

4. Gesundheitsbericht



Zum seelischen Gesundheitszustand und zum Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree

**Landkreis Oder-Spree
Gesundheitsamt
August 2005**

4. Gesundheitsbericht: Zum seelischen Gesundheitszustand und zum Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree

Gliederung

Vorwort

1. Zum Bedarf und zum Stand der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen auf Bundes-, Landes- und Kreisebene (S. 5 – 14)
 - 1.1. Einschätzung von Bedarf und Versorgungserfordernissen auf Bundesebene
 - 1.2. Zur Versorgungssituation auf Landesebene
 - 1.3. Bisherige Aktivitäten auf dem Gebiet der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf der Ebene des Landkreises Oder-Spree
2. Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Beratung, Behandlung und Betreuung von auffälligen Kindern und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree (S. 15 – 41)
 - 2.1. Ambulanter Bereich
 - 2.1.1. Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 2.1.2. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
 - 2.1.3. Institutsambulanzen
 - 2.1.4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
 - 2.1.5. Erziehungs- und Familienberatungsstellen
 - 2.1.6. Frühförder- und Beratungsstellen
 - 2.1.7. Sozialpädiatrisches Zentrum in Frankfurt (Oder)
 - 2.1.8. Schulpsychologische Beratungsstellen
 - 2.1.9. Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstellen
 - 2.1.10. Ergotherapeutische Praxen
 - 2.1.11. Spezialberatungsstellen
 - 2.1.11.1. Suchtberatungsstellen
 - 2.1.11.2. Jugendmigrationsdienst
 - 2.1.11.3. Sexualberatungsstellen
 - 2.2. Teilstationärer Bereich
 - 2.3. Stationärer Bereich
 - 2.3.1. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Landesklinik Lübben
 - 2.3.2. Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der psychiatrischen Klinik am Klinikum Frankfurt (Oder)

- 2.4. Komplementär-rehabilitativer Bereich
 - 2.4.1. Angebote der Jugendhilfe
 - 2.4.2. Stationäre Therapie- und Wohneinrichtungen von überregionaler Bedeutung
 - 2.4.2.1. Chance Jugendhilfe und Therapie gGmbH
 - 2.4.2.2. „Leuchtturm“ - Jugendwohnen Diensdorf und Heilpädagogisch-therapeutische Wohngruppe Pohlitz
 - 2.4.2.3. ALREJU - Stationäre Einrichtung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
 - 2.5. Gremien für Kooperation, Koordination und Steuerung im Hilfenetzwerk
 - 2.5.1. Arbeitskreis „Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen“ der PSAG
 - 2.5.2. Arbeitsgemeinschaft „Suchtprävention LOS“
3. Ergebnisse einer repräsentativen Schülerbefragung im Landkreis Oder-Spree zur Lebensqualität, zur seelischen Gesundheit und zum Risikoverhalten (S. 42 – 82)
- 3.1. Die Vorbereitung der Befragung
 - 3.2. Allgemeine Aussagen über Familie, soziale Lage, Schultypen und Versorgungsregionen
 - 3.3. Wohlbefinden als gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen
 - 3.3.1. Körperliches Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten
 - 3.3.2. Wohlbefinden als subjektive Gesundheit und erlebte Lebensqualität
 - 3.4. Psychische Gesundheit im Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen
 - 3.5. Soziale Gesundheit in der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen
 - 3.5.1. Soziale Dimensionen des Wohlbefindens
 - 3.5.2. Gewalterfahrungen der Kinder und Jugendlichen
 - 3.6. Gesundheitlich relevantes Sucht- und Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen
 - 3.6.1. Medienkonsum
 - 3.6.2. Selbstauskünfte der Kinder und Jugendlichen zum Rauchen
 - 3.6.3. Selbstauskünfte zum Alkoholkonsum
 - 3.6.4. Selbstauskünfte der Schüler zum Drogenkonsum
4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen (S. 83 – 85)
5. Literaturhinweise (S. 86 – 87)
- Anlage: Fragebogen (Auszug aus dem in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes verwendeten umfassenderen Fragebogen)

Vorwort

Mit dem vorliegenden 4. Gesundheitsbericht löst das Gesundheitsamt ein Versprechen ein. Beim Gesundheitsbericht 2002 „Zum Stand der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Landkreis Oder-Spree“ wurde die Situation im Kinder- und Jugendbereich außen vor gelassen, um sich diesem wichtigen Thema ausführlich und gesondert zuwenden zu können. Dies ist jetzt geschehen. Der 4. Gesundheitsbericht „Zum seelischen Gesundheitszustand und zum Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree“ liegt den Abgeordneten des Kreistages und der interessierten Öffentlichkeit vor.

Zum einen kommen darin fast alle verantwortlichen Akteure zu Wort, die Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im oder für den Landkreis Beratung und Hilfe zuteil werden lassen. Zum anderen kommen die Kinder und Jugendlichen selbst zu Wort. In einer repräsentativen Befragung von 917 Kindern und Jugendlichen wurden Aussagen gewonnen, die eine wichtige Grundlage für unser künftiges Handeln im Kinder- und Jugendbereich sind.

Ziel des vorliegenden Gesundheitsberichtes ist es, bei Eltern, Lehrern, Erziehern, Sozialarbeitern, Kinderärzten, Fachärzten, Therapeuten und der interessierten Öffentlichkeit das Problembewusstsein dafür zu entwickeln, dass Kindheit und Jugend nicht nur das Alter ist, in dem durch die enorme Entwicklungsdynamik des Heranwachsens viele Probleme und Konflikte auftreten, die in der Regel als Pubertäts- oder Erziehungsprobleme gedeutet werden. Es ist auch das Alter, in dem bereits in frühen Jahren durch kritische Lebensereignisse, Konflikte der Eltern oder Familien, körperliche, seelische oder sexuelle Gewalt psychische Störungen mit Krankheitswert entstehen können. Psychische Störungen verschärfen zugleich auch die erzieherischen Probleme bei den betroffenen Kindern. Psychische Auffälligkeiten können sich, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden, im Erwachsenenalter als psychische Krankheiten manifestieren. Psychische Krankheiten bringen aber nicht nur viel Leid mit sich. Die Zunahme der psychischen Krankheiten im Erwachsenenalter ist für die Gesellschaft schon jetzt zu einem erheblichen Kostenfaktor geworden. Deshalb ist es wichtig, sich dem Problem psychischer Störungen bereits im Kindesalter zuzuwenden und den betroffenen Kindern und ihren Familien so früh wie möglich fachgerechte Hilfe zuteil werden zu lassen.

Mein Dank gilt allen, die am Zustandekommen dieses Gesundheitsberichtes beteiligt waren. Mein ganz besonderer Dank gilt den Schülerinnen und Schülern, die durch das ernsthafte und ehrliche Ausfüllen der dicken Fragebögen die Grundlage für diesen Bericht geschaffen haben. Mein Dank gilt aber auch den Eltern, die dazu ihre Zustimmung gegeben haben und den Lehrern und Schuldirektoren, die die organisatorische Durchführung der Befragung ermöglicht haben.

Ich übergebe den 4. Gesundheitsbericht den Abgeordneten des Kreistages, den Akteuren in den Handlungsfeldern Kinder- und Jugendgesundheit, Schule, Freizeit und Jugendhilfe, den Lehrern und Erziehern in den Schulen, Horten und Kitas, den Eltern und Schülern in den Schulkonferenzen sowie der interessierten Öffentlichkeit. Sie alle wirken an der Gemeinschaftsaufgabe mit, die Lebensqualität unserer Kinder und Jugendlichen nicht dem Zufall zu überlassen, sondern zielstrebig zu verbessern.

Dr. Ilona Weser
Beigeordnete

1. Zum Bedarf und zum Stand der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen auf Bundes-, Landes- und Kreisebene

1.1. Einschätzung von Bedarf und Versorgungserfordernissen auf Bundesebene

Im neuesten Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen -, herausgegeben vom Robert-Koch-Institut Berlin 2004, wird auch auf psychiatrische Erkrankungen und psychische Symptome eingegangen. Obwohl es dazu bisher keine repräsentativen Studien gibt und keine Übereinkünfte über die Kriterien, ab welcher Intensität und Häufigkeit bei Verhaltensauffälligkeiten und anderen Symptomen von einer Krankheit gesprochen werden kann, gibt es doch zahlreiche kleinere epidemiologische Studien und Jugendgesundheitssurveys, die insgesamt eine einheitliche Tendenz ergeben. Danach wird davon ausgegangen, dass bei 16 - 18 % der Kinder und Jugendlichen eine psychische Störung vorliegt. 4 - 5 % der Kinder und Jugendlichen werden als unbedingt behandlungsbedürftig eingeschätzt, bei den anderen ist Beratung und Hilfe angezeigt.

Detailliertere Untersuchungen im Jugendalter gehen davon aus, dass fast ein Drittel der Jugendlichen in ihrem bisherigen Leben zumindest einmal deutliche Anzeichen einer psychischen Erkrankung hatten. Andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass nur ein Viertel der Jugendlichen noch keine Anzeichen für eine psychische Erkrankung hatten. Das weist darauf hin, dass die o. g. Zahl von 16 - 18 % psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher als der nicht zu unterschreitende Bedarf für gesundheitspolitische Maßnahmen gelten muss. Wie noch gezeigt wird, ist diese Zahl auch für den Landkreis von Bedeutung.

Fast die gleiche Zahl, nämlich 15 - 18 % der Kinder und Jugendlichen, wurde auch bereits 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung veröffentlicht und war auch Grundlage für den Psychiatrieplan des Landkreises Oder-Spree 1997.

Aus den Studien wird auch klar, dass die Zahl der psychisch auffälligen Kinder über die Alterstufen etwa gleich bleibt. Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern. Bis zur Pubertät sind Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen häufiger als bei Mädchen. Nach der Pubertät treten depressive Syndrome und Suizidversuche bei Mädchen häufiger auf als bei Jungen. (Zu den psychiatrisch relevanten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter siehe auch die Übersicht auf Seite 16/17.)

Psychische Erkrankungen unterscheiden sich aber nicht nur nach dem Geschlecht, sondern auch nach ihrem zeitlichen Verlauf:

- Bestimmte psychische Erkrankungen, wie Ängste, dissoziale Verhaltensweisen, Aggressivität und Autismus treten bei einem hohen Anteil der betroffenen Kinder auch im späteren Lebensalter auf.
- Störungen wie Einnässen, Sprachstörungen und Hyperaktivität gehen im Jugendalter zurück.
- Bestimmte Störungen, wie Depression, Zwangssyndrome, Mager-sucht und schizophrene Erkrankungen treten erst mit der Adoleszenz, dem Eintritt ins Jugendalter auf.

Eine Besonderheit des Auftretens von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter besteht darin, dass viele Verhaltensauffälligkeiten und Verstimmungen entwicklungsabhängig, d. h. den dynamischen Entwicklungsprozessen des Kindes- und Jugendalters geschuldet sind und deshalb viele unklare Erscheinungsformen haben. Entwicklungssymptome und psychische Störungen können sich auf vielfältige Weise überschneiden und sich wechselseitig verstärken.

Eine eindeutige Unterscheidung zwischen verhaltensauffällig und krank, zwischen beratungs- oder erziehungsbedürftig einerseits und behandlungs- oder therapiebedürftig andererseits ist oft nicht möglich. Die Übergänge sind fließend, die Begriffe schließen sich nicht gegenseitig aus. Auch die Hilfen können und sollen sich überlappen.

Bisher gibt es keine bundesweit repräsentativen Untersuchungen zum allgemeinen und seelischen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland. Das Robert-Koch-Institut (RKI) als oberste Bundesgesundheitsbehörde führt gegenwärtig eine solche Untersuchung an 18.000 Kindern und Jugendlichen durch, den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 21, - KiGGS - bei dem ab 2006 mit repräsentativen Ergebnissen zu rechnen ist.

Das Gesundheitsamt des Landkreises Oder-Spree hat mit Genehmigung des RKI Auszüge aus dem Fragebogen dieser Studie zum seelischen Gesundheitszustand, zur Lebensqualität und zum Risikoverhalten ausgewählt und genutzt, um eigene repräsentative Daten für den Landkreis zu bekommen und einen Vergleich mit anderen Studien, die auf das gleiche methodische Instrumentarium zurückgreifen, zu ermöglichen.

Die Gründe dafür, dass normale Entwicklungskrisen in Krankheit umschlagen, sind vielfältig. Neben einer genetischen Disposition wirken sich aus:

- schwierige familiäre Konstellationen (Trennung und Scheidung der Eltern, alleinerziehende Eltern, Patchwork-Familien u. a.),
- schwierige soziale Situationen der Eltern (Arbeitslosigkeit, Armut, Zukunftsängste usw.),
- Krankheit und Behinderung der Eltern oder der Kinder selbst,
- psychische Erkrankungen und Suchtprobleme der Eltern,
- schulische Überforderungssituationen (Schulangst, Versagensängste, Probleme mit Mitschülern usw.),
- ein ungesunder Lebensstil (zu viel Fernsehkonsum, zu wenig Bewegung, Drogenmissbrauch u. a.).

Diese Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit dafür, dass psychische Störungen mit Krankheitswert auftreten. Einem Teil dieser Zusammenhänge ist das Gesundheitsamt im Jahre 2004 in einer repräsentativen Befragung nachgegangen (vgl. Kapitel 3).

Zur Versorgung psychisch und sozial auffälliger Kinder und Jugendlicher hat sich in der Bundesrepublik in den letzten 15 Jahren eine Versorgungsstruktur herausgebildet, die schon 1988 in den „Empfehlungen der Expertenkommission“ in ihren Grundzügen gefordert und nach der Wende auch im Land Brandenburg und im Landkreis Oder-Spree aufgebaut wurde.

Übersicht: Grundstruktur der Empfehlungen der Expertenkommission 1988 für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen

1. Ambulanter Bereich
 - niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 - Institutsambulanzen und Polikliniken
 - Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst beim Gesundheitsamt
 - Erziehungs- und Familienberatungsstellen
 - Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren
2. Teilstationärer Bereich
 - Tageskliniken
 - Nachtklinische Behandlungsmöglichkeiten
3. Stationärer Bereich
 - Kinder- und jugendpsychiatrische Universitätskliniken
 - Kinder- und jugendpsychiatrische Landeskliniken
 - Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern oder Kinderkliniken
4. Komplementär-rehabilitativer Bereich
 - Rehabilitationseinrichtungen für spezielle Patientengruppen
 - Übergangsheime
 - Wohngruppen
 - Wohnheime verschiedener Ausrichtung

Während in den Empfehlungen von 1988 z. B. die Schulpsychologie nur am Rande kritisch erwähnt wurde, gibt es heute zusätzlich zu den oben genannten ambulanten Angeboten - auch im Landkreis Oder-Spree - ein Netz von schulpsychologischen und sonderpädagogischen Beratungsstellen, und auch Spezialberatungsstellen, wie die Suchtberatung, Sexualberatung und Beratung von Migrantenkinder. Diese erfüllen wichtige Aufgaben in dem Hilfenetzwerk für auffällige Kinder und Jugendliche. Eine besondere Bedeutung kommt auch den Eingliederungshilfen nach § 35 a und den Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII (KJHG) zu.

Die ärztliche Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in der Bundesrepublik erst seit 1968 den Status eines eigenständigen ärztlichen Fachgebietes. Bis heute besteht bundesweit, besonders aber in den östlichen Bundesländern, eine z. T. erhebliche Unterversorgung mit Kinder- und Jugendpsychiatern. Auf der Jahrestagung der Kinder- und Jugendpsychiater 2002 wurde eingeschätzt, dass bei ca. 1 Mio. psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und weiteren 1,5 Mio. mit Störungen der sozialen und emotionalen Entwicklung in Deutschland etwa 1.500 Kinder- und Jugendpsychiater benötigt würden. Es gibt aber nur 550 Praxen, die jährlich etwa 500.000 Fälle behandeln. Auf dieser Tagung wurde auch auf die besonders fatale Versorgungslage in den neuen Bundesländern hingewiesen. Nur 8 % der Praxen (44) finden sich in Ostdeutschland, acht davon im Land Brandenburg, eine davon im Landkreis Oder-Spree.

Weiterhin wurde auf dieser Tagung eingeschätzt, dass sich das sozialpsychiatrische Praxismodell - die Einbeziehung von Psychologen, Heilpädagogen, Ergotherapeuten u. a. Berufsgruppen in die Praxis des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters - auf Grund des Widerstands der Krankenkassen nur sehr zögerlich durchsetzt. Auch die Gemeinde- oder Wohnortnähe, die im Erwachsenenbereich mittlerweile selbstverständlich ist, lässt sich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher nur schwer durchsetzen.

Der Grundgedanke einer bedarfsgerechten Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen, der aber nicht nur aus dieser Not geboren ist, ist der, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Versorgungsaufgaben nicht allein lösen kann, sondern dass sie nur in interdisziplinärer, multiprofessioneller Zusammenarbeit bewältigt werden können.

Der interdisziplinäre Ansatz der Aufgabe ergibt sich aus dem komplexen Charakter der Störungen im Kindes- und Jugendalter. In jedem Einzelfall, aber auch bei Maßnahmen der Kooperation und Koordination von Hilfe müssen immer folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- der entwicklungspsychologische Aspekt, die jeweiligen Altersbesonderheiten
- der Familienbezug, die Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- die konkrete Bildungs- oder Ausbildungssituation
- vorhandene Risikofaktoren (Teilleistungsstörungen, Behinderungen, familiäre, soziale Probleme u. a.)
- Prävention und Schutzfaktoren (nicht nur nach Defiziten gucken, sondern protektive (Schutz-) Faktoren in der Familie, im sozialen Umfeld, im Einzelnen entdecken, nutzen und fördern)

Beteiligte in dem Hilfe- und Versorgungsnetzwerk sind:

- die ärztliche Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationär und ambulant
- psychologische Psychotherapeuten
- Krankenkassen
- das Gesundheitsamt mit dem Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- das Bildungssystem, Kitas und Schulen, spezielle Beratungsstellen des Schulamtes
- die Sozialhilfe und/oder Jugendhilfe als Rehaträger für Eingliederungshilfen (Frühförderung und Eingliederungshilfen für seelisch behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche)
- der örtliche Jugendhilfeträger und freie Träger der Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung, Sozialarbeit, Jugendgerichtshilfe)
- Gerichte und Polizei

Alle, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen, sind damit konfrontiert, dass fast ein Fünftel von ihnen psychische, soziale und psychosomatische Auffälligkeiten zeigt, die über das Maß üblicher entwicklungsbedingter Krisen hinausgehen. Von Beratern und Therapeuten wird zudem berichtet, dass in den letzten Jahren der Schweregrad von Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen zunimmt.

Im Rahmen der programmatischen Bewegung „Gesundheitsziele für Deutschland“, die im Jahre 2000 von der Bundesregierung initiiert wurde, wurden Gesundheitsziele explizit für Kinder und Jugendliche definiert. **Bewegung, Ernährung** und **Stressbewältigung** sind dabei die entscheidenden Stichworte für ein gesundes Aufwachsen. Für den Bereich psychischer und sozialer Gesundheit wurde als abstraktes Gesundheitsziel für die Bereiche Kitas, Schulen, Familie und Freizeit definiert: „Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert“.

1.2. Zur Versorgungssituation auf Landesebene

Im Jahre 2000 griff das Ministerium für Gesundheit im Land Brandenburg den Gesundheitsziele-Prozess auf und begann Zieleprozesse in bisher fünf Handlungsfeldern zu initiieren. Die Akteure bilden dazu freiwillige Zusammenschlüsse und entwickeln nach einem selbstgewählten Verfahren gemeinsam Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage in definierten Handlungsfeldern.

Im Jahre 2003 fand in Potsdam die 2. Fachtagung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen statt. Sie hatte sich zur Aufgabe gesetzt, Gesundheitsziele für die verschiedenen gesundheitlich relevanten Bereiche zu erarbeiten.

Im April 2004 trafen sich wiederum die Akteure des „Bündnisses Gesund aufwachsen in Brandenburg“ zu einer ersten Zwischenbilanz und neuen Schwerpunktbildung. Für den vorliegenden Gesundheitsbericht sind dabei von besonderem Interesse die Handlungsfelder

- Bewegung, Ernährung, Stress,
- Früherkennung und Frühförderung,
- seelische Gesundheit und
- Gewaltprävention.

Auf dieser Tagung wurde auch eine Einschätzung der Versorgungssituation auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Land Brandenburg gegeben, die sich im stationären und im ambulanten Bereich stark unterscheidet.

In den fünf Krankenhausplanungsgebieten des Landes gibt es jeweils eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Fachabteilung (Klinik) mit insgesamt 211 Betten und 13 tagesklinischen Plätzen. Seit dem Jahre 2000 gibt es auch die gesetzliche Möglichkeit der Eröffnung von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen, von der inzwischen mehrere Fachabteilungen Gebrauch gemacht haben, so auch Frankfurt (Oder).

Eine völlige Unterversorgung gibt es auf dem Gebiet der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater im Land Brandenburg (acht Praxen und vier Doppelzulassungen für Erwachsene und Kinder im ganzen Land). Zum Ausgleich werden etwas mehr stationäre Betten geführt als es dem Bundesdurchschnitt entspricht.

Nur an drei Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten an Gesundheitsämtern im Land Brandenburg ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gibt es kaum bzw. diejenigen, die eine Genehmigung haben, werden in der Regel nur im Erwachsenenbereich tätig.

Nach dieser Fachtagung bildete sich eine Landesarbeitsgemeinschaft, die sich zur Aufgabe stellte, vernünftige und praktikable Vorschläge zur Zusammenarbeit und Vernetzung aller für die seelische Gesundheit zuständigen Bereiche, wie Schule, Jugendhilfe, Frühförderung usw. zu erarbeiten. Seit Ende des vergangenen Jahres liegt ein Positionspapier dieser Landesarbeitsgemeinschaft vor, das beschreibt, wie die im Land Brandenburg vorhandene interdisziplinäre Kompetenz besser für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Belastungen und psychischen Störungen genutzt werden kann.

Das Papier geht von der Situation aus, dass es in den meisten Gesundheitsämtern im Land keinen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt.

Die erarbeiteten Grundsätze der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität treffen aber genauso auf Landkreise zu, die einen Kinder- und Jugendpsychiater, der hoheitliche Aufgaben erfüllen kann, am Gesundheitsamt haben. Im Folgenden werden Auszüge aus dem Positionspapier vorgestellt:

„Für eine effektive und qualifizierte Versorgung ist ... ein geeignetes Zusammenschalten der Kompetenzen je nach Spektrum und Schweregrad der Störung notwendig. Das Ziel ist es,

- die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen.
- die noch bestehenden Strukturprobleme, die im Nebeneinander der Hilfesysteme bestehen zu minimieren.
- die Verbindlichkeiten in der Zusammenarbeit zu verbessern.

Der fachärztliche Versorgungsauftrag eines Kinder- und Jugendpsychiaters und -psychotherapeuten (KJPP) im Rahmen der Krankenbehandlung umfasst die Diagnostik und Therapie seelischer und psychischer Störungen mit Krankheitswert (Klassifikation nach ICD 10).

Für die seelische Genesung eines Kindes bzw. Jugendlichen sind (aber vielfältige) soziale, pädagogische und psychologische Hilfen erforderlich. Diese interdisziplinäre, ganzheitliche Denkweise ist daher Leitlinie kinderpsychiatrischen Handelns.

In Anbetracht der fachärztlichen Unterversorgung im Bereich der ambulanten KJPP-Krankenbehandlung des Landes Brandenburg muss das Interesse gerade darin liegen, die richtigen Kinder zum richtigen Zeitpunkt einer kinderpsychiatrischen Diagnostik und Therapie zuzuführen, um diese wirksam behandeln zu können...

- Die Entwicklung psychischer Störungen ist ein Prozess, dem ein bestimmtes Maß seelischer Belastungen vorausgeht. Wenn zu diesem Zeitpunkt rechtzeitig geeignete, vorrangig erzieherische, pädagogische oder entwicklungstherapeutische Schritte erfolgen, kann eine psychische Störung oft gemildert oder gar vermieden werden i. S. der Prävention. Hier spielen soziale Umfeldsanierungen und Beratungen eine wichtige Rolle. Prävention, frühes Erfassen und Betreuung von seelisch belasteten Kindern bilden ein erstes Ziel.
- Weiterführend ist eine Sichtung nach Schweregrad und Komorbidität im Zeitverlauf der Betreuung dieser Kinder erforderlich. Dazu gilt es, geeignete Filterstellen im interdisziplinären Versorgungssystem zu nutzen, welche nach Kompetenzen einer Basisversorgung und spezialisierten Versorgung unterscheiden. Eine Basisversorgung ist dabei zunächst als eindimensionale Betreuung zu verstehen, egal durch welches System. Hier werden Maßnahmen veranlasst, deren Effektivität nach überschaubaren Zeiten überprüft werden sollten (6 Monate).“

Als Kooperationspartner des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie (niedergelassener oder im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst) werden in dem Papier benannt:

„Kinderarzt	Entwicklungsstörungen
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	Allgemeine Gesundheitsaufsicht/Reihenuntersuchungen in Kita und Schule/Feststellung von Auffälligkeiten.
Frühförderung	Setzt Antragstellung beim JA/Sozialamt voraus. Kinder von 0 bis 6 Jahren, die behindert oder von Behinderung bedroht sind (hier gilt der Begriff der Behinderung nach SGB IX § 2).
Hilfen nach dem KJHG	Setzt Antragstellung beim JA voraus auf Hilfen nach § 27 ff SGB VIII (KJHG).
Erziehungs- und Familienberatung	Störungen im Familienkontext/familiäre Konflikte, Erziehungsfragen, Verhaltens-, Erziehungsprobleme.
Sonderpädagogischer Dienst	Leistungsversagen, Teilleistungsstörungen, Behinderungen, Verhaltensstörungen usw. mit Einflussnahme auf den Schulalltag. Antrag auf Erstellung eines Sonderpädagogischen Förderausschussverfahrens Vorschulkinder/Schulkinder.
Schulpsychologischer Dienst	emotionale Störungen/ Beziehungsstörungen im Kontext der Schule“

„...Bei Verdacht auf eine komplexe Symptomatik, die einen multiprofessionellen Behandlungsansatz erfordert, sollte eine Anlaufstelle mit fachergänzenden Kompetenzen zur Sichtung herangezogen werden. Diese Clearingstelle sollte für alle an der Basisversorgung Beteiligten ein möglicher Ansprechpartner bei komplexen/schwierigen Fällen werden. Vorgeschlagen wird deshalb eine Anlaufstelle (Clearing- oder Screeningstelle).

...Eine gemeinsame Fallbesprechung auf deren Basis eine Hilfe- und Behandlungsplanung mit Elternbeteiligung erfolgt, ist sinnvoll. Hier könnte dann eine weiterführende spezialisierte Diagnostik und Therapie veranlasst werden...

Fazit: ... Durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit hoher fachlicher Kompetenz ist mit einer Verbesserung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen zu rechnen. Die relativ wenigen therapeutischen Kapazitäten für dieses Klientel in den Kreisen und kreisfreien Städten könnten so zielgerichteter genutzt werden...“

Einen ähnlichen Ansatz haben wir im Rahmen des 4. Gesundheitsberichtes des Landkreises Oder-Spree verfolgt, nämlich eine Bestandsaufnahme aller einschlägigen fachlichen Kompetenzen zu machen, die an dem interdisziplinären Hilfe- und Kompetenznetz für Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen bereits mitwirken oder mitwirken sollten (siehe Kapitel 2)

1.3. Bisherige Aktivitäten auf dem Gebiet der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf der Ebene des Landkreises Oder-Spree

Im Psychiatrieplan des Landkreises Oder-Spree von 1997 wurde auch eine Einschätzung der damaligen Situation auf dem Gebiet der psychiatrischen, psychosozialen und sozialpädagogischen Hilfen für Kinder und Jugendliche gegeben. Zum einen wurde der Mangel an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern beklagt, zum anderen wurde positiv hervorgehoben, dass der Landkreis Oder-Spree seit seinem Bestehen - basierend auf einem Modellprojekt des Altkreises Fürstenwalde - einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst mit Fachärzten hat, die z. T. sogar eine Behandlungsermächtigung hatten.

Positiv wurde auch die Vielfalt an freien Trägern hervorgehoben, die Beratungsstellen und Betreuungsangebote für hilfsbedürftige Kinder und Jugendliche auf hohem fachlichem Niveau anbieten.

Als Entwicklungsaufgabe wurde schon 1997 die Verbesserung der Berufsgruppen übergreifenden Kooperation benannt. Als Fachgremium trat dafür der Arbeitskreis „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft auf (davor „Beraterkonferenz“).

Im Jahre 1999 legte das Gesundheitsamt den 2. Gesundheitsbericht „Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree“ vor. In dieser Kreistagsvorlage wurden auch wichtige aktuelle Aufgaben der Versorgung von auffälligen Kindern und Jugendlichen im Landkreis benannt und vom Kreistag bestätigt, wie

- die Erhaltung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes,
- die Sicherung des Rechtsanspruches auf Frühförderung,
- die Betreuung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf,
- Gesundheitsförderung in der Schule, besonders zu Ernährungsverhalten, Übergewicht und Ess-Störungen,
- Suchtverhalten und Suchtprävention, besonders in den Schulen,
- Sexuaufklärung und HIV-/AIDS-Prävention,
- Hilfen bei Erziehungsschwierigkeiten und Straftaten.

Besonders hervorgehoben wurde im 2. Gesundheitsbericht die große Bedeutung der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, die zunehmend Besorgnis erregende Hinweise auf Störungen bei den Kindern erbringen, die sich, wenn sie nicht behandelt werden, zu psychischen Störungen und Krankheiten ausweiten können. Diese sind insbesondere

- Sprach- und Sprechstörungen,
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite,
- Hyperkinetische Verhaltensstörungen,
- Teilleistungsstörungen,
- Übergewicht.

Wie schon in dem Bericht von 1999 festgestellt, wurden auch im Einschulungsjahr 2004 wieder bei 53,9 % der 1.350 untersuchten Schulanfänger gesundheitliche Beeinträchtigungen festgestellt. Bei 30,6 %, also fast einem Drittel der Schulanfänger, wurden die oben genannten Störungen und Defizite festgestellt.

Betrachtet man die Entwicklung von 1997 bis heute, so konnte das Versorgungsniveau im Landkreis gehalten, an manchen Stellen sogar verbessert werden:

- In Fürstenwalde gibt es seit 1999 eine niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin, die Kinder und Jugendliche aus dem gesamten Landkreis behandelt.
- Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes konnte nach dem altersbedingten Weggang der vorherigen Ärztin wieder mit einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie (0,5 VZÄ) besetzt werden.
- Die Kooperation zwischen den Diensten und Beratungsstellen von Schulamt, Jugendhilfe, Gesundheitsamt und ärztlicher Psychiatrie hat sich, wie im Kapitel 2 näher ausgeführt wird, bei den Einzelfällen verbessert und intensiviert.

Eine besonders intensive Entwicklung hat sich im Landkreis unter Federführung des Gesundheitsamtes und in enger Zusammenarbeit mit Kitas und Schulen in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Suchtprävention vollzogen.

Das Projekt „Vorbeugen ist besser als heilen, vorbeugen ist billiger als heilen“, ein EU-gefördertes Modellprojekt, wurde von 2002 bis 2004 durch das Gesundheitsamt des Landkreises Oder-Spree als Projekt der Gesundheitsförderung zur primären Sucht- und Drogenprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen durchgeführt.

Im Mittelpunkt der Projektarbeit steht der Lebenskompetenzansatz, das heißt, die Vermittlung eines positiven Gesundheitsbegriffes, von Fähigkeiten zur Selbstständigkeit, Kommunikation und Bewältigung von Stresssituationen. Die Kinder „Fit und Stark“ für das Leben zu machen, ist Grundanliegen aller Bemühungen und Aktivitäten.

Das Projekt gliedert sich im Wesentlichen in zwei Phasen.

In der ersten Phase wurden die am Projekt teilnehmenden Pädagogen und Kita-Erzieherinnen in zehn Ganztagsseminaren zu den Themen

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen,
- Umgang mit Stress und negativen Emotionen,
- Kommunikation,
- kritisches und kreatives Denken,
- Strategien zur Problemlösung,

geschult. Die Schulungsinhalte wurden dann in der zweiten Phase im Kita- bzw. Grundschulbereich durch die Multiplikatoren in den Alltag eingebaut und nach eigenen Konzepten umgesetzt.

Im Grundschulalltag bildete der „Igelvertrag“, den die Schüler mit der Lehrerin, aber auch untereinander eingingen, den Rahmen zur kontinuierlichen Arbeit zu den o. g. Themen in den Igelstunden.

In der Modellphase beteiligten sich fünf Grundschulen und eine Förderschule an diesem Projekt, das ab dem Schuljahr 2004/2005 als Programm verstetigt wird und nun weitere 13 Grundschulen und eine Förderschule einbezieht.

Projekttag, die federführend durch das Gesundheitsamt koordiniert wurden und an denen meist die gesamte Schülerschaft der Schule einbezogen wurde, aber auch die polnischen Projektpartner aus der Partnerregion Sulecin begrüßt werden konnten, bildeten besondere Höhepunkte in der Projektarbeit.

Während der gesamten Projektphase wurden die Einrichtungen durch das Gesundheitsamt begleitet. Der Erfahrungsaustausch und die Aufbauseminare wurden für die Pädagogen zusätzlich angeboten und von ihnen als besonders effektiv eingeschätzt.

Durch das Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung an der Universität Potsdam (IFK) wurde das Projekt wissenschaftlich begleitet. Ergebnisse sind im Evaluationsabschlussbericht nachzulesen (siehe Literaturhinweise).

Im folgenden Kapitel kommen nun die am Hilfe- und Kompetenznetz für auffällige Kinder und Jugendliche beteiligten Dienste und Beratungsstellen sowie die stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlungsangebote zu Wort. Dabei war es leider unumgänglich, die engagierten und interessanten Beiträge zu kürzen, um den Umfang des Berichtes nicht überzustrapazieren.

2. Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Beratung, Behandlung und Betreuung von auffälligen Kindern und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree

Ergänzend zu den Daten der durchgeführten Befragung zum seelischen Gesundheitszustand der Schüler und Schülerinnen in der 6. und 10. Klassenstufe (vgl. Kapitel 3.) erbaten wir von den im Landkreis Oder-Spree tätigen Spezialberatungsstellen und -einrichtungen, Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten eine Einschätzung ihrer Tätigkeit für die von psychischen Auffälligkeiten betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Die Zuarbeiten zum 4. Gesundheitsbericht sollten nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Wie viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Sozialverhaltens oder anderen Problemen aus dem Landkreis Oder-Spree wurden im Schuljahr 2003/2004 bzw. im Kalenderjahr 2004 beraten, betreut oder behandelt?
- Welche Probleme waren Anlass für die Einweisung zur Behandlung oder Beratung? Nennen Sie die häufigsten oder typischen Probleme und Schwierigkeiten.
- Welche Diagnosen wurden gestellt bzw. mit welchen Diagnosen wurden die Kinder und Jugendlichen zur Behandlung oder Beratung überwiesen? Nennen Sie die am häufigsten vorkommenden.
- Wie häufig erhielten Kinder und Jugendliche im Einzelfall Behandlungen bzw. Beratungen?
- Wie war die demographische Zusammensetzung der im Berichtszeitraum behandelten oder beratenen Kinder und Jugendlichen?
- Woher, von wem wurden die Kinder und Jugendlichen überwiesen? Nennen Sie die häufigsten Kooperationspartner.
- Wohin wurden die Kinder und Jugendlichen nach Abschluss oder während der Behandlung bzw. Beratung zur weiteren Behandlung oder Betreuung vermittelt bzw. mit welchen einschlägigen Einrichtungen arbeiten Sie diesbezüglich häufig zusammen?

In der Übersicht auf den beiden folgenden Seiten ist dargestellt, um welche am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen bzw. psychiatrisch behandlungsbedürftigen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter es sich dabei handelt. Dabei kommt es vor, dass Mediziner andere Begriffe verwenden als Schulpsychologen oder Sonderpädagogen oder aber auf andere Weise nach Ursachen bzw. Folgen einer Störung fragen. Im Wesentlichen sind aber doch in allen Zuarbeiten immer wieder die gleichen Störungen erkennbar.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (eine Auswahl)

Diagnose	Typische Symptome
Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen – AD(H)S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen ▪ häufiger Wechsel von Tätigkeiten ▪ desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivitäten ▪ oft Achtlosigkeit und Impulsivität (Neigung zu Unfällen) ▪ Distanzstörungen in Beziehungen zu Erwachsenen und Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung ▪ <u>Beeinträchtigung kognitiver Funktionen</u>: Verzögerungen der motorischen/sprachlichen Entwicklung ▪ <u>Sekundäre Komplikationen</u>: Dissoziales Verhalten/niedriges Selbstwertgefühl
Störungen des Sozialverhaltens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Charakterisiert</u> durch sich wiederholendes, anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens ▪ Beispiele für Verhaltensweisen: <ul style="list-style-type: none"> - extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren - Grausamkeit gegenüber anderen Personen/Tieren - erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum - ungewöhnlich häufige, schwere Wutausbrüche...
Ticstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unwillkürliche, rasche, wiederholte, nichtrhythmische Bewegungen meist umschriebener Muskelgruppen oder Lautproduktionen ▪ setzt plötzlich ein u. dient keinem erkennbaren Grund
Enuresis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unwillkürliches Harnlassen, Bettnässen ▪ kann von einer schweren emotionalen oder Verhaltensstörung begleitet sein
Mutismus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ absichtliche oder psychisch bedingte Stummheit (ohne organischen Defekt)
Reaktive Bindungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Charakterisiert</u> durch anhaltende Auffälligkeiten in sozialen Beziehungsmustern des Kindes ▪ <u>Symptome</u>: Furchtsamkeit, Übervorsichtigkeit, eingeschränkte soziale Interaktionen zu Gleichaltrigen, Aggressionen gegen sich selbst oder andere, Unglücklichsein, Wachstumsverzögerungen
Phobien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankhafte Angstzustände ▪ hervorgerufen durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen oder auch Vorstellungen ▪ Steigerung bis zu Panikattacken
Zwangsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wiederkehrende Zwangsgedanken (quälende Ideen, Vorstellungen, Impulse) und Zwangshandlungen (ständiges Wiederholen von sprachlichen Äußerungen oder motorischen Abläufen)

Anorexia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ absichtlich herbeigeführter oder aufrechterhaltener Gewichtsverlust ▪ unterschiedliche Schweregrade der Unterernährung ▪ <u>Symptome</u>: eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivität, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen, Gebrauch von Appetitzüglern... ▪ <u>Folgen</u>: u. a. körperliche Funktionsstörungen
Bulimia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wiederholte Anfälle von Heißhunger und übertriebene Beschäftigung mit der Gewichtskontrolle ▪ <u>Verhaltensmuster</u>: Essanfälle, Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln ▪ <u>Folgen</u>: Elektrolytstörungen, körperliche Komplikationen
Lese- und Rechtschreibstörungen (LRS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fähigkeit, Laute und Zeichen einander zu zuordnen und Wörter durchzugliedern, nicht ausreichend entwickelt ▪ <u>Folge</u>: Abfolge der Buchstaben gerät durcheinander, mehrere Konsonanten hintereinander zu erfassen, Rechtschreibschwierigkeiten, Probleme beim Lesen ▪ Ursachen mannigfaltig
Rechenschwäche (Dyskalkulie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ausgeprägte Lernstörung im Bereich Mathematik ▪ mangelndes Zahlen- und Zahlraumverständnis ▪ Defizite in der Beherrschung grundlegender Rechenfertigkeiten
Autismus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ definiert eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung und ▪ abnorme Funktionen in der sozialen Interaktion, der Kommunikation, im eingeschränkten, stereotyp sich wiederholenden Verhalten ▪ äußert sich in krankhafter Ichbezogenheit, affektiver Teilnahmslosigkeit, Verlust von Umweltkontakten, Flucht in eigene Phantasiewelt

(Quelle: ICD -10 - SGB V)

Im Folgenden wird dargestellt, wie viele Kinder und Jugendliche im Jahr 2004 beraten bzw. behandelt wurden, welche Probleme zur Beratung und Behandlung führte, welche Diagnosen gestellt wurden und mit welchen Partnern zusammengearbeitet wurde.

