



Arbeiterwohlfahrt  
**Bezirksverband  
Potsdam e.V.**

ARBEITERWOHLFAHRT BEZIRKSVERBAND POTSDAM E.V.  
Neuendorfer Straße 39a · 14480 Potsdam

Neuendorfer Straße 39a  
14480 Potsdam

TEL 0331 73041770  
FAX 0331 73041780  
info@awo-potsdam.de

[www.awo-potsdam.de](http://www.awo-potsdam.de)

19.06.2023



Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Personensorgeberechtigte,

seit mehreren Jahren ist an der Schule Ihres Kindes eine Schulgesundheitsfachkraft tätig. Schulgesundheitsfachkräfte wirken an der Gesundheitsförderung und Entwicklung einer gesunden Schule mit, beraten Schülerschaft, Eltern und Schulpersonal, haben unter anderem gesundheitliche Probleme einzelner Mädchen und Jungen im Blick und vermitteln Hilfen an Fachkräfte außerhalb der Schule. Sie erleichtern Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten durch Beratung und eventuell erforderlicher gesundheitlicher Versorgung den Besuch einer Regelschule. Grundlage ist das langjährige Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“ des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V. Viele Kommunen haben die Finanzierung seit Beendigung des Projektes ab 2022 sichergestellt. Anstellungsträger für die Schulgesundheitskräfte ist weiterhin die Potsdamer Arbeiterwohlfahrt.

Wir bitten Sie mit der beiliegenden Erklärung um Ihr Einverständnis, dass die Schulgesundheitsfachkraft Ihr Kind bei Bedarf gesundheitlich betreut, Erste Hilfe bei Unfällen oder Erkrankungen leistet und Präventionsprojekte durchführt. Diese Tätigkeiten werden dokumentiert und pseudonymisiert ausgewertet. Die Dokumentation erfolgt in einem über Zugriffsrechte gesteuerten Programm durch die Schulgesundheitsfachkraft. Die verschlüsselte Datenübermittlung für die pseudonymisierten Daten (ohne Namen des Kindes) erfolgt laut Datenschutz- und IT-Sicherheitskonzept an das mit der Auswertung beauftragte Delmenhorster Institut für Gesundheitsforschung.

Wir bitten Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem Schreiben um Ihr Einverständnis zur Datenverarbeitung der gesundheitlichen Daten Ihres Kindes. Dieses Schreiben wird gemeinsam mit Ihrer Einverständniserklärung im Krankenzimmer der Schulgesundheitsfachkraft sicher aufbewahrt. Dort kann auch das Datenschutzkonzept in der aktualisierten Fassung vom 21.06.2022 eingesehen werden.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber dem Vorstand des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V., Neuendorfer Straße 39a, 14480 Potsdam mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die bis dahin erhobenen Daten werden den Vorgaben des Datenschutzkonzeptes entsprechend vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen



Anka Ratzmann  
Leiterin Schulgesundheitsfachkräfte im Land Brandenburg

Zur Kenntnis genommen und bestätigt:

Datum; Ort

Unterschrift Personensorgeberechtigte

## **Einverständniserklärung zur Teilnahme am Projekt zur Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg**

für unsere /meine Tochter bzw. unseren/meinen Sohn

**Name des Kindes:**

**Schule:**

**Klasse:**

**Geburtsdatum des Kindes:**

**Namen der Personensorgeberechtigten:**

**Anschrift:**

**Telefonnummer der Personensorgeberechtigten:**

Ich/Wir erklären unser/ mein Einverständnis zur Teilnahme meines/ unseres Kindes am Projekt und der damit verbundenen Datenerhebung und Datenverarbeitung an oben genannter Schule für die Zeit des Schulbesuches für folgende Tätigkeiten der eingesetzten Schulgesundheitsfachkraft:

- Gesundheitliche Versorgung,
- Gesundheitsförderung und Prävention,
- Früherkennung,
- Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule,
- Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler\*innen mit gesundheitlichen Bedarfen.

Daraus ergeben sich folgende konkrete Maßnahmen und Tätigkeiten:

**A:**

- Die Schulgesundheitsfachkraft erfasst generelle Gesundheitsbedarfe an der Schule in anonymisierter Form und berichtet hierzu an die Schulleitung und an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.
- Die Aufsichtspflicht der Schule wird während der Zeiten, in denen die Schulgesundheitsfachkraft ihre Leistungen für eine\*n Schüler\*in erbringt, insbesondere in der Sprechstunde, von der Schulgesundheitsfachkraft ausgeübt.

**B:**

- Versorgung akut erkrankter Schüler\*innen.
- Anlassbezogene präventive Beratung von Schüler\*innen und ggf. der Personensorgeberechtigten zu gesundheitsbezogenen Themen.
- Begleitung chronisch kranker/behinderter Kinder und Jugendlicher und Achten auf ein gesundheitsförderliches Verhalten der Schüler\*innen, aber auch bei schulbezogenen Aktivitäten auf die Einbeziehung der Schüler\*innen und ihrer gesundheitlichen Bedarfe.
- Information der Personensorgeberechtigten nach einer medizinischen Versorgungsmaßnahme.
- Informationsaustausch mit den Personensorgeberechtigten über notwendige Maßnahmen in der Schule bei Gesundheitsfragen und chronischen Erkrankungen des Kindes

(Medikamenteneinnahme, Notfallmedikation, pflegerische Maßnahmen etc.) und Dokumentation durchgeführter Maßnahmen und der dazugehörigen schriftlichen ärztlichen Verordnungen bzw. Verfahrenshinweise nach Einwilligung der Personensorgeberechtigten.

**C:**

- Die Schulgesundheitsfachkraft arbeitet für die Dokumentation von Unfällen von Schüler\*innen im Verbandbuch (Einzelseite) der Schule zu.

**D:**

Im Einzelfall und mit begründetem Anlass kann die Schulgesundheitsfachkraft den Personensorgeberechtigten das Hinzuziehen von Personen aus der Schule oder aus inner- und außerschulischen Einrichtungen vorschlagen. Die Schulgesundheitsfachkraft darf erst Daten meines/unseres Kindes an Dritte übermitteln, nachdem ich/wir dies erlaubt habe(n). Diese ergänzende schriftliche Einverständniserklärung gemäß Anlage 1 ist insbesondere erforderlich für die

- Mitwirkung bei Fallkonferenzen von Schüler\*innen, die sich in medizinischen Versorgungssettings befinden.
- Unterstützung der nachgehenden Gesundheitsfürsorge bei schulrelevanten Gesundheitsstörungen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen in fachlicher Zusammenarbeit mit den Ärzt\*innen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD), inkl. Dokumentation.
- Anlassbezogene Durchführung standardisierter Testverfahren (z.B. Hör- und/oder Sehtest), inkl. Information der Personensorgeberechtigten und KJGD über die Testergebnisse.
- Individuelle gesundheitsbezogene Unterstützung anhand eigener Beobachtungsergebnisse oder auf Anfrage der Lehrkräfte, inkl. Dokumentation.
- Mitwirkung bei der Umsetzung erforderlicher therapeutischer Maßnahmen innerhalb der Schule in Zusammenarbeit mit den Personensorgeberechtigten sowie im Bedarfsfall mit dem KJGD bzw. niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten.
- Vermittlung an konkrete Ansprechpersonen in außerschulischen medizinischen, zahnmedizinischen, pflegerischen, therapeutischen und/oder psychosozialen Einrichtungen/Diensten.
- Vermittlung an konkrete inner- und außerschulische Ansprechpersonen (z.B. Schulsozialarbeiter\*innen, Schulpsychologischer Dienst).
- Beratungsgespräche mit Kindern und Jugendlichen sowie mit Lehrkräften zu gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten einzelner Schüler\*innen.

Mit der vorliegenden Einverständniserklärung willige ich/ willigen wir in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) zu folgenden Zwecken ein:

- Nachweis über die gesundheitliche Versorgung gegenüber Personensorgeberechtigten
- Nachweis über die Einsatzzeit und die Art der Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkraft gegenüber dem Kostenträger in anonymisierter Form
- Verwendung der Auswertung der Tätigkeit der Gesundheitsfachkraft als Nachweis über die Notwendigkeit des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen – Verwendung der Statistiken für die politische Entscheidungsfindung zur Refinanzierung

#### Dokumentation in der Schule durch die Schulgesundheitsfachkraft:

Insbesondere bin ich/ sind wir mit der Dokumentation (Anlage 2 - Screenshot Dokumentation/ Pflegedokumentation) der Tätigkeit durch die Schulgesundheitsfachkraft einverstanden. Sie wird nur Daten zu meinem Kind erfassen, die in diesem Zusammenhang stehen. Die Schüler-ID wird vom Programm zufällig generiert und lässt keinen Rückschluß auf die konkrete Person zu. Die Daten

werden in einem Programm der Schulgesundheitsfachkräfte zur Dokumentation gespeichert. Zusätzlich werden Handakten zur Dokumentation meiner/ unserer Einwilligung, der Pflegedokumentation und mit Gesprächsnotizen angelegt.

Wenn die Schulgesundheitsfachkraft mit einem Unfall meines Kindes befasst war, wird sie der Schule die ihr dadurch bekannten notwendigen personenbezogenen Daten meines Kindes für das Verbandbuch (Einzelseite) bzw. für die Meldungen an die gesetzliche Unfallversicherung übermitteln.

Datenübermittlung an Auftragsdatenverarbeiter:

Die Schulgesundheitsfachkraft leitet folgende Daten aus dem Dokumentationsprogramm pseudonymisiert und verschlüsselt an das Delmenhorster Institut zur Auswertung zur Evaluation und statistischen Auswertung des Projektes:

- Fall- Nr.,
- Geschlecht Kind,
- Schüler-Nr.,
- Schul-Nr.,
- Geburtsjahr,
- Datum des Einsatzes,
- Zeitraum des Einsatzes,
- Versäumte Unterrichtszeit,
- Anlass/Beschwerden des Kindes, wie akute Probleme, Verletzungen, chronische Probleme
- Maßnahmen der Schulgesundheitsfachkraft,
- Ggf. Weitere personenbezogene Beratungen,
- Ggf. Beratung Schulpersonal,
- Ggf. Medizinische Versorgung Vermittlung extern
- Auswirkungen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft.

Mit dem Delmenhorster Institut wurde ein Auftragsdatenverarbeitungsvertrag abgeschlossen.

Uns/ Mir ist bekannt, dass das Einverständnis regulär mit dem Ausscheiden meines/ unseres Kindes aus der Schule endet:

1. Nach Widerruf des meines/ unseres Einverständnisses bzw. nach Beendigung durch Verlassen der Schule werden der Namen meines Kindes und die Handakte der Schulgesundheitsfachkraft gelöscht.
2. Alle anderen aufgenommenen Daten verbleiben als Tätigkeitsnachweis für den Kostenträger für 1 Jahr bei Träger und fließen in die statistische Auswertung ein.
3. Die pseudonymisierte statistische Auswertung wird nicht gelöscht und dient als Grundlage für die Weiterfinanzierung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft an der Schule bzw. als Grundlage für die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen.

Folgende Hinweise möchte ich/wir zu meiner / unserer Tochter bzw. zu meinem / unserem Sohn an die Schulgesundheitsfachkraft geben:

**Weitere Regelungen:**

Entfernung von Zecken:

- Ja
- Nein

Entfernung von Splitter:

- Ja
- Nein

Recht auf Widerruf (Art. 21 DSGVO)

Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann/ können. Ab dann werden keine weiteren Daten zu meinem Kind erhoben und der Name bzw. die Handakte gelöscht. Ich weiß/wir wissen, dass ein solcher Widerruf zugleich die gesundheitliche Betreuung meines/unseres Kindes durch die Schulgesundheitsfachkraft beendet. Nach Art. 14 DSGVO werden die Personensorgeberechtigten informiert, wenn Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben werden. Nach Art. 15 DSGVO haben die Eltern ein Auskunftsrecht, welche Daten über ihr Kind verarbeitet wurden. Des Weiteren besteht ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten bzw. ein Recht auf Ergänzung nach Art. 16 DSGVO. Des Weiteren haben Sie das Recht auf Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung der Daten, sowie auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 17, 18 und 21 Abs. 1 DSGVO). Sollten Sie von den oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. innerhalb von 4 Wochen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Für alle Fragen hierzu wenden Sie sich an:

Datenschutzbeauftragte des AWO Bezirksverband Potsdam e.V.  
Neuendorfer Str. 39 a, 14480 Potsdam  
Telefon: 0331/ 730 41 711 E- Mail: datenschutz@awo-potsdam.de

Sie haben nach Art. 77 DSGVO das Recht zur Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzbehörde. Dies ist die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg

<https://www.lda.brandenburg.de>.

Ort, Datum

.....

(Unterschrift alle Personensorgeberechtigte)

**ANLAGEN**

1. Einverständniserklärung Einzeln Minderjährige SGFK
2. Screenshot Dokumentation

**Nur zur Information – Bitte nicht ausfüllen und unterschreiben!**



## Anlage 1

### Einverständniserklärung einzeln - Weitergabe und Einholen von Daten

**Namen der Personensorgeberechtigten:**

**Anschrift:**

**Telefonnummer:**

Im Einzelfall und mit begründetem Anlass kann die Schulgesundheitsfachkraft das Hinzuziehen von Personen aus der Schule oder aus inner- und außerschulischen Einrichtungen vorschlagen. Die Schulgesundheitsfachkraft darf erst Daten an Dritte weitergeben, nachdem der bzw. die Personensorgeberechtigten dies im Einzelfall in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung erlaubt haben.

### **Einverständniserklärung über die Weitergabe bzw. das Einholen von personenbezogenen Daten über unser/ mein Kind im Rahmen der Tätigkeiten von Schulgesundheitsfachkräften**

Hiermit stimme ich/ stimmen wir der Weitergabe personenbezogener Daten über unser/ mein Kind

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum des Kindes)

durch die Schulgesundheitsfachkraft an ausschließlich folgende Person(en) bzw. umgekehrt, das Einholen von Informationen, zu:

**(Hinweis: blaue Schrift sind Beispiele, bitte die Person einzeln mit Namen und Kontaktdaten auf jedem Blatt eintragen und die übrigen Personengruppen löschen)**

- Schulleitung/Lehrkraft/ medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder psychosoziale Einrichtungen/Dienste, Inner- und außerschulische Einrichtung (z.B. Schulsozialarbeiter/innen, Schulpsychologischer Dienst), Außerschulische medizinische, zahnmedizinische, pflegerische, therapeutische und/oder psychosoziale Einrichtung/Dienst, Kinder- und Jugendärzte und Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Zahnärzte und Zahnärztinnen der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter

Diese Einverständniserklärung wird aus folgendem Anlass gegeben:

Diese Einverständniserklärung gilt nicht über die Klärung des Anlasses hinaus und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf hat keinen Einfluss auf die Einverständniserklärung zur gesundheitlichen Erstversorgung im Rahmen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft.

Diese Einverständniserklärung wird von der Schulgesundheitsfachkraft zusammen mit der Einverständniserklärung zur gesundheitlichen Erstversorgung gemäß dem Datenschutzkonzept verwahrt.

Ort, Datum

.....

(Unterschrift aller Personensorgeberechtigten)

# Falldokumentation

Neu

Kein automatisches Speichern !! -"Speichern" am Ende nicht vergessen!!

Auswahl eines schon bekannten Schülers/Schülerin

-- Auswahl --

+ Neuer Schüler/ neue Schülerin

## Anlässe

### Akute Probleme

- Bauchschmerzen
- Kopfschmerzen
- Magen-Darm
- Fieber
- Erkältung
- Husten
- Luftnot
- Unwohlsein
- Schwindel
- Regelbeschwerden
- Andere

### Verletzungen

- Unfall
- Selbstverletzung
- Gewalt/ Vorsatz

### Chronische Probleme

- Diabetes
- Asthma/ Allergie
- Epilepsie
- ADHS
- Akute psychische Probleme
- Soziale Probleme
- Andere Probleme

### Anfragen von

- Eltern
- Schule

### Noch weitere Bedarfe festgestellt

- Medizinische Versorgung
- Psychologische Beratung
- Pädagogische Hilfen
- Soziale Unterstützung
- Andere

Kommentar für Anlässe

Datum

12.11.2020

Zeit

00:00

Dauer

Stunden                      Minuten

## Maßnahmen

### Behandlung und Beratung

- Wärmeanwendung
- Kälteanwendung
- Wundversorgung
- Schmerzmanagement
- Untersuchung
- Blutdruck gemessen
- Blutdruck auffällig
- Puls gemessen
- Puls auffällig
- Temperatur gemessen
- Temperatur auffällig
- Beratung
- Ruhen
- Emotionale Unterstützung
- Andere
- Fallbegleitung in Schule
- Fallbegleitung außerhalb
- Verlaufsbegleitung am selben Tag
- Verlaufsbegleitung mehrere Tage

### Weitere KINDBEZOGENE Beratungen

- Chronische Probleme
- Ges- Beratung Lehrer
- Ges- Beratung Klasse
- Ges- Beratung Eltern
- Ges- Beratung Schulsozialarbeit
- Ges- Beratung ausserhalb Schule

### Beratung Schulpersonal

- Beratung Lehrer\*in
- Beratung Andere

### Medizinische Versorgung eingeleitet? Es erfolgt:

- eine ärztliche Versorgung
- eine medizinisch- therapeutische Versorgung
- eine psychologische/ therapeutische Beratung
- eine andere Therapie

### Auswirkungen

- Rückkehr in Unterricht
- Schüler nach Hause
- RTW/Klinik
- Andere Betreuung
- Teilnahme am Unterricht ermöglicht
- Teilnahme am Sport ermöglicht
- Teilnahme an Klassenfahrt ermöglicht

Kommentar für Maßnahmen