

Mats Egerer, M.Ed.

Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und
Sportwissenschaften
Abteilung Sportwissenschaften
Auf dem Campus 1
24943 Flensburg

Mobil +49 176 57848069

Mail mats.egerer@uni-flensburg.de

Datum 03.06.2022

Projekt „Bewegungschecks“ an Grundschulen in Schleswig-Holstein

Liebe Eltern,

Ihre Schule nimmt an den „Bewegungs-Checks“ teil, die vom Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur initiiert und gefördert sowie von der Universität Flensburg wissenschaftlich begleitet, und dem IQSH sowie dem Landessportverband unterstützt werden. Wir als wissenschaftlich begleitende Universität möchten gerne mehr darüber erfahren, über welches Bewegungskönnen Kinder der 3. Klasse in Schleswig-Holstein verfügen und welche Faktoren das Bewegungskönnen der Kinder möglicherweise beeinflussen. Die Ergebnisse hieraus können helfen, den Sportunterricht an Grundschulen weiterzuentwickeln und geeignete Fördermaßnahmen zu etablieren, um jedes Kind individuell in seiner Entwicklung zu unterstützen.

Ablauf der Untersuchung

Die Kinder füllen erstens unter Anleitung von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Flensburg einen kurzen Fragebogen aus. Dazu machen sie Angaben zu ihrem Geschlecht, Alter, zu ihrer Herkunft und zu ihrem Sporttreiben. Darüber hinaus geben sie an, wie sie sich hinsichtlich ihrer sportlichen Fähigkeiten einschätzen. Dies dauert ca. 30 min.

Danach nehmen die Kinder im Rahmen des Sportunterricht an den „Bewegungs-Checks“ teil und führen sportliche Aufgaben aus. Dies erfolgt, indem die Kinder in Kleingruppen (2-4 Kinder) unterschiedliche Stationen unter Anleitung von (Sport)-Lehrkräften und weiteren unterstützenden Personen (KSB-Beauftragte, Referendare, Praxissemesterstudierende) durchlaufen. In den eingesetzten Aufgaben werden z.B. Merkmale wie Werfen, Fangen, Rollen, Laufen, Springen, Balancieren etc. erfasst. Zudem werden die Kinder gemessen und gewogen. Die Ergebnisse stehen der Sportlehrkraft anschließend für ihre weitere Unterrichtsplanung zur Verfügung und werden zudem wissenschaftlich ausgewertet (ohne Rückführbarkeit auf Ihr Kind seitens der Universität).

In dem Bewusstsein der Corona-Situation haben wir ein Hygienekonzept entwickelt, welches sicherstellt, dass durch die Untersuchung keine erhöhte Ansteckungsgefahr für Ihr Kind besteht. Dieses Konzept ist seitens der Universität Flensburg, des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur sowie seitens der Grundschule Ihres Kindes befürwortet worden.

Datenschutz

Alle Angaben zu Ihrem Kind werden zunächst pseudonymisiert verarbeitet. Dazu wird im Vorfeld eine Kodierung vorgenommen, die es erlaubt, den Fragebogen Ihres Kindes und den motorischen Test aufeinander zu beziehen. Die dazu notwendige Kodierliste, die den Namen Ihres Kindes mit einer zufälligen Nummer verbindet, ist nur den Universitätsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zugänglich und wird nach Abschluss der Dateneingabe (voraussichtlich ...) vernichtet. Zu diesem Zeitpunkt liegen die Daten in vollständig-anonymisierter Form vor und ein Rückschluss auf das einzelne Kind und damit auch die Löschung einzelner Datensätze ist nicht mehr möglich.

Die erhobenen Daten werden durch die Universität Flensburg ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet. Die Daten werden zehn Jahre lang gespeichert. Eine Übermittlung erfolgt ausschließlich an die am Projekt beteiligten Partner. Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten rechtswidrig ist, besteht das Recht auf Beschwerde beim Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD), Holstenstraße 98, 24103 Kiel, E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de, Tel.: 0431 988 1200. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an mich. Ich leite Ihre Fragen dann an die Datenschutzbeauftragte der Universität Flensburg, Frau Beckmann, weiter.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Einwilligung für die Erhebung der genannten personenbezogenen Daten Ihres Kindes ist freiwillig. Die Nichterteilung der Einwilligung hat keine Bedeutung für die gesetz- und ordnungsgemäße Beschulung Ihres Kindes. Ihr Kind kann jederzeit aus der Untersuchung aussteigen, ohne dass sich daraus Nachteile ergeben.

Die Erhebungen finden in der Woche vom **XX.XX.XXXX** bis zum **XX.XX.XXXX** in der Turnhalle der Schule statt. Wir bitten Sie, Ihrem Kind **Sportbekleidung** und ausreichend **Trinken** mitzugeben. Bitte füllen Sie die beiliegende Einverständniserklärung aus, auf der Sie uns mitteilen, ob Ihr Kind zu Forschungszwecken durch die Universität untersucht werden darf oder nicht. Geben Sie die unterschriebene Erklärung Ihrem Kind bitte bis zum **XX.XX.XXXX** wieder mit in die Schule zurück. So können wir sichergehen, dass alle Eltern von unserem Anliegen Kenntnis bekommen haben. Sie haben natürlich die Möglichkeit, Ihre Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ich wäre Ihnen überaus dankbar, wenn Sie Ihr Kind an weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen der „Bewegungs-Checks“ teilnehmen lassen würden. Falls Sie weitere Fragen haben, melden Sie sich gerne bei mir.

Mit freundlichen Grüßen



Mats Egerer, M.Ed.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Sportwissenschaften

-----Bitte behalten Sie diesen Abschnitt für Ihre Unterlagen -----

Einwilligung zur Nutzung personenbezogener Daten im Projekt Bewegungschecks nach Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Artikel 13 der DSGVO

Ich _____

Vorname Nachname der/des Erziehungsberechtigten (bitte in Druckschrift)

bin schriftlich über die Untersuchung im Rahmen des Projekts „Bewegungschecks“ und ihren Ablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Untersuchung hatte, wurden sie von Herrn Egerer vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich bin mit dem vorgesehenen Umgang der erhobenen Daten einverstanden. Die Aufzeichnung der Daten erfolgt unter der Verwendung einer Liste, die den Namen meines Kindes mit einer Nummer verbindet. Die Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Aufbewahrung bzw. Speicherung der Daten meines Kindes widerrufen kann, ohne dass meinem Kind daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich eine Löschung aller Daten meines Kindes verlangen kann, solange bis die Dateneingabe abgeschlossen ist, welche voraussichtlich bis ... geschehen sein wird. Danach wird die Liste, die den Namen meines Kindes mit der Nummer verbindet, gelöscht und die Daten sind vollständig anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass die anonymisierten Daten meines Kindes mindestens zehn Jahre gespeichert bleiben. Eine Ausfertigung der Studieninformation und eine Ausfertigung der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit, dass folgende Daten erhoben und für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden dürfen:

Ich/Wir
willige/n ein

Ich/Wir
willige/n
NICHT ein

Fragebogenerhebung der Angaben zum Geschlecht, Alter, zur Herkunft, zum Sporttreiben

Motorische Testung sowie Erhebung von Größe und Gewicht meines Kindes

Name, Vorname (des Kindes) (bitte in Druckschrift)

Schule und Klasse (bitte in Druckschrift)

Ort, Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Mats Egerer

Name des Untersuchungsleiters in Druckschrift



Flensburg, xx.xx.xxxx

Ort, Datum & Unterschrift

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

Untersuchungsleiter EUF: <i>Mats Egerer, M.Ed.</i> Tel.: +49 176 57848069 <i>mats.egerer@uni-flensburg.de</i>	Projektleitung <i>Prof. Dr. Miriam Seyda (TU Dortmund)</i> <i>Prof. Dr. Jürgen Schwier (EUF Flensburg)</i> Tel: +49 461 805 2712 <i>juergen.schwier@uni-flensburg.de</i>
--	--

-----Bitte geben Sie diesen Abschnitt Ihrem Kind mit in die Schule -----

Einwilligung zur Nutzung personenbezogener Daten im Projekt Bewegungschecks nach Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Artikel 13 der DSGVO

Ich _____

Vorname Nachname der/des Erziehungsberechtigten (bitte in Druckschrift)

bin schriftlich über die Untersuchung im Rahmen des Projekts „Bewegungschecks“ und ihren Ablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Untersuchung hatte, wurden sie von Herrn Egerer vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich bin mit dem vorgesehenen Umgang der erhobenen Daten einverstanden. Die Aufzeichnung der Daten erfolgt unter der Verwendung einer Liste, die den Namen meines Kindes mit einer Nummer verbindet. Die Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Aufbewahrung bzw. Speicherung der Daten meines Kindes widerrufen kann, ohne dass meinem Kind daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich eine Löschung aller Daten meines Kindes verlangen kann, solange bis die Dateneingabe abgeschlossen ist, welche voraussichtlich bis ... geschehen sein wird. Danach wird die Liste, die den Namen meines Kindes mit der Nummer verbindet, gelöscht und die Daten sind vollständig anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass die anonymisierten Daten meines Kindes mindestens zehn Jahre gespeichert bleiben. Eine Ausfertigung der Studieninformation und eine Ausfertigung der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit, dass folgende Daten erhoben und für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden dürfen:

Ich/Wir
willige/n ein

Ich/Wir
willige/n
NICHT ein

Fragebogenerhebung der Angaben zum Geschlecht, Alter, zur Herkunft, zum Sporttreiben

Motorische Testung sowie Erhebung von Größe und Gewicht meines Kindes

Name, Vorname (des Kindes) (bitte in Druckschrift)

Schule und Klasse (bitte in Druckschrift)

Ort, Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Mats Egerer

Name des Untersuchungsleiters in Druckschrift



Flensburg, xx.xx.xxxx

Ort, Datum & Unterschrift

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

Untersuchungsleiter EUF: <i>Mats Egerer, M.Ed.</i> Tel.: +49 176 57848069 <i>mats.egerer@uni-flensburg.de</i>	Projektleitung: <i>Prof. Dr. Miriam Seyda (TU Dortmund)</i> <i>Prof. Dr. Jürgen Schwier (EUF Flensburg)</i> Tel: +49 461 805 2712 <i>juergen.schwier@uni-flensburg.de</i>
--	---

Widerruf der Einwilligung und Löschung personenbezogener Daten im Projekt Bewegungs-Checks nach Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Artikel 16 der DSGVO

Ich _____
Vorname Nachname der/des Erziehungsberechtigte/n (bitte in Druckschrift)

widerrufe hiermit meine am _____ gegebene Einverständniserklärung zur Teilnahme meines Kindes an den Untersuchungen im Zuge des Projekts „Bewegungs-Checks“ unverzüglich.

Außerdem fordere ich Sie auf, die von meinem Kind bei Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten unverzüglich zu löschen.

Name meines Kindes: _____
(bitte in Druckschrift)

Ich bitte um unverzügliche Bestätigung, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes bei Ihnen gelöscht wurden.

Sollten Sie meinem Lösungsersuchen nicht nachkommen, fordere ich Sie auf, Ihre Entscheidung mir gegenüber unter Angabe der gesetzlichen Grundlage unverzüglich zu begründen. In diesem Fall sind die entsprechenden Daten umgehend zu sperren.

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum, Unterschrift