2.1. Ambulanter Bereich

2.1.1. Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Landkreis Oder-Spree gibt es nur in der Versorgungsregion Fürstenwalde eine niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie. Sie arbeitet in ihrer Praxis nach der Sozialpsychiatrievereinbarung und beschäftigt in ihrem Team eine Psychologin und einen Sozialtherapeuten.

500 behandelte Kinder und Jugendliche im Jahre 2004	<ul style="list-style-type: none"> – Mehr Jungen als Mädchen – Alle soziale Schichten – Anteil Migrantenkinder äußerst gering – Anteil aus dem Ostteil des LOS etwas höher
Gründe, die zur Überweisung führten:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzentrationsstörungen ▪ Lernschwierigkeiten ▪ Entwicklungsstörungen ▪ Ängste u. a. emotionale Störungen ▪ Oppositionelles und aggressives Verhalten ▪ Psychosomatische Symptome
Häufige Diagnosen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADHS ▪ Entwicklungsstörungen ▪ Emotionale Störungen ▪ Störungen des Sozialverhaltens ▪ Depressive Störungen ▪ Anpassungsstörungen ▪ Teilleistungsstörungen
Behandlungsdauer:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In einigen Fällen mehr als 20 Behandlungen pro Jahr ▪ In vielen Fällen ein Kontakt pro Quartal ▪ In vielen Fällen auch nur eine Beratung
Überweisung/ Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulpsychologen ▪ Ergotherapeuten ▪ Logopäden ▪ Kinder- und Hausärzte ▪ Schulen, Kitas ▪ Selbstvorstellung
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lübben und Frankfurt (Oder) ▪ Schulpsychologische Beratungsstellen ▪ Erziehungs- und Familienberatungsstelle ▪ Jugendhilfe ▪ Praxen für Ergotherapie / Physiotherapie / Logopädie

2.1.2. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Im Landkreis Oder-Spree gibt es fünf niedergelassene psychologische Psychotherapeuten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung auch eine Genehmigung zur Therapie von Kindern und Jugendlichen haben. Nur ein Psychotherapeut in Bad Saarow macht davon auch Gebrauch (siehe Übersicht). Seit Kurzem hat in Fürstenwalde ein weiterer Psychotherapeut speziell für Kinder und Jugendliche seine Praxis eröffnet. Völlig unterversorgt ist demgegenüber die Region Eisenhüttenstadt, zumal es dort auch keine Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis gibt.

6 behandelte Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> – 2 weiblich, unter 10 Jahren – 4 männlich, über 14 Jahren
Gründe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhaltensauffälligkeiten ▪ Soziale Ängste ▪ Angst vor Leistungsversagen ▪ Aggression ▪ Sexuelle Auffälligkeiten
Diagnosen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situativ affektive Belastung (Trauerreaktion) ▪ Neurotische Entwicklungen infolge von Überforderung (leistungsmäßig bei Teilleistungsstörungen oder Grenzdeibilität, sozial-mentale Überforderung bei psychosozialer Retardation)
Behandlungsdauer:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 – 6 Behandlungen
Überweisungen/ Empfehlungen von:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eltern kamen aus eigenem Antrieb oder auf Anraten des Lehrers
Kooperation/ Zusammenarbeit:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eltern (ersatzweise die Erzieher und deren Partner)

2.1.3. Institutsambulanzen

Eine Institutsambulanz, die für die Region Eisenhüttenstadt/Beeskow wichtig sein könnte, wurde 2004 an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der psychiatrischen Klinik des Klinikums Frankfurt (Oder) eröffnet. Der Schwerpunkt liegt bisher auf der diagnostischen Tätigkeit. Im Jahre 2004 wurden 560 Überweisungsfälle behandelt (nicht nur aus LOS). Das Sozialpädiatrische Zentrum wird durch die Institutsambulanz etwas entlastet.

2.1.4. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) am Gesundheitsamt des Landkreises Oder-Spree ist eine der wichtigsten Säulen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Fehlentwicklungen im Landkreis. Die Arbeit des KJPD erfolgt an drei verschiedenen Standorten: Fürstenwalde, Beeskow und Eisenhüttenstadt. 2004 wurden folgende Fälle beraten und begutachtet:

347 begutachtete Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> – mehr Jungen als Mädchen – alle sozialen Schichten – Anteil Migrantenkinder äußerst gering – gesamter Landkreis
Begutachtung/ Empfehlung/ Beratung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 187 Kinder – heilpädagogische Förderung ▪ 43 Kinder – ganztägige heilpädagogische Förderung ▪ 85 Kinder und Jugendliche – nach § 35 a SGB VIII ▪ 26 Kinder und Jugendliche – nach § 54 SGB XII ▪ 6 Kinder – erhöhter Erziehungs- und Förderbedarf
Diagnosen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprachentwicklungsverzögerungen ▪ Motorische Entwicklungsverzögerungen ▪ Kombinierte Entwicklungsverzögerungen ▪ Störungen des sozialen Verhaltens ▪ Störungen der Emotionalität ▪ Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten ▪ Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Konsultationen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2004 insgesamt 1.200 ▪ davon 546 Neuvorstellungen ▪ davon 720 Wiedervorstellungen
Überweisung/ Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes ▪ Niedergelassene Kinderärzte ▪ Jugendamt ▪ Familien
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesklinik/Kinder- und Jugendpsychiatrie Lübben ▪ Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinikum Frankfurt (Oder) ▪ Schulpsychologische Beratungsstellen ▪ Jugendhilfe

2.1.5. Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Im Landkreis Oder-Spree gibt es drei Erziehungs- und Familienberatungsstellen, die mit vier Psychologen besetzt sind. Alle haben eine psychotherapeutische Ausbildung, zwei von ihnen haben auch eine zeitgemäße systemische therapeutische Ausbildung.

Eine Beratungsstelle ist in Trägerschaft des Jugendamtes (Eisenhüttenstadt – Beeskow im Wechsel), zwei Beratungsstellen sind in Trägerschaft des AWO Kreisverbandes Fürstenwalde.

- a. Versorgungsregion Beeskow/Eisenhüttenstadt:
Erziehungs- und Familienberatungsstelle in Trägerschaft des Jugendamtes des Landkreises Oder-Spree

<p>259 Kinder und Jugendliche und deren Angehörige beraten</p> <p>0 – 5 Jahre 22 % 6 – 12 Jahre 47 % 13 – 17 Jahre 26 % ab 18 Jahre 5 % (männlich 60 %, weiblich 40 %)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Sehr hoher Anteil Alleinerziehender – Zunehmend hoher Anteil von Patchwork-Familien – Arbeitslosigkeit in mindestens der Hälfte aller Fälle – Psychische Erkrankungen eines Elternteils – 3 Migrantenfamilien begleitend beraten
<p>Gründe zur Kontaktaufnahme/ Beratungsschwerpunkte:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehungsprobleme in der Familie ▪ Probleme bei Trennung und Scheidung ▪ Verhaltensauffälligkeiten: aggressives Verhalten, Mobbing, Schulverweigerung, Schulversagen ▪ Entwicklungsverzögerungen, Wahrnehmungsstörungen ▪ ADS/ADHS ▪ Psychosomatische Störungen ▪ Suchtprobleme ▪ Gewalt oder sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ▪ Erziehungsunsicherheiten
<p>Vermittlung durch:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt, ASD ▪ Kliniken ▪ Schulen, Kindertagesstätten ▪ Schulpsychologen ▪ Kinderärzte, Hausärzte ▪ Psychotherapeuten ▪ ca. 50 % auf Empfehlung durch Bekannte oder Verwandter
<p>Kooperation/ Weitervermittlung an:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesklinik Lübben Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinikum Frankfurt (Oder) ▪ Schulpsychologischer Dienst, Suchtberatungsstellen, Sonderpädagogische Beratungsstellen ▪ Jugendamt, ASD ▪ Ergotherapeuten

- b. Versorgungsregion Fürstenwalde:
Familien- und Erziehungsberatungsstelle des AWO Kreisverbandes Fürstenwalde e. V.

<p>216 Kinder und Jugendliche und deren Angehörige beraten</p> <p>6 – 8 Jahre 45 Kinder 9 – 11 Jahre 41 Kinder 12 – 14 Jahre 50 Kinder 15 – 17 Jahre 80 Jugendliche (Jungen: 107/Mädchen: 109)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 30 % mit einem arbeitslosen Elternteil – 10 % beide Eltern arbeitslos – 25 % Multiproblemfamilien – Migrantenkinder: 6 – Stadtkinder: 120 – Landkinder: 96
<p>Gründe zur Kontaktaufnahme/ Beratungsschwerpunkte:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragen zum Erziehungsverhalten, Kindesverhalten, Autoritätsprobleme der Eltern ▪ Trennungs- und Scheidungskonflikte, Umgangs- und Sorgerechtskonflikte ▪ Probleme in neu zusammengesetzten Familien, Alleinerziehender ▪ Generationskonflikte/Beziehungsprobleme ▪ Folgen von Missbrauch, Gewalt, Vernachlässigung, Verwahrlosung ▪ Störungen des Sozialverhaltens und der Integration ▪ Probleme der Selbstkontrolle, Selbstmotivierung ▪ Leistungsversagen ▪ Kontakt- und Selbstbehauptungsprobleme
<p>Beratungsumfang:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 37 Fälle einmalige Beratung ▪ 107 Fälle 1 – 5 Beratungskontakte ▪ 50 Fälle 6 – 10 Beratungskontakte ▪ 17 Fälle 10 – 20 Beratungskontakte ▪ 5 Fälle < 20 Beratungskontakte
<p>Vermittlung durch:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt, ASD ▪ Kliniken ▪ Schulen, Kindertagesstätten, Ausbildungsstätten ▪ Heime und WGs ▪ Ärzte und Therapeuten ▪ Anwälte, Polizei ▪ Familienhelfer ▪ Die weitaus meisten Familien auf Empfehlung Bekannter oder Verwandter.
<p>Kooperation/ Weitervermittlung an:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt ▪ Niedergelassene Ärzte und Therapeuten ▪ Kliniken ▪ Selbsthilfegruppen und Angebote anderer Träger ▪ Förderausschüsse ▪ Jugendfreizeiteinrichtungen ▪ Schulsozialarbeiter ▪ Arbeitsamt ▪ Schulpsychologischen Dienst, Suchtberatungsstellen, ▪ Sonderpädagogische Beratungsstellen

- c. Versorgungsregion Erkner:
Familien- und Erziehungsberatungsstelle des AWO Kreisverbandes Fürstenwalde e. V.

245 Kinder und Jugendliche und deren Angehörige beraten 0 – 6 Jahre 53 Kinder 6 – 9 Jahre 39 Kinder 9 –12 Jahre 43 Kinder 12 –15 Jahre 45 Jugendliche 15 –18 Jahre 51 Jugendliche 18 –27 Jahren 14 Jugendliche (Jungen: 136 / Mädchen: 109)	– 225 Rat suchende Familien kontaktierten die Beratungsstelle
Gründe zur Kontaktaufnahme/ Beratungsschwerpunkte:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehungsprobleme (36 %) ▪ Entwicklungsauffälligkeiten (23 %) ▪ Trennung/Scheidung der Eltern (23 %) ▪ Schul- und Ausbildungsprobleme (10 %) ▪ Straftaten des Jugendlichen/jungen Volljährigen (2 %) ▪ Suchtprobleme des jungen Menschen (2 %) ▪ Anzeichen für Misshandlungen (2 %) ▪ Anzeichen für sexuellen Missbrauch (2 %)
Beratungsumfang:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 35 Fälle einmalige Beratung ▪ 65 Fälle 1 – 5 Beratungskontakte ▪ 50 Fälle 5 – 10 Beratungskontakte ▪ 75 Fälle 10 – 20 Beratungskontakte ▪ 20 Fälle mehr als 20 Beratungskontakte
Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt, ASD ▪ Kindertagesstätten, Schulen ▪ Kliniken ▪ Familiengericht ▪ Niedergelassene Ärzte und Therapeuten ▪ Selbstmelder, durch Empfehlung durch Freunde, Bekannte und Medien
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt ▪ Niedergelassene Ärzte und Therapeuten ▪ Kliniken ▪ Drogen- und Suchtberatungsstelle

2.1.6. Frühförder- und Beratungsstellen

Die Aufgaben der Frühförderung und die Tätigkeit der Frühförder- und Beratungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und dem Sozialamt wurden im 2. Gesundheitsbericht ausführlich dargestellt. Deshalb kann an dieser Stelle darauf verzichtet werden.

Im Jahre 2004 erhielten im Landkreis Oder-Spree 302 Kinder im Vorschulalter Frühfördermaßnahmen, einschließlich in Integrationskitas. Nach offizieller Meldung des Sozialamtes wurde bei elf Kindern die Frühförderung auf Grund einer festgestellten seelischen Behinderung bzw. seelischen und Mehrfachbehinderung gewährt.

Von diesen elf erhielten fünf Kinder mobile ambulante Frühförderung, drei Kinder auf Grund einer geistig-seelischen Behinderung und zwei Kinder auf Grund einer körperlich-seelischen Behinderung. Sechs Kinder mit einer seelischen bzw. Mehrfach-Behinderung erhielten einen Platz in einer Integrationskita. Davon hatten zwei Kinder eine seelische und vier Kinder eine körperlich-seelische Behinderung.

Im Landkreis Oder-Spree sind zwei Frühförder- und Beratungsstellen tätig, die mobile ambulante Frühförderung im Auftrage des Sozialhilfeträgers durchführen. Im Jahre 2004 erbrachten sie folgende Frühförderleistungen für Kinder mit Beeinträchtigungen im Vorschulalter:

Frühförder- und Beratungsstelle Eisenhüttenstadt, Stadthafenweg 9	Frühförder- und Beratungsstelle Fürstenwalde, Schlossstraße 5
9 Kinder mit seelischer Behinderung 25 Kinder mit seelisch-geistiger Behinderung 10 Kinder mit seelisch-körperlicher Behinderung 7 mehrfachbehinderte Kinder 39 Kinder mit Entwicklungsverzögerungen	1 Kind mit seelischer Behinderung 0 Kinder mit seelisch-geistiger Behinderung 4 Kinder mit körperlicher Behinderung 2 mehrfachbehinderte Kinder 104 Kinder mit Entwicklungsverzögerungen

Auf der im 1. Kapitel schon erwähnten Tagung des „Bündnisses Gesund aufwachsen in Brandenburg“ wurde kritisch darauf hingewiesen, dass die förderbedürftigen Kinder die Frühförderung durchschnittlich erst ab 4,2 Jahren erhalten. Das ist etwa zwei Jahre zu spät und unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst mit seinen Reihenuntersuchungen möglichst früh in den Kitas beginnen sollte.

Des Weiteren wurde auf dieser Tagung kritisch vermerkt, dass im Land Brandenburg bis heute keine Landesrahmenvereinbarung zur Ausgestaltung der Frühförderung als Komplexeleistung unterzeichnet ist, obwohl die entsprechende Frühförderverordnung des Bundes auf der Basis des SGB IX seit zwei Jahren geltendes Recht ist.

2.1.7. Sozialpädiatrisches Zentrum am Klinikum Frankfurt (Oder)

Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) ist am Klinikum Frankfurt (Oder)
 – Akademisches Lehrkrankenhaus der Humboldt-Universität (Charité) zu Berlin
 – angegliedert.

400 Kinder und Jugendliche wurden behandelt	<ul style="list-style-type: none"> – Alter von 0 bis 18 Jahre – viele Kinder werden nur diagnostiziert; insbesondere aus dem Schulalter
Gründe für Kontaktaufnahme/ Überweisung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklungsstörungen (Vorschulalter); Wahrnehmungs-/Sprachstörungen ▪ Aufmerksamkeitsstörungen ▪ Zentrale Koordinationsstörungen im Kleinkindalter ▪ Schulische Probleme allgemein benannt, kombiniert mit Verhaltensauffälligkeiten
Diagnosen: ¹⁾ Typische Diagnosen im Schulalter ²⁾ Typische Diagnosen im Vorschulalter Weitere Diagnosen, die oft mitbehandelt werden:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom¹ ▪ Wahrnehmungsstörungen^{1, 2} ▪ Sprachentwicklungsstörungen² ▪ Allgemeine Entwicklungsstörungen² ▪ Zentrale Koordinationsstörungen² ▪ Störungen in der Grobmotorik¹ ▪ Teilleistungsstörungen¹ ▪ Intelligenzminderung¹ ▪ Verhaltensstörungen¹ (Die meisten Diagnosen stehen nicht für sich allein.) <ul style="list-style-type: none"> – Kopfschmerzen und Funktionsstörungen – Entwicklungsstörungen – Multimodale Wahrnehmungsstörungen – Epilepsie – Behinderungen (z. B. infantile Cerebralparese, genetische Syndrom, Hydrocephalus u. a.)
Überweiser an das SPZ:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandelnder Kinderarzt/Internist mit Allgemeinartzfunktion ▪ Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes (Auslöser von Überweisungen sind oft das Jugendamt oder Frühförderstellen bzw. Erziehungs- und Familienberatungsstellen, die die Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung sehen)

Das SPZ arbeitet nach dem SGB V § 119. Eine einmalige Vorstellung und Diagnostik gibt es in der Regel nicht. Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Diagnose. Die Behandlungen finden meist einmal pro Woche statt. Nach Abschluss der Diagnostik werden die Kinder und Jugendlichen an ihren behandelnden/überweisenden Arzt zurückverwiesen. Dieser erhält eine Behandlungsempfehlung.

Zum Teil wurde durch das SPZ eine Behandlung/Heilmittelverordnung per Rezept, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie bereits ausgelöst. Bei komplexeren oder schwerwiegenden Entwicklungsstörungen wird der Entwicklungsverlauf bei den Kindern kontrolliert. In diesem Zusammenhang wird auch an die zuständige Frühförderstelle verwiesen.

Bei psychosozialen Problematiken wird der Kontakt zum Jugendamt gesucht und ggf. an örtliche Beratungsstellen bzw. bei Schulkindern auch an vorhandene Schulpsychologen oder Sonderpädagogen des Staatlichen Schulamtes weiterverwiesen. Des Weiteren wird ein geringer Anteil der Patienten in die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. neuerdings auch an die Institutsambulanz weitervermittelt.

2.1.8. Schulpsychologische Beratungsstellen beim Staatlichen Schulamt

Der Erfassungszeitraum ist hier das Schuljahr 2003/2004. Die Angaben betreffen die drei Beratungsstellen im Landkreis (Erkner, Fürstenwalde, Eisenhüttenstadt/Beeskow).

456 Kinder und Jugendliche wurden beraten, darunter 167 mit psychischen Problemen	<ul style="list-style-type: none"> – Alter von 5 bis 27 Jahren – Hauptanteil liegt im mittleren Schulbereich – Anteil von Migrantenkinder ca. 1,8 % – Ca. 80 % Jungen und 20 % Mädchen
Gründe zur Kontaktaufnahme/ Beratungsschwerpunkte:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lernschwierigkeiten, Leistungsabfall ▪ Konzentrationsprobleme ▪ Lernverweigerung ▪ Soziale und Verhaltensauffälligkeiten ▪ Psychosomatische Beschwerden ▪ Schulunlust, Schulangst ▪ Schullaufbahnprobleme ▪ Teilleistungsstörungen
Diagnosen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AD(H)S ▪ Teilleistungsstörungen (LRS, Dyskalkulie, Sprache, Motorik) ▪ Soziale und emotionale Störungen ▪ Lernminderung/-behinderung ▪ Auditive Wahrnehmungsstörung ▪ Verdacht auf Autismus ▪ Hochbegabung
Beratungsumfang:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 – 5 Beratungskontakte ▪ 6 – 10 Beratungskontakte
Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eltern stellen ihr Kind von sich aus vor oder auf Anraten von Schule, Kita ▪ Schulen, Kitas ▪ SPZ, Kliniken ▪ Jugendamt, Gesundheitsamt ▪ Sonderpädagogen (SpFB), Logopäden ▪ Fachärzte, Ergotherapeuten ▪ Erziehungs- und Familienberatungsstelle
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schule ▪ Sonderpädagogen ▪ Erziehungs- und Familienberatungsstelle ▪ Jugendamt ▪ Ergotherapeuten, Fachärzte

Durch die Schulpsychologen wird eingeschätzt, dass die Schulen mit stark emotional-sozial gestörten Kindern, die nicht gruppenfähig sind, permanent überfordert sind. Das gleiche gilt auch für die Eltern der betroffenen Kinder.

Die Anzahl der Förderstunden und teilweise auch die Qualität der Förderung in der Schule reichen nicht aus, um Kindern mit Teilleistungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten optimal und kontinuierlich zu helfen. Eine professionelle Therapie können nur sehr wenige Kinder in Anspruch nehmen.

2.1.9. Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstelle beim Staatlichen Schulamt

Im Schuljahr 2003/2004 wurden im Landkreis Oder-Spree 230 Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung im gemeinsamen Unterricht von den Sonderpädagogen betreut bzw. begleitet. Eltern und Lehrer wurden bezüglich Förderung und Umgang mit den Kindern beraten.

Im Rahmen der Beratertätigkeit der Sonderpädagogen wurden darüber hinaus beraten:

378 Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern/ Lehrer/ Erzieher (341 Jungen; 37 Mädchen)	58 Beratungen führten zu einem Förderausschuss mit dem Ergebnis: „Es besteht sonderpädagogischer Förderbedarf im Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung.“
Schwerpunkte der Beratungen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADS oder ADHS ▪ Defizite im Sozialverhalten, durch zunehmend ungünstige Bedingungen im Umfeld des Schülers ▪ Integrationsschwierigkeiten, vor allem im Sek I-Bereich ▪ Abklärung auf zusätzlichen Förderbedarf bzw. Optimierung ▪ Autismus (Asperger Syndrom) ▪ Akute Verhaltensauffälligkeiten im häuslichen und schulischen Bereich ▪ Konzentrationsschwächen ▪ Allgemeine ungünstige soziale Bedingungen der Schüler
Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehrkräfte ▪ Einrichtungen der Jugendhilfe ▪ Eltern (geringer Anteil)
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schule ▪ Jugendamt ▪ Einrichtungen der Jugendhilfe ▪ Jugendärztlichen und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes ▪ Schulpsychologische Beratungsstellen ▪ Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt (Oder) ▪ Krankenhaus Eisenhüttenstadt ▪ Frühförder- und Beratungsstelle

Immer mehr Schüler mit „relativ durchschnittlicher Intelligenz“ behindern sich im Aneignungsprozess auf Grund von Verhaltensauffälligkeiten, so dass im Sek-I-Bereich häufig nur noch die Allgemeine Förderschule empfohlen werden kann. Aus der Diskussion des Gesundheitsberichtes im Arbeitskreis 3 der PSAG „Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen“ ergab sich deshalb die Empfehlung an das Staatliche Schulamt, auch im Landkreis Oder-Spree spezielle Förderklassen für Kinder mit erhöhtem Erziehungsbedarf einzurichten.

2.1.10. Ergotherapeutische Praxis

Im Landkreis Oder-Spree gibt es eine ergotherapeutische Praxis, die ihren Hauptsitz in Fürstenwalde und zwei Zweigstellen in Eisenhüttenstadt und in Beeskow hat.

240 Kinder wurden im Jahre 2004 behandelt	
Gründe, die zur Heilmittelverordnung führen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklungsverzögerungen ▪ Störungen der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung ▪ Störungen der kognitionsstützenden und höheren kognitiven Funktionen wie <ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeit und Konzentration - Ausdauer - Merkfähigkeit und Gedächtnis - Psychomotorisches Tempo und Qualität - Handlungsfähigkeit und Problemlösung einschließlich Praxis ▪ Störungen in der Alltagsbewältigung ▪ Störungen in der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation ▪ Verhaltensstörungen - als Folgestörungen - wie - Aggressives Verhalten <ul style="list-style-type: none"> - Schulverweigerung - Mobbing - Suchtprobleme
Häufigste Diagnosen laut Heilmittelverordnung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ▪ Entwicklungsstörungen ▪ Wahrnehmungsstörungen ▪ Störungen der grob- und feinmotorischen Koordination ▪ Störungen der Emotionalität und des sozialen Verhaltens ▪ Psychische und Hirnleistungsstörungen durch psychotrope Substanzen
Heilmittelverordnung durch:	Ärzte aller Fachrichtungen, überwiegend Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen, Allgemeinmediziner
Empfehlung/ Vermittlung an den jeweiligen Arzt durch:	Schulpsychologen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, Jugendärztlichen Dienst, SPZ, Erzieherinnen in Kitas und Heimen
Behandlungsdauer/-frequenz:	Je nach Diagnose und Verlauf 20 – 60 Wochen; in der Regel 1 Behandlung pro Woche
Kooperation und Weitervermittlung:	Niedergelassene Ärzte und Therapeuten, Schulpsychologen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, Jugendärztlichen Dienst, SPZ

Auf die Bedeutung der Tätigkeit der logopädischen Praxen für die psychische Gesundheit wurde im 2. Gesundheitsbericht (1999, Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree) ausführlich eingegangen, sie werden deshalb hier nicht mehr angeführt.

2.1.11. Spezialberatungsstellen

2.1.11.1. Suchtberatungsstellen im Landkreis Oder-Spree

Der Träger AWO Kreisverband Fürstenwalde e. V. deckt mit zwei Beratungsstellen in Fürstenwalde und Erkner und einer Außenstelle in Beeskow die betreffende Versorgungsregion ab.

44 Kinder und Jugendliche wurden beraten und 22 Bezugspersonen (Eltern; Erzieher) 11/12 Jahre: 4 Kinder 13/14 Jahre: 4 Kinder 15/16 Jahre: 15 Jugendliche 17/18 Jahre: 21 Jugendliche (Jungen 50 %; Mädchen 50 %)	<ul style="list-style-type: none"> – Real- und Gesamtschüler: 18 – Gymnasiasten: 7 – Förder- u. geistig behinderte Schüler: 8 – Auszubildende: 7 – z. Z. ohne Schule/Ausbildung: 4
Diagnosen/ Problemlagen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 59 % Cannabismissbrauch/ -abhängigkeit ▪ 9,6 % Polytoxikomanie ▪ 5,8 % Essstörungen ▪ 3,8 % Alkoholmissbrauch ▪ 13,5 % Nikotinmissbrauch/ -abhängigkeit ▪ 7,7 % Co-Abhängigkeit
Beratungsumfang:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 – 5 Beratungskontakte bei 75 % ▪ 6 – 10 Beratungskontakte bei 13,6 % ▪ 11 – 20 Beratungskontakte bei 11,4 %
Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 13,6 % selbständig ohne Vermittlung ▪ 34,1 % über Familienangehörige ▪ 15,9 % über Familienhilfe ▪ 9,1 % über Freunde und Bekannte ▪ 13,6 % über Betreutes Wohnen ▪ 2,3 % über Therapieeinrichtung ▪ 11,4 % über Schule
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreutes Wohnprojekt: 2,3 % ▪ Stationäre Drogentherapie: 2,3 % ▪ Stationäre Entgiftung: 11,4 % ▪ Hausärzte/Psychiater: 9,1 % ▪ Reguläre Beendigung der Beratung: 2,3 % ▪ Abbruch der Beratung(durch Kinder/Jugendliche): 47,7 % ▪ Beratung läuft gegenwärtig noch: 25,0 %

Die AWO Kreisverband Eisenhüttenhüttenstadt e. V. ist mit einer Suchtberatungsstelle in der Versorgungsregion Eisenhüttenstadt tätig.

19 Kinder und Jugendliche wurden beraten (Jungen: 13; Mädchen: 6)	<ul style="list-style-type: none"> – Real- und Gesamtschüler: 3 – Auszubildende: 16
Diagnosen/ Problemlagen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 Cannabismissbrauch/ -abhängigkeit ▪ 2 Essstörungen ▪ 1 Alkoholmissbrauch ▪ 1 Nikotinmissbrauch/ -abhängigkeit
Beratungsumfang:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 – 5 Beratungskontakte bei 15 ▪ 6 – 10 Beratungskontakte bei 2 ▪ 11 – 20 Beratungskontakte bei 2
Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15,7 % selbständig ohne Vermittlung ▪ 47,4 % über Familienangehörige ▪ 10,5 % über Familienhilfe ▪ 5,2 % über Therapieeinrichtung ▪ 21,1 % über Schule
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreutes Wohnprojekt: 5,3 % ▪ Stationäre Drogentherapie: 10,5 % ▪ Stationäre Entgiftung: 10,5 % ▪ Hausärzte/Psychiater: 5,3 % ▪ Reguläre Beendigung der Beratung: 5,3 % ▪ Abbruch der Beratung(durch Kinder/Jugendliche): 42,0 % ▪ Beratung läuft gegenwärtig noch: 21,1 %

2.1.11.2. Jugendmigrationsdienst

Seit 2004 gibt es bundesweit Jugendmigrationsdienste (JMD) als Anlaufstellen für junge Menschen mit Migrationshintergrund. Der JMD ist offizieller Ansprechpartner für Spätaussiedler, Ausländer und Flüchtlinge von 12 bis 27 Jahren. Er berät und begleitet die Jugendlichen und Neuzuwanderer in Fragen von Schule, Sprachkursen, Ausbildung, gesundheitlichen und persönlichen Problemen und begleitet sie bei Bedarf zu anderen Diensten mit dem Ziel, die jugendlichen Migranten bei ihrer Integration in die neue Gesellschaft zu unterstützen. Auch die Initiierung der interkulturellen Öffnung von Diensten und Einrichtungen und ihre Begleitung bei der Verbesserung der interkulturellen Kompetenz gehört zu den Aufgaben des JMD. Der JMD des Landkreises Oder-Spree ist beim Caritasverband für Brandenburg in Fürstenwalde-Nord angesiedelt, wo 13 % Migrantenfamilien leben. In einer Studie der Caritas wird über die Auswirkungen des Migrationshintergrundes auf die geistige, seelische und soziale Situation von Vorschulkindern in Kitas und von Kindern und Jugendlichen in den Schulen in Fürstenwalde berichtet (vgl. Literaturhinweis Nr. 13).

Im Jahre 2004 wurden durch den JMD 200 Kinder und Jugendliche beraten. Ein Drittel der Beratungen betraf psychosoziale Probleme, gesundheitliche Fragen und Persönliches.

Besondere psychosoziale Probleme der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ergeben sich daraus, dass es für sie nach Ausreise und Ankunft keine angemessene Trauerphase gibt sowie aus der „doppelt verweigten Zugehörigkeit“, sowohl im Herkunftsland als auch in der neuen Heimat.

2.1.11. 3. Sexualberatungsstellen

Pro familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., ist seit 1952 Fach- und Dienstleistungsorganisation auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Beratungsstellen gibt es im Landkreis in Fürstenwalde und Eisenhüttenstadt. Im Rahmen ihrer Gesamtaufgabe unterstützt *pro familia* neben Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche bei der sexuellen Entwicklung und auf dem Weg zur eigenen Persönlichkeit. Diese präventive sexualpädagogische Arbeit widmet sich den unterschiedlichsten Themen (Körperwissen, Pubertät, Rollenverständnis, Aufklärung, Kommunikation, Sinne und Gefühle) in der psychosexuellen Entwicklung. Das Angebot reicht von Gruppenveranstaltungen mit Jugendlichen über Elternabende bis hin zu Praxisberatungen und Weiterbildungen für pädagogische Fachkräfte. Neben dieser präventiven Aufgabe berät und unterstützt *pro familia* aber auch von Gewalt und sexueller Gewalt betroffene Jugendliche in Einzelgesprächen.

Bei einem freien Träger der Jugendhilfe ist eine psychologische Psychotherapeutin mit einer Spezialausbildung tätig, sie berichtet von einem Fall.

1 behandeltes Kind/ Jugendlicher	<ul style="list-style-type: none"> – weiblich – niedriger Sozialstatus
Gründe, die zur Überweisung führten:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sexuelle Grenzüberstreichung
Gestellte Diagnose:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionale Störungen
Behandlungsdauer:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 – 10 Behandlungen pro Jahr
Überweisungen/ Empfehlungen von:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt
Kooperation:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt ▪ Familienhilfe bei einem freien Träger

2.2. Teilstationärer Bereich

Bereits in den „Empfehlungen der Expertenkommission zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung“ von 1988 wurden auf die große Bedeutung von Tageskliniken und nachklinischen Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in Wohnortnähe hingewiesen. Im Landkreis Oder-Spree und in der Krankenhausregion Frankfurt (Oder) gibt es leider bisher solche therapeutischen Möglichkeiten nicht.

Tagesklinische Plätze müssten von den vollstationären abgehen, diese werden aber wiederum wegen der unzureichenden ambulanten Versorgung dringend benötigt. Auf das teilstationäre Hilfsangebot „Tagesgruppen“ (Hilfen zur Erziehung) wird im Punkt 2.4. eingegangen.

2.3. Stationärer Bereich

2.3.1. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Landeslinik Lübben

Die Zuweisung erfolgte in etwa einem Drittel der Fälle durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater. Die übrigen wurden von niedergelassenen Allgemeinärzten sowie Kinderärzten eingewiesen, wobei Fürstenwalde und Eisenhüttenstadt am häufigsten vertreten sind.

Die Nachbehandlung erfolgt vorrangig über die einweisenden Ärzte, vereinzelt war die Vermittlung zu ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten möglich, in etwa einem Drittel der Fälle wurden begleitende Jugendhilfemaßnahmen eingeleitet.

40 Kinder und Jugendliche aus dem Landkreis Oder-Spree wurden behandelt (davon 30 Jungen; 10 Mädchen)	<ul style="list-style-type: none"> – 8 Kinder von 6 – 10 Jahren – 15 Kinder von 11 – 14 Jahren – 17 Jugendliche von 15 – 18 Jahren
Diagnosen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ▪ Zwangsstörungen ▪ Depressive Episode ▪ Somatoforme Störungen ▪ Störungen des Sozialverhaltens ▪ Essstörungen ▪ Emotionale Störungen des Kindesalters ▪ Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotrope Substanzen
Aufenthaltsdauer:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der errechnete Mittelwert beträgt 40 Tage

Die demografische Zusammensetzung der Familien der von der Klinik behandelten Kinder und Jugendlichen dürfte dem Durchschnitt des Landkreises entsprechen, die diesbezüglich geführten internen Dokumentationen weisen keine wesentlichen Differenzen zur Durchschnittsbevölkerung auf. Immigrantenkinder befanden sich nicht unter den behandelten Kindern und Jugendlichen.

2.3.2. Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Frankfurt (Oder)

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Frankfurt (Oder) hat die Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Oder-Spree.

101 Kinder und Jugendliche aus dem Landkreis Oder-Spree wurden behandelt	davon waren 10 Patienten mehrfach zur Behandlung
Diagnosen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen ▪ Belastungen und Anpassungsstörungen ▪ Störungen des Sozialverhaltens ▪ Hyperkinetische Störungen
Aufenthaltsdauer:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der errechnete Mittelwert beträgt 40 Tage
Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einweisende Ärzte ▪ Jugendamt ▪ Kinderheime ▪ andere Betreuungseinrichtungen

Alle Patienten wurden von niedergelassenen Ärzten (meist Kinderärzte oder Allgemeinmediziner) eingewiesen. Die Nachbehandlung erfolgt durch die einweisenden Ärzte.

2.4. Komplementär-rehabilitativer Bereich

2.4.1. Hilfsangebote der Jugendhilfe

Vom Jugendamt werden zum einen Hilfen zur Erziehung gewährt, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist. Die Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere pädagogische und damit verbunden auch therapeutische Leistungen. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf. Anspruch auf die Hilfe hat der Personensorgeberechtigte.

Zum anderen gewährt das Jugendamt Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG für Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht sind. Anspruch auf die Hilfe haben hierbei die Kinder und Jugendlichen selbst. Neben der Eingliederungshilfe kann auch Hilfe zur Erziehung geleistet werden, wenn gleichzeitig erzieherischer Bedarf besteht.

<i>Hilfen zur Erziehung 2004:</i>	
▪ Soziale Gruppenarbeit	1
- einbezogene Jugendliche	8
▪ Flexible ambulante Hilfe	226
▪ Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung	12
▪ Teilstationäre sozialpädagogische Tagesgruppen	4
- beteiligte Kinder	29
▪ Kinder in Heimen und betreuten Wohnformen	182
▪ Inobhutnahmen	113
▪ Kinder in Vollzeitpflege	192
▪ Unbegleitete Flüchtlingskinder	30
<i>Eingliederungshilfen nach § 35a in 2004:</i>	
▪ Eingliederungshilfen nach § 35a (nur ambulante)	36

Demnach erhielten im Jahre 2004 246 Kinder ambulante Hilfen zur Erziehung, 29 Kinder teilstationäre und 374 Kinder und Jugendliche stationäre Hilfen zur Erziehung.

Demgegenüber erhielten nur 36 Kinder und Jugendliche ambulante Eingliederungshilfe auf Grund einer seelischen Behinderung.

2.4.2. Stationäre Therapie- und Wohneinrichtungen von überregionaler Bedeutung

2.4.2.1. Chance Jugendhilfe und Therapie gGmbH

Chance Jugendhilfe und Therapie gGmbH ist ein überregional tätiger Träger der freien Jugendhilfe. Mit der Aufnahme- und Kriseneinrichtung in Bugk, der therapeutisch-heilpädagogischen Jugendhilfeeinrichtung in Grünheide und dem therapeutisch betreuten Wohnen in Storkow wird ein einheitlicher therapeutischer Prozess gestaltet, der die Jugendlichen befähigen soll, zu einem selbstbestimmten Leben zurückzukehren.

6 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 19 Jahren aus dem Landkreis wurden therapeutisch betreut (2 Mädchen; 4 Jungen)	<ul style="list-style-type: none"> – 80 % der Jugendlichen hatten gerichtlich anhängige Strafverfahren oder Auflagen für eine Therapie – 30 % der Jugendlichen sind aus geschiedenen Elternhäusern – Eltern abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung, Fach- oder Hochschulabschluss – Bei 3 Familien ein Elternteil arbeitslos oder Umschulung
Gründe für eine Einweisung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exzessiver Konsum von Drogen ▪ delinquente Verhaltensweisen ▪ Schulverweigerung/Schulverweise ▪ Unterbrechung von Ausbildungsmaßnahmen ▪ Probleme im Elternhaus ▪ Entlassung aus anderen Jugendhilfemaßnahmen
Diagnosen/ Problemlagen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Drogengebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen ▪ Schizophrene Störungen ▪ Paranoide, dissoziale, emotionale, instabile Persönlichkeitsstörungen
Aufenthaltsdauer:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindestens auf 18 Monate ausgerichtet ▪ ggf. kann sich je nach Diagnose der Aufenthalt um 12 Monate verlängern
Vermittlung durch:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugendamt (nach SGB VIII auf Antrag der Eltern auf Eingliederungshilfe nach § 35a) ▪ Ab 16 Jahre eigener Antrag des Jugendlichen auf Eingliederungshilfe nach § 35a möglich

Kooperation/ Weitervermittlung an:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulante Weiterbetreuung in eigenem Wohnraum beim Träger selbst oder anderen Jugendhilfe-Trägern ▪ Jugendamt ▪ Eltern (während des Therapieaufenthaltes ihrer Kinder)
---------------------------------------	--

2.4.2.2. „Leuchtturm“ - Jugendwohnen Diensdorf und Heilpädagogisch-therapeutische Wohngruppe Pohlitz

Im Landkreis gibt es zwei vollstationäre Jugendhilfeeinrichtungen nach § 35a KJHG, d. h. für seelisch behinderte bzw. von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche.

Das Wohn- und Betreuungsangebot des "Leuchtturm"- Jugendwohnens in Diensdorf des Jugendhilfeträgers Diakonisches Werk Oderland-Spree e. V. richtet sich an Kinder und Jugendliche, die aufgrund belastender Lebenserfahrungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie ihrer psychischen und physischen Entwicklung, des Ausprägungsