

Medikamentengabe und medizinische Hilfsmaßnahmen in Schulen

Für einzelne Schülerinnen und Schüler aller Schularten, u.a. auch im Rahmen der inklusiven Beschulung, ist eine medizinische Versorgung während des Schulbesuchs erforderlich.

Im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung sind die Lehrkräfte für den Unterrichtsablauf und den Schutz der Schülerinnen und Schüler vor Gefahr (§ 17 SchulG) gehalten, sich über die Problemlage zu informieren und im Notfall für eine unverzügliche ärztliche Hilfestellung Sorge zu tragen.

Zur Notfallhilfe sind alle Lehrkräfte, die ihre Kenntnisse in Erster Hilfe regelmäßig auffrischen müssen, ebenso verpflichtet wie jeder andere Mitbürger auch.

Lehrkräfte können aus dem Dienstverhältnis heraus jedoch nicht verpflichtet werden, Medikamentengaben und medizinische Hilfsmaßnahmen vorzunehmen.

Lehrkräfte dürfen aber **auf freiwilliger Basis** Medikamentengaben und medizinische Hilfsmaßnahmen übernehmen, die durch ärztliche Verordnung den Eltern übertragen wurden, sofern sie in diese Aufgaben eingewiesen werden und diese beherrschen und die Durchführung ohne Gefährdung des Betreuungsauftrages für alle Kinder möglich ist.

Zwischen den Eltern und den Lehrkräften sollte dann eine schriftliche Vereinbarung (Teilübertragung der Personensorge) getroffen werden.

Vereinbarung über die freiwillige Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten

Schüler/in: _____

Kurze Beschreibung der Erkrankung: _____

Sorgeberechtigte: _____

Behandelnder Arzt: _____

Die Lehrkräfte (einschließlich Vertretungen) : _____

wurden **laut vorliegender ärztlicher Verordnung** am _____

von (z.B. Eltern, Pflegekräfte, Arzt ...) : _____

a) in die **Medikamentengabe** / an das **Erinnern an die Medikamenteneinnahme** eingewiesen:

Name und Art des Medikamentes: _____

Dosierung (welche Menge pro Einnahme): _____

Zeitliche Vorgabe (Wann und wie häufig pro Tag?): _____

Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken, Inhalieren etc.): _____

Hinweise zur Medikamenten-Lagerung (grundsätzlich nicht über 25°C, im Kühlschrank?):

Der Name des Schülers/der Schülerin ist auf dem Medikament vermerkt.

und / oder

b) in folgende **medizinische Hilfsmaßnahmen** eingewiesen:

Die oben genannten Lehrkräfte übernehmen in Zukunft diese Maßnahmen während der Schulzeit und bei schulischen Veranstaltungen.

Folgendermaßen muss verfahren werden, wenn Unvorhergesehenes (z. B. Nebenwirkungen) auftritt:

_____ Notfallnr.: _____

Für die Teilnahme am Sport-/Schwimmunterricht wird Folgendes vereinbart:

Sonstiges:

- **Die Sorgeberechtigten** sind verpflichtet, alle Änderungen unverzüglich mitzuteilen. Neben den Lehrkräften achten auch die Sorgeberechtigten auf die Haltbarkeit der Medikamente, indem sie deren Haltbarkeitsdaten vor der Übergabe an die jeweilige Lehrkraft zu Hause vermerken, diesen Vermerk regelmäßig sichten und vor Ablauf der Haltbarkeitsdaten rechtzeitig mit den Lehrkräften Kontakt aufnehmen, um insbesondere die Vorgehensweise in Bezug auf die Erneuerung der Medikamente zu klären.

- **Die Sorgeberechtigten** übermitteln den Lehrkräften die Verordnungen zu den Medikamenten, die in der Schule gelagert werden.
- **Die Lehrkräfte** legen einen Ordner an, der neben den Verordnungen und Ablichtungen dieser Vereinbarung auch Vermerke zu den Haltbarkeitsdaten der Medikamente enthält. Die Lehrkräfte überprüfen die Haltbarkeitsdaten der gelagerten Medikamente regelmäßig (in der Regel einmal im Monat, soweit aufgrund ärztlicher Empfehlung oder der Art des Medikaments nicht eine kürzere Frist geboten ist) und vermerken das Ergebnis ihrer Prüfung mit Datumsangabe.
- **Die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten sollen auf notwendige Ausnahmen beschränkt bleiben.**
- **Akut erkrankte Kinder sollen die Schule nicht besuchen.**

Die Lehrkräfte haften nicht (sofern kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt) für Schäden, die in Zusammenhang mit dieser Vereinbarung entstehen.

Datum

- Unterschrift Sorgeberechtigte -

- Unterschriften Lehrkräfte –

- **Behandelnde/r Ärztin/Arzt:**

Die zeitliche Geltungsdauer dieser Vereinbarung ist aus ärztlicher Sicht befristet bis zum _____

Hiermit bestätige ich die zwischen den Sorgeberechtigten und den Lehrkräften getroffene obige Vereinbarung aus ärztlicher Sicht.

Ort und Datum

- Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes -