das eigenständige Aufsuchen der Schulgesundheitsfachkraft bei Problemen. Übereinstimmend mit den Ergebnissen der schulischen Lebensqualitätsskala und den Telefoninterviews bemerkten sie ebenfalls, dass die Kinder durch das Auffangen ihrer Probleme und Beschwerden durch die Schulgesundheitsfachkraft während der Schulzeit entspannter und unbelasteter waren und sich wertgeschätzt fühlten. Durch all diese Veränderungen und die selteneren Unterrichtsunterbrechungen wurden insgesamt größere Lernfortschritte der Kinder beobachtet. Auch die Schulleitungen bestätigten innerhalb ihrer Fokusgruppe den Eindruck, dass die Maßnahme einen positiven Effekt auf den Schulerfolg habe.

5. Schlussfolgerungen

Die Etablierung von Schulgesundheitspflege (allgemeine Akut- und Unfallversorgung sowie Case Management für Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen) an deutschen Grundschulen ist machbar und sinnvoll.

Wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen, waren die Akzeptanz und Unterstützung der Maßnahme in den Schulen groß. Die Etablierung wurde ins-

lich oder sehr gut in der Schule zurechtgekommen, zu T2 100 % der Eltern. Diese Ergebnisse wurden in den Telefoninterviews bestätigt. Drei der Befragten beschrieben, dass sie durch den Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte eine psychische Erleichterung ihres Kindes wahrgenommen haben. Zudem antworteten 80 % der Eltern zu T1, ihr Kind sei oft oder immer gut mit seinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen, zu T2 90 % der Eltern. Die größte Verbesserung nahmen die Eltern allerdings hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit ihres Kindes wahr, wie aus Abbildung 13 hervorgeht. Überein-

gesamt positiv beurteilt: Zum einen waren die Schulgesundheitsfachkräfte gut im System Schule integriert, zum anderen ergab sich eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern und Lehrkräften. Von Seiten der Lehrkräfte wurde allerdings eine längere zeitliche Präsenz an der Schule über 12 Uhr hinaus gewünscht. Des Weiteren erfolgte die Vernetzung mit den Schulärztinnen und -ärzten, der Schulpsychologie, der Schulsozialarbeit und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten noch nicht in zufriedenstellendem Maße. Die Reichweite der allgemeinen medizinischen Versorgung war groß. Sowohl die allgemeine medizinische Versorgung als auch das Case Management wurden häufig genutzt und alle Beteiligten – Kinder, Eltern und Lehrkräfte – waren sehr zufrieden mit der Maßnahme Schulgesundheitspflege.

Eine vorläufige Bewertung der möglichen Auswirkungen der Maßnahme ergab eine Entlastung der Lehrkräfte und der Eltern sowie ein erhöhtes Sicherheitsgefühl aller Beteiligten. Außerdem gab es Anzeichen für eine Verringerung der Fehlzeiten der Kinder, eine Zunahme der Lebensqualität im schulischen Bereich, eine Zunahme der Gesundheitskompetenz, eine verbesserte Unterrichtssituation und damit insgesamt eine Verbesserung der Lernvoraussetzungen der Schülerinnen und Schüler.

Eine gesicherte Beurteilung der Effektivität und des medizinisch-pädagogischen Nutzens der Schulgesundheitspflege konnte mit dieser Machbarkeitsstudie allerdings nicht erfolgen. Hierfür müssen weitere – vor allem größere – Studien zur Effektivität folgen.

6. Empfehlungen

Die Eltern, Lehrkräfte und Schulleiterinnen an den Projektschulen äußerten den starken Wunsch nach einer Weiterführung des Einsatzes der Schulgesundheitsfachkräfte über die Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft hinaus. Die Nachhaltigkeit und Kompetenzerhaltung konnte mit der Finanzierung durch das Bildungsministerium Rheinland-Pfalz bis Dezember 2021 gesichert werden.

Wir empfehlen, das Projekt zur Schulgesundheitspflege weiterzuführen und es auf weitere Grundschulen auszuweiten. Dabei könnten bestimmte Aufgaben der Schulgesundheitspflege, die bisher noch nicht oder kaum umgesetzt wurden, entwickelt, erprobt und evaluiert werden.

Dazu gehört z.B. die Umsetzung der Empfehlungen der Schulärztinnen und -ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Bisher ist größtenteils unklar, inwieweit die Empfehlungen für weitergehende Diagnostik- und Therapieangebote auch tatsächlich umgesetzt werden. Durch eine stärkere Vernetzung der Schulgesundheitsfachkräfte mit dem ÖGD und die Weiterbetreuung der Kinder bezüglich der für sie ausgesprochenen Empfehlungen in der Schule könnte die Wirksamkeit der Schuleingangsuntersuchung im

Hinblick auf individualmedizinische und bildungsfördernde Aspekte verbessert werden.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Schulgesundheitsfachkräfte, die zukünftig noch weiterentwickelt werden sollte, stellt die Früherkennung von Entwicklungsstörungen und psychischen Auffälligkeiten dar. Kinder mit einem entsprechenden Risiko, das z.B. aus sozialer Benachteiligung oder psychischen Problemen im familiären Umfeld resultieren kann, sollten frühzeitig identifiziert und mit Hilfsangeboten versorgt werden. Zur Früherkennung sollten die Schulgesundheitsfachkräfte u. a. Eltern- und Lehrkräftefragebögen einsetzen, Gespräche und Hospitationen in der Klasse durchführen, psychosomatische Beschwerden wie z.B. Bauchschmerzen, Schulangst sowie Anzeichen für die Entwicklung von Schulabsentismus erkennen. Die Zusammenarbeit der Schulgesundheitsfachkräfte mit der Schulpsychologie und mit der Schulsozialarbeit sollte hierfür weiter intensiviert und die Familien sollten zur weiteren Versorgung weitervermittelt werden.

Als zukünftige zusätzliche Aufgabe der Schulgesundheitsfachkräfte wurde außerdem von den Schulleiterinnen im Fokusgruppeninterview die Unterstützung der Lehrkräfte im Unterricht zu gesundheitsbezogenen Themen und bei schulischen Aktivitäten im Bereich Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung angesprochen.

Eine Evaluation der Umsetzung und Auswirkungen von Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte sollte auch in zukünftigen Ausweitungen des Angebots erfolgen. Darüber hinaus konnte der Nutzen des Case Managements durch Schulgesundheitsfachkräfte bislang nur in wenigen Studien und nur für wenige Krankheiten gezeigt werden und sollte intensiver evaluiert werden.

Insgesamt wäre eine gut geplante und breit angelegte begleitende Studie zur Wirksamkeit der Schulgesundheitspflege erstrebenswert, sofern in Zukunft eine allgemeine Einführung der Schulgesundheitspflege in Grundschulen erfolgen sollte. In einer solchen Studie müssten einige wichtige methodische Aspekte beachtet werden, damit die Einführung und Effektivität später mit hoher Sicherheit beurteilt werden kann. So sollte die Einführung von Schulgesundheitspflege an Grundschulen schrittweise nacheinander und nicht gleichzeitig erfolgen. Grundschulen sollten per Zufall zugeteilt bekommen, wann bei ihnen eine Schulgesundheitsfachkraft eingesetzt wird. Die Schulen müssten bereit sein, bereits vor dem Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften benötigte Informationen zu sammeln und bereitzustellen. Darüber hinaus sollten relevante Indikatoren betrachtet werden, wie z.B. die Rate an Fehltagen pro Schülerin bzw. Schüler, die Versorgungszufriedenheit von Eltern, die soziale und insbesondere schulische Teilhabe der Schülerinnen und Schüler, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die schulischen Leistungen von Kindern mit besonderen Bedarfen sowie die Belastung der Eltern und Lehrkräfte.

Durch eine flächendeckende, gut etablierte und effektive Schulgesundheitspflege könnten Ressourcen in anderen Bereichen (ambulante Versor-

gung, Unfallversorgung, Schulbegleitung, Teilhabemaßnahmen) entweder eingespart oder gezielter eingesetzt werden. Neben der unmittelbaren Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in der Schule könnte Schulgesundheitspflege einen wichtigen Beitrag zum Ausgleich von Bildungsbenachteiligungen leisten.

