



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Gesundheitsfördernde Schule unter  
Berücksichtigung des Berufsbildes School Nurse“

Verfasserin

Carolyn Schulz-Wohlmuth

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub, MEd, MSc, BA



## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, die eingereichte Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient zu haben.

Ich versichere, diese Diplomarbeit weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt zu haben.

Ich versichere, dass diese Diplomarbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift



## Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen, die mich bei meiner Diplomarbeit unterstützt haben, herzlich bedanken, insbesondere bei:

- meinem Diplomarbeitsbetreuer Herrn MMag. Dr. Ferdinand Holub, MEd, MSc, BA für seine kompetente und hilfreiche Begleitung und die wertvollen Hinweise und Anregungen.

- Frau Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer für die hilfreiche Unterstützung in Fragen der Diplomarbeitsbetreuung.

- Herrn DI Dr. Harald Schulz, meinem Partner, für seine Unterstützung hinsichtlich der Betreuung unserer Kinder als auch der Unterstützung in Computerfragen.

- Frau Mag. Christine Schulz und Herrn Werner Schulz, meinen Schwiegereltern, sowie Frau Waltraud Reisinger und Herrn Karl Spiesz, meinen Eltern, welche immer zuverlässige Betreuungspersonen für meine Kinder sind.

- Frau Theodora Rohrbacher, Frau Angelika Rothenwänder und Frau Ingrid Pruckner, meinen Kommilitoninnen, für die wertvollen, motivierenden Gespräche welche wir im Lauf meines Studiums geführt haben.



## Abstract

School health care and health-related preventive measures in the school setting are a high priority.

The various measures in Austria (project level and underlying system levels, school doctors, school social work) as well as the occupational profile of the School Nurse in the U.S. and the UK are compared to provide a fuller understanding of the current situation.

The focus of this work lies in identifying different aspects of the discussed systems in order to find starting points for improvement in the school health system, and to discuss the issue of establishing of the professional School Nurse in Austria.

An examination of the project level in Austria shows a division of this area. Large-scale projects for health promotion that were accompanied and evaluated by non-school experts resulted in positive developments in the school setting while isolated small-scale projects did not bring sustainable improvement.

There is hardly any research concerning the system of school doctors, which can be characterized as exhibiting little presence and integration into school routine. While the development of School Social Work in the Austrian school system is promising, it has only been established in four percent of Austrian schools due to financial reasons. School Nursing, which is hardly known in Austria, has a long tradition in the countries mentioned above. Research shows that School Nursing positively influences students' performance, and that students have a high level of confidence in

the school nurse due to her being present and embedded in school routine.

However, this occupational profile is struggling with scarce financial resources and an unclear role model.

Establishing School Nursing in Austria would create an overlap, especially with the school doctor system and partially with school social work. The lacking tradition of the profession in Austria as well as the necessary financial resources are possible impediments to its establishment.

## Abstract in deutscher Sprache

Schulgesundheitspflege und gesundheitspräventive Maßnahmen im Setting Schule nehmen einen hohen Stellenwert ein. Die verschiedenen Maßnahmen in Österreich (Projektebene und dahinter stehende Systemebenen, Schulärztinnenwesen, Schulsozialarbeit) sowie das Berufsbild der School Nurse in den USA und im UK werden verglichen um somit ein umfassenderes Verständnis der aktuellen Situation vermitteln zu können.

Die Identifizierung unterschiedlicher Aspekte der hier behandelten Systeme ist der Fokus der vorliegenden Arbeit, um Ansatzpunkte für Verbesserungen im Schulgesundheitssystem zu finden bzw. die Frage der Etablierung des Berufsbildes School Nurse in Österreich zu behandeln.

Die Untersuchung der Projektebene in Österreich zeigt eine Spaltung dieses Gebietes. Groß angelegte, von außerschulischen Experten begleitete und evaluierte gesundheitsfördernde Projekte bewirken positive Entwicklungen im Setting Schule während einzelne, isolierte Kleinprojekte keine Nachhaltigkeit erkennen lassen.

Das Schulärztinnensystem ist aktuell kaum beforscht und zeigt wenig Präsenz und Eingliederung in den Schulalltag. Die Schulsozialarbeit in Österreich entwickelt sich vielversprechend, jedoch liegt ihr Einsatz aus finanziellen Gründen bei geringen vier Prozent in heimischen Schulen. School Nursing, in Österreich kaum bekannt, hat in den oben genannten Ländern lange Tradition. Forschungsergebnisse zeigen positiven Einfluss von School Nursing

auf schulische Leistungen als auch ein hohes Maß an Vertrauen der Schülerinnen gegenüber der School Nurse aufgrund deren Präsenz und Eingebundenheit in den Schulalltag.

Doch auch dieses Berufsbild hat mit Ressourcenknappheit und einem unklaren Rollenbild zu kämpfen. Eine Etablierung in Österreich würde eine Überschneidung vor allem mit dem Schulärztinnensystem und teilweise mit der Schulsozialarbeit hervorrufen. Die fehlende Tradition des Berufes in Österreich sowie notwendige finanzielle Mittel sind mögliche Hindernisse für eine Etablierung.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK .....</b>	<b>1</b>
<b>2. VORGEHENSWEISE UND METHODIK.....</b>	<b>4</b>
<b>3. FORSCHUNGSFRAGEN UND ZIELE.....</b>	<b>5</b>
<b>4. GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG .....</b>	<b>8</b>
4.1. Was ist Gesundheit? .....	8
4.2. Erklärungen zum Thema allgemeine Gesundheitsförderung auf globaler Ebene.....	10
4.2.1. Ottawa Charta 1986 .....	10
4.2.2. Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert – die Jakarta Erklärung .....	12
4.2.3. Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt.....	13
4.3. Begriffsklärung zum Thema Gesundheitsförderung.....	13
4.4. Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter .....	15
4.5. Gesundheitsförderung in der Pflege und deren Beziehung zu Public Health .....	17
4.6. Gesundheitsförderung im Setting Schule und Implementierung von Maßnahmen .....	24
4.7. Gesundheitsförderung in Österreich im Setting Schule.....	30
4.7.1. Grundsatzerlass des BMUKK.....	30
4.7.2. Die HBSC-Studie.....	32
4.7.3. Weitere Untersuchungsergebnisse betreffend den europäischen Raum.....	36
4.7.4. Initiativen.....	37
4.7.4.1. Kindergesundheitsdialog und Kindergesundheitsstrategie des BMG .....	37
4.7.4.2. Fonds Gesundes Österreich .....	40
4.7.4.3. GIVE – Gesundheitsbildung Information Vernetzung Entwicklung.....	40
4.7.5. Regionale Initiativen.....	41
4.7.5.1. WieNGS .....	42
4.7.5.2. Tut gut! – Gesunde Schule .....	44
4.7.6. Informationsplattformen .....	46
4.7.6.1. Gesunde Schule .....	47
4.7.6.2. Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen .....	48
4.8. Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting Schule .....	50
<b>5. SCHULSYSTEME - KLASSIFIKATIONEN .....</b>	<b>52</b>
5.1. Das Schulsystem in Österreich .....	52
5.2. Das Schulsystem in den USA .....	54
5.3. Das Schulsystem im UK .....	56
<b>6. SCHOOL NURSING – SCHULGESUNDHEITSPFLEGE.....</b>	<b>58</b>

6.1.	Begriffsklärung – Public Health Nursing.....	58
6.2.	School Nursing: Historischer Aspekt .....	59
6.3.	Frühere und gegenwärtige Tätigkeitsbereiche und Kompetenzen .....	61
6.4.	Tätigkeitsbereiche, Kompetenzen und Rollen einer School Nurse .....	63
6.5.	Ausbildung zur School Nurse in den USA .....	70
6.6.	Tätigkeitsbereiche in den USA.....	72
6.7.	Ausbildung zur School Nurse im U.K. ....	73
6.8.	Tätigkeitsbereiche im UK.....	75
6.8.1.	“My Day as a School Nurse”.....	77
<b>7.</b>	<b>SCHULÄRZTINNENSYSTEM, SCHULSOZIALARBEIT UND WEITERE GESUNDHEITSFÖRDERNDE SYSTEME IN ÖSTERREICH.....</b>	<b>79</b>
7.1.	Schulärztinnensystem .....	79
7.1.1.	Historisches .....	79
7.1.2.	Tätigkeitsbereiche .....	81
7.2.	Schulsozialarbeit .....	84
7.2.1.	Ziele.....	84
7.2.2.	Ausbildung der Schulsozialarbeiterinnen.....	84
7.2.3.	Grundlagen und Forschungsergebnisse bezüglich Schulsozialarbeit .....	85
7.3.	Weitere gesundheitsfördernde Systeme im Setting Schule.....	88
<b>8.</b>	<b>VERGLEICH DER ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEME IM SETTING SCHULE MIT DEM BERUFSBILD DER SCHOOL NURSE... 90</b>	
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIO.....</b>	<b>94</b>
9.1.	Gesundheitsfördernde Schule – Strukturen und Projekte in Österreich.....	94
9.2.	Vergleiche und Ausblick.....	95
<b>10.</b>	<b>LITERATUR .....</b>	<b>98</b>
10.1.	Tabellenverzeichnis.....	112
10.2.	Abbildungsverzeichnis .....	114

## **Anmerkung**

Im Rahmen dieser Arbeit verzichte ich auf eine gendergerechte Formulierung, um die Lesbarkeit zu erleichtern. Ich habe mich für die weibliche Form entschieden, da in den primär behandelten Berufsfeldern mehrheitlich Frauen tätig sind. Die Inhalte stehen Personen beiderlei Geschlechts wertschätzend gegenüber.



# 1. Einführung in die Thematik

Die Erhaltung bzw. Erreichung von psychischer und physischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext des psychosozialen Wohlbefindens als Basis für eine positive Entwicklung und auch im Hinblick auf die steigende Zahl chronischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen rücken immer mehr in den Vordergrund. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2011a) Die Bundesministerien für Gesundheit (BMG) sowie für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK) formulieren Strategien zur Gesundheitsförderung (Kindergesundheitsstrategie, Kindergesundheitsdialog) um eine Basis für die Förderung von Kinder- und Jugendlichengesundheit zu schaffen. Es existieren zahlreiche Modelle und Projekte auf verschiedenen Strukturebenen da hinsichtlich der Untersuchungsergebnisse sozioökonomischer Fragestellungen in Zusammenhang mit Gesundheit und Bildung eine Korrelation deutlich wird und sich die Ergebnisse der Erhebungen dieser Daten derzeit als problematisch erweisen. (vgl. BMG, 2011a) Verschiedene Projekte und Plattformen bieten im Internet eine Fülle an weiterführenden Informationen zum Thema gesundheitsfördernde Schule und sind deshalb wichtige Informationsträger (zum Beispiel [www.gesundeschule.at](http://www.gesundeschule.at)). Die Initiative „GIVE – Gesundheitsbildung Information Vernetzung Entwicklung“, unterbreitet auch individuelle Beratung sowie Informationen rund um das weite Thema der Gesundheitsförderung in Schulen. Weitere bedeutende Institutionen und Maßnahmen hinsichtlich dieser Thematik sind exemplarisch der Hauptverband der Sozialversicherungsträger, das österreichische Jugendrotkreuz sowie der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) führt

unter anderem die HBSC-Studie (Erhebungen im Vierjahresrhythmus zur Kinder- und Jugendgesundheit u.a. im Kontext Schule) in Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch und ist in der Forschung zum Thema Health Promotion tätig. Zwei Drittel der österreichischen Bundesländer verfügen über einschlägige Programme im primärpräventiven Bereich, zum Beispiel Wien mit dem groß angelegten Projekt „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ (WieNGS) oder Niederösterreich mit dem Programm „Tut gut! - Gesunde Schule“. Darüber hinaus existieren zahlreiche regionale Projekte die sich oft mit der Thematik „Gesunde Jause“ und Bewegung auseinandersetzen und an Schulstandorten als Eigeninitiative autark umgesetzt werden.

Im weiteren Text gehe ich auf einzelne Initiativen und Maßnahmen detaillierter ein. Meine Recherche bezüglich der hier genannten Institutionen, Initiativen, Projekte und Maßnahmen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern gibt einen groben Überblick über die aktuelle Lage zum Thema Gesundheitsförderung in Schulen in Österreich. Ein weiteres Augenmerk werde ich auf die Ausführung der Maßnahmen setzen – in Österreich werden sie in den Schulen hauptsächlich von Lehrerinnen umgesetzt.

Dieser Punkt bietet einen interessanten Gegensatz zu den Ländern Vereinigtes Königreich (UK) und Vereinigte Staaten von Amerika (USA). Dort existieren unter anderem das historisch entwickelte Berufsbild der School Nurse. Dieses hat sich im angloamerikanischen Raum bereits vor langer Zeit etabliert. Seine Rolle, Funktion und Curriculum werden als eigenständiges Kapitel in der vorliegenden Arbeit detailliert aufgezeigt. Die School Nurse ist in der Schule täglich zugegen, stellt eine vertrauenswürdige

Bezugsperson (sie unterliegt der Schweigepflicht) für Schülerinnen in Belangen der psychischen und physischen Gesundheit dar und fungiert als Schnittstelle zwischen Schülerinnen, Lehrerinnen und Schulleitung, Eltern sowie Institutionen, welche sich mit Belangen der Steigerung der psychosozialen sowie physischen Gesundheit außerhalb des Schulbereiches auseinandersetzen. Weiters zählen beispielsweise die Einhaltung von Gesundheitsvorschriften wie Impfungen, die Betreuung von Kindern mit chronischen Krankheiten, Gesundheitsbildung und die Erhebung von Bedürfnissen die Gesundheit betreffend zu ihren Aufgaben. (vgl. National Association of School Nurses [NASN], ohne Jahresangabe [a]; Schmitt & Görres, 2012)

Überdies stelle ich dem Bereich der Strukturebene mit seinen (regionalen) Projekten und dem des School Nursings zwei Felder gegenüber, welche im Setting Schule dem Bereich der Gesundheitsförderung angehören: Das Schulärztinnensystem, welches sich nahezu ausschließlich mit medizinischen Belangen von Schülerinnen befasst und die Systemebene der schulischen Sozialarbeit, welche auf psychosoziale Belange der Kinder bzw. Jugendlichen eingeht.

## **2. Vorgehensweise und Methodik**

Bei dieser Diplomarbeit handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit. Sowohl systematische als auch akzidentale Dokumente kommen, um eine tiefgreifende Analyse der Thematik zu gewährleisten, zur Anwendung.

Die wissenschaftliche Recherche bezieht sich ursprünglich auf die Datenbank Cinahl. Aus den zahlreichen Publikationen werden exemplarisch jene ausgewählt, die auf der Grundlage einer allgemeinen Auseinandersetzung mit der Schulgesundheitspflege im Sinne von Rolle, Funktion, Aufgabe, Kompetenz und Ausbildung von School Nurses basieren. Studien, welche sich mit Spezialthemen der Schulgesundheitspflege wie etwa chronischen Krankheiten befassen, finden keine Berücksichtigung. Die Schlagwörter School Nursing und Rolle, mit der zeitlichen Auswahl der Jahre 2002 bis 2012, ergaben in der Datenbank Cinahl 128 Publikationen.

Österreichische Studien zum Thema Gesundheitsförderung, deren Implementierung im Setting Schule, sowie Schulsozialarbeit konnten im Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) auffindig gemacht werden.

Publikationen zum Bereich Schulärztinnenwesen in Österreich existieren in äußerst geringem Ausmaß.

Bei der Literaturrecherche kam das „Schneeball-Verfahren“ zur Anwendung.

### 3. Forschungsfragen und Ziele

Die primäre Forschungsfrage lautet:

- Welchen Nutzen bzw. Vorteil würde die Gesundheitsförderung durch eine School Nurse verglichen mit den bestehenden Systemen (Schulsozialarbeit, Schulärztin, Projekte) in österreichischen Schulen möglicherweise bringen?

Weitere Forschungsfragen, deren Beantwortung Erkenntnisse für die Systeme der Gesundheitsförderung im Schulbereich liefert und dazu beiträgt, die Hauptfrage zu beantworten, lauten:

- Welchen Stellenwert nehmen Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung im österreichischen Schulsystem ein?
- Welche Angebote, Maßnahmen, Modelle und Konzepte existieren in Österreich und von wem werden sie umgesetzt/ausgeführt?
- Ist eine Kontaktaufnahme von Seiten der Schülerinnen möglich? Wenn ja, nieder- oder hochschwellig?
- Decken die bestehenden Systeme insgesamt den zeitgemäßen Anspruch des Settings „gesundheitsfördernde Schule“ ab, oder gibt es regionale Unterschiede, Lücken oder verringerte Angebote?
- Welche Änderungen (Ergänzungen, Überschneidungen, Einschränkungen) würden sich durch den Einsatz des

Berufsbildes der School Nurse für die bestehenden Systeme (Schulsozialarbeit, Schulärztin, Projekte) ergeben?

- Welche Ausbildung, Kompetenzen und Rollen bzw. Tätigkeitsbereiche liegen dem Berufsbild der School Nurse zugrunde bzw. was sollten diese bei einer möglichen Etablierung umfassen?

Die Basis meiner Diplomarbeit besteht im Zusammentragen von Wissen, um Ansatzpunkte für Österreich im Sinne der Gesundheitsförderung im Kindesalter aus pflegerischer Sicht herauszuentwickeln. Damit möchte ich einen Beitrag zur Optimierung der Gesundheitsförderung leisten. Der Wissensstand im pflegewissenschaftlichen Bereich bezüglich aller die School Nurse betreffenden Aspekte soll dargestellt werden.

Der mögliche Nutzen soll anhand des Vergleiches der historisch unterschiedlich gewachsenen Schulsysteme und der gesundheitsfördernden Systeme in der Schule der Länder UK und USA mit Österreich analysiert werden. Hierfür ist es nötig, neben der Ausbildung die Kompetenzen und die Rolle der School Nurse anhand von Forschungsarbeiten, Studien, Erfahrungsberichten und Evaluierungen darzulegen. Der Vergleich der Systemebenen hat das Ziel eventuelle Überschneidungen, Ergänzungen und/oder Einschränkungen auf der inhaltlichen sowie auf der Personalebene zu identifizieren. Dadurch kann eine (partielle) Übertragbarkeit und Implementierung des Berufsbildes der School Nurse auf heimische Schulen diskutiert werden um somit die Gesundheitsförderung effizienter zu gestalten. Es müssten auch eventuelle Widerstände seitens bereits etablierter Systeme gegen die mögliche Einführung Berücksichtigung finden. Ein Ziel im weiteren Sinne ist es, einen

Beitrag zur Förderung von Gesundheit bei Heranwachsenden und zum Verständnis deren Relevanz zu leisten.

## 4. Gesundheit und Gesundheitsförderung

Zunächst möchte ich die Beantwortung einer grundlegenden Frage versuchen:

### 4.1. Was ist Gesundheit?

Ein gemeinsames Verständnis des Begriffes Gesundheit ist entscheidend für die Eingrenzung der Bedeutung davon abgeleiteter Begriffe wie dem der Gesundheitsförderung. Die Festlegung einer Definition erweist sich aber als eine höchst komplexe Angelegenheit. Man könnte einfach sagen: Gesund ist, wer nicht krank ist. Bei genauerer Betrachtung allerdings drängt sich die Frage auf, ob Gesundheit auf die reine Abwesenheit von Krankheit zu reduzieren ist. Bin ich krank oder gesund, wenn ich mich heute nicht wohl fühle? Welche Determinanten tragen zur Gesundheitserhaltung bei (Stichwort „soziale Chancengleichheit“)? Es wäre ein Anachronismus, den Begriff Gesundheit auf einer rein physiologischen Ebene zu betrachten. Es ist erforderlich psychische bzw. psychosoziale Belange eine Person betreffend in die Gesundheitsdefinition zu integrieren. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als *„einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“* (WHO - Präambel der Verfassung, Abs. 2, 1946) Diese Definition hat aber auch Kritik hervorgerufen. Klein-Heßling gibt an, die Möglichkeit einer Prozesshaftigkeit von Gesundheit werde durch die Definition von Gesundheit als Zustand ausgeschlossen. (vgl. Klein-Heßling, 2006) Dazu publizierte Frischenschlager 2002, *„Gesundheit sei also kein statisches*

*Zustandsbild, keine abgrenzbare Entität, sondern sie komme vielmehr in der Effizienz ständiger Regulierungsvorgänge unter Einbeziehung von sozialen und Umweltaspekten zum Ausdruck.“* (Frischenschlager, Hexel, Hladschik, Kropiunigg, Pucher, Schjerve, Sonneck & Spiess, 2002, S. 28) *„Gesundheit schließt die Fähigkeit mit ein, ab und zu ein bisschen krank zu werden“*, beschreibt Schäfer und meint damit den Organismus in seiner Gesamtheit zu betrachten. (Schäfer, 1992, zit. n. Frischenschlager et al., 2002, S. 28)

Insgesamt kann der Begriff Gesundheit nicht als einzeln voneinander getrennte Veränderungen des Organismus, durch Ursachen welcher Art auch immer, definiert werden da Prozesse der psychischen, sozialen und körperlichen Gesundheit in einer Person stattfinden und daher ganzheitlich betrachtet werden müssen.

Aaron Antonovsky entwickelte im Jahr 1987 das Konzept der „Salutogenese“. Darunter ist ein Kontinuum zu verstehen, auf dem sich an einem Ende vollständige Gesundheit und am anderen Ende Krankheit gegenüberstehen. Dieses Konzept teilt nicht in gesund oder krank als punktuellen Zustand ein, sondern als fließenden Prozess der sich auch immer wieder ändert, nicht statisch ist und Krankheit bzw. körperliches Unwohlsein als Teil des Menschseins darstellt. (vgl. Fonds Gesundes Österreich [FGÖ], 2005)

## 4.2. Erklärungen zum Thema allgemeine Gesundheitsförderung auf globaler Ebene

In den 1980er Jahren befasste sich die WHO mit einer neuen Annäherung an die Definition von Gesundheitsförderung. Veränderte Einstellungen und Bewegungen in der Bevölkerung etwa hinsichtlich eines traditionalistischen Gesundheitsverständnisses, ineffizienten Krankenversorgungssystemen (beispielsweise Dauer der Krankenhausaufenthalte im Verhältnis zum Anlass des Aufenthaltes), der Forderung nach Selbstbestimmung auch in gesundheitsbezogenen Angelegenheiten sowie einem ganzheitlichem Verständnis von Gesundheit veranlassten die WHO bei der ersten Zusammenkunft in Ottawa, Kanada, eine Charta in Bezug auf Gesundheitsförderung zu beschließen. (vgl. Dür & Felder-Puig, 2011)

### 4.2.1. Ottawa Charta 1986

Wie oben erwähnt publizierte die WHO als Folge der vorhin genannten Überlegungen bei der ersten Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung in Ottawa 1986 eine Definition für Gesundheitsförderung (vgl. Dür & Felder-Puig, 2011):

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie*

*ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.“*  
(Weltgesundheitsorganisation Europa, ohne Jahresangabe)

Inhaltlich werden drei Grundprinzipien sowie fünf Handlungsstrategien formuliert, durch welche die Grundprinzipien ausgeführt werden können, die Menschen zur eigenverantwortlichen Selbstbestimmung im Hinblick auf ihre psychische und physische Gesundheit und zu deren Förderung befähigen (vgl. Dür & Felder-Puig, 2011):

### **Grundprinzipien**

1. *„Interessen vertreten“*  
Institutionalisierung, Zusammenschluss zu privaten Interessensgemeinschaften
2. *„Befähigen und ermöglichen“*  
Möglichkeit zur Informationsbeschaffung, Annäherungsstreben nach Gleichheit der gesellschaftlichen Schichten
3. *„Vermitteln und vernetzen“*  
Gesundheit betrifft viele Bereiche des Lebens (Bildung, Arbeitsplatz, u.s.w.) – insofern ist eine verbindende Kooperation der einzelnen Gebiete anzustreben

(Dür & Felder-Puig, 2011, S. 28f)

## **Handlungsstrategien**

1. *„Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“*
2. *„Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“*
3. *„Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“*
4. *„Persönliche Kompetenzen entwickeln – Empowerment“*
5. *„Gesundheitsdienste neu orientieren“*

(Dür & Felder-Puig, 2011, S. 29f)

### **4.2.2. Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert – die Jakarta Erklärung**

Bei der vierten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung 1997 in Jakarta, Indonesien, verabschiedete die WHO eine Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, beruhend auf den Inhalten der Ottawa-Charta. Es lassen sich viele Determinanten für Gesundheit nennen, ihre größte Bedrohung ist unbestritten die Armut (vgl. Jakarta-Erklärung, 1997). Die Benennung wissenschaftlich belegter, erfolgreicher gesundheitsfördernder Maßnahmen war Inhalt dieses Zusammentreffens.

Schwerpunktsetzung:

1. *„Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit“*
  2. *„Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung“*
  3. *„Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit“*
  4. *„Stärkung der gesundheitsfördernden Potentiale der Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen“*
  5. *„Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung“*
- (Jakarta-Erklärung, 1997)

### **4.2.3. Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt**

Die Bangkok-Charta aus dem Jahr 2005 ist als eine Adaption der Ottawa-Charta 1986 anzusehen. Veränderte Faktoren, welche auf die Gesundheit einwirken wie Ungleichheiten zwischen Ländern und innerhalb der Länder, neue Medien, Umweltveränderungen, Urbanisierung und teilweise plötzliche Veränderungen sozialer Strukturen und Lebenswelten (etwa Familie oder Arbeitsplatz), die demografische und/oder wirtschaftliche Konsequenzen tragen, wurden angeführt. Der Zunahme einer Ausgrenzung von Minderheiten, Menschen mit Behinderung und indigenen Menschen, gleich welchen Alters und Geschlechts, soll entgegen gewirkt werden. (vgl. Bangkok-Charta, 2005)

### **4.3. Begriffsklärung zum Thema Gesundheitsförderung**

#### **Primärprävention**

Primärpräventive Maßnahmen beziehen sich auf die Vermeidung und Verhinderung von Krankheit, also auf Maßnahmen, welche die Erhaltung von Gesundheit fokussieren und diese positiv beeinflussen. (vgl. BMG, ohne Jahresangabe)

## **Sekundärprävention**

Die Sekundärprävention umfasst die Entdeckung einer Krankheit in einer frühen Phase sowie deren erfolgreiche Bekämpfung durch therapeutische Maßnahmen. (vgl. Bartholomeyczik, 2006)

## **Tertiärprävention**

Unter Tertiärprävention wird die positive Behandlung einer Krankheit verstanden und deren verringerte Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Verschlechterung. (vgl. Bartholomeyczik, 2006)

## **Traditionelle Gesundheitserziehung vs. Gesundheitsförderung**

Traditionelle Gesundheitserziehung schließt hauptsächlich Hygiene und physische Gesundheit ein, psychische Gesundheit aber eher aus. Gesundheitsfördernde Ansätze umfassen auch die psychische Komponente und versuchen einen ganzheitlichen Ansatz: Die Vernetzung von physischem und psychischem Wohlbefinden mit sozialen und ökologischen Aspekten, um eine größtmögliche Nachhaltigkeit im Sinne der gesundheitsfördernden Lebenswelt zu erzielen. Traditionelle Gesundheitserziehung im schulischen Bereich ist auf einzelne Unterrichtsfächer begrenzt und lehrt Wissen auf rein kognitiver Ebene, während Gesundheitsförderung sich auf den gesamten schulischen Aspekt bezieht und fächerübergreifend sowie durch die Förderung von Handlungskompetenzen agiert. (vgl. GIVE, 2006)

## **Verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen**

Unter verhaltensorientierten Maßnahmen versteht man solche, denen die Schaffung und/oder Förderung persönlicher gesundheitsbezogener Kompetenzen zugrunde liegen.

Verhältnisorientierung ist durch den Fokus auf die Strukturebene charakterisiert, i.e. die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten von Menschen. (vgl. Dür & Felger-Puig, 2011)

## **Gesundheitsförderung in der Schule vs. gesundheitsfördernde Schulen**

Grundlegend gilt es auf die Verwendung von Begrifflichkeiten zu achten. So soll Gesundheitsförderung nicht nur in der Schule stattfinden, sondern Schulen gesundheitsfördernde Maßnahmen für das Kind, die Jugendliche in ihrer Ganzheitlichkeit ergreifen, um auch deren außerschulischen Lebensbereich einzubeziehen.

### **4.4. Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter**

Im Kindes- und Jugendalter angewöhnte Verhaltensweisen sind im Erwachsenenalter schwer zu ändern. Es ist von Bedeutung, gesundheitsfördernde Maßnahmen so früh wie möglich zu beginnen. Dazu gibt es zahlreiche Programme wie etwa den Ansatz „Frühe Hilfen“, dieser bietet Beratungs- und Unterstützungsangebote für werdende und junge Eltern sowie deren Kinder durch verschiedene Berufsgruppen wie etwa Hebammen oder Psychologinnen. (vgl. Schobel, 2012) Bereits früh erlernte kognitive Inhalte wie zum Beispiel Aufklärung bezüglich

Risikoverhalten aber auch gute soziale Bindungen an die Bezugspersonen sowie Freundschaften und Persönlichkeitsressourcen im Sinne von Selbstbewusstsein (welches durch die vorangegangene soziale Komponente verstärkt werden kann) verringern das Gesundheitsrisiko im Hinblick auf psychosoziale Störungen und chronische Erkrankungen. Es ist also von Bedeutung gesundheitsfördernde Aspekte in die Lebenswelt von Kinder und Jugendlichen zu integrieren – auf der einen Seite soll durch Lernen Gesundheitsbewusstsein geschaffen werden und andererseits sollen Maßnahmen, durch welche gesundheitsfördernde Verhaltensweisen handlungsorientiert erlernt werden können zu Empowerment befähigen. (vgl. Klein-Heßling, 2006) Die Vorkehrungen, bei denen kognitiv Risikoverhalten bewusst gemacht werden sollte, haben aber im Jugendlichenalter etwa durch die vordergründige Orientierung an der Gegenwart und den Einfluss von Freunden kaum Wirkung gezeigt. Dieser Misserfolg führte zu neuen Herausforderungen. Ebenso im Bereich der primären Prävention befindlich, wurden Aspekte mit psychosozialer Fokussierung einbezogen. Praxisorientierte Modelle, die Strategien gegen Gruppenzwänge, Überredung und unkritische Übernahme fragwürdiger Verhaltensweisen (zum Beispiel „Komatrinken“) thematisieren und für Jugendliche annehmbare Alternativen in Bezug auf den Druck durch Peers aufzeigen, erwiesen sich als erfolgreicher. Dazu zählen ebenso Persönlichkeitstrainings, welche langfristig die Lebenskompetenz positiv beeinflussen und konstruktives Verhalten begünstigen sowie das Verstehen von Verhaltensweisen als Prozess. (vgl. Klein-Heßling, 2006)

#### 4.5. Gesundheitsförderung in der Pflege und deren Beziehung zu Public Health

Das Wort „Gesundheit“ steckt bereits im Namen der Berufsbezeichnung der größten Gruppe der Gesundheitsberufe – „Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger“ (DGKS bzw. DGKP). Der Fokus ist grundsätzlich nicht nur auf Krankheit sondern genauso auf Gesundheit gerichtet und im Berufsbild integriert. Dieses bezieht demnach Gesunde und Kranke gleichermaßen ein, wobei gesunde Menschen nicht nur als Einzelne, sondern als Zielgruppen an sich verstanden werden können (Schnittstelle zwischen Pflege und Public Health). (vgl. Wild, 2009)

Innerhalb der EU existieren zahlreiche Projekte, welche die Gesundheit der Gesellschaft fördern um das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden bzw. verringern. Dieses Tätigkeitsfeld wird „Public Health“ genannt. (vgl. Wild, 2009) Public Health in der Pflege hat seinen Ursprung darin, bildungsfernen und finanziell schlecht gestellten Schichten der Gesellschaft Maßnahmen zur Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit zugänglich zu machen. *„[...] Krankenpflege als öffentliche Aufgabe im Rahmen der gemeindeorientierten Gesundheitspflege [...] Es ging um aufsuchende Pflegearbeit ohne ärztlichen Auftrag sowohl im Sinne körperbezogener pflegerischer Basisunterstützung, als auch im Sinne der Unterrichtung über hygienische und gesundheitliche Standards.“* (Brieskorn-Zinke, 2007 zit. n. Brieskorn-Zinke, 2008, S. 2.e1)

Wild zitiert Brieskorn-Zinke ebenso zu diesem Thema: *„Brieskorn-Zinke versteht unter Public Health Nursing die präventiv orientierte pflegerische Arbeit im Bereich der Bevölkerungsgesundheit.“* (vgl. Brieskorn-Zinke, 2007 zit. n. Wild, 2009, S. 2)

Traditionalistisch stehen aber in Österreich Langzeitpflege und kurative Ausrichtungen auf physiologisch-pathologischer Ebene im Mittelpunkt von pflegerischen Handlungsfeldern. (vgl. Steinbach, 2005; Wild, 2009) Sowohl Hasseler als auch Brieskorn-Zinke sehen Defizite durch fehlende theoretische Ansätze und Konzepte im Feld der Gesundheitsförderung und der Prävention in der Pflege sowohl in Österreich als auch in Deutschland. (vgl. Brieskorn-Zinke, 2007; Hasseler 2011) Hasseler gibt an, dass in einer Befragung Angehörige von Pflegeberufen in Deutschland keine gesundheitsfördernden Bereiche ihres Berufes nennen konnten und rein subjektive Ansätze hinsichtlich dieser Thematik geäußert wurden. Eine Sensibilisierung hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention, im Speziellen welche Gebiete ihrer Tätigkeit darauf bezogen waren, hat im bisherigen beruflichen Umfeld nicht oder nur unzureichend stattgefunden (vgl. Hasseler, 2011) Beispiele für bereits bestehende Präventionsmaßnahmen im Feld Pflege sind Dekubitus- und Sturzprophylaxe. Hier ist allerdings anzumerken, dass diese erst ansetzen, wo bereits Pflegebedürftigkeit besteht. (vgl. Bartholomeyczik, 2006)

Der Weltbund der Krankenpflegepersonen (International Council of Nursing [ICN]) sieht den Einschluss von Gesundheitsförderung und Prävention in die Pflege betreffende Berufsfelder vor:

*„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und*

*Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und der Bildung.“ (OEGKV.at, ohne Jahresangabe)*

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Rollen aller Beteiligten im Gesundheits- bzw. Pflegeprozess nach Steinbach:

<b>Pflegeprozess</b>	<b>Gesundheitsprozess</b>
medizinisch orientiert	sozial und umweltorientiert
problemlösend	zielorientiert
Pflegeperson als Experte	Pflegeperson als Begleiter und Förderer
Patient als Teilnehmer	Patient als Experte
zyklischer, periodischer Prozess	synergetischer, expansiver Prozess
Kontrolle	Empowerment
Assesement, Datensammlung → klinisches Urteil → Vermittlung von professionellen Ratschlägen	aktives Zuhören, Erzählung, partizipatorischer Dialog, Anerkennung von Lebenswelten

*„Die Patientin als Expertin, die Pflegeperson als Vermittlerin, Begleiterin“.*

Tab. 1 In: Steinbach, 2005, S. 12

Gesundheitsförderung bedarf wie Pflegeprozesse professioneller Planung. Dies bezieht sich beispielsweise auf Präventivmaßnahmen wie Hausbesuche bei älteren Menschen, noch bevor Pflegebedürftigkeit entsteht. Diese Hausbesuche dienen dem rechtzeitigen Einleiten eventuell nötiger Maßnahmen, um entstehende Pflegebedürftigkeit hinauszögern zu können. (vgl.

Bartholomeyczik, 2006) Steinbach geht bei der Planung gesundheitsfördernder Prozesse der Antwort auf drei Fragen nach: *„Was will ich erreichen? Was werde ich dafür tun? Wie erkenne ich, ob ich erfolgreich war?“* (Steinbach, 2005, S. 12) Die Beantwortung der ersten Frage scheint relativ einfach zu sein, während die zweite Frage die wohl umfassendste Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung aller drei Fragen benötigt: Orientierung, Möglichkeiten ausloten und ein Programm erstellen. Hierbei gilt es, die Beantwortung der Fragen mit der Patientin gemeinsam zu finden. Sie muss sich mit der/n Maßnahme/n identifizieren können, wodurch auch die tatsächliche Durchführung begünstigt wird. Die letzte Frage befasst sich mit der Evaluation, diese ist sowohl für die vorangegangene Maßnahme als auch für zukünftige Maßnahmen von Bedeutung. (vgl. Steinbach, 2005) Die vorangegangene Maßnahme kann dadurch gerechtfertigt und der Nutzen dargestellt werden. Für in der Zukunft liegende Interventionen spielt Evaluierung die Rolle der Erfahrung. Man kann auf sie zurückgreifen und Erfolge sowie Misserfolge entsprechend interpretieren und danach handeln. (vgl. Steinbach, 2005)

Der Relevanz gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen liegen verschiedene Aspekte zugrunde. Etwa die Gesundheit und die Befähigung zu einer eigenverantwortlichen Erhaltung derselben eines jeden Menschen zugunsten der positiven Auswirkung auf die Lebensqualität oder auch der volkswirtschaftliche Aspekt: So liegt zum Beispiel der *„Social Return of Investment“* in Österreich bei acht bis zehn hinsichtlich Investitionen in gesundheitsfördernde Vorkehrungen betreffend die Zielgruppe Kleinkinder und Kinder. (vgl. Vavrik, 2012) *„Das bedeutet, jeder Euro, der in derartige Maßnahmen während der frühen Kindheit investiert wird, reduziert in der Folge die Ausgaben im Gesundheits- und Sozialsystem um acht bis zehn Euro.“* (Vavrik, 2012, S. 21)

Im Hinblick auf die in diesem Kapitel genannten Punkte sind Verankerungen bezüglich Gesundheitsförderung in den Curricula der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen von Bedeutung. An der Medizinischen Universität Graz existiert seit zehn Jahren der „Universitätslehrgang Public Health“ (UPH), mit den Schwerpunkten *„Management in der Krankenversorgung und Management in der Gesundheitsförderung“*. (vgl. Medizinische Universität Graz [Meduni Graz], ohne Jahresangabe; Meduni Graz Mitteilungsblatt, ohne Jahresangabe) Der Studienplan für den UPH wurde im Jahr 2006 beschlossen, er weist eine Dauer von sechs Semestern auf und beinhaltet nachstehende Zielsetzungen. (vgl. Meduni Graz Mitteilungsblatt, ohne Jahresangabe):

<i>Aufgabenbereich</i>	<i>Kernaufgaben</i>
I. Gesundheitswissenschaftliche und epidemiologische Beschreibung, Analyse und Bewertung	Den Gesundheitszustand, die Gesundheitsentwicklung und die Gesundheitsdeterminanten in der Bevölkerung fachkundig beschreiben und analysieren, gesundheitliche Bedürfnisse erkunden und daraus Bedarfsschwerpunkte für die Krankenversorgung und Gesundheitsförderung ableiten.
II. Vermittlung gesundheitswissenschaftlicher Information	Die Öffentlichkeit und EntscheidungsträgerInnen in der Politik und im Gesundheitswesen mit geeigneten Strategien und Medien sachkundig über gesundheitliche Entwicklungen und über den Versorgungs- und Förderungsbedarf informieren.
III. Planung, Begleitung und Qualitätsmanagement in der Krankenversorgung (Schwerpunkt Krankenversorgung)	Auf der Grundlage der jeweiligen Bedürfnislage und mit Hilfe einschlägiger gesundheits- und organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse integrierte, nachhaltig wirksame und wirtschaftliche Programme in der Krankenversorgung und Pflege planen, wissenschaftlich begleiten und evaluieren.
IV. Planung, Begleitung und Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung (Schwerpunkt Gesundheitsförderung)	Auf der Grundlage der jeweiligen Bedürfnislage und mit Hilfe einschlägiger gesundheits- und organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse integrierte, nachhaltig wirksame und wirtschaftliche Programme in der Gesundheitsförderung und Prävention planen, begleiten und evaluieren.
V. Organisationsberatung und Mitarbeiterfortbildung	Politische PlanerInnen und EntscheidungsträgerInnen, Organisationen in der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung, Sozialversicherungen und private Krankenversicherungen, Kammern und Berufsverbände sowie Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Fragen der Organisationsentwicklung und des Wissens- und Qualitätsmanagements professionell beraten und bei der MitarbeiterInnenfortbildung unterstützen.

#### *Zielgruppen*

Der UPH richtet sich an drei große Zielgruppen:

- Angehörige medizinischer oder ärztlicher Berufe, Pflegeberufe, physiotherapeutischer und anderer therapeutischer sowie medizintechnischer Berufe, die in der Krankenversorgung und Rehabilitation, im öffentlichen Gesundheitssektor, bei Sozialversicherungsträgern, in Kammern oder Verbänden, in der pharmazeutischen oder medizintechnischen Industrie tätig sind.
- GesundheitsexpertInnen und Führungskräfte im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich, in der Gesundheits- und Sozialpolitik, im öffentlichen Gesundheitssektor, bei Sozial- und Privatversicherungen, in Kammern und Verbänden und in gesundheitsrelevanten Industrien.
- WissenschaftlerInnen und Lehrende mit einer sozial- oder geisteswissenschaftlichen, wirtschafts- oder rechtswissenschaftlichen bzw. natur- oder ingenieurwissenschaftlichen Ausbildung, die über angemessene Erfahrungen im Gesundheitssystem verfügen und eine Qualifikation als Fach- oder Führungskraft im Versorgungs- oder Politiksektor, in gesundheitsbezogenen Medien oder Industrien anstreben.

(Meduni Graz Mitteilungsblatt, ohne Jahresangabe)

Auch der Krankenanstaltenverbund in Wien (KAV) bietet eine Weiterbildung im Bereich Public Health (wenn auch auf einer anderen Ebene [Lehrgang – Universitätslehrgang]) für eine eingeschränkte Zielgruppe (nur DGKS – drei breit gefächerte Zielgruppen) an. „*Weiterbildung Gesundheitsförderung – Gesundheitsvorsorge*“, Beginn ab Herbst 2013 für die Dauer eines Jahres. (KAV, ohne Jahresangabe) Der KAV nennt folgende Ziele:

*„...die eigenen Ansprüche an ‚Gesundheit/Gesund bleiben‘ und die damit verbundene Anpassung der Lebensgewohnheiten reflektieren, um Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung glaubwürdig zu gestalten*

*Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Betreuungsprozess integrieren und argumentieren*

*Gesundheitsfördernde Umgebungsfaktoren (z.B. am eigenen Arbeitsplatz) identifizieren und an der Umgebungsgestaltung im Sinne der Gesundheitsförderung mitwirken“*

(KAV, ohne Jahresangabe)

Diese Angaben für Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Public Health/Gesundheitsförderung sind exemplarisch und stellen keinen Anspruch auf Vollständigkeit dar.

Public Health in Verbindung mit Pflege kann nach Wild in folgende Bereiche unterteilt werden: „1) Individuum, 2) Familie/Gruppen/Gemeinde 3) Bevölkerung insgesamt“ (Wild, 2009, S. 3f) Beim ersten Bereich, Individuum, steht Empowerment bezüglich Gesundheitsförderung innerhalb der „direkten Pflege“ von Patientinnen und deren Angehörigen im Mittelpunkt. (Wild, 2009, S. 4) Der Bereich Familie/Gruppen/Gemeinde beinhaltet Aufgabenfelder wie Wohngemeinschaften oder die Betreuung zu Pflegenden zu Hause und bezieht deren Familien ein. Hier wäre das Berufsbild der Family Health Nurse tragend, auch jenes der School Nurse fällt in diesen Bereich. Das dritte Feld, Bevölkerung insgesamt, setzt sich mit Projekten und Programmen, durch Pflegenden erstellt, bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen auseinander. (vgl. Wild, 2009)

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Schulgesundheit in Österreich und den USA sowie dem UK besteht in den ausführenden Personen der Gesundheitsförderung: Während in Österreich viele verschiedene Berufsgruppen von sich aus Einfluss nehmen können (von außen gesteuerte Projekte im Sinne von Organisationsentwicklung; Einzelprojekte durch Schulleiterin/Lehrerin; Schulärztin; Schulpsychologin; Psychagogin; Beratungslehrerin; Schulsozialarbeiterin) liegt der Fokus in den USA und im UK auf dem System der School Nurse, welche in den Schulalltag eingebunden von sich aus gesundheitsfördernd agiert und von Seiten der Schülerinnen als Vertrauensperson kontaktiert werden kann und der Schweigepflicht unterliegt.

#### 4.6. Gesundheitsförderung im Setting Schule und Implementierung von Maßnahmen

### Die „Gesunde Schule“

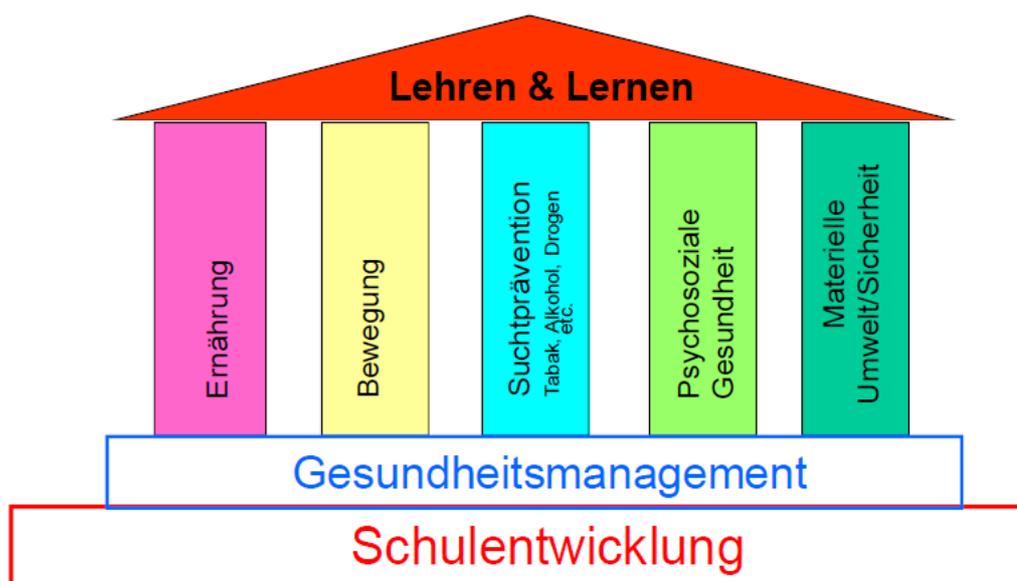


Abb. 1 In: Adamowitsch, Flaschberger & Felder-Puig, 2011a

Die Bausteine des „*Hauses der gesunden Schule*“ sind „*Qualitätsstandards*“, welche einen „*Zielzustand einer gesunden Schule*“ definieren. (Adamowitsch et al., 2011a, S. 9)

Das „*Haus der gesunden Schule*“ zeigt bereits die Relevanz bzw. Grundvoraussetzungen der einzelnen „Bausteine“ nach dem heutigen Stand der Forschung – ohne Schulentwicklung ist die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting Schule nicht langfristig wirkungsvoll. Die Schule als Gesamtheit muss zur Verflechtung von Gesundheitsförderung und Schule stehen. Außerschulische Ansprechpersonen, Moderatoren oder *Gesundheitsbeauftragte* im Rahmen von Schulentwicklungsmaßnahmen heben die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche, langfristig wirksame Einsetzung gesundheitsfördernder Schulentwicklung an. (vgl. Teutsch, Gugglberger, Adamowitsch, Felder-Puig, Dür, 2012) Grundlegend für eine Schulentwicklung ist die Identifizierung aller Beteiligten mit der Schule als übergeordnete Institution an sich und nicht nur beispielsweise die Identifizierung einer Lehrerin mit ihrer Klasse. In diesem Fall würde „*Klassenentwicklung*“ und nicht Schulentwicklung vorliegen. (Teutsch et al., 2012, S. 57) Die beteiligten Personen sollen sich über ihren Arbeitsplatz Schule als Gemeinschaft definieren, das heißt, ‚an einem Strang ziehen‘. (vgl. Teutsch et al., 2012)

Die gegenseitige Beeinflussung der Komponenten Bildung und Gesundheit von Schülerinnen ist weitgehend belegt. (vgl. Dür & Felger-Puig, 2011) Aus diesem Grund kann schulische Gesundheitsförderung einen wesentlichen Beitrag zur Sensibilisierung für das Verständnis von Gesundheit sowie deren Integration im Sinne von Ganzheitlichkeit in die persönliche

Lebenswelt leisten. Gesundheitsförderung im Setting Schule bedeutet alle Bereiche und Personen an einem Schulstandort einzubeziehen und nicht unkoordinierte, von Zufälligkeiten abhängige Einzelaktionen anzusetzen (zum Beispiel Verteilung eines Apfels im Rahmen der Gesundheitstage [vgl. Dür & Felder-Puig, 2011]).

Dür & Felder-Puig nennen den Begriff „gute gesunde Schule“ und geben Handlungsfelder und Prinzipien an, welche einer gesundheitsfördernden Schule zugeordnet sein sollen (vgl. Dür & Felder Puig, 2011):

Zu den Handlungsfeldern zählen:

- *„Lehren, Lernen & Curriculum“*

Gesundheitsspezifische Themen im Unterricht lehren und diese anhand von didaktischen sowie methodischen Ansätzen den Schülerinnen näher zu bringen (beispielsweise „Bewegtes Lernen“)

- *„Schulkultur & schulische Umwelt“*

Hier wird das Augenmerk auf das Schulklima gelenkt (Möglichkeiten den Interessen der Schülerinnen entsprechend bieten, etwa Freiräume wie zum Beispiel Tischtennis, Spielgeräte wie Bälle im Schulhof oder Aktivitäten auf psychosozialer Ebene wie Workshops und Diskussionsgruppen)

- *„Dienste & Kooperationspartner“*

Institutionen, Vereine u.ä. werden aus schulexternen Bereichen hinsichtlich Beratung eingeladen bzw. gebucht (zum Beispiel Sexualerziehung/Aufklärung im Rahmen eines Workshops durch einen Verein).

- *„Schulisches Gesundheitsmanagement  
Entwicklung und Anwendung von Prinzipien und Strategien des  
schulbetrieblichen Gesundheitsmanagements“*  
(Dür & Felder-Puig, 2011, S. 165)

Prinzipien für eine gesundheitsfördernde Schule:

- *„Nachhaltige Initiativen für Schulentwicklung“*  
(Schulgesundheit als Gesamtbild)
- *„Ganzheitlicher Gesundheitsbegriff“* (Subjektivität im Hinblick  
auf das Wohlbefinden als wichtiger Bestandteil)
- *„Innere & äußere Vernetzung“* (außerschulisches Feld als  
auch Zusammenarbeit innerhalb der Schule)
- *„Selbstbestimmung, Partizipation & Empowerment“*  
(Selbstbefähigung, Autonomie)
- *„Salutogenese“* (Orientierung an Gesundheit sowie  
Wohlbefinden und nicht an Krankheit)

(vgl. Dür & Felder-Puig, 2011, S. 165f)

Eine erfolgreiche (im Sinne von Nachhaltigkeit) Implementierung einer verändernden Maßnahme muss nach Lewin die in Abbildung 1 angeführten Phasen durchlaufen um diese Veränderung langfristig beizubehalten. (vgl. Schumacher, Sieland, Nieskens & Bräuer, 2006) Das schließt Änderungen im Schulalltag bezogen auf das Feld Gesundheit ein.

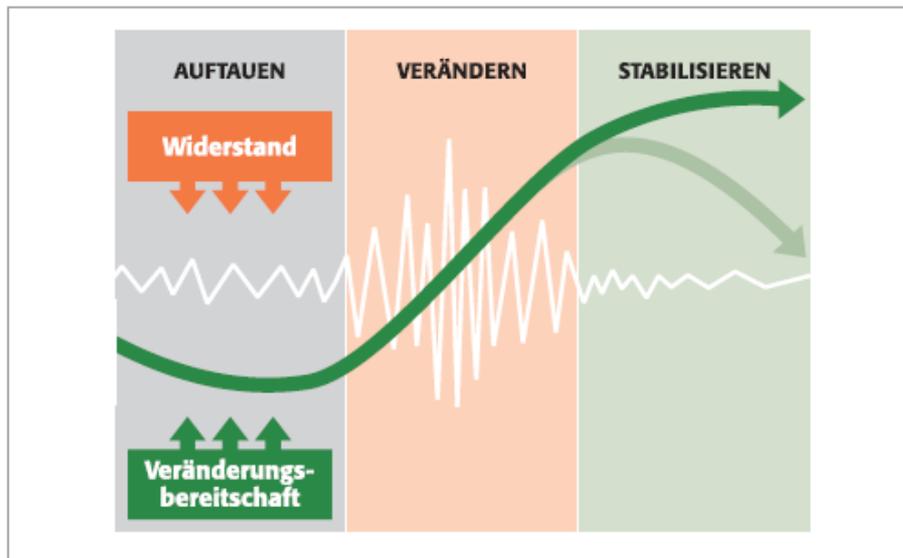


Abb.2 In: Schumacher et al., 2006, S. 62

## Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen

Im Kontext der Organisationsentwicklung ist die systematische Implementierung von verändernden Maßnahmen hinsichtlich gesundheitsfördernder Aspekte und allgemeiner schulischer Entwicklung bedeutungsvoll. Der Survey-Feedback-Kreislauf (vgl. Abb. 3) setzt bei der (oftmals) vorhandenen Uneinigkeit von schulinternen Personen über die zu setzenden Ziele und Maßnahmen an. Eine gemeinsame Entwicklung der einzuführenden Maßnahmen und deren übergeordneten Ziele führen zu einer Stärkung der Schulgemeinschaft. (vgl. Schumacher et al., 2006)

Beginnend bei der Problemerkennung wird gemeinsam unter Nennung von Argumenten, vor allem, welche Aspekte als belastend oder problematisch empfunden werden, versucht, das Problem bzw. die Probleme zu sichten. Die Führung dieser Gespräche obliegt der Schulleitung. Eine außerschulische Institution wird in beratender Funktion beauftragt. (vgl. Schumacher et al., 2006)

Der nächste Schritt bezieht sich auf die Organisationsdiagnose. Diese wiederum unterteilt sich in mehrere Unterbereiche: Vorerst werden geeignete Instrumente ausgewählt (zum Beispiel Fragebogen oder Interviews). Das weitere Vorgehen fokussiert die Datenerhebung, wobei die möglichen Zusammenhänge einzelner Variablen hinsichtlich der Problemidentifizierung geprüft werden müssen. Anschließend werden den Beteiligten der Organisation die gewonnenen Erkenntnisse mitgeteilt, welche in einem nächsten Teil mit den aufgetretenen Problemen in Zusammenhang gebracht werden um eine ansatzweise Deutung dieser vornehmen zu können. Der letzte Schritt der Untersuchung der Organisationsdiagnose ist die Diagnose an sich, sie umfasst die Problemidentifizierung sowie die Erfassung der Umstände für die ursprüngliche Entstehung der Probleme. (vgl. Schumacher et al., 2006)

Die Einigung der beteiligten Personen/Gruppen auf bestimmte Maßnahmen in mehreren Schritten sieht der nächste Punkt vor. Ideen und Empfehlungen der vorher gebildeten, einzelnen Teams werden zusammengetragen und finden in einem „*Änderungsprogramm*“ ihre Berücksichtigung. (Schumacher et al., 2006, S. 67)

Der vorletzte Teil des Surveys setzt sich mit der Umsetzung der/den Intervention/en auseinander. Beim letzten Punkt, der Evaluation, als wichtiger Bestandteil im Hinblick auf erfolgreiche Implementierung langfristiger Veränderungen, werden die Bewertungen bezüglich der „*Effektivität und Effizienz*“ der Interventionen und die Entscheidung über die Weiterführung oder

den Abbruch ebendieser durchgeführt. (Schumacher et al., 2006, S. 67)

Die Initiative „WieNGS“ oder auch die Initiative „Tut gut! – Gesunde Schule“ gehen bei der Umsetzung ihrer Projekte ähnlich vor.

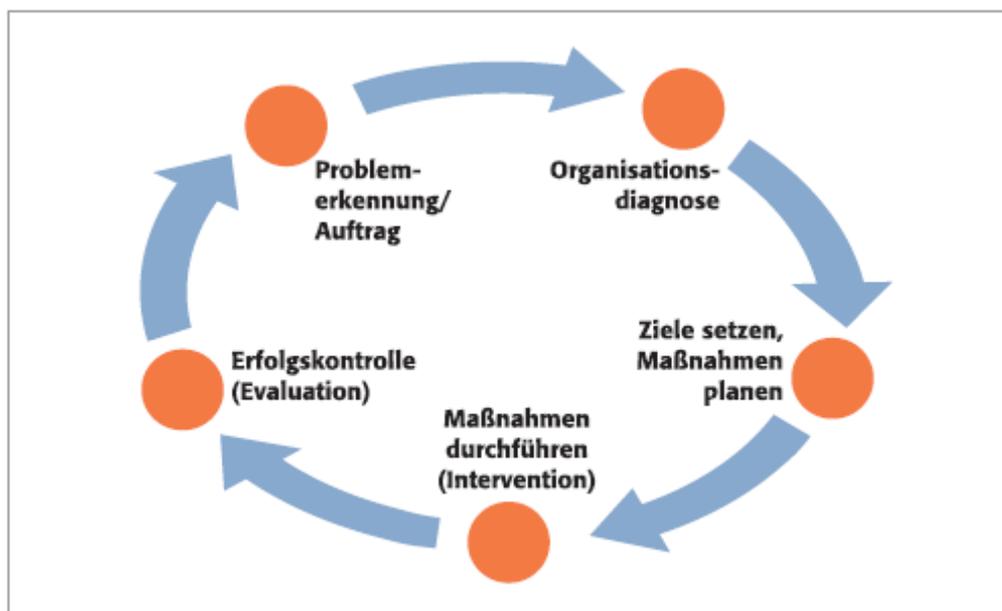


Abb. 3 Survey-Feedback-Kreislauf. In: Schumacher et al., 2006, S. 66

## 4.7. Gesundheitsförderung in Österreich im Setting Schule

### 4.7.1. Grundsatzерlass des BMUKK

Das BMUKK hat im Jahr 1997 ein Rundschreiben bezüglich des Grundsatzерlasses zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung herausgegeben. Im Folgenden zitiere ich exemplarisch wichtige Inhalte:

*„Die traditionelle Form der Gesundheitserziehung zielt darauf ab, durch verstärkte Information und Aufklärung über riskante Verhaltensfaktoren z.B. Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmißbrauch, einseitige Ernährung eine individuelle Verhaltensänderung zu bewirken. Das Konzept der Gesundheitsförderung stellt die Verantwortung des Einzelnen für sich selbst und für die Gesellschaft in den Mittelpunkt. Gesundheit wird von den Menschen in ihrem alltäglichen Arbeits- und Lernumfeld geschaffen und gelebt.*

*Die neue Qualität der Gesundheitsförderung liegt daher einerseits in einem erweiterten Gesundheitsverständnis, d.h. es berücksichtigt die physische, psychische und soziale Gesundheit, und andererseits auch in der Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfeldes.*

*Schulische Gesundheitsförderung ist daher zentraler Bestandteil jeglichen pädagogischen Handelns und sie ist in allen Schularten und Unterrichtsgegenständen zu verwirklichen.*

### **Zielsetzungen**

*Vorrangige Ziele der Gesundheitsförderung sind:*

- Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt unter Einbeziehung aller im schulische Alltag beteiligten Personen*
- Förderung persönlicher Kompetenzen und Leistungspotentiale der Schülerinnen und Schüler in Hinblick auf gesundheitsbewußtes, eigenverantwortliches Handeln und Wissen*
- Vernetzung von Schule und regionalem Umfeld*
- Förderung von kommunikativen und kooperativen Kompetenzen der LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen*

*sowie der Kommunikationsstrukturen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern*

- *Dokumentation und Verbreitung innovativer Projekte und Maßnahmen“*

(BMUKK, 1997)

#### **4.7.2. Die HBSC-Studie**

Das Akronym HBSC steht für „Health Behaviour in School-aged Children“, eine von der WHO initiierte und in Österreich vom BMG in Auftrag gegebene Studie, mit finanzieller Beteiligung desselben. 1983/84 wurde sie erstmals in Österreich durchgeführt und findet seither ab dem Jahr 1986 im Vierjahresrhythmus statt. Als umfassendste Studie in Europa zum Thema Kinder- und Jugendlichengesundheit wird der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand und das gesundheitsbezogene Verhalten Kinder und Jugendlicher im Alter von elf, 13, 15 und aktuell (2010) auch 17 Jahren erhoben. 6.500 Schülerinnen aus Österreich nahmen an der letzten Studie teil, insgesamt 200.000 Schülerinnen aus 43 Ländern. Von besonderer Bedeutung sind die intervallsartigen Erhebungen, wodurch Tendenzen aufgezeigt werden können. (vgl. Schobel, 2012; BMG, 2011c)

Drei übergeordnete Bereiche werden beforscht: *„Der Gesundheitszustand der österreichischen Schülerinnen“*, das *„Gesundheits- und Risikoverhalten“* sowie *„soziale Determinanten der Gesundheit“*. (BMG, 2011c, S. 19-80) Der allgemeine Gesundheitszustand befasst sich mit den Themen *„subjektiver Gesundheitszustand“*, *„Lebenszufriedenheit“*, *„Beschwerdelast“*, *„chronische Erkrankungen“*, *„Verletzungen“*, *„Übergewicht und*

*Körperwahrnehmung“ als auch „Zahngesundheit“. (BMG, 2011c, S. 19-34) Dem Bereich „Gesundheits- und Risikoverhalten“ werden die Inhalte „Bewegung und sitzendes Freizeitverhalten“, „Ernährung“, „Suchtmittelkonsum“, „Gewalt“, „Medikamentengebrauch“ sowie „Sexualität und Verhütung“ zugrunde gelegt. (BMG, 2011c, 35-55) „Soziale Determinanten der Gesundheit“ wird in die untergeordneten Bereiche „soziale Beziehungen in der Familie als Determinanten der Gesundheit“, „die Rolle der Schule für die Gesundheit“ und „sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit“ aufgeteilt. (BMG, 2011c, S. 57-80)*

#### **Die HBSC-Studie verfolgt folgende Ziele:**

- *„Initiierung und Aufrechterhaltung nationaler und internationaler Forschung zu Gesundheit, Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten und dem sozialen Kontext der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern;*
- *Theoretische, konzeptuelle und methodische Weiterentwicklung dieser Art von Forschung;*
- *Monitoring der Gesundheit, des Wohlbefindens, des Gesundheitsverhaltens und des sozialen Kontextes der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern;*
- *Erweiterung des Wissensfundus zu gesundheitsrelevanten Daten, Verbreitung der Ergebnisse;*
- *Förderung der schulischen Gesundheitsförderung;*

- *Förderung nationaler Expertise und internationaler Vernetzung im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.“*

(BMG, 2011c, S. 15)

## **Methoden**

Ein dreiteiliger Fragebogen, welcher im Rahmen einer Unterrichtsstunde in der Klasse an die Schülerinnen zum selbstständigen Ausfüllen verteilt wird, kommt zum Einsatz, die Teilnahme erfolgt freiwillig. Die Beaufsichtigung findet durch die Lehrerinnen statt, nach Beendigung der Beantwortung der Fragen wird der Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert den Lehrerinnen zurückgegeben und von der Schule an das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research geschickt. Die Rücklaufquote lag in der vorliegenden Publikation aus dem Jahr 2010 bei 72%. (vgl. BMG, 2011c)

## **Ergebnisse**

An dieser Stelle möchte ich hauptsächlich auf die Ergebnisse die Rolle der Schule betreffend eingehen, da dies für die hier vorliegende Arbeit von Relevanz ist.

Grundsätzlich wird aufgrund der täglichen Aufenthaltsdauer von Kindern in der Schule davon ausgegangen, dass die Kompetenzen und Maßnahmen die Gesundheitsförderung betreffend Wirksamkeit zeigen. (BMG, 2011c, S. 66) Dür gibt zu bedenken, dass die Institution Schule aber auch die Gesundheit schädigendes Handeln auslösen kann, etwa den ersten Kontakt mit schädlichen Substanzen wie zum Beispiel Tabak. Belegt ist auch eine

Korrelation zwischen dem Schulklima sowie den sozialen Kontakten und der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten von Schülerinnen. (BMG, 2011c, S. 66)

Aus der HBSC-Studie von 2010 geht die Korrelation zwischen der subjektiven Gesundheit und der Zufriedenheit mit dem Schulalltag sowie überdurchschnittlichen Leistungen oder einer minimalen Belastung und subjektivem Gesundheitsempfinden hervor. Zwischen der Einschätzung der subjektiven Gesundheit und schulbezogener Kategorien (Schulzufriedenheit, Schülerinnenbeziehung, Schulbelastung, -leistung) besteht zweifelsfrei eine ausgeprägte Verbindung. (vgl. BMG, 2011c)

#### **Entwicklungen seit 1994**

Lebenszufriedenheit:

Seit 2002 leicht gesunken (alters- und geschlechtsunabhängig)

Adipositas:

Anstieg bei den Knaben seit 2002, bei den Mädchen seit 2006

Bewegungsverhalten:

Mädchen: keine Veränderung; Knaben: leichter Anstieg des Bewegungsverhaltens

Tabak:

Leichter Rückgang des Tabakkonsums bei Mädchen seit 1998, bei den Knaben Rückgang bereits seit 1994

Alkohol:

Rückgang des Alkoholkonsums bei Knaben seit 1994, bei Mädchen Rückgang erst seit 2002

(vgl. BMG, 2011c)

Zu diesen Themenbereichen existieren zahlreiche Publikationen vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität in Wien.

Grundsätzlich bleibt zu erwähnen, dass die HBSC-Studie keine Folgerung auf die Richtung des Zusammenhanges zulässt (Beeinflussung der Schule auf die Gesundheit oder Beeinflussung der Gesundheit auf die Schule). (vgl. BMG, 2011c)

Klein-Heßling gibt zu bedenken, dass die Reduktion des Gesundheitskonzeptes auf ein subjektives Wohlbefinden die Aussagekraft in Bezug auf Objektivität durch die inhärente Unschärfe limitiert. (vgl. Klein-Heßling, 2006)

#### **4.7.3. Weitere Untersuchungsergebnisse betreffend den europäischen Raum**

Korrelationen zwischen dem subjektiven, gesundheitlichen Befinden und sozialen Determinanten treten vor allem bei Mädchen in Erscheinung, diese nehmen anscheinend soziale Benachteiligung auf eine negative Weise intensiver wahr als Buben ihres Alters. (vgl. Richter & Hurrelmann, 2008) Ebenso geben Richter & Hurrelmann an, dass bestimmte Verhaltensweisen durch die Bezugspersonen im Sinne von Vorbildern bis in die späte Jugend gelenkt werden, dazu zählen etwa die Bereiche Ernährung und körperliche Aktivität. Ein wichtiger Aspekt hierzu sind die gesundheitlichen Auswirkungen durch die in der Kindheit erlernten Verhaltensweisen. Sie treten oft erst zu einem viel späteren Zeitpunkt in Erscheinung (beispielsweise jahrzehntelanger Bewegungsmangel und Fehlernährung in Zusammenhang mit Herz-

Kreislauf-Erkrankungen). Ein weiterer Aspekt sind psychosoziale Belastungen (durch die Familie), welche unmittelbar gesundheitliche Auswirkungen zeigen. (vgl. Richter & Hurrelmann, 2008)

Interessant sind die Zusammenhänge zwischen familiärer Situation und Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum: sie korrelieren wenig miteinander. Hier scheint der Freundeskreis eine tragende Rolle zu spielen. (vgl. Richter & Hurrelmann, 2008)

Die Lebenserwartung von Männern in unteren sozialen Milieus ist in Nord-, Süd- und Westeuropa geringer als in „höheren“ gesellschaftlichen Schichten. Dies bezieht sich ebenso auf subjektives Empfinden hinsichtlich Gesundheit und gesundheitsspezifischer Verhaltensweisen. (vgl. Weyers, 2008)

#### **4.7.4. Initiativen**

##### **4.7.4.1. Kindergesundheitsdialog und Kindergesundheitsstrategie des BMG**

Zahlreiche Publikationen belegen eine enge Beziehung zwischen sozioökonomischen Bedingungen und Gesundheit. Je höher die sozioökonomischen Dimensionen umso besser sind die Bereiche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. (vgl. BMG, 2011d) Der damalige Bundesminister Alois Stöger rief daher im Jahr 2010 zur Verbesserung der Ausgangssituation für Heranwachsende den Kindergesundheitsdialog ins Leben. Im Mittelpunkt steht dabei die gesundheitliche Chancengleichheit. Auf die Gesundheit wird in weit mehr Bereichen als in rein gesundheitsspezifischen eingewirkt, aus

diesem Grund wird „Gesundheit in allen Politikfeldern“ („Health in all Policies“) forciert und Programme, welche präventiver Natur sind, entwickelt und bereits umgesetzt. Vordergründig werden derzeit Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung umgesetzt. (Gesundheit Österreich GmbH [GÖG], ohne Jahresangabe)

Die Kindergesundheitsstrategie umfasst 20 Ziele, welche in fünf Bereiche unterteilt sind. Beginnend mit dem weiten Thema des gesellschaftlichen Rahmens, welches die Ziele *„Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken“* sowie *„Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit (‘Health in All Policies’) stärken“* beinhaltet. (BMG, 2011d, S. 10f) Hierbei werden Handlungen wie Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen bei Gesundheitszielen oder das *„Eintreten für die vollständige Umsetzung der Kinderrechte“* und *„Public-Health-Ansätze“* umgesetzt bzw. empfohlen. (BMG, 2011d, S. 10f) Der zweite Bereich *„Gesunder Start ins Leben“* setzt bei Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit an. (BMG, 2011d, S. 12f) Das dritte Feld fokussiert den Schwerpunkt *„Gesunde Entwicklung“* und ist somit im engeren Sinn mit schulischer Gesundheitsförderung verbunden. (BMG, 2011d, S. 15ff) Die Ziele lauten:

- *„Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken“*  
Das heißt Freiräume schaffen, Fähigkeiten der Eltern fördern und unterstützen, außerschulische Jugendarbeit ausbauen

- *„Bildung als zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit positiv nutzen“*  
Das heißt Schulentwicklung unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung

- *„Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern“*

Das heißt Bewegung allgemein in und um die Lebenswelt Schule

- *„Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen fördern“*

Das heißt Ausführung des Nationalen Aktionsplanes Ernährung (NAP.e)

(BMG, 2011d, S. 15-19)

Im vierten Bereich geht es vorrangig um die gesundheitliche Chancengleichheit, sie steht ebenso wie das vorangegangene Feld in engerem Zusammenhang mit schulbezogener Gesundheitsförderung. Soziale und/oder gesundheitliche Benachteiligung sowie Screening und zielgerichtete Förderung bilden den Hauptcharakter der Ziele dieses Teilbereiches. (vgl. BMG, 2011d)

Das fünfte und letzte Themenfeld behandelt die Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher in spezifischen Bereichen. Darunter ist die Optimierung im strukturellen und sozialen Sinn der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Krankenanstalten, Ambulanzen und Kinderarztpraxen zu verstehen. (vgl. BMG, 2011d)

Jedem der zwanzig Ziele sind Maßnahmen zugeordnet. Diese befinden sich in vier verschiedenen Stadien: *„geplant“*, *„empfohlen“*, *„teilweise umgesetzt“* und *„in Umsetzung“* (BMG, 2011d, S. 10-31). Das Projekt Kindergesundheitsstrategie ist noch jung und hat doch bereits nahezu die Hälfte der angeführten Maßnahmen teilweise oder ganz umgesetzt.

#### **4.7.4.2. Fonds Gesundes Österreich**

Am Projekt „Gesunde Schule“ ist auch der „Fonds Gesundes Österreich“ (FGÖ), ein Geschäftsbereich der „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG), beteiligt. Die GÖG stellt eine zentrale Kompetenzstelle seitens des Bundes für gesundheitsbezogene Themen dar und wurde per Bundesgesetz im Jahr 2006 gegründet. Der FGÖ gibt vierteljährlich das Magazin „Gesundes Österreich“ heraus, in dem Ergebnisse, Artikel und weiterführende Informationen zu Gesundheits- und gesundheitsförderungsbezogenen Themen veröffentlicht werden.

#### **4.7.4.3. GIVE – Gesundheitsbildung Information Vernetzung Entwicklung**

Die Initiative „GIVE – Gesundheitsbildung Information Vernetzung Entwicklung“, versteht sich als Beratungsstelle und Plattform, welche Schulen bezüglich Wissensvermittlung, Weitervermittlung, Ideen - und am wichtigsten – Gestaltung gesundheitsfördernder Schulen berät. GIVE ist eine Initiative des BMUKK, BMG und des österreichischen Jugendrotkreuzes (ÖJRK), es orientiert sich an *„modellhaften‘ Projekten sowie aktuellen Initiativen und Aktivitäten“*. (GIVE, ohne Jahresangabe) Die Plattform bietet die Beratung telefonisch, schriftlich und auch in einem persönlichen Gespräch in ihren Räumlichkeiten an. Zu den Schwerpunkten zählen: *„Bewegte Schule“*, *„Essen und Trinken“*, *„Gesundheitsförderung und Schulentwicklung“*, *„Kommunikations- und Konfliktkultur“*, *„Lebenskompetenzen“* sowie *„Lehrerinnengesundheit“*. (GIVE, ohne Jahresangabe) Die Initiative richtet sich an alle, die beruflich mit dem Bereich Schule zu tun haben, also auch an die Schulärztinnen. Zu allen Thematiken

werden Links zu weiterführenden Informationen, entsprechender Literatur und Materialien angegeben. Schulen bzw. Schulleiterinnen und Lehrende, welche sich für die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen an ihrem Schulstandort interessieren, bekommen eine breite Palette an Informationen, Literatur und (Unterrichts-)Material sowohl zu den verschiedenen gesundheitsbezogenen Thematiken als auch zur Strukturebene hinsichtlich Projektmanagement (Implementierung) zur Verfügung gestellt. GIVE ist aber nicht darauf ausgelegt am Schulstandort Projekte zu entwickeln und zu implementieren. (vgl. GIVE, ohne Jahresangabe)

#### **4.7.5. Regionale Initiativen**

Die zahlreichen Angebote in Bezug auf Bewegung, Ernährung und Gesundheitsbildung finden regional auf der Projektebene, deren Ausführung hauptsächlich den Lehrerinnen obliegt, ihre Anwendung - anders als (wie eingangs erwähnt) beispielsweise in den Ländern UK und USA, dort ist für gesundheitsfördernde Maßnahmen die School Nurse verantwortlich.

Circa zwei Drittel der österreichischen Bundesländer verfügen (auf Landesebene) über Programme bezüglich Gesundheitsförderung in Schulen. Diese Programme umfassen vielfältige Aktivitäten und Zielsetzungen.

Nachstehend möchte ich exemplarisch auf die Projekte „WieNGS“, sowie „Tut gut! – Gesunde Schule“ näher eingehen. Beide schließen auch den wichtigen Punkt Evaluation mit ein. Dies sind Beispiele und stellen keinen Anspruch auf Wertung gegenüber anderen

österreichischen Programmen zur Gesundheitsförderung im schulischen Setting dar.

#### 4.7.5.1. WieNGS



An dem Wiener Projekt „WieNGS – Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“, im Jahr 1997 ins Leben gerufen, sind rund 70 Wiener Schulen (Volksschulen, Schulen der Sekundarstufe, Krankenpflegesschulen) beteiligt. Partnerinnen sind die Pädagogische Hochschule Wien (PH Wien), die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), Wiener Gesundheitsförderung (WIG) und der Stadtschulrat für Wien. Zur Leitlinie zählen etwa „Ganzheitlichkeit“, „Vernetzung“, „Empowerment“, „Nachhaltigkeit“ und „Evaluation“. (Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen [WieNGS], 2012a) Unterstützt wird das Netzwerk zur effektiven Umsetzung der Programme durch das Ludwig Boltzman Institute Health Promotion Research. (vgl. WieNGS, 2012a)

Das Programm umfasst sieben Hauptziele:

- **„Gestaltung der Organisation Schule zu einem gesunden Erfahrungs- und Lebensraum u.a. durch günstige Pausen- und Stundengestaltung, sinnvoll über die Woche verteilte Klassen- und Schularbeiten, Schaffen von verschiedenen Ruhe- und Bewegungszonen inner- und außerhalb der Schule.**

- **Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses**, das körperliche, seelische und soziale Gesundheitsfaktoren im Zusammenhang sieht.
- **Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten**, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen.
- **Förderung eines positiven Lernklimas** in den Klassen und eines guten Arbeitsklimas im Kollegium.
- **Förderung der aktiven Beteiligung** der Schüler am Unterricht durch partizipative Unterrichtsmethoden, wie z.B. offenes Lernen, Projektunterricht, eigenverantwortliches Arbeiten (EVA).
- **Stärkung der Gemeinschaft** in der Schule, Förderung der Elternmitarbeit, Einbindung von Personengruppen und Institutionen aus der Umgebung der Schule.
- **Bereicherung des Schullebens** durch gemeinsame Schulfeste, Klassen- und Schulhofgestaltung etc.“

(WieNGS, 2012a)

WieNGS hat vier Stufen entwickelt, in die sich Schulen einordnen können. Die erste Stufe beinhaltet Maßnahmen wie Gesunde Jause, Bewegung, Initiativen u.s.w., an welchen das Lehrpersonal Interesse zeigt und eine Rückmeldung an WieNGS. Diese Stufe umfasst eine begrenzte Leistung bezüglich Koordination seitens der Schule (zum Beispiel Thementage). Die zweite Stufe beinhaltet die ganzheitliche und nachhaltige Integration hinsichtlich gesundheitsfördernder Schule und schließt die Unterstützung durch schulexterne Personen der Initiative WieNGS sowie Ansprechpersonen am Standort mit ein (verhaltensorientierte Veränderungen). In der dritten Stufe setzen sich die Ziele zusätzlich mit verhältnisorientierten Veränderungen auseinander.

Der Setting-Ansatz wird thematisiert, dem Schulstandort angepasste Maßnahmen werden mit Unterstützung eines Teams seitens WieNGS entwickelt. Diese Stufe beinhaltet auch die Durchführung von Evaluationen, welche für die Weiterentwicklung der Maßnahmen verwendet werden (Prozessgestaltung, Entwicklung eines Leitbildes). Die vierte Stufe nennt sich „Nachhaltigkeitsstufe“, die Schule erlangt „Expertenstatus“. (WieNGS, 2012b) Das Weitergeben von Expertinnenwissen an andere Schulen, die Etablierung der Gesundheitsförderung in Schulen in Wien und die Nutzung von Angeboten zur Weiterbildung, unter anderem auch an der PH Wien, gehören zu den Zielen. (vgl. WieNGS, 2012b)

Prinzipiell werden in den verschiedenen Stufen auch finanzielle Anreize zur Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Initiativen geschaffen sowie diverse Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten. (vgl. WieNGS, 2012b)

#### 4.7.5.2. Tut gut! – Gesunde Schule



Im Bundesland Niederösterreich existiert aktuell das Programm „Tut gut! Gesunde Schule“ (Pilotprojekt seit dem Schuljahr 2007/08, Start 2008/09) und führt die Umsetzung nach ähnlichen Kriterien wie jenen des im Kapitel „Gesundheitsförderung im Setting Schule“ dieser Arbeit erwähnten Survey-Feedback-Kreislaufs, inkl. Evaluation, durch. Auf der Homepage der Initiative wird explizit auf den Fokus der „Implementierung bzw. Stärkung

*schulinterner Organisationsstrukturen zur Gesundheitsförderung*“ hingewiesen. (Betrieb gewerblicher Art [BgA] Gesundes Niederösterreich, 2011) Um „gesundheitsfördernde Schule“ ganzheitlich und nachhaltig in einen Standort zu integrieren, werden „*Steuerungseinheiten*“ eingerichtet. (BgA Gesundes Niederösterreich, 2011) Diese bestehen aus der Schulleiterin, einer „*Moderatorin*“, welche von der Initiative zur Verfügung gestellt wird, einer „*Gesundheitsbeauftragten*“ (Lehrperson, welche speziell auf die Thematik geschult wurde) und maximal fünf weiteren Lehrkräften. (BgA Gesundes Niederösterreich, 2011) Die Grundsätze „*Partizipation*“, „*Empowerment*“, „*Nachhaltigkeit*“ und „*systemisches Denken*“ bilden die Basis um Ziele wie die Ausarbeitung eines Verlaufsmodells für zu integrierende Projekte und gesundheitsfördernde Aspekte in die Lebenswelt Schule nachhaltig zu integrieren sowie auch hinsichtlich des Lern- und Arbeitsbereiches Schule erfolgreich umsetzen zu können. (BgA Gesundes Niederösterreich, 2011) Die Projekte an den einzelnen Schulen sind autark und befassen sich oft mit Themen wie Bewegung, Ernährung, Prävention und Wohlbefinden, so wie etwa in der Neuen Mittelschule Brunn (MIB) (zum Beispiel Gesundes Frühstück, Fare Trade, Radtour [vgl. MIB, 2009]) oder der Musikhauptschule (MHS) Korneuburg (Bewegte Pause, Gesunde Jause, Adaptierung des Schulhofes [vgl. MHS Korneuburg, ohne Jahresangabe]). Das Programm bezieht sich nur auf die Sekundarstufe und schließt die Volksschule (bis auf eine Ausnahme) nicht mit ein. Jährlich werden Plaketten an Schulen verliehen, welche bestimmte Kriterien erfüllt haben. (vgl. BgA „Gesundes Niederösterreich“, 2011) Um welche Kriterien es sich hierbei handelt, möchte die zuständige Stelle nicht publik machen. Dieser Sachverhalt kann daher in der hier vorliegenden Arbeit nicht näher beleuchtet werden.

Die Eigeninitiative von Schulen hinsichtlich „Gesunde Jause“ und Bewegung stellt einen durchaus positiven Ansatz dar, bei dem der Aspekt der Nachhaltigkeit (Implementierung, Umsetzung, Evaluierung) allerdings hinterfragt werden muss.

#### **4.7.6. Informationsplattformen**

Bei meiner Recherche wurde erkennbar, dass einige Projekte wie etwa das „Europäische Netzwerk SHE – Schools for Health.eu“ sowie dessen Vorgänger, das „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ in welches das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ eingebunden war bzw. ist, aktuell als reine Informationsplattformen im Internet dienen. Mehrere mündliche Auskünfte über die Inaktivität der Initiativen seit dem Jahr 2009 konnte ich durch meine Recherchen nicht schriftlich belegen. Zum jetzigen Zeitpunkt sind diese Plattformen nicht im Sinne eines Projektes zu verstehen um gesundheitsfördernde Anteile an Schulstandorten selbst zu implementieren. Sie bieten jedoch umfassende, weiterführende Informationen zum Thema gesundheitsfördernde Schule im Internet.

Diese Angaben erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, hierbei handelt es sich um beispielhafte Aufzählungen erwähnenswerter Projekte auf EU- und Bundesebene.

#### 4.7.6.1. Gesunde Schule



Das BMUKK sowie das BMG als auch der Hauptverband der Sozialversicherungsträger haben im Jahr 2007 das „Nationale Strategiprojekt Gesunde Schule“ zum Leben erweckt, welches seinen Schwerpunkt auf die *„Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen“* gesetzt hat. (BMG, 2011c, S. 93) Das Angebot im Hinblick auf die weiterführenden Initiativen ist dermaßen umfangreich, dass dieses Projekt trotz seiner offensichtlich ausschließlichen Präsenz im Internet erwähnenswert erscheint (abrufbar unter [www.gesundeschule.at](http://www.gesundeschule.at)). Es dient derzeit als Plattform, auf welcher zahlreiche Informationen und Angebote bzw. Maßnahmen zum Thema gesundheitsfördernde Schule abgerufen werden können und richtet sich an beteiligte bzw. interessierte Personen. (vgl. Gesunde Schule, ohne Jahresangabe)

Das Programm „Gesunde Schule“ erstreckt sich über verschiedene Themenbereiche wie Ernährung, Gesunde Umwelt, Suchtprävention sowie weitere präventive gesundheitsfördernde Maßnahmen wie zum Beispiel die Kindergesundheitsstrategie des BMG oder dem Bereich der Impfungen. Unter der Rubrik „BMUKK“ werden einige schul- und gesundheitsrelevante Informationen und Links zu folgenden Teilbereichen genannt:

*„Weiterentwicklung in der Organisation Schule“*

*„Inklusion und Individualisierung“*

*„Partnerschaftlich Lernen und Lehren“*

„Physische Gesundheit“

„Psychische Gesundheit“

„Nachhaltigkeit, Ökologie und Umweltbildung“

(Gesunde Schule, ohne Jahresangabe)

#### 4.7.6.2. Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen

Das Projekt „Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen“ veröffentlichte im Jahr 2001 einen Leitfaden für Schulleiterinnen und Lehrerinnen: „Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule“ und bot somit wichtige Informationen bezüglich Projektarbeit, Erkennungsmerkmale gesundheitsfördernder Schulen oder Implementierungsschritte an.

#### Erkennungsmerkmale einer Gesundheitsfördernden Schule

*Woran man eine Gesundheitsfördernde Schule erkennen könnte:*

- *SchülerInnen werden in ihrer ganzheitlichen Entwicklung unterstützt.*
- *SchülerInnen erlernen Wissen und Fähigkeiten zum Umgang mit ihrer Gesundheit.*
- *SchülerInnen erlernen psychosoziale Kompetenzen.*
- *LehrerInnen verstehen sich als Vermittler und Prozessbegleiter. Nach Möglichkeit wird fächerübergreifend und mit interaktiven Unterrichtsmethoden gearbeitet.*
- *Das Arbeitsklima ist angenehm und unterstützend.*
- *LehrerInnen erweitern ihre pädagogischen und psychosozialen Kompetenzen.*
- *LehrerInnen engagieren sich in der Schulentwicklung.*
- *Die räumliche Gestaltung der Schule trägt zum Wohlbefinden von SchülerInnen und LehrerInnen bei.*
- *Die Schulpartnerschaft spielt eine wichtige Rolle – LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern werden in die Schulentwicklung einbezogen.*
- *Gesundheitsförderung ist integrativer Bestandteil des Schulprofils.*
- ...

Tab. 2 In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen & Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst (BMBWK), 2001, S. 11

## Projektarbeit

### *Was ist ein Projekt?*

*Ein Projekt hat einen konkreten Anlass, zum Beispiel ein konkretes Problem, das es zu lösen gilt, oder ein konkretes Ziel, das man erreichen will. Das Projekt versucht neue Wege zur Lösung des Problems bzw. zur Zielerreichung zu gehen.*

*Die Ziele eines Projektes sind klar – d.h. für alle Beteiligten nachvollziehbar – und realistisch, das heißt, innerhalb der vorgesehenen Zeit innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen erreichbar.*

### *Ein Projekt ist begrenzt:*

- *Personen: Nur eine bestimmte Anzahl von Personen mit bestimmten Fähigkeiten werden an dem Projekt mit arbeiten.*
- *Wissen: Qualifikationen und Wissen der beteiligten Personen sind begrenzt.*
- *Zeit: Es gibt einen klaren Beginn und ein klares Ende.*
- *materiell: Nur bestimmte Räumlichkeiten, Materialien und finanzielle Ressourcen stehen zur Verfügung.*

*Das Ziel von Projekten in der Schule ist entweder, Ergebnisse zu erreichen, die sich langfristig auf den Schulalltag auswirken (z.B. Schulhofbegrünung) oder Herangehensweisen im Schulalltag zu verankern, die sich als Lösung bestimmter Probleme bewährt haben.*

Tab. 3 In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2001, S. 12

## Prozess zur dauerhaften Implementierung geänderter Maßnahmen

1. *„Gesundheitsprobleme in der Schule erkennen*
2. *Gemeinsam mit allen Betroffenen nach Lösungen suchen*
3. *Lösungsvorschlag planen und in die Praxis umsetzen*
4. *Brauchbarkeit des Lösungsvorschlages überprüfen*
5. *Den Erfolg präsentieren*
6. *Erfolgreiche Lösungen dauerhaft verankern“*

(Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2001, S. 13-18)

#### 4.8. Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting Schule

Dür & Felder-Puig sind der Frage nachgegangen, ob gesundheitsfördernde Maßnahmen in Schulen überhaupt wirksam sind. Sie geben an, dass die Ergebnisse internationaler Untersuchungen (zum Beispiel Kanada, United Kingdom) diese Frage bejahen. (vgl. Dür & Felder-Puig, 2011) Diese Aussage beruht auf der Sichtung zehn für das Thema relevanter Studien. Besondere Wirksamkeit zeigten Interventionen im Bereich psychisches Wohlbefinden und Gewaltprävention, sowie solche im Bereich Ernährung und Bewegung. Maßnahmen, welche kombiniert in die Bereiche der Verhaltens- und Verhältnisorientierung greifen, sind das Mittel der Wahl und sie steigern die Erfolgsquote. Die Expertise von schulexternen Fachkundigen ist von Relevanz für den Erfolg der Interventionen, da diese die Abwicklung begleiten und im Fall ineffizienter Entwicklungen kurzfristige Abänderungen initiieren können. (vgl. Dür & Felder-Puig, 2011) Wie im Kapitel „Gesundheitsförderung im Setting Schule“ erwähnt, erfordert Gesundheitsförderung im Setting Schule alle Bereiche und Personen an einem Schulstandort einzubeziehen und nicht unkoordinierte, von Zufälligkeiten abhängige Einzelaktionen durchzuführen (zum Beispiel Verteilung eines Apfels im Rahmen der Gesundheitstage [vgl. Dür & Felder-Puig, 2011]). Auch das groß angelegte Review von Stewart-Brown im Auftrag der WHO aus dem Jahr 2006, welches unter anderem die Effektivität von Gesundheitsförderung im Setting Schule im Sinne von mehreren Zugängen – „*Health promoting school approach*“ - untersuchte, geht von einer nachhaltigen Änderung des Gesundheitsverhalten der Schülerinnen durch den Zusammenhang dreier Kriterien aus:

Schulprofil, Schulumwelt und Gemeinschaft. (Stewart-Brown, 2006, S. 17) Zeitlich kurz angelegte, oberflächliche, etwa nur auf eine Klasse bezogene Maßnahmen konnten nicht langfristig im Schulalltag bestehen. (vgl. Stewart-Brown, 2006)

## 5. Schulsysteme - Klassifikationen

Die „United Nations Educational Scientific and Cultural Organization“ (UNESCO) hat im Jahr 1997 zur besseren internationalen Vergleichbarkeit die „International Standard Classification of Education“ (ISCED) ausgearbeitet, welche im Jahr 2011 adaptiert wurde. Die ISCED unterscheidet sieben Levels (null bis sechs) und dient zur Vergleichbarkeit von Schulsystemen und Bildungsniveaus. (vgl. UNESCO 1997; UNESCO 2011) Sie wird in der vorliegenden Arbeit wegen dieser besseren Vergleichbarkeit (zu USA und UK) verwendet bzw. zitiert.

### 5.1. Das Schulsystem in Österreich

Das österreichische Schulsystem weist eine allgemeine Schulpflicht von neun Jahren auf. Die Einschulung erfolgt mit sechs Jahren. Die Volksschule (Grundschule) dauert vier Jahre, das besondere daran ist das Klassenlehrersystem: In den meisten Unterrichtsgegenständen unterrichtet dieselbe Lehrerin, welche über die gesamte Dauer der Volksschule die zuständige Klassenlehrerin bleibt, wodurch sich ein starker Bezug der Kinder zu ihr entwickeln kann.

Anschließend wechseln alle Kinder in verschiedene Systeme. Die Unterscheidung dieser liegt in der Verschiedenheit der Lernniveaus (Allgemeinbildende Höhere Schule [AHS] – Mittelschule [verschiedene Niveaus, Inhalte werden umfassend oder nur grundlegend vermittelt] – Hauptschule [auslaufend]). Alle genannten Schultypen gehören der Sekundarstufe I (AHS – nur Schulstufen fünf bis acht, nicht Schulstufen neun bis 12) an. Bis

vor kurzem gab es nur die Schultypen AHS und Hauptschule für die zehn bis 14-jährigen Schülerinnen. Da diese Unterscheidung nicht mehr zeitgemäß erscheint, wird das Schulsystem zum jetzigen Zeitpunkt umstrukturiert. Ziel ist es, einer einheitlichen Bildung der zehn bis 14-jährigen Schülerinnen näher zu kommen, allerdings finden sich dazu unterschiedliche parteipolitische Positionen.

Nach der Sekundarstufe I können Schülerinnen in die Sekundarstufe II übertreten, welche viele verschiedene Schultypen hinsichtlich der Spezifikation aufweist. Grundsätzlich wird zwischen AHS und Berufsbildenden Höheren Schulen (BHS) unterschieden. Die AHS vermittelt ein breites Allgemeinwissen und dauert überwiegend vier Jahre. Sie schließt mit Matura ab, die positive Ablegung dieser berechtigt zum Hochschulstudium. Die BHS weisen wiederum diverse Spezifikationen auf (zum Beispiel technische Bereiche, soziale Bereiche, gastronomische Bereiche) und dauern fünf Jahre. Sie schließen ebenfalls mit Matura ab und berechtigen durch die positive Ablegung dieser zum Hochschulstudium. Zusätzlich verfügen Absolventinnen dieses Schultyps über eine Berufsausbildung, je nach Fachbereich. Eine weitere Möglichkeit, nach der Sekundarstufe I das 9. Pflichtschuljahr absolvieren zu können, ist der Besuch der einjährigen Polytechnischen Schule. Daneben existieren noch berufsbildende Mittlere Schulen (zum Beispiel Handelsschulen, Schulen für Sozialberufe u.s.w.).

## 5.2. Das Schulsystem in den USA

Das Schulsystem in den USA ist nicht einheitlich und weist (teilweise) von Staat zu Staat Unterschiede auf. Das U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics hat für das Jahr 2011 eine nachfolgend angeführte Übersicht über das U.S. amerikanische Schulwesen publiziert. Daraus geht hervor, dass die Primary School im Alter zwischen fünf und sieben Jahren beginnt und sechs Schulstufen aufweist (ISCED-Level 1). Middle Schools, Junior High Schools oder in manchen Staaten auch Elementary Schools (wenn diese bis zur achten Schulstufe dauern, also Staaten ohne Middle- oder Junior High Schools) sind dem ISCED-Level 2 (in Österreich Sekundarstufe I) zugeordnet, das Alter bei Beendigung der genannten Schulform der Schülerinnen beträgt 13-14 Jahre und umfasst drei Schulstufen. Die High School, Senior High School oder auch Combined Junior/Senior High School wird mit einem Schülerinnenalter von 14 Jahren begonnen, umfasst drei bis vier Schulstufen und dem ISCED-Level 3 (Hochschulzugang bzw. Berufsberechtigung) zugeordnet. (vgl. U.S. Department of Education, ohne Jahresangabe; UNESCO, 2012)

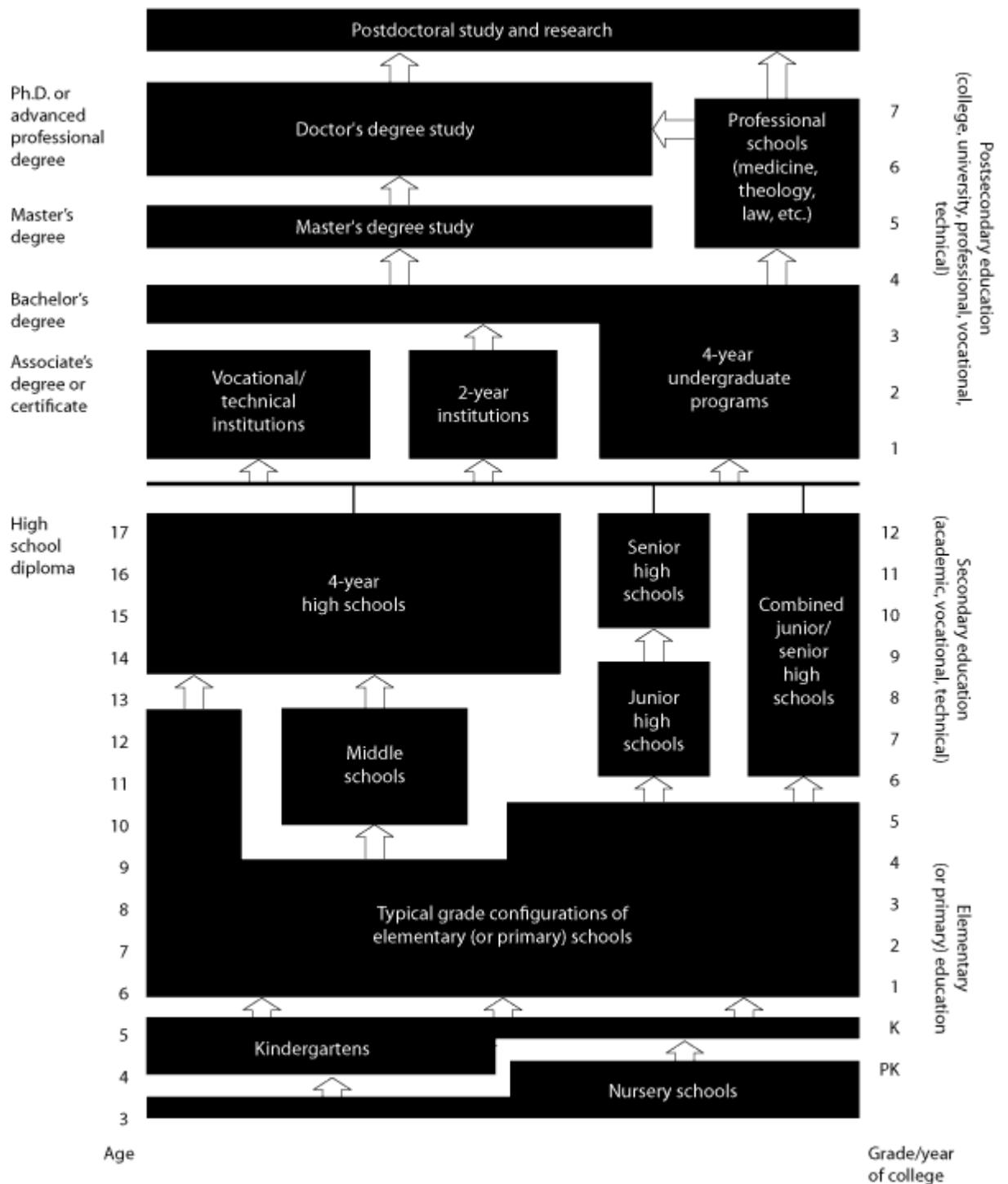


Abb. 4 In: U.S. Department of Education, ohne Jahresangabe

### 5.3. Das Schulsystem im UK

Das Schulsystem in England unterscheidet sich geringfügig von denen der anderen Länder des UK (Wales, Schottland, Nordirland). Da England mit circa 50 Millionen Einwohnern mit Abstand das größte der vier Länder des UK ist, gehe ich hier auf das Bildungssystem Englands ein.

Die Schulpflicht beträgt elf Jahre, Kinder und Jugendliche im Alter zwischen fünf und 16 Jahren besuchen eine Schule. Die Schulpflicht wird im Jahr 2013 um ein, und im Jahr 2015 um ein weiteres Schuljahr erweitert. Die einzelnen Schulformen splitten sich in Primary und Secondary School. Der Besuch der Primary School ist für sechs Schuljahre vorgesehen, sie teilt sich in Key Stage 1 (zwei Schulstufen) und 2 (vier weitere Schulstufen), beide auf dem ISCED-Level 1. Eine fünfjährige Dauer weist die Secondary School auf, sie teilt sich in Key Stage 3 (siebente bis neunte Schulstufe) und Key Stage 4 (zehnte bis elfte Schulstufe). Während Key Stage 3 (Secondary School) dem ISCED-Level 2 (in Österreich Unterstufe/Sekundarstufe I) angehört, befindet sich Key Stage 4 (ebenfalls Secondary School) auf dem ISCED-Level 3, jedoch erst die Post-Compulsory Secondary School schließt das ISCED-Level 3 ab. Sie umfasst eine Dauer von zwei Schulstufen, befindet sich außerhalb der Schulpflicht und schließt mit der Beendigung des ISCED-Level 3 ab (vergleichbar mit der Sekundarstufe II in Österreich – Hochschulzugang und/oder Berufsberechtigung). Am Ende des ISCED-Level 3 (also der Post-Compulsory Secondary School) beträgt das Alter der Schülerinnen circa 18-19 Jahre. (vgl. Eurydice, 2012; UNESCO, 1997; UNESCO, 2011)

Overview of educational phases, years, ages and ISCED levels

		Years	Ages	ISCED
Early years	Foundation stage	-	3-5	0
Primary	Key stage 1	1-2	5-7	1
Primary	Key stage 2	3-6	7-11	1
Secondary	Key stage 3	7-9	11-14	2
Secondary	Key stage 4	10-11	14-16	3
Post-compulsory secondary	-	12-13	16-18/19	3

Tab. 4 In: Eurydice, 2012

## 6. School Nursing – Schulgesundheitspflege

### 6.1. Begriffsklärung – Public Health Nursing

Die Ausbildung zur Public Health Nurse erfordert die Basisausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester und eine Weiterbildung auf akademischer Basis im Bereich Public Health. Eine Public Health Nurse ist im Aufbau von gesundheitsfördernden Programmen und deren Umsetzung sowie im Zusammentragen von pflegerelevanten, die Gesundheit betreffenden Angaben tätig. (vgl. Brieskorn-Zinke, 2008) Zum Berufsbild der Public Health Nurse, welches seit 1893 durch seine Begründerin Lilian Wald im UK besteht, gehört der Tätigkeitsbereich der School Nurse. Public Health Nursing schließt ebenso die Berufsbilder „Family Nursing“ sowie „Nurse Practitioner“ ein. (vgl. Wild, 2009; Czypionka, Kraus, Riedel & Röhrling, 2011) „Family Nursing“ befasst sich mit der Betreuung von Familien (in deren Zuhause) bei Indikationen wie Problemen mit Suchtverhalten oder Unterstützung in Transitionsphasen wie Geburt eines Kindes oder Verlust der Mobilität sowie (chronische) Krankheit. (vgl. Czypionka et al., 2011) In Österreich existiert dieses Modell nicht, nur in den Jahren des „Anschlusses“ kam es zu einem Einsatz sogenannter „Gemeindeschwestern“ mit eigenen Stützpunkten, die neben pflegerischen, gesundheitserzieherischen und therapeutischen Aufgaben auch „rassenpflegerische“ und politische Tätigkeiten (Meldung „asozialen“ Verhaltens) ausübten, während dem Berufsbild in anderen europäischen Ländern, wie etwa dem UK, eine lange Tradition vorausgeht und dadurch bereits seit knapp 100 Jahren auf Forschungsberichte zurückgegriffen werden kann. (vgl. Czypionka et al., 2011) Ein meines Erachtens großer Unterschied

dieses Systems zum in Österreich bestehenden Gesundheitssystem (auch im Bereich Schule) ist wie im Kapitel "Gesundheitsförderung in der Pflege und deren Beziehung zu ‚Public Health‘" bereits dargestellt, die ‚aufsuchende Tätigkeit‘ (niederschwelliger Zugang).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Rolle und Kompetenzen von Public Health Nurses in Praxen von Allgemeinärzten und in Gesundheitszentren. Es zeigt sich sehr deutlich, dass die Public Health Nurses in Großbritannien und in den skandinavischen Ländern über die meisten Kompetenzen verfügen.

Tabelle 1: Rolle und Kompetenzen von Public Health Nurses im europäischen Überblick					
	DK	FI	GB	NL	SE
Integrative Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegepersonal		X	X		X
Hausbesuche	X	X	X	X	X
Eigene Sprechstunden		X	X	X	X
Erstkontakte mit Patienten		X	X		X
Telefonkonsultationen		X	X		X
Überweisungen		X	X		X
Eingeschränkte Medikamentenverschreibungen			X		X
Kleine Behandlungen		X	X	X	X

Tab. 5 In: Cypionka, Kraus, Riedel, Röhrling, 2011, S. 11

## 6.2. School Nursing: Historischer Aspekt

Aufgrund einer großen Anzahl von Unterrichtsausschlüssen in öffentlichen Schulen von Schülerinnen wegen (ansteckender) Erkrankungen, setzte das New York Board of Health im Jahr 1902 eine School Nurse, Lina Rogers, ein, welche für die Probezeit von einem Monat in vier Schulen tätig war um die Schülerinnen in gesundheitlichen Angelegenheiten zu betreuen. (vgl. Rogers, 1908/2002; Maughan, 2003) Die erfolgreiche Tätigkeit führte dazu, dass die Zahl von neu angestellten School Nurses und von ihnen betreute Schulen stetig wuchs (1902: zwölf School Nurses und 48 durch sie betreute Schulen, 1905: 44 School Nurses/181 Schulen). (vgl. Rogers, 1908/2002) Zum Zeitpunkt des erstmaligen Einsatz einer School Nurse bestand bereits ein Schulärztinnenwesen in

öffentlichen Schulen („*system of medical inspection of public schools*“ [Rogers, 1908/2002, S. 253]). Ein Kartensystem, welches kranke Kinder nicht zu deren eigenen Schutz, sondern zum Schutz der Mitschülerinnen vor der Ansteckungsgefahr vom Schulbesuch ausschloss, lag dem medizinischen System (in öffentlichen Schulen) des Department of Health (DH) zugrunde. Allerdings wurden den Kindern keine medizinisch/pflegerischen Behandlungen angeboten. Auf diesen Karten wurde lediglich die Diagnose vermerkt – die Verantwortung hinsichtlich der Behandlung der Krankheit lag bei den Eltern. Die Karten erfüllten allerdings kaum ihren Zweck (zum Beispiel verstanden manche Eltern die lateinischen Namen der Diagnosen nicht oder die Karten wurden von den ausgeschlossenen Kindern, welche nach Unterrichtsschluss mit ihren Schulfreunden auf der Strasse spielten, verloren oder kaputt gemacht.). Das Department of Education stellte fest, dass dieses gesundheitsbezogene Problem auch eine Bildungsproblematik aufwies: Gerade die Kinder, die oft krank waren und ausgeschlossen wurden, stammten häufig aus der Unterschicht und besuchten die Schule ohnehin weniger Jahre als andere Kinder. Für sie wäre ein regelmäßiger Schulbesuch von besonderer Bedeutung gewesen. Durch die erfolgreiche Arbeit der School Nurses ging die Zahl der Schülerinnen, welche vom Schulbesuch ausgeschlossen wurden, deutlich zurück – so betraf es im September 1902 10.567 und im September 1903 1.101 Kinder. (vgl. Rogers 1908/2002) Seit dem Einsatz von School Nurses in New York City war demnach eine Abnahme der Unterrichtsausschlüsse von knapp 90 Prozent zu verzeichnen. Dieser Rückgang kam durch verschiedene Maßnahmen bzw. durch die Änderung bestehender Vorschriften zustande. Die School Nurses tätigten Hausbesuche und brachten den Eltern die Relevanz von Gesundheitsförderung (hauptsächlich in hygienischen

Angelegenheiten) nahe und behandelten – im Gegensatz zum vorangegangenen System - die Erkrankungen der Kinder. Der Einsatz von School Nurses breitete sich auch auf viele andere U.S.-amerikanische Städte, wie etwa Boston, Philadelphia oder Baltimore aus. (vgl. Rogers, 1908/2002)

### 6.3. Frühere und gegenwärtige Tätigkeitsbereiche und Kompetenzen

Viele der erwähnten vom Unterricht ausgeschlossenen Kinder stammten aus Migrantenfamilien. Die Eltern verstanden beispielsweise nicht, wie sie die Erkrankungen ihrer Kinder behandeln sollten, weil sie der englischen Sprache nicht mächtig waren. (vgl. Denehy, 2006) Einige Bereiche des School Nursings von damals veränderten sich kaum, wie etwa aus der Sprachbarriere resultierende Problematiken, beispielsweise die des Absentismus. Für die School Nurse von grundlegender Bedeutung ist daher die Aneignung von Wissen über die Kultur, politische oder wirtschaftliche Gründe der Emigration aus dem Herkunftsland, Religiosität, Gesundheitsverständnis und Traditionen der jeweiligen Familie bezogen auf das Herkunftsland, um diese im Umgang mit Schülerinnen und deren Familien berücksichtigen zu können. Diese Familien benötigen möglicherweise eine intensivere Betreuung im Sinne von Hilfestellungen oder Unterstützung wie etwa Hinweise auf entsprechende staatliche und öffentliche Institutionen, beispielsweise hinlänglich Beschäftigung oder Gesundheitswesen. (vgl. Denehy, 2006)

Bryan & Cook berichteten im Jahr 1967 von einer Schulleiterin, die über die an ihrer Schule tätige School Nurse folgendes erzählte:

*„...a place where parents can go for help - that the school is interested in parents and children - that the school can be considered a friend...This is new, and I believe, directly related to [the nurse´s] visits in the community.“* (Bryan & Cook, 1967 zit. n. Maughan, 2003, S. 168)

Eine Veröffentlichung im Journal „Public Health Nursing“ aus dem Jahr 1952 fasste ehemalige relevante Themen von School Nursing in den USA aus den Jahren 1922, 1932, 1942 und 1952 zusammen. In der Zeit um 1922 war Ernährung (damals so wie heute, nur mit einem anderen Schwerpunkt) ein wichtiges Thema. Die Ernährungsgewohnheiten (hauptsächlich die der Kinder), galten damals als unzureichend, verschiedene Institutionen boten im Zuge dessen u. a. warme Mahlzeiten zu Mittag, vor allem den Kindern, an. Eine ähnliche Thematik findet sich 1952, viele Erwachsene und Kinder in den USA nahmen zum Beispiel ein zu fettreiches oder extrem einseitiges Frühstück ein, manche keines. In den 1930er Jahren war das Thema Kinderarbeit eine große Herausforderung, andere vordergründige Bereiche der Arbeit von School Nurses betrafen etwa geistige Behinderung bei Kindern oder Gesundheitsförderungsprogramme. In den 1940er Jahren wurden vermehrt die Bereiche Prävention und geistige Gesundheit behandelt. (vgl. o.A., 1952/2005) In einem Beitrag im Journal Public Health Nursing findet sich eine zeitlose Aussage:

*„Each generation benefits from the accumulated gains of the past but must also struggle with new problems that arise from changing conditions.“* (o.A., 1952/2005, S. 267)

#### 6.4. Tätigkeitsbereiche, Kompetenzen und Rollen einer School Nurse

Die Ziele von School Nursing waren und sind es nach wie vor, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schülerinnen bzw. der gesamten Schulgemeinschaft zu erhalten bzw. zu steigern sowie Maßnahmen zu setzen um eine möglichst kontinuierliche Anwesenheit der Schülerinnen in der Schule zu bewirken um den Lernerfolg günstig zu beeinflussen. (vgl. Fleming, 2012) Die positive Auswirkung der Arbeit von School Nurses im Hinblick auf schulische Leistungen wird von zahlreichen Studien belegt. Der Arbeitsplatz der School Nurse befindet sich hauptsächlich in der Schule – eine School Nurse ist nahezu täglich (teil- oder vollzeitbeschäftigt) im Schulhaus und gilt als Ansprechperson im breiten Feld Gesundheit (physisch und psychisch). Sie stellt die Schnittstelle zwischen Schülerinnen und deren Familien sowie anderen Institutionen (Gesundheitsakteure bezüglich mentaler und psychischer Gesundheit und Wohlbefinden) dar, weiß über mögliche Anlaufstellen in der Region der Schule Bescheid und kann betroffene Schülerinnen weitervermitteln (vgl. NASN, ohne Jahresangabe [b]; Baisch, 2011). Als in den Schulalltag eingebundene Person ist die Schulgesundheitschwester den Schülerinnen bekannt und genießt, nicht zuletzt aufgrund ihrer Schweigepflicht, deren Vertrauen.

Einer School Nurse obliegen verschiedenste Aufgabenbereiche. Von physischen Belangen wie etwa Hörtests oder Impfungen über psychosoziale und psychosomatische Indikationen wie Einnässen oder Problemen mit Mitschülerinnen, Eltern, etc. bis hin zu administrativen Aufgaben wie dem Festhalten von Daten oder dem

Führen von Aufzeichnungen ist ihr Tätigkeitsbereich weitreichend. Da einer School Nurse oft mehrere Schulen zugeteilt sind, muss sie auch mit wechselnden Arbeitsplätzen, welche nicht alle die gleichen Ressourcen aufweisen, umgehen können. Am Ende eines Tages stehen oftmals noch Hausbesuche an, die School Nurse kann sich dadurch ein besseres Bild über die Lebenssituation eines Kindes verschaffen bzw. um den Eltern, denen es aus verschiedenen Gründen, wie etwa beruflichen, nicht möglich ist in die Schule zu kommen, eine Gesprächsmöglichkeit zu geben. Eine School Nurse sollte mit vielen anderen gesundheitsfördernden und schulbezogenen Personen und Stellen wie etwa Lehrerinnen, Sozialarbeiterinnen, weiterführenden Institutionen (zum Beispiel Familienplanungsambulanzen, Suchtberatungsstellen, psychologischen Anlaufstellen) und auch Ärzten, das heißt mit dem Gesundheitssystem der Region, vernetzt sein, um bestmögliche Hilfestellungen bieten zu können. (vgl. Maunder, 2004; Faist, 2004; Broussard, 2007; Magalnick & Mazyck, 2008)

Auch für das Schulpersonal (zum Beispiel Lehrerinnen) stellt eine professionelle, am Standort befindliche Expertin für gesundheitliche Bereiche eine Entlastung dar. Lehrerinnen können laut einer Untersuchung aus den USA einen Zeitgewinn von 20 Minuten pro Tag verzeichnen, seit eine School Nurse an ihrer Schule tätig ist. (vgl. Baisch, 2011)

Wie bereits erwähnt, beinhaltet der Tätigkeitsbereich einer School Nurse auch psychische Belange der Schülerinnen. Puskar & Bernardo führen einige Studien an, nach denen School Nurses über das nötige Wissen sowie über die nötigen Kenntnisse verfügen um geistige Gesundheit zu fördern als auch eine mögliche Störung dieser zu erkennen und das betroffene Schulkind an eine adäquate

Stelle überweisen zu können. (vgl. Puskar & Bernardo, 2007) Es ist hinreichend wissenschaftlich belegt, dass der Lernerfolg in der Schule mit dem Wohlbefinden, der geistigen Gesundheit, korreliert. Unter diesem Aspekt ist es umso wichtiger, das frühzeitige Erkennen (etwa durch Konzentrationsschwierigkeiten, unregelmäßigen Schulbesuch, Rückgang sozialer Aktivitäten u.v.m.) von Problemen und das Fördern geistiger Gesundheit durch School Nurses, welche in einer der beiden wichtigsten Lebenswelten von Kindern arbeiten, nämlich der Schule, zu forcieren. (vgl. Puskar & Bernardo, 2007)

Eine wichtige Rolle spielt die School Nurse unter anderem in der Abwesenheitsproblematik bei Schulkindern, wie bereits früher im Text dieses Kapitels erwähnt. Studien belegen, dass Schulen an denen eine School Nurse beschäftigt wird, einen Rückgang von Fehltagen verzeichnen können. Ein Grund dafür ist die Gesundheitsförderung im Hinblick auf Hygienemaßnahmen (zum Beispiel Hände waschen, diese Maßnahme senkt die Ansteckungsgefahr von ansteckenden Erkrankungen). (vgl. Maughan, 2003) Eine School Nurse stellt oft die erste Ansprechperson bei Mobbing, einem schlechtem Klassenklima, bei Problemen mit Lehrkräften, Überforderung oder sonstigen belastenden Faktoren dar. (vgl. Maughan, 2003; Bergren, 2011) Volksschulen mit einer vollzeitbeschäftigten School Nurse verzeichneten auch eine geringere Rate von Erkrankungen der Schulkinder. (vgl. Maughan, 2003)

Ein anderer positiver Aspekt ist die persönliche Betreuung: Kinder, deren Eltern von der School Nurse persönlich (telefonisch) kontaktiert wurden (und nicht nur schriftlich) und zum Beispiel die Eltern über den Nutzen von Impfungen aufklärten, konnten

entsprechend geimpft werden. (vgl. Maughan, 2003) Eine Betreuung von Eltern der Schülerinnen in dieser Weise ist ebenso erforderlich, dieser zusätzliche Aufwand wird von School Nurses häufig als Überforderung empfunden. (vgl. Gurmankin, 2006) Offensichtlich spielt die persönliche Betreuung eine wichtige Rolle im Sinne von Einhaltung der Empfehlungen (Compliance/Adherence). So hat die School Nurse auch Zugang zu Risikogruppen. Eine Studie belegt, dass Schulkinder, deren soziale Stellung in der Schulgemeinschaft schlecht oder nicht wünschenswert ist, eher die School Nurse aufsuchen als solche, die entsprechend integriert sind. (vgl. Maughan, 2003) Das würde bedeuten, sie befindet sich in einer Position um Risikogruppen zu identifizieren. (vgl. Maughan, 2003)

Jedoch beklagen School Nurses die unklare Rolle ihres Berufsbildes. Mehrere Studien aus dem UK sprechen von „Unsichtbarkeit“, keinem hohen Ansehen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors, Unterbesetzung, Überalterung der School Nurses, was die Frage aufwirft, warum wenige Krankenschwestern den Beruf der School Nurse ergreifen wollen, sowie unzureichenden Ressourcen. (vgl. Merrell et al., 2007; Wicklander, 2005; Croghan, 2003) Croghan identifizierte die Anzahl von zusätzlichen Aktivitäten, welche eine School Nurse zu leisten hat: Die Hälfte hatte vier Zusatzleistungen zu erbringen, ein Fünftel sogar sieben. (vgl. Croghan, 2003)

Auch Fleming thematisiert in ihrer aktuellen Studie eine Unterbesetzung von School Nurses in den USA. NASN empfiehlt ein Verhältnis von 1:750, während auf eine School Nurse in den USA tatsächlich 1.151 Schülerinnen kommen. (vgl. Fleming, 2012) Eine umfassende und zufriedenstellende Bewältigung der hohen

Komplexität und steigenden Anforderungen des Jobs der School Nurse ist nach Fleming nicht möglich. (vgl. Fleming, 2012) Die Steigerung der Komplexität und die Veränderung der vielfältigen Tätigkeiten im Laufe der Jahre werden in einigen Publikationen genannt. (vgl. Schantz, 2006; Broussard, 2007) Hinzu kommt, dass viele Aufgaben, wie etwa die Betreuung von aufgescheuerten Knien oder kleinen Papierschnitten an einer Hand, wenig mit den eigentlichen Tätigkeiten einer School Nurse zu tun haben. Bereits im Jahr 1957, also vor 55 Jahren, wurde dieser Umstand beklagt. (vgl. Fleming, 2012) Dies ist nach Fleming auch heute noch so, sie spricht von einer „*bumps and bruises-Mentalität*“, zu Deutsch in etwa ‚Beulen und Blaue Flecken-Mentalität‘, durch welche das Potential ihrer Fähigkeiten bei Weitem nicht ausgeschöpft wird. (Fleming, 2012, S. 1)

Auch die U.S.-amerikanische Publikation von O´Sullivan et al. aus dem Jahr 2006 befasst sich mit Problemen des Berufsbildes: eine Bandbreite an verschiedenen Ausbildungsformen von School Nurses, also keine einheitliche, vergleichbare Ausbildung, eine zu hohe Schüleranzahl pro School Nurse und keine eindeutige Definition der Rolle werden erwähnt. (vgl. Vought-O´Sullivan et al., 2006) Das unklare Rollenbild, Ausgrenzung des Berufes und ein daraus resultierender ineffizienter Einsatz von School Nursing wird ebenso in der U.S.-amerikanischen Studie von Smith genannt. Einen Ausweg sieht sie in breit angelegten Veröffentlichungen über die Komplexität und den Nutzen sowie die Wirksamkeit des Berufes. (vgl. Smith, 2004) Die Problematik hinsichtlich der uneinheitlichen Ausbildung, welche durchaus unter Bachelorniveau liegen kann, wird auch von Broussard thematisiert. School Nurses nehmen demnach eine geringe Wertschätzung ihres Berufsbildes durch Lehrerinnen wahr. Pädagogische Berufsgruppen erachten