7. Literatur

1. Perrin, J.M., Bloom, S.R., & Gortmaker, S.L. (2007). The increase of childhood chronic conditions in the United States. *JAMA*, 297(24), 2755-2759.
2. Schlack, R., Kurth, B.-M. & Hölling, H. (2008). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmedizin in Forschung und Praxis*, 13(4), 245-260.
3. Van Cleave, J., Gortmaker, S.L., & Perrin, J.M. (2010). Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *Jama*, 303(7), 623-630.
4. Paulus, P. & Dadaczynski, K. (2016). Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule. Aktuelle Trends und Herausforderungen in der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer, U. Ravens-Sieberer & M. Richter (Hrsg.), *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO Jugendgesundheitsurveys „Health Behaviour in School-aged Children“* (pp. 284-311). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
5. Pinquart, M. (2013). Auswirkungen chronischer Erkrankungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In M. Pinquart (Hrsg.), *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention* (pp. 49-66). Berlin/Heidelberg: Springer.
6. Weskamm, A. (2014). *Schulgesundheitspflege in Deutschland*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Online verfügbar unter: http://www.lazarus.at/wp-content/uploads/2016/03/5299-Schulgesundheitspflege_Brosch-2014-12-03.pdf
7. Kerbl, R. (2015). Gleiche Rechte für chronisch kranke Kinder. Medizinische Aspekte. In P. Fichtenbauer (Hrsg.), *Das chronisch kranke Kind im Schulsystem* (pp. 11-30). Wien: Volksanwaltschaft.
8. Hoffmann, I., Diefenbach, C., Gräf, C., König, J., Schmidt, M.F., Schnick-Vollmer, K., Blettner, M., Urschitz, M.S., & ikidS Study Group (2018). Chronic health conditions and school performance in first graders: A prospective cohort study. *PLoS One*, 13(3), e0194846. doi:10.1371/journal.pone.0194846
9. Schmitt, S., & Görres, S. (2012). Schulgesundheitspflege in Deutschland? Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. *Pflege*, 25(2), 107-117.
10. DBfK (o.J.). *Schulgesundheitspflege – Was ist das eigentlich?* Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Online verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/de/themen/Schulgesundheitspflege.php>
11. Schmidt, S., Thyen, U., Chaplin, J., Mueller-Godeffroy, E., & European DISABKIDS Group (2007). Cross-cultural development of a child health care questionnaire on satisfaction, utilization, and needs. *Ambulatory Pediatrics*, 7(5), 374-382.
12. Ravens-Sieberer, U., & KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

8. Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei allen Unterstützerinnen und Unterstützern des Projektes bedanken.

Besonders möchten wir uns bei den Schulleiterinnen Frau Erlenwein und Frau Schneider, den Lehrkräften, Eltern, Schülerinnen und Schülern sowie dem gesamten Schulpersonal der beiden Projektschulen bedanken, die durch ihre Offenheit, ihr Vertrauen und ihr Mitwirken maßgeblich zum Gelingen des Projektes beigetragen haben.

Wir bedanken uns bei Frau Ulrike Kaminsky für die Unterstützung durch die Fördermittel der Walter Kaminsky-Stiftung.

Ein Dank geht auch an unsere nationalen Beiräte Frau Prof. Dr. Freia De Bock, Herr Prof. Dr. Peter Paulus und Herr Andreas Kocks, die uns mit ihrem umfangreichen und tiefgehenden Wissen hervorragend beraten haben.

Zuletzt möchten wir uns bei den zahlreichen regionalen Partnerinnen und Partnern bedanken, die uns während der gesamten Projektlaufzeit mit Rat und Tat zur Seite standen:

Wir danken ...

- ... dem Bildungsministerium Rheinland-Pfalz (Ute Schmazinksi)
- ... dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, Demographie Rheinland-Pfalz (Dr. Klaus Jahn, Dr. Stephanie Laux)
- ... der Stadt Mainz (Dorothee Borngässer, Dr. Eckart Lensch, Bernd Quick)
- ... der Kreisverwaltung Mainz-Bingen (Dr. Heike Schiener, Jaqueline Brossart)
- ... dem Gesundheitsamt Mainz-Bingen (Dr. Dietmar Hoffmann, Dr. Gabriele von der Weiden, Dr. Heike Dinklage, Dr. Monika Kögler) und den zuständigen Schulärztinnen (Dr. Annika Schmaus, Dr. Esther Schroff)
- ... dem Hauptpersonalrat der Lehrkräfte Rheinland-Pfalz (Christiane Grenda, Marlies Kulpe, Bettina Schneider-Stransky)
- ... dem Landeselternbeirat Rheinland-Pfalz (Rainer Schladweiler, Vera Greifzu-Schneider)
- ... der Unfallkasse Rheinland-Pfalz (Markus Schwan)
- ... der Pflegekammer Rheinland-Pfalz (Beatrice Habberger, Andrea Bergsträßer)
- ... der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (Monika Kislik)
- ... dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (Dr. Bettina Klär-Hlawatsch)