Unterrichten als Hauptaufgabe innerhalb der Schule, dadurch müssen sich School Nurses ständig behaupten und ihre Position und ihren Stellenwert hinterfragen. (vgl. Broussard, 2007; Fauteux, 2010) Diese gewisse Geringschätzung gegenüber den School Nurses kann sich nachteilig auf deren Arbeit auswirken. Bereits vor langer Zeit konnte ein Zusammenhang zwischen dem negativen Selbstbild im Hinblick auf den ausgeübten Beruf der Krankenschwester und ‚Dienst nach Vorschrift‘ festgestellt werden. (vgl. Broussard, 2007)

Eine U.S.-amerikanische Publikation aus dem Jahr 2006 nennt provokant 20 Rollen (von Mutterersatz über Psychologin, Mediatorin und Vermittlerin bis hin zur Organisatorin und Gesundheitsexpertin), die eine School Nurse täglich einnimmt. Diese Studie erhebt den Anspruch an School Nurses, Entwicklungen und Ergebnisse akribisch zu dokumentieren um dadurch die Beeinflussung von School Nursing auf die Schulgesundheit zu untermauern. (vgl. Schantz, 2006; Selekman & Guilday, 2003) NASN würde es vorziehen, Daten bezüglich der Ergebnisse bzw. der Ausgangslage von School Nursing anstelle der erfüllten Aufgaben für die Messung des Nutzens von School Nursing heranzuziehen. (vgl. Selekman & Guilday, 2003)

Rice et al. identifizieren positive und negative Einflüsse auf das Bewusstsein der School Nurses für die Relevanz einer standardisierten Berufsbeschreibung und somit einer klaren Rollendefinition. Positive Auswirkungen können etwa Alter und Erfahrung sowie die Ausübung des Berufes in städtischen Gebieten haben. Nachteilig wirken sich die Berufsausübung in ländlichen Gebieten sowie die Betreuung von Schülerinnen mit speziellen Bedürfnissen aus. Um auch in ländlichen Gebieten dieses

Bewusstsein zu schaffen, sollen School Nurses mit einer aktuellen Version der Berufsbeschreibung ausgestattet werden. Diese kann als Grundlage für die jährliche Evaluation herangezogen werden um die Transparenz und somit das Verständnis für die Wichtigkeit der standardisierten Berufsbeschreibung zu erhöhen. (vgl. Rice et al., 2005)

Rappold fasst die Aufgabenbereiche einer School Nurse allgemein zusammen (weitere Ausführungen des Aufgabenbereiches einer School Nurse folgen in den Kapiteln „Tätigkeitsbereiche in den USA“ und „Tätigkeitsbereiche im UK“):

Gesundheitsförderung auch im Sinne von erfolgreichem Lernen von gesunder Entwicklung, Sicherheitsmaßnahmen, Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (das heißt für Bereiche, in denen die School Nurse nicht ausgebildet ist), des weiteren (vgl. Rappold, 2006): *„Assessment, Planung, Intervention, Evaluation, Management und die Durchführung ärztlicher Anordnungen für die SchülerInnen in den Schulen [...] zuständig für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit, ebenso wie Prävention von Krankheiten und Verletzungen. [...] verantwortlich für die direkte und indirekte Pflege der SchülerInnen in Abstimmung mit den lokalen Behörden, den professionellen Standards, den Anordnungen der ÄrztInnen und dem individuellen Gesundheitsplan. [...] Verabreichen von Medikamenten aller Art (direkte Pflege) ebenso wie die Aufklärung und Beratung zu diversen gesundheits- und pflegespezifischen Fragen (z B. Verhütung, das Erkennen von Erkrankungen, das Handling von gesundheitsgefährdenden Situationen.“* (Rappold, 2006, S. 33)

Eine Studie aus Bremen von Schmitt und Görres, Universität Bremen, identifiziert elf Aufgabenbereiche (s.u.) anhand von 34 Studien (20 – US, 13 – UK, 1 – AUS).

- *„Direkte pflegerische Versorgung bei Verletzungen, Notfällen, akuten oder chronischen Erkrankungen*
- *Betreuung von Kindern mit speziellen Bedarfen [sic!]*
- *Prävention und Kontrolle*
- *Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung*
- *Erhebung gesundheitsbezogener Probleme und Bedarfe [sic!] sowie Entwicklung und Durchführung entsprechender Angebote*
- *Information, Schulung, Beratung und Unterstützung*
- *Schaffen eines gesundheitsunterstützenden und sicheren schulischen Umfelds*
- *Kommunikation, Kooperation und Vermittlung*
- *Übernahme von Anwaltschaft für die Zielgruppe der Schulkinder*
- *Unterstützung der Lehrkräfte und weiterer schulischer Mitarbeiterinnen*
- *Dokumentation, Evaluation und Forschung“*

(Schmitt & Görres, 2012, S. 111)

## 6.5. Ausbildung zur School Nurse in den USA

Um in den USA in einer Schule als School Nurse angestellt zu werden, ist eine Ausbildung zur lizenzierten Krankenschwester (Registered Nurse [RN]), welche beim „State Board of Nursing“ registriert ist, nötig. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten: Das Associate Degree in Nursing (ADN) anzustreben, welches eine

Ausbildungsdauer von zwei Jahren vorsieht oder das Studium zum Bachelor of Science in Nursing (BSN) mit einer Dauer von vier Jahren („four year undergraduate program“). NASN empfiehlt die Ausbildung zur Krankenschwester auf Bachelorebene. Prinzipiell können beide Ausbildungswege nach Abschluss der High School begonnen werden. Weiters empfiehlt NASN die Absolvierung des School-Nurse-Zertifikats und in weiterer Folge die Registrierung als zertifizierte School Nurse beim National Board for Certification of School Nurses (NBCSN). (vgl. NASN, 2012) Die Prüfung für dieses Zertifikat kann an drei Terminen pro Kalenderjahr abgelegt werden (beispielsweise Februar/März 2013, mit einer Anmeldefrist bis zum 31.12.2012). (vgl. NBCSN, ohne Jahresangabe) Der Prüfungsstoff umfasst folgende Inhalte (Aufteilung in Prozent angegeben):

#### *“Content*

*The national exam for school nurses is a written exam composed of a maximum of 250 multiple-choice, objective questions with a total testing time of four (4) hours. For a complete Content Outline and Sample Questions, refer to our [handbook](#).*

*The exam will be weighted in approximately the following manner:*

- I. 27% HEALTH APPRAISAL*
- II. 28% HEALTH PROBLEMS AND NURSING MANAGEMENT*
- III. 20% HEALTH PROMOTION/DISEASE PREVENTION*
- IV. 10% SPECIAL HEALTH ISSUES*
- V. 15% PROFESSIONAL ISSUES“*

(NBCSN, ohne Jahresangabe)

Prinzipiell variiert die Ausgangslage in den USA, wer als School Nurse angestellt werden darf, von Staat zu Staat. Die Bandbreite reicht von einer Basisausbildung als registrierte Krankenschwester

(„RN“) bis zum Bachelor („RN-BSN“) und darüber („*postbaccalaureate degrees*“). (Broussard, 2004, S. 78) Sogar Zahnmedizinerinnen dürfen als School Nurse arbeiten. (vgl. Praeger & Zimmermann, 2009) Es wird also deutlich, dass keine einheitlichen Standards für die USA festgelegt sind und die existierenden Bestimmungen innerhalb eines Staates partiell hinterfragt werden müssen. (vgl. Praeger & Zimmerman, 2009)

## 6.6. Tätigkeitsbereiche in den USA

In den USA waren im Jahr 2003 etwa 58.000 Personen als School Nurses beschäftigt, im Jahr 2007 etwa 54.000. (vgl. Broussard, 2004; Fleming, 2012) Etwa drei Viertel aller School Nurses verfügen über den akademischen Grad Bakkalaureat, das restliche Viertel liegt darüber („*postbaccalaureate degrees*“) oder darunter („*degree in nursing*“). (Broussard, 2004, S. 78)

Der Tätigkeitsbereich einer School Nurse wird in den USA von der National Association of School Nurses (NASN) wie folgt definiert:

- Sicherstellung der Einhaltung von Schulgesundheitsvorschriften (zum Beispiel Impfungen)
- Betreuung und Case-Management für Kinder mit chronischen Gesundheitsproblemen
- Sicherheit und Verwaltung von Medikamenten
- Überwachung der Gesundheit und Sicherheit von Schülerinnen und Schulpersonal
- Management von Notfallplänen
- Durchführung von Programmen zur Gesundheitserziehung und Personalgesundheitsförderung

- Sicherstellung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften zu Gesundheit und Sicherheit seitens der Schülerinnen
- Identifikation von Bedürfnissen bezüglich Gesundheit in der Schule und Unterstützung bei der Beschaffung notwendiger Ressourcen

(vgl. NASN, ohne Jahresangabe [a]; Fleming, 2012)

## 6.7. Ausbildung zur School Nurse im U.K.

Grundlegend ist die Ausbildung als registrierte Krankenschwester oder Hebamme (Möglich sind entweder eine dreijährige Ausbildung zur Diplomkrankenschwester [diploma], diese läuft allerdings 2013 aus, oder eine vierjährigen Ausbildung [degree], angeboten von Universitäten. [vgl. Royal College of Nursing, 2012] Nach Abschluss erfolgt eine Registrierung beim Nursery and Midwifery Council (NMC). Im Anschluss daran werden ein bis zwei Jahre Praxis in vorhin genannten Berufsfeldern gefordert. Fehlen diese Voraussetzungen, können Berufserfahrungen aus verwandten Tätigkeitsfeldern angerechnet werden, je nach Anforderungsprofil von Seiten der Universität. Der Studiengang „Bsc (hons) specialist community public health nurse course (school nursing)“ beläuft sich auf ein Jahr Studiendauer bei Vollzeitstudierenden. Teilzeitstudierende haben je nach Universität unterschiedliche Modelle zur Auswahl. So bietet etwa die City University London für das Teilzeitstudium zwei Jahre Studienzeit an während die University of Hertfordshire bei Teilzeitstudierenden ein Maximum von drei Jahren Studienzeit vorsieht. (vgl. SAPHNA, 2012; City University London, ohne Jahresangabe a; University of Hertfordshire, ohne Jahresangabe a)

Die Kernmodule der University of Hertfordshire und der City University of London umfassen folgende Aspekte:

**University of Hertfordshire:**

- *„Consolidating specialist public health practice*
- *Developing public health practice*
- *Leadership and Management in Primary Health Care*
- *Managing Vulnerability in Primary Health Care*
- *Policy and Practice Issues in Primary Health Care*
- *Promoting Health, Growth and Development in Children and Young People*
- *Research and Evaluation in Primary Health Care*
- *Supporting Parenting: A public health approach“*

(University of Hertfordshire, ohne Jahresangabe b)

**City University of London:**

- *“Philosophy and Politics of Primary Healthcare*
- *Innovations in Healthcare: Leadership and Management Perspectives*
- *Public Health and Society*
- *Research Methods 1*
- *Practice-based Module, including Nurse Prescriber Course V100*
- *Clinical Assessment in Primary Care*
- *In addition, a route specific module relating to district nursing or school nursing and health visiting“*

(City University London, ohne Jahresangabe b)

Die School and Public Health Nurses Association empfiehlt interessierten Personen über das Berufsbild zu recherchieren und bei einer School Nurse zu hospitieren, damit sich ein umfassendes Bild des Aufgabenbereiches abzeichnen lässt. (vgl. SAPHNA, 2012)

## 6.8. Tätigkeitsbereiche im UK



Abb. 5 In: DH, 2012

Das Department of Health (DH) stellt School Nurses Plakate und vorgefertigte Power Point Präsentationen zur Verfügung um sich und die Tätigkeitsbereiche zu Beginn des Schuljahres vorzustellen und ins Bewusstsein der Schulgemeinschaft zu bringen.

Das Department of Health im Vereinigten Königreich formuliert allgemein im "School Nurse: Practice Development Resource Pack" folgende Gebiete der Tätigkeit:

- Bereiche der Unfälle
- Alkohol- und Drogenproblematik
- Unterstützung bei der Nikotinentwöhnung

- Geistige Gesundheit und psychisches Wohlbefinden
  - Ernährung, Adipositas in der Kindheit und körperliche Aktivitäten
  - Das Wohl von Kindern sicherstellen und fördern
  - Sexualgesundheit, Teenagerschwangerschaften, Teenagerelternschaft
- (vgl. DH, 2006)

Rappold nennt für School Nurses in Großbritannien noch weitere Aufgabenbereiche:

*„[...] mitverantwortlich für das Sammeln pflegespezifischer epidemiologischer Daten, die Mitgestaltung von Lehrplänen hinsichtlich Gesundheitsthemen, bzw. die Übernahme von Unterrichtseinheiten zu spezifischen Themen.“* (Rappold, 2006, S. 33)

Bei Croghan finden sich demografische und andere Daten, so sind in ihrer Studie über Richtlinien, Arbeitsmethoden, Rollen und Werte des Berufsbildes School Nurse 100% aller Befragten weiblich, keine verfügt über den akademischen Grad eines Masters während knapp 40% ein Diplom besitzen. Mehr als die Hälfte arbeitet Vollzeit und ist zwischen einem und fünf Jahren als School Nurse tätig, lediglich 12% arbeiteten über 11 Jahre in diesem Beruf. Zwei Drittel liegen in der mittleren Einkommensebene. Bei den Weiterbildungen („*qualifications*“) dominieren das „*Certificate in health education*“ mit einer Qualifizierungsrate von 40% und bei Fortbildungen auf nicht-akademischer Ebene („*training*“) eine Fortbildungsmaßnahme in „*Health promotion*“ mit einer Teilnahme von 79%. (Croghan, 2003, S. 382)

### **6.8.1. "My Day as a School Nurse"**

Ein Erfahrungsbericht einer School Nurse aus dem Jahr 2004, welche im genannten Jahr in Devon, UK, tätig war, zeichnet einen Tagesablauf einer School Nurse im UK ab. Ihr Arbeitstag dauerte an diesem Tag von acht Uhr morgens bis 17.10 Uhr Nachmittag. Yvonne Maunder hatte zwei (zuerst eine Sekundarstufe, danach eine Primarstufe) von sieben (sechs Primarstufen, eine Sekundarstufe) ihr zugeteilten Schulen zu besuchen, ihr Arbeitstag begann im Büro des National Health Service um Unterschriften zu leisten und ihre Post abzuholen. Maunders ging einer Vollzeitbeschäftigung nach. Sie berichtete von Schülerinnen, die ihr auf dem Gang des Schulhauses begegnet sind und ihr im Vorbeigehen ihre Lebenswelt betreffende Neuigkeiten berichtet haben. Mehrere Gespräche mit verschiedenen in der Schule tätigen Personen über Themen wie die zeitliche Organisation der Durchführung einer anstehenden Impfung der Schülerinnen oder Telefonate mit Eltern sowie einer Sozialarbeiterin standen an der Tagesordnung. Dabei ging es um ein Kind, welches aus seiner Familie herausgenommen und in einer Betreuungseinrichtung untergebracht werden sollte, ein Termin für eine diesbezügliche Besprechung wurde angesetzt. Zwei Schülerinnen baten um einen Termin, den sie für den gleichen Tag bekamen. Es stellte sich heraus, dass es dabei um Verhütung ging – die Mädchen wollten die Pille absetzen und ein „Stäbchen“ implantieren lassen. Sie hatten sich ihre Fragen gut überlegt und die School Nurse konnte diese gleich beantworten. Etwa eine Woche zuvor hatte Maunder eine andere Schülerin zur „Familienplanungsambulanz“ geschickt. Außerdem kamen noch zwei Buben, von denen einer einen Verband trug – er hatte sich am Bein verletzt – und der andere zwar keine

Verletzung aufwies aber offensichtlich ebenfalls einen wollte. Er erklärte der School Nurse wirklich dringend einen Verband zu brauchen – sie gab ihm einen kleinen Verband. Maunders war nicht für Erste-Hilfe-Angelegenheiten zuständig, dafür gab es eigene Ansprechpersonen. Trotzdem wurden Kinder immer wieder mit Problemen dieser Art zu ihr geschickt. Vor dieser Tätigkeit führte Maunders ein Gespräch mit einer Mutter bezüglich eines Kindes, das mit Bettnässen Probleme hatte. Das alles und noch ein paar Telefonate, bei denen diverse Angelegenheiten besprochen und Termine, wie beispielsweise für Hausbesuche, vereinbart werden mussten, passierte vor 10.20 Uhr. Um diese Uhrzeit verließ die School Nurse das Schulhaus um ihren Dienst in einer Primary School fortzusetzen.

Dort führte Maunders unter schwierigen Bedingungen drei Hörtests durch. In dieser Schule stand ihr kein eigener Raum zur Verfügung, dementsprechend störte der Lärm ihre Untersuchung. Zwei Kinder absolvierten den Hörtest ohne Probleme, das dritte, Edward, fünf Jahre alt, verstand sie offensichtlich, bediente jedoch den (kindgerechten) Audiometer nicht. Jetzt lag es an ihr die mögliche Ursache herauszufinden. Offensichtlich hatte das Kind Verständnis- und Koordinationsschwierigkeiten (es konnte zum Beispiel nicht hüpfen). Sie setzte einen Termin in sechs Wochen für einen neuerlichen Hörtest an um Schüchternheit oder andere banale Gründe wie Missgestimmtheit des Kindes auszuschließen. Maunders verfasste ein Schreiben an die Eltern. In dieser Schule hatte sie noch eine weitere Angelegenheit mit einem anderen Kind, das Entwicklungsverzögerungen aufwies und dessen Mutter zu klären. Um zwölf Uhr ging sie zurück zur vorigen Schule. Bis 16 Uhr war sie in den Schulen anwesend, anschließend tätigte sie noch zwei Hausbesuche. Dieses Beispiel zeigt den abwechslungsreichen Tag im Leben einer School Nurse. (vgl. Maunders, 2004)

## **7. Schulärztinnensystem, Schulsozialarbeit und weitere gesundheitsfördernde Systeme in Österreich**

In diesem Teil der Diplomarbeit werden das Schulärztinnensystem sowie die schulische Sozialarbeit aufgrund ihrer Nähe zum Berufsbild der School Nurse eingehend beleuchtet. Um allgemein ein umfassendes Bild der gesundheitsfördernden Systeme in österreichischen Schulen zeigen zu können, sind im Kapitel „Weitere gesundheitsfördernde Systeme im Setting Schule in Österreich“ zwei Tabellen des BMUKK aus dem Jahr 2012 einsehbar, welche unter anderem weitere Systeme wie etwa den Schulpsychologischen Dienst oder das Berufsbild der Beratungslehrerinnen darstellen.

### **7.1. Schulärztinnensystem**

#### **7.1.1. Historisches**

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden im Kaiserreich Österreich Amtsärzte (damals waren Frauen zum Medizinstudium nicht zugelassen) beauftragt, die hygienischen Bedingungen in Schulen zu kontrollieren. Dies betraf aber nur die Schulen und nicht die Schülerinnen. Diese wurden weder ärztlich betreut noch untersucht. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts lag der Fokus auf der Vermeidung von Infektionskrankheiten und auf der Schulgesundheitspflege. (vgl. Gamper, 2002)

Reichsvolksschulgesetz (Verordnung des Ministeriums für Kultus und Unterricht vom 29. September 1905, Z 13.200) (RGBl. Nr. 159):

§ 69 *„Die Lehrer haben in allen die Gesundheit der Schulkinder betreffenden Angelegenheiten den Rat des mit der Wahrnehmung gesundheitlicher Interessen in der Schule betrauten Arztes (des Schularztes) einzuholen und seine Tätigkeit in jeder Hinsicht zu unterstützen.“*

Der § 68 ermächtigte Lehrer bzw. Schulleiter Kinder mit ansteckenden oder „ekelhaften“ Krankheiten - auch ohne Rücksprache mit dem Schularzt - vom Schulunterricht auszuschließen. (vgl. Abschnitt VI des Ministerialerlasses vom 29.9.1905 MVBl. 1905, Nr. 50)

Zahl der Orte mit Schularzteinrichtungen (1914).

	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steiermark	Kärnten	Tirol und Vorarlberg	Summe
Niedere Schulen	10	3	1	7	1	5	27
Mittelschulen	6	3	2	-	-	1	12
Lehrerbildungsanstalten	4	1	1	2	1	3	12
Gewerbeschulen	2	-	-	-	-	-	2
Handelsschulen	2	-	-	-	-	-	2
Landwirtschaftliche Schulen	-	-	-	-	-	-	-
	24	7	4	9	2	9	55 Orte

Tab. 6 In: Gamper, 2002, S. 23

### **7.1.2. Tätigkeitsbereiche**

Schulärztinnen müssen gegenwärtig entweder über eine Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin oder zur Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde verfügen. Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Schulärztinnenwesen existieren und werden unter anderem von der Akademie der Ärzte angeboten. Die Teilnahme an Weiterbildungsseminaren ist von Seiten der Ärztekammer für Wien erwünscht. Schulärztinnen sind in Volksschulen, Hauptschulen, AHS, BHS sowie Privatschulen tätig. (vgl. Ärztekammer, ohne Jahresangabe)

#### ***„Ziele schulärztlicher Tätigkeit***

- 1. Der Schularzt/ärztin setzt sich für gesundheitliche Anliegen der SchülerInnen ein.*
- 2. Der Schularzt/ärztin fördert die persönliche Entwicklung der SchülerInnen aus medizinischer Sicht. Durch Schaffung und Festigung ihres Gesundheitsbewusstseins befähigt er die SchülerInnen, sich selbst für die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit einzusetzen.*
- 3. Der Schularzt/ärztin vermittelt (sozial-)medizinische Hilfen für SchülerInnen, wenn diese solche benötigen, und koordiniert diese im Bedarfsfall.*

#### ***Aufgaben des Schularztes/ärztin***

*Die Aufgaben des Schularztes/ärztin umfassen im Einzelnen:*

- Die Beurteilung der Schulreife bzw. der Eignung für bestimmte Schulstufen und Schultypen, die kontinuierliche Betreuung der SchülerInnen,*
- Untersuchungen nach dem Suchtmittelgesetz,*

- *Impfungen und Impfberatungen,*
- *die Beurteilung von Leistungsrückständen aus gesundheitlichen Gründen,*
- *das schulärztliche Zeugnis bei (Teil-) Befreiung von Pflichtgegenständen,*
- *die Untersuchung vor schulischen Veranstaltungen bestimmter Art und Dauer,*
- *das Angebot der Hilfestellung und Beratung von Lehrern und Eltern in Gesundheitsfragen und in Fragen der Schulgesundheitspflege,*
- *die Zahnprophylaxe,*
- *Erste-Hilfe-Leistungen und Überprüfung der Erste-Hilfe-Einrichtungen,*
- *Projekte und Absprachen mit Schülern, Eltern und Lehrern,*
- *die Einbindung in die Gesundheitserziehung der SchülerInnen und*
- *eine sanitäre Aufsicht,*
- *die Überprüfung der Arbeitsplätze der SchülerInnen,*
- *die Dokumentation der vorgenannten Aufgaben,*
- *die Erstellung eines Jahresberichtes sowie*
- *statistische Erhebungen von Gesundheitsdaten der SchülerInnen.“*

(Ärzttekammer, ohne Jahresangabe)

Hier finden sich idealtypische Bereiche, die in der Praxis kaum zur Anwendung kommen.

Schulärztinnen sind nicht kurativ tätig. Erkrankt eine Schülerin, informiert die Schulärztin, falls sie sich an diesem Tag an der Schule befindet, die Erziehungsberechtigte/n, welche für weitere Behandlungsmaßnahmen verantwortlich ist/sind. Das bedeutet in

Folge, dass diese gegebenenfalls die Hausärztin oder eine Fachärztin hinzuziehen. (vgl. Ärztekammer, ohne Jahresangabe)

Die Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes (GÖD) führte eine Befragung bei Schulärztinnen durch, mit dem Ergebnis, dass diese sich wenig in den Schulalltag involviert sehen und sich teilweise eine stärkere Einbindung wünschen. Auch die zunehmenden und sich verändernden Aufgaben und Herausforderungen (zum Beispiel längere Betreuungszeiten pro Schülerin) wurden angegeben. Die befragten Schulärztinnen verlangten die Änderung des Betreuungsschlüssels. Im Jahr 2008 kamen 60 Schulkinder auf eine „*Betreuungsstunde*“, gefordert wurden 50, also eine Senkung der Anzahl der Schulkinder pro „*Betreuungsstunde*“. (vgl. Büchler & Gartner-Springer, 2008) Eine *Betreuungsstunde* beträgt für Schulärztinnen in Schulen des Bundes (das heißt ohne Pflichtschulen) mit einem Dienstvertrag vor dem September 1996 50 Minuten, für neuere Dienstverträge, also ab September 1996, 60 Minuten. Die Anzahl der ‚Schulkinder pro *Betreuungsstunde*‘ senkt sich bei Schulen mit einem höheren Anteil an behinderten Schulkindern (30) sowie für die Gehörlosenschule in Wien (30) als auch für Schulen mit sportlichem Schwerpunkt (45). (vgl. Reiter, 2008) Schulärztinnen sprachen sich auch für eine stärkere Vernetzung zwischen den gesundheitsfördernden Systemen im Setting Schule sowie eine stärkere Einbindung in gesundheitsfördernde Projekte an ihren Standorten aus. Als unzeitgemäßes Manko empfanden die Schulärztinnen die Verweigerung kurativer Maßnahmen. Schulärztinnen dürfen auch gegenwärtig nicht kurativ, sondern nur präventiv tätig sein. (vgl. Büchler & Gartner-Springer, 2008)

## 7.2. Schulsozialarbeit

Schulsozialarbeiterinnen betreuen Bereiche wie Konfliktberatung, Mobbing, Krisenintervention, Deeskalation, Gewaltprävention und Familienberatung.

### 7.2.1. Ziele

Ein Ziel von Schulsozialarbeit ist es, das Fernbleiben von Schülerinnen von der Schule, also den „*Schulabsentismus*“, zu mindern. Dieser Aufgabe widmen sich auch Beratungslehrerinnen und Psychagogen, auf die in dieser Diplomarbeit wie bereits erwähnt nur allgemein eingegangen wird. Weitere Ziele sind Hilfen für Familien und die Vernetzung mit anderen Einrichtungen im außerschulischen Bereich. (vgl. Adamowitsch et al., 2011b; Piringer et al., 2011)

### 7.2.2. Ausbildung der Schulsozialarbeiterinnen

Der Großteil der in Österreich angestellten Sozialarbeiterinnen der untersuchten Anbieter sind ausgebildete Diplomsozialarbeiter. (vgl. Adamowitsch et al., 2011b) Angehörige von verwandten Berufen wie etwa Erziehungswissenschaftlerinnen, Sozialpädagoginnen, Psychologinnen und Soziologinnen sind ebenso in der schulischen Sozialarbeit tätig. (Adamowitsch et al., 2011b) Die Ausbildung in der Sozialarbeit erfolgte früher an Akademien, gegenwärtig an Fachhochschulen.

### **7.2.3. Grundlagen und Forschungsergebnisse bezüglich Schulsozialarbeit**

In jedem der österreichischen Bundesländer wird schulische Sozialarbeit, welche sich in den letzten zwei bis vier Jahren verstärkt entwickelt hat, angeboten und von verschiedenen Stellen wie Jugendwohlfahrt, Vereinen oder direkt durch die Schulbehörde ausgeübt. Die mit Abstand größte Anzahl an Projekten bietet Niederösterreich (neun), vier Bundesländer bieten ein Projekt an. Seit dem Jahr 2010 unterstützen das BMUKK und der Europäische Sozialfonds (ESF) unter dem Namen „Schulsozialarbeit in Österreich“ verschiedene Projekte, im Rahmen dessen wurde das LBIHPR beauftragt diesbezügliche Daten zusammenzutragen. Adamowitsch, Lehner und Felder-Puig, die Autorinnen der genannten LBIHPR-Studie, nennen in ihrer Publikation eine vierprozentige Rate von Sozialarbeit an österreichischen Schulen. In Pflichtschulen findet sich der größte Anteil (Hauptschulen und Kooperative Mittelschulen: 43%; Neue Mittelschulen: 16%, Volksschulen 13% und Polytechnische Schulen 11%). (vgl. Adamowitsch, Lehner & Felder-Puig, 2011b) Ziel der Forschungsarbeit ist der Erhalt eines klareren Rollenbildes von Schulsozialarbeit. Auf einen männlichen Schulsozialarbeiter kommen drei weibliche. Die Zielgruppe sind nach den Ergebnissen der Studie von Adamowitsch et al. die Schülerinnen und nicht etwa Lehrerinnen oder Angehörige. Niederschwelligkeit, Vertraulichkeit, regelmäßige Anwesenheit der Sozialarbeiterinnen in der Schule sowie ein standardisierter Umgang mit der Datenerfassung bilden die Basis. (Adamowitsch et al., 2011b)

Der Ausbau von Netzwerken erfolgt schrittweise, hier gibt es aber noch Verbesserungsmöglichkeiten. Die Schulsozialarbeiterinnen sind in beratender Funktion tätig und leisten „*Einzelfallarbeit*“ (Piringer, Avdijevski, Pollinger & Kolar-Paceski, 2011) bzw. „*Einzelfallhilfen*“ (Adamowitsch et al., 2011b, S. 26). Ein weiterer wichtiger Bestandteil von schulischer Sozialarbeit liegt in der „aufsuchenden Tätigkeit“ (Adamowitsch et al., 2011b, S. 25f). Darunter wird der Kontakt zwischen Professionistinnen und Klientinnen in deren außerschulischem Umfeld verstanden. Dieser liegt nach den Ergebnissen von Adamowitsch et al. bei 13,5%, der angestrebte Wert liegt bei 50%. (Adamowitsch et al., 2011b) Hier existiert eine Kluft, die es noch zu schließen gilt. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern sind enorm: Niederösterreich mit der höchsten Dichte an Anbietern weist andererseits die niedrigste Prozenzrate (null bis zehn Prozent) hinsichtlich aufsuchender Tätigkeit auf. Die höchsten Prozenzraten wurden im Burgenland (40%), in Oberösterreich (bis zu 55%) und in Salzburg (bis zu 60%) verzeichnet. (Adamowitsch et al., 2011b)

Die Möglichkeiten für Schülerinnen mit den Sozialarbeiterinnen eigenständig Kontakt aufzunehmen sind durch verschiedene Optionen gegeben. Terminvereinbarungen sind meist während aber auch außerhalb der Anwesenheitszeiten der Schulsozialarbeiterinnen telefonisch, durch ein Briefkastensystem, per Email und/oder teilweise Online möglich. (Adamowitsch et al., 2011b) Für sehr junge Kinder ist das Kontaktaufnahmesystem während der Anwesenheit der Schulsozialarbeiterinnen und das Briefkastensystem bedeutungsvoll, da sie meist weder über ein Handy noch über einen Internetzugang verfügen bzw. diese noch nicht sachgemäß benutzen können.

Das Betreuungsverhältnis (Anzahl der Schülerinnen pro Schulsozialarbeiterin) variiert stark. Grundsätzlich kann nach dem gleichen Prinzip wie bei den School Nurses und dem Schulärztinnensystem (siehe Kapitel „Vergleich der österreichischen Gesundheitssysteme im Setting Schule mit dem Berufsbild der School Nurse“) ein Zeitanteil pro Schüler errechnet werden um eine Vergleichbarkeit darstellen zu können. Dieser Zeitwert - Stunden pro Schülerin pro Woche – ist nur ein theoretisches Konstrukt, es dient zur besseren Vergleichbarkeit und Darstellung der Verfügbarkeit Angehöriger entsprechender Berufsgruppen untereinander. Dieser Zeitwert liegt zwischen 0,13 (1:320; 40 Wochenstunden dividiert durch 320 Schülerinnen) Stunden pro Schülerin pro Woche und 0,01 (1:3.889; 40 Wochenstunden dividiert durch 3.889 Schülerinnen) Stunden pro Schülerin pro Woche (Im Allgemeinen sind die Sozialarbeiterinnen teilzeitbeschäftigt. Um die Möglichkeit der Berechnung eines Zeitwertes zu schaffen, wurde von Adamowitsch et al. eine theoretische Umlegung auf Vollzeitbeschäftigung mit einer 40-Stunden-Woche getätigt.). (vgl. Adamowitsch et al., 2011b)

### 7.3. Weitere gesundheitsfördernde Systeme im Setting Schule

Es folgt eine Tabelle, die aus formalen Gründen geteilt werden musste.

	<b>Schüler- und Bildungsberatung</b>	<b>BBP Beratungs-, Betreuungslehrer/innen Psychagog/en/innen</b>
<b>Grundprofession</b>	Lehrer/in	Pflichtschullehrer/in
<b>Erforderliche Zusatzausbildung</b>	PH-Lehrgang lt. Rundschreiben Nr.15/2008(12 Ects)	PH-Lehrgänge (bundesländerspezifisch ca. 60-120 Ects)
<b>Hauptaufgabe</b>	Information und individuelle Beratung	Pädagogische Betreuung und Beratung
<b>Hauptzielsetzung</b>	Unterstützung der Schüler/innen durch Information und Beratung bei der Entwicklung ihrer Bildungs- und Berufskarriere	Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und/oder sozialen und emotionalen Problemen
<b>Zielgruppen</b>	Schüler/innen der Sekundarstufen und deren Erziehungsberechtigte	Pflichtschüler/innen, deren Erziehungsberechtigte und Lehrer/innen
<b>Orte der Tätigkeit</b>	Schule	Schulen
<b>Jeweiliger Zuständigkeitsbereich</b>	Stammschule	Eine oder mehrere Pflichtschule/n
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	Zusatzaufgabe zur Lehrverpflichtung	Gesamte oder überwiegender Teil der Lehrverpflichtung
<b>Dienstaufsicht</b>	Schulleiter/in	Leiter/in der Stammschulen (überwiegend SPZ)
<b>Fachaufsicht</b>	Schulleiter/in	BSI/ LSI für Sonderpädagogik

Tab. 7 In: BMUKK, 2012, S. 69

	<b>Schulpsychologie-Bildungsberatung</b>	<b>Schulsozialarbeiter/innen und Schulsozialarbeit, soziale Arbeit an Schulen</b>
<b>Grundprofession</b>	Psycholog/e/in	Sozialarbeiter/in (Mag, (FH), DSA, BA, MA)
<b>Erforderliche Zusatzausbildung</b>	Ausbildungslehrgang für den höheren schulpsychologischen Dienst	Berufsbegleitende Lehrgänge <i>(zu entwickeln)</i>
<b>Hauptaufgabe</b>	Psychologische Beratung und Betreuung, psychologische Diagnostik, Untersuchung und Behandlung	Psychosoziale Beratung, Betreuung, und Begleitung (in Gruppen und einzeln)
<b>Hauptzielsetzung</b>	Psychologische Unterstützung von Schüler/innen, deren Erziehungsberechtigten und Lehrer/innen sowie des gesamten Schulsystems	Unterstützung von Kindern und Jugendlichen in deren individuellen Lebenswelten (insb. an den Nahtstellen Schule, Freizeit, Familie...)  Soziale Integration, Vernetzung, Hilfe zur Selbsthilfe...
<b>Zielgruppen</b>	Schüler/innen aller Schularten und deren Erziehungsberechtigte, Lehrer/innen, Schulaufsicht	Primäre Zielgruppe: Kinder und Jugendliche in allen Schularten je nach Auftrag
<b>Orte der Tätigkeit</b>	Schulen und Beratungsstelle	Schule und andere Sozialräume der Kinder und Jugendliche (Familie, Freizeit ...)
<b>Jeweiliger Zuständigkeitsbereich</b>	Schulen einer Region	Ausgewählte / zugewiesene Schule (in Entwicklung)
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	Planposten im Bereich der Schulaufsichtsbehörde	je nach Implementierungsmodell: Unterschiedlich: Schule / Jugendwohlfahrt / freier Träger der Jugendwohlfahrt / Träger
<b>Dienstaufsicht</b>	Landesreferent/in für Schulpsychologie	je nach Dienstgeber je nach Implementierungsmodell
<b>Fachaufsicht</b>	Landesreferent/in für Schulpsychologie	je nach Implementierungsmodell (meist Jugendwohlfahrt)

Tab. 8 In: BMUKK, 2012, S. 69

## **8. Vergleich der österreichischen Gesundheitssysteme im Setting Schule mit dem Berufsbild der School Nurse**

Das Aufgabenfeld der Schulärztinnen, welches die Ärztekammer für Wien auf ihrer Homepage angibt, ähnelt dem der School Nurses. Nachstehend wird der Aspekt der Anwesenheit im Vergleich zur School Nurse beleuchtet. Ist eine Schulärztin beispielsweise an einer Schule mit 600 Schulkindern tätig, dies kann einer AHS entsprechen, so wäre sie 10 Stunden pro Woche in dieser Schule anwesend (600 Schulkinder dividiert durch 60 Kinder pro Betreuungsstunde). In einer entsprechend kleineren Schule (geringere Schülerinnenanzahl), mit zum Beispiel 250 Schülerinnen, wäre eine wöchentliche Anwesenheit von nur vier Stunden vorgesehen. Auf eine School Nurse kommen 1.150 Schülerinnen, das bedeutet 0,04 (40 Wochenstunden dividiert durch 1.150 Schulkinder; kaufmännisch gerundet;) Stunden pro Woche pro Schulkind ausgehend von einer Vollzeitbeschäftigung. Diese Berechnung würde beim Schularztsystem 0,02 (bei einer Schule mit 250 Schulkindern: vier Stunden pro Woche dividiert durch 250 Schulkinder; kaufmännisch gerundet;) Stunden pro Woche pro Schulkind betragen, also halb so viel Zeit pro Kind. (Diese Zeitangaben sind unrealistisch und nur zwecks Vergleichbarkeit angestellt worden.) Wie bereits im Kapitel „Tätigkeitsbereiche, Kompetenzen und Rollen einer School Nurse“ beschrieben, spielt die Anwesenheit einer School Nurse für die Gesundheit und den Lernerfolg der Schülerinnen eine bedeutende Rolle. Daher wäre auch eine vermehrte Anwesenheit von Schulärztinnen in Schulen wünschenswert. (Teutsch & Felder-Puig, 2012) Forschungsergebnisse zeichnen wie bereits erwähnt auch bei

der Berufsgruppe der School Nurses eine Unterbesetzung ab. Gemessen an österreichischen Schulärztinnen steht ihnen aber mehr Zeit pro Schülerin zur Verfügung. Durch diese geringere Anwesenheit sowie die verlagerten Zuständigkeiten (zum Beispiel Hausbesuche) im Vergleich zur School Nurse ergibt sich bei Schulärztinnen die berechtigte Hypothese der weniger intensiven Einbindung in das Schulleben und dadurch in einem geringeren Ausmaß eine Vertrauensperson für Schulkinder darzustellen.

Die School Nurse ist eine Vertrauensperson und der Kontakt zu ihr niederschwellig angelegt. Kinder können sie von sich aus, ohne eine Lehrperson darüber zu informieren, kontaktieren und sich ihr bedenkenlos anvertrauen, da die School Nurse der Schweigepflicht unterliegt – so wie auch die Schulärztin. Meiner persönlichen Einschätzung nach liegt ein Unterschied auch in der historischen Entwicklung. School Nurses besuchen bereits seit über 100 Jahren Kinder in ihrem Zuhause, unterstützen ihre Angehörigen, beraten und leisten Hilfestellungen. Schulärzte und Schulärztinnen waren vorerst nur für hygienische Angelegenheiten im Schulhaus und nicht für Schulkinder verantwortlich. Hinzu kommt das Prestige und Ansehen von Ärztinnen in Österreich, welches sich in der Redewendung ‚Götter in weiß‘ widerspiegelt. Damit ist eine gewisse Hierarchie zwischen Ärztinnen und Bürgerinnen gemeint. Eine School Nurse ist eine Krankenschwester - das Bild, das Erwachsene und Kinder von diesem Beruf haben, ist ein anderes. Weiters assoziieren viele Kinder Ärztinnen mit schmerzhaften, unangenehmen und belastenden Tätigkeiten (zum Beispiel Impfungen, Blutabnahmen, Zahnbehandlungen).

Schulsozialarbeit und School Nursing verbindet ein gemeinsames Ziel: die Bekämpfung von schulischem Absentismus. School Nursing konnte hier bereits Erfolge nachweisen, ein großer Anteil der österreichischen Schulsozialarbeit existiert erst seit wenigen

Jahren, diesbezügliche Ergebnisse müssen noch abgewartet werden. Beide Systeme befassen sich mit psychosozialen Faktoren welche die Schülerinnen beeinflussen.

Die Schülerinnen haben die Möglichkeit, von sich aus, ohne andere Personen einbeziehen zu müssen, einen Termin mit der Schulsozialarbeiterin zu vereinbaren (zum Beispiel persönlich, mittels Briefkasten, Email, telefonisch oder Online, verschiedene Kombinationen oder auch jede dieser Möglichkeiten). (vgl. Adamowitsch et al., 2011b) Eine weitere Ähnlichkeit zwischen den beiden Berufsbildern betrifft den Zugang zu Schülerinnen, beide Berufsgruppen integrieren aufsuchende Tätigkeit im außerschulischen Umfeld der Schülerinnen (Die School Nurse führt Hausbesuche durch. Schulsozialarbeit beinhaltet in Österreich [nicht flächendeckend] eine aufsuchende Tätigkeit im außerschulischen Bereich.).

Die österreichischen gesundheitsfördernden Aufgabenbereiche und Maßnahmen decken sich größtenteils mit denen der School Nurses. Der große Unterschied besteht darin, dass die School Nurse eine zentrale Ansprechperson ist, eine Schnittstelle darstellt, welche entweder selbst oder durch die Vernetzung mit außerschulischen Institutionen hilft bzw. vermittelt. Durch ihre Präsenz und integrierte Stellung im Schulbetrieb bietet sich ihr auch die Möglichkeit, primärpräventiv im psychosozialen Bereich zu arbeiten. Schulsozialarbeit setzt nicht ausschließlich aber eher im Bereich bereits bestehender Misslagen an und arbeitet wenig primärpräventiv.

Primärpräventiv angesiedelt sind das Schulärztinnensystem, welches aber für den psychosozialen Bereich kaum zuständig ist, sowie die Projektebene, welche hauptsächlich von Lehrerinnen ausgeführt wird und größtenteils auch auf der Ebene der physischen Gesundheit ansetzt. Wie in vorangegangenen Kapiteln bereits

erwähnt, lässt die Projektebene ein großes Feld offen (Dazu zählen beispielsweise zusätzliche Tätigkeiten für Lehrerinnen im Bereich der Gesundheitsförderung, fehlende Kompetenzen im Fachbereich Gesundheit oder auch isolierte, ineffiziente Einzelmaßnahmen.). Positive Entwicklungen zeichnen sich bei Projekten ab, bei denen etwa die Einbeziehung außerschulischer Moderatoren und die Durchführung einer umfassenden Evaluation berücksichtigt werden (wie in vorangegangenen Kapiteln bereits erwähnt).

School Nurses bilden eine weite, niederschwellige Ebene im Mittelpunkt der gesundheitlichen Förderung im physischen und psychosozialen Bereich, während sich die Maßnahmen in heimischen Schulen verstreut abzeichnen. Die Schulärztin kann zwar vom Kind kontaktiert werden, ist jedoch nur wenig präsent und eingebunden. Schulsozialarbeit weist teilweise einen besseren Zeitwert auf (von geringen 0,01 Stunden pro Schülerin bis zu 0,13 Stunden pro Kind – der höchste Wert ist deutlich höher als bei School Nurses [0,04]), allerdings findet schulische Sozialarbeit (Schuljahr 2010/11) nur in vier Prozent der heimischen Schulen statt. (vgl. Adamowitsch et al., 2011b) Der verstärkte Einsatz von Schulsozialarbeit in den letzten Jahren stellt daher eine wichtige Neuerung dar, eine flächendeckende Ausweitung wäre dringend erforderlich, ist aber aus finanziellen Gründen eher unwahrscheinlich.

## 9. Conclusio

### 9.1. Gesundheitsfördernde Schule – Strukturen und Projekte in Österreich

Grundsätzlich gibt es in Österreich im Bereich der Strukturebene eine Fülle an Maßnahmen bezüglich gesundheitsfördernder Schule. Ebenso verhält es sich mit einzelnen Projekten an Schulstandorten. Die lückenlose Erfassung der gesetzten Maßnahmen einerseits von übergeordneter Stelle (Bund und Länder) und andererseits von den Schulstandorten selbst scheint äußerst schwierig und komplex, einige wurden in der vorliegenden Arbeit exemplarisch angegeben, sowie eine überblicksmäßige Darstellung zum Thema versucht. Meines Erachtens macht diese große Anzahl von Initiativen einerseits zwar ein Bewusstsein der besonderen Relevanz von Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen deutlich. Andererseits scheint die teilweise unstrukturierte Umsetzung von Gesundheitsförderung auch hinsichtlich fehlender Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht zielführend im Sinne von Ganzheitlichkeit sowie Nachhaltigkeit zu sein. (vgl. Teutsch et al., 2012) Manche Initiativen, wie etwa WieNGS, sind umfassend und tiefgehend angelegt und bieten eine Fülle von Möglichkeiten für Schulen, inkl. der professionellen Evaluation durch das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research in Wien. Trotzdem werden in Österreich einzelne, separate, aus dem Zusammenhang gerissene Projekte aus dem Bereich Gesundheitsförderung im Setting Schule, bei welchen aus verschiedenen Gründen wie zum Beispiel dem fehlenden Bereich Schulentwicklung eine langfristig wirksame Implementierung aufgrund des derzeitigen Forschungsstands nicht

durchschlagend realisierbar ist, auch finanziell gefördert. (vgl. Teutsch et al., 2012)

Primärpräventive, gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Projektebene im Setting Schule werden in Österreich hauptsächlich von Lehrenden ausgeführt. Diese empfinden die neue „Zusatzaufgabe“ häufig als Stressfaktor. Es ist daher wichtig, den Schulen für die Umsetzung dieser Maßnahmen die notwendigen Mittel einzuräumen. (vgl. Teutsch et al., 2012) Auch Rappold gibt in Form einer Frage zu bedenken, ob *„es nicht verantwortungslos sei, [...] die Pflege- und Betreuungsaufgaben an die Lehrenden zu delegieren?“* (Rappold, 2006, S. 33)

## 9.2. Vergleiche und Ausblick

Das Berufsbild der School Nurse zeichnet sich im Feld Gesundheit als zentrale Schnittstelle im Setting Schule ab, die School Nurse kann direkt weiterhelfen oder durch ihre Vernetzung mit anderen gesundheitsfördernden Institutionen weitervermitteln. Ihr obliegt ein umfassendes Aufgabenfeld in Bezug auf das Wohlbefinden der Schulkinder. Außerdem geht sie über das Setting Schule hinaus, indem sie Hausbesuche tätigt und den außerschulischen Lebensbereich einbezieht. Diese Profession muss sich aber auch mit Unterbesetzung und einem unklaren Rollenbild auseinandersetzen. Der Zeitwert der School Nurse pro Schülerin pro Woche beträgt circa 0,04 Stunden, der Zeitwert des Schulärztinnenwesens ungefähr die Hälfte. Schulsozialarbeit weist teilweise einen deutlich höheren Zeitwert auf (bis zu 0,13 Stunden pro Kind pro Woche), jedoch sind Schulsozialarbeiterinnen in nur vier Prozent der heimischen Schulen tätig.

Hierzulande mit dem School-Nursing-System am ehesten vergleichbar sind die Systemebenen Schulärztinnenwesen (physische Komponente) und Schulsozialarbeit (psychosoziale Anteile). Letztere etabliert sich aktuell neu und legt den Fokus auf Schülerinnen sowie im Sinne einer erfolgreichen und effizienten Arbeit mit den Schulkindern auf Vertraulichkeit und Niederschwelligkeit. Das Schulärztinnenwesen in Österreich verfügt über eine eher geringe Integration der Ärztinnen in das Schulleben, außerdem dürfen keine kurativen Maßnahmen durchgeführt werden. Zudem existieren kaum Publikationen zu diesem Bereich.

Die Vereinigung dieser Systeme im Sinne von Public Health mit einem passenden Curriculum Diplom- bzw. Gesundheits- und Krankenschwestern auf Bachelorebene für die Aufnahmeberechtigung zu einem Masterstudium mit pflegerischen und auch psychosozialen Anteilen zur Public Health Nurse bzw. mit speziellem Schwerpunkt School Nursing könnte neue Impulse für die Schulgesundheitspflege bringen.

Eine Etablierung dieses Berufsbildes würde Überschneidungen hauptsächlich mit dem Schulärztinnenwesen mit sich bringen – andere Systeme, wie die Schulsozialarbeit, könnten parallel weiter bestehen, müssten jedoch angepasst werden um Überschneidungen zu vermeiden bzw. verringern. Einerseits ist Schulsozialarbeit aktuell nur in Ansätzen vorhanden und andererseits wäre die School Nurse die Drehscheibe zwischen der Schülerinnenschaft und den schulischen Sozialarbeiterinnen. Das gleiche Muster gilt für Schulpsychologinnen sowie für Beratungslehrerinnen und Psychagoginnen.

Projekte könnten wie bisher weitergeführt werden. Sie wären nicht eingeschränkt, im Gegenteil, die School Nurse könnte hierbei mitwirken. Professionell angelegte und durch wissenschaftliche Institutionen evaluierte Projekte/Netzwerke wie etwa WieNGS

sollten unangetastet weiter bestehen um gesundheitsfördernde Aspekte erfolgreich integrieren zu können (Die School Nurse als Einzelperson an einem Standort kann diese Aufgabe nicht leisten.). Einige in dieser Diplomarbeit nur rudimentär angeführte Aspekte, zum Beispiel hinsichtlich der Etablierung des Berufsbildes der School Nurse, müssen aus verschiedenen, wie etwa ökonomischen, Perspektiven weiterführend erforscht als auch interdisziplinär beleuchtet werden.

Die bedeutendsten Faktoren, die meiner Einschätzung nach eine Etablierung des Berufsbildes der School Nurse in Österreich verhindern oder erschweren, sind zusätzlich notwendige finanzielle Ressourcen sowie die fehlende Tradition und der dadurch geringe Bekanntheitsgrad dieses Berufes in Österreich. Weiters ist auch eine Ablehnung durch Angehörige von gesundheitsfördernden Berufen wie zum Beispiel Schulärztinnen denkbar.

Im Schulärztinnensystem besteht dringend weiterer Forschungsbedarf, zu diesem Gebiet konnte kaum aktuelle Literatur gefunden werden. Für andere gesundheitsfördernde Systeme im Setting Schule, wie etwa Schulsozialarbeit oder die Einbettung gesundheitsfördernder Maßnahmen in jene, existieren vom Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research umfassende aktuelle Publikationen. Zum Thema Schulgesundheitspflege (School Nursing) konnten zahlreiche wissenschaftliche Studien aus den USA und einige aus dem UK recherchiert werden.

## 10. Literatur

Adamowitsch, M., Flaschberger, E., Felder-Puig, R. (2011a). Handlungsempfehlungen für die Bereiche Ernährung und Bewegung der „Gesunde Schule“-Qualitätsstandards. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.

Adamowitsch, M., Lehner, L., Felder-Puig, R. (2011b). Schulsozialarbeit in Österreich: Darstellung unterschiedlicher Implementierungsformen. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.

Ärztelkammer für Wien (ohne Jahresangabe). Zugriff am 24.11.2012 unter <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/weitere-taetigkeiten/schularzt/taetigkeitsbereich#>

Ohne Angabe (1952). Changing Times, Changing Needs, Changing Programs. Public Health Nursing, 44 (4), 171-172. Zitiert nach: Public Health Nursing, (2005) 22 (3), 267-268.

Baisch, M., Lundeen, S., Murphy, K. (2011). Evidence-Based Research on the Value of School Nurses in an Urban School System. Journal of School Health, 81 (2), 74-80.

Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt (2005). Zugriff am 20.09.2012 unter [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf)

Bartholomeyczik, S. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung als Konzept der Pflege. Pflege & Gesellschaft, 11 (3), 210-223.

Bergren, M. (2011). Does School Nursing Matter? School Nurse-Sensitive Outcome Measures. NASN School Nurse, 26 (2), 72-74.

Betrieb gewerblicher Art (BgA) Gesundes Niederösterreich, Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (2011). Zugriff am 04.10.2012 unter [http://www.gfnoe.at/content/projekte/schule/gesunde\\_schule/ueb\\_sicht.php](http://www.gfnoe.at/content/projekte/schule/gesunde_schule/ueb_sicht.php)

BMG. Gesundheit und Gesundheitsförderung. Prävention. (ohne Jahresangabe) Zugriff am 05.10.2012 unter [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung)

BMG (b). Gesundheitsförderung Definition der WHO 1986. Zugriff am 20.09.2012 unter [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung)

BMG (Hrsg.) (2011c). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. BMG. Wien: Kopierstelle des BMG.

BMUKK (1997). Grundsatzterlass Gesundheitserziehung. Zugriff am 17.12.2012 unter [http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/GZ\\_27.909115-V396\\_Grunds1786.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/GZ_27.909115-V396_Grunds1786.xml)

Brieskorn-Zinke, M. (2007). Public Health Nursing: Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Brieskorn-Zinke, M. (2008). Public Health Nursing: Was ist das eigentlich? Public Health Forum, 16 (61), 2.e1-2.e3.

Broussard, L. (2004). School Nursing: Not Just Band-Aids Any More! Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 9 (3), 77-83.

Broussard, L. (2007). Empowerment in School Nursing Practice: A Grounded Theory Approach. The Journal of School Nursing, 23 (6), 322-328.

Büchler, A., Gartner-Springer, S., GÖD Wirtschaftsbetriebe GmbH (Hrsg.) (2008). Schulärztinnen und Schulärzte. BV3 GÖD Info Nr. 4, 5-6.

Bundesministerium für Gesundheit [BMG](a). Kindergesundheitsstrategie. Publikation vom 07.12.2011. Zugriff am 31.08.2012 unter [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern\\_und\\_Kind/Kindergesundheitsstrategie](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Kindergesundheitsstrategie)

Bundesministerium soziale Sicherheit und Generationen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) (2001). Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule. Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Wien: Hausdruckerei des BMGS.

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK) (1997). Grundsatzterlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung Rundschreiben Nr. 7/1997. Zugriff am

01.10.2010

unter

[http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/GZ\\_27.909115-V396\\_Grunds1786.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/GZ_27.909115-V396_Grunds1786.xml)

City University London. Public Health (School Nursing, Health Visiting and District Nursing). Overview. BSc (Hons). Zugriff am 07.09.2012 (a) <http://www.city.ac.uk/courses/postgraduate/bsc-public-health>

City University London. Public Health (School Nursing, Health Visiting and District Nursing). Content and Structure. BSc (Hons). Zugriff am 07.09.2012 (b) <http://www.city.ac.uk/courses/postgraduate/bsc-public-health#course-detail=1>

Croghan, E., Johnson, C., Aveyard, P. (2003): Nursing and health care management and policy: School nurses: policies, working practices, roles and value perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (4), 377-385.

Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., Röhring, G. (2011). Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder. *Health System Watch – I/Frühjahr 2011*, Beilage zur Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit* erstellt durch das Institut für Höhere Studien. Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Denehy, J. (2006). Moving Toward a Global Perspective of School Nursing. *The Journal of School Nursing*, 22 (5), 247-249.

Department of Health (DH) (2012). Students starting secondary school urged to get to know their school nurse. Zugriff am 12.09.2012 unter <http://cno.dh.gov.uk/2012/09/10/students-starting-secondary-school-urged-to-get-to-know-their-school-nurse/>

Dür, W., Felder-Puig, R. (Hrsg.).(2011). Lehrbuch – Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber.

Eurydice (2012). European Commission – European Encyclopedia on national Education Systems: United Kingdom (England). Zugriff am 10.11.2012 unter <https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/United-Kingdom-England:Overview>

Faist, A. (2004). School Nursing: Enhancing the potential to learn. Chart, Journal of Illinois Nursing, 101 (2), 10-11.

Fauteux, N. (2010). Unlocking the Potential of School Nursing: Keeping Children Healthy, In School, and Ready to Learn. Charting Nursing's Future – Robert Wood Johnson Foundation, 16 (1), 2-8.

Fleming, R. (2012). The Future of School Nursing: Banishing Band-Aids to Improve Public Health Outcomes. Policy, Politics & Nursing Practice. Zugriff am 06.09.2012 unter <http://ppn.sagepub.com/content/early/21012/08/21/1527154412453486>

Frischenschlager, O., Hexel, M., Hladschik, B., Kropiunigg, U., Pucher, I., Schjerve, M., Sonneck, G., Spiess, K. (Hrsg.). (7. Auflage, 2002). Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Gamper, M., Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Abt. V/2 (Hrsg.) (2002). Die Entwicklung des Schularztwesens in Österreich. Wien: BMBWK.

Gesunde Schule (ohne Jahresangabe). Zugriff am 05.10.2012 unter [www.gesundeschule.at](http://www.gesundeschule.at)

Gesundheit Österreich GmbH [GÖG] (ohne Jahresangabe). Health in All Policies. Zugriff am 28.09.2012 unter <http://www.goeg.at/de/Bereich/Health-in-All-Policies.html>

GIVE (ohne Jahresangabe). Gesundheit Information Vernetzung Entwicklung. Zugriff am 01.10.2012 unter [www.give.or.at](http://www.give.or.at)

GIVE (2006). Servicestelle für Gesundheitsbildung. Zugriff am 01.10.2012 unter [http://give.or.at/fileadmin/template01/download/download\\_schwerpunkte/GesFoerderung\\_GesErziehung.pdf](http://give.or.at/fileadmin/template01/download/download_schwerpunkte/GesFoerderung_GesErziehung.pdf)

Gurmankin, M. (2006). Conflicts in School Nursing Practice. The Pennsylvania Nurse. 61 (3), 17.

Hasseler, M. (2011). Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Jakarta-Erklärung WHO (1997). Zugriff am 24.09.2012 unter [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_german.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf)

KAV (ohne Jahresangabe). Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen - Bereich Pflege. Zugriff am 29.10.2012 unter [http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ\\_inhalte\\_anzeigen.asp?kurskuerzel=13137&kursgruppe=0106020306&veranstalter=AKH-PFLEGE](http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13137&kursgruppe=0106020306&veranstalter=AKH-PFLEGE)

Klein-Heßling, J. (Hrsg.) (2006). Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.

Magalnick, H., Mazyck, D. (2008). Role of the School Nurse in Providing School Health Services. American Academy of Pediatrics, 121 (5), 1052-1056.

Maughan, E. (2003). The Impact of School Nursing on School Performance: A Research Synthesis. The Journal of School Nursing, 19 (3), 163-171.

Merrell, J., Carnwell, R., Williams, A., Allen, D., Griffiths, L. (2007): A survey of school nursing provision in the UK. Journal of Advanced Nursing, 59 (5), 463-473.

Maunder, Y. (2004). My day as a school nurse. Education and Health, 22 (1), 8-10.

Medizinische Universität Graz (ohne Jahresangabe).  
Universitätslehrgang Public Health. Zugriff am 05.11.2012 unter  
[http://www.meduni-  
graz.at/publichealth/news/newsletter/Newsletter%201\\_12.pdf](http://www.meduni-graz.at/publichealth/news/newsletter/Newsletter%201_12.pdf)

Meduni Graz Mitteilungsblatt (ohne Jahresangabe). Mitteilungsblatt  
der Medizinischen Universität Graz. Zugriff am 05.11.2012 unter  
[http://www.meduni-  
graz.at/publichealth/dateien/Mitteilungsblatt.pdf](http://www.meduni-graz.at/publichealth/dateien/Mitteilungsblatt.pdf)

Musikhauptschule (MHS) Korneuburg (ohne Jahresangabe). Die  
Gesunde Schule – Projekte. Zugriff am 05.10.2012 unter  
[http://www.gfnoe.at/downloads/schule/gesunde\\_schule/projekte\\_g  
s/mhs\\_korneuburg.pdf](http://www.gfnoe.at/downloads/schule/gesunde_schule/projekte_g_s/mhs_korneuburg.pdf)

National Association of School Nursing (NASN) (ohne Jahresangabe  
a). NASN Position Statements. Zugriff am 24.04.2011  
<http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=279>

NASN (ohne Jahresangabe b). NASN Position Statement. Role of  
the School Nurse. Zugriff am 07.09.2012  
[http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NA  
SNPositionStatementsFullView/tabid/462/ArticleId/87/Role-of-the-  
School-Nurse-Revised-2011](http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/ArticleId/87/Role-of-the-School-Nurse-Revised-2011)

NASN (2012). Education, Licensure and Certification of School  
Nurses. Zugriff am 10.11.2012 unter  
[http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NA  
SNPositionStatementsArticleView/tabid/462/ArticleId/26/Education-  
Licensure-and-Certification-of-School-Nurses-Adopted-2002](http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsArticleView/tabid/462/ArticleId/26/Education-Licensure-and-Certification-of-School-Nurses-Adopted-2002)

NBCSN (ohne Jahresangabe). National Board for Certification of School Nurses. Zugriff am 10.11.2012 unter <http://www.nbcsn.org/examdefault.htm#eligibility>

Neue Mittelschule Brunn (MIB) (2009). Gesunde Schule MIB EDV HS Brunn. „stark und selbstbewusst“. Brunn. Zugriff am 05.10.2012 unter [http://www.gfnoe.at/downloads/schule/gesunde\\_schule/projekte\\_gs/mib\\_brunn.pdf](http://www.gfnoe.at/downloads/schule/gesunde_schule/projekte_gs/mib_brunn.pdf)

OEGKV.at. (ohne Jahresangabe). Definition der Pflege. International Council of Nurses (ICN). Zugriff am 29.10.2012 unter [http://www.oegkv.at/uploads/media/ICN-Definition\\_der\\_Pflege\\_-\\_deutsch.pdf](http://www.oegkv.at/uploads/media/ICN-Definition_der_Pflege_-_deutsch.pdf)

Piringer, H., Avdijevski, E., Pollinger, K., Kolar-Paceski, M. (2011). Wiener Schulsozialarbeit: Eine Bestandsaufnahme und Analyse. Wien: Fonds Soziales Wien.

Praeger, S., Zimmerman, B. (2009). State Regulations for School Nursing Practice. *The Journal of School Nursing*, 25 (6), 466-477.

Puskar, K., Bernardo, L. (2007). Mental Health and Academic Achievement: Role of School Nurses. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 12 (4), 215-223.

Rappold, E. (2006). Schulgesundheits- und Krankenschwester/-pfleger. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 59 (5), 33.

Reichsvolksschulgesetz, Verordnung des Ministeriums für Kultus und Unterricht vom 29. September 1905, Z. 13.200, RGBl. Nr. 159. Zugriff am 22.12.2012 unter <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=rgb&datum=1905&page=450&size=45>

Reiter, W. (2008). Anwesenheit des Schularztes/der Schulärztin. Stadtschulrat für Wien. Zugriff am 24.11.2012 unter [http://daten.schule.at/dl/Erlass\\_Meldung\\_Anwesenheit.pdf](http://daten.schule.at/dl/Erlass_Meldung_Anwesenheit.pdf)

Rice, S., Biordi, D., Zeller, R. (2005). The Relevance of Standards of Professional School Nursing Practice. *The Journal of School Nursing*, 21 (5), 293-298.

Richter, M., Hurrelmann, K. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Aktuelle Befunde und Erklärungsansätze. *Public Health Forum*, 16 (59), 21.e1-21.e3.

Rogers, L. (1908). Some Phases of School Nursing. Reprinted with Permission in: *The Journal of School Nursing*, (2002) 18 (5), 253-256.

Royal College of Nursing (2012). How to become a nurse or midwife. Zugriff am 10.11.2012 unter <http://www.rcn.org.uk/nursing/becomenurse>

Schantz, S. (2006). The Practice and the Profession of School Nursing: Many Roles, Many Challenges. *NASN Newsletter* January 2007.

Selekman, J., Guilday, P. (2003). Identification of Desired Outcomes for School Nursing Practice. *The Journal of School Nursing*, 19 (6), 344-350.

Schmitt, S., Görres, S. (2012). Schulgesundheitspflege in Deutschland? – Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. *Pflege*, 25 (2), 107-117.

Schobel, D. (2012). Wie gesund sind Österreichs Kinder und Jugendliche? *Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention - gesundes Österreich*, 14 (2), 18-20.

School and Public Health Nurses Association (SAPHNA). Factsheet – Information on Developing a Career in School Nursing. Zugriff am 07.09.2012 unter <http://www.saphna-professionals.org/files/docs/Factsheet%20%20Information%20on%20developing%20a%20career%20in%20School%20Nursing%5B1%5D.doc>

Schumacher, L., Sieland, B., Nieskens, B., Bräuer, H., Deutsche Angestellten Krankenkassa (DAK) (Hrsg.) (2006). *Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung*. Lüneburg.

Smith, J. (2004). Marginalization and School Nursing. *The Journal of School Nursing*, 20 (6), 311-316.

Steinbach, H. (2005). Gesundheitsförderung in der Pflege – der Gesundheitsprozess. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 58 (1), 12-16.

Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Coventry, UK (Autorin)/Kopenhagen, Dänemark: WHO Regional Office for Europe´s Health Evidence Network (HEN).

Teutsch, F., Gugglberger, L., Adamowitsch, M., Felder-Puig, R., Dür, W. (2012): Studie zur Implementierung von Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen. Wien: LBIHPR Forschungsbericht

Teutsch, F., Felder-Puig, R. (2012). Dialog Gesunde Schule. Ergebnisse aus dem Workshop 1. Konzepte der Unterrichtsförderung in die Unterrichtspraxis integrieren. Wien: LBIHPR

UNESCO (2006). International Standard Classification of Education ISCED 1997. UNESCO-UIS.

UNESCO (2011). Revision of the international Standard Classification of Education ISCED 2011. Paris: UNESCO.

UNESCO (2012). UNESCO Institute for Statistics – ISCED 1997 Mappings. Zugriff am 10.11.2012 unter <http://www.uis.unesco.org/education/ISCEDmappings/Pages/default.aspx>

University of Hertfordshire. Specialist Community Public Health Nursing. School of Nursery, Midwifery and Social Work. Overview. Zugriff am 07.09.2012 (a) unter

[http://www.herts.ac.uk/courses/Specialist-Community-Public-Health-Nursing-BSc-Hons\\_year1.cfm](http://www.herts.ac.uk/courses/Specialist-Community-Public-Health-Nursing-BSc-Hons_year1.cfm)

University of Hertfordshire. Specialist Community Public Health Nursing. School of Nursery, Midwifery and Social Work. Course Structure. Zugriff am 07.09.2012 (b)

[http://www.herts.ac.uk/courses/Specialist-Community-Public-Health-Nursing-BSc-Hons\\_year1.cfm](http://www.herts.ac.uk/courses/Specialist-Community-Public-Health-Nursing-BSc-Hons_year1.cfm)

U.S. Department of Education (ohne Jahresangabe), National Center for Education Statistics. Digest of Education Statistics 2011. Zugriff am 10.11.2012 unter

[http://nces.ed.gov/programs/digest/d11/figures/fig\\_01.asp](http://nces.ed.gov/programs/digest/d11/figures/fig_01.asp)

Vavrik, K. (2012). Kinder und Jugendliche wissen, was sie brauchen. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention - gesundes Österreich, 14 (2), 21.

Vought-O'Sullivan, V., Meehan, N., Havice, P., Pruitt, R. (2006). Continuing Education: A National Imperative for School Nursing Practice. The Journal of School Nursing, 22 (1), 2-8.

Weltgesundheitsorganisation (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22.07.1946. Genf: WHO

Weltgesundheitsorganisation Europa (ohne Jahresangabe). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986. Zugriff am 06.05.2011 unter

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

Weyers, S. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Vergleich. Public Health Forum, 16 (59), 6.e1-6.e3.

Wicklander, M. (2005). The United Kingdom National Healthy School Standard: A Framework for Strengthening the School Nurse Role. The Journal of School Nursing, 21 (3), 132-138.

Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (WieNGS) (a). Netzwerk. Zugriff am 31.08.2012 unter [http://www.wiengs.at/gfz\\_netzwerk.html?page=Mg](http://www.wiengs.at/gfz_netzwerk.html?page=Mg) ==

WieNGS (b) (2012). Stufenmodell. Zugriff am 05.10.2012 unter [http://www.wiengs.at/userfiles/WieNGS\\_12\\_StufenmDa.pdf](http://www.wiengs.at/userfiles/WieNGS_12_StufenmDa.pdf)

Wild, M., NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (Hrsg.) (2009). Public Health als Handlungsfeld für die Pflege – immer schon – und jetzt umso mehr! Laut gedacht. St. Pölten.

## 10.1. Tabellenverzeichnis

### Tab. 1

Steinbach, H. (2005). Gesundheitsförderung in der Pflege – der Gesundheitsprozess. Österreichische Pflegezeitschrift, 58 (1), 12-16.

### Tab. 2

Bundesministerium soziale Sicherheit und Generationen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) (2001). Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule. Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Wien: Hausdruckerei des BMGS.

### Tab. 3

Bundesministerium soziale Sicherheit und Generationen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) (2001). Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule. Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Wien: Hausdruckerei des BMGS.

### Tab. 4

Eurydice (2012). European Commission – European Encyclopedia on national Education Systems: United Kingdom (England). Zugriff am 10.11.2012 unter <https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Unit-ed-Kingdom-England:Overview>

Tab. 5

Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., Röhring, G. (2011). Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder. Health System Watch – I/Frühjahr 2011, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit erstellt durch das Institut für Höhere Studien. Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Tab. 6

Gamper, M., Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Abt. V/2 (Hrsg.) (2002). Die Entwicklung des Schularztwesens in Österreich. Wien: BMBWK.

Tab. 7

BMUKK (2012). Profile der Unterstützungssysteme im Schulbereich. Ergebnis Vernetzungstreffen, 18. Jänner 2012. Zugriff am 16.11.2012 unter [http://www.schulpsychologie.at/intern/protokoll\\_lrefapr2012.pdf](http://www.schulpsychologie.at/intern/protokoll_lrefapr2012.pdf)

Tab. 8

BMUKK (2012). Profile der Unterstützungssysteme im Schulbereich. Ergebnis Vernetzungstreffen, 18. Jänner 2012. Zugriff am 16.11.2012 unter [http://www.schulpsychologie.at/intern/protokoll\\_lrefapr2012.pdf](http://www.schulpsychologie.at/intern/protokoll_lrefapr2012.pdf)

## 10.2. Abbildungsverzeichnis

### Abb. 1

Adamowitsch, M., Flaschberger, E., Felder-Puig, R. (2011a). Handlungsempfehlungen für die Bereiche Ernährung und Bewegung der „Gesunde Schule“-Qualitätsstandards. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.

### Abb. 2

Schumacher, L., Sieland, B., Nieskens, B., Bräuer, H., Deutsche Angestellten Krankenkassa (DAK) (Hrsg.) (2006). Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Lüneburg. S. 62.

### Abb. 3

Schumacher, L., Sieland, B., Nieskens, B., Bräuer, H., Deutsche Angestellten Krankenkassa (DAK) (Hrsg.) (2006). Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Lüneburg. S. 66.

### Abb. 4

U.S. Department of Education (ohne Jahresangabe), National Center for Education Statistics. Digest of Education Statistics 2011. Zugriff am 10.11.2012 unter [http://nces.ed.gov/programs/digest/d11/figures/fig\\_01.asp](http://nces.ed.gov/programs/digest/d11/figures/fig_01.asp)

Abb. 5

Department of Health (DH) (2012). Students starting secondary school urged to get to know their school nurse. Zugriff am 12.09.2012 unter <http://cno.dh.gov.uk/2012/09/10/students-starting-secondary-school-urged-to-get-to-know-their-school-nurse/>

## Lebenslauf

Name: Carolyn Eva Schulz-Wohlmuth

Geburtsname: Spiesz

Geburtsdaten: 15. August 1977, 2421 Kittsee, Österreich

Ausbildung auf

Hochschulebene: Studium Pflegewissenschaft an der  
Universität Wien, WS 2006 bis einschließlich  
WS 2012

Bachelorstudium Lehramt Volksschule an  
der Pädagogischen Hochschule Wien  
WS 2009 bis (voraussichtlich) einschließlich  
SS 2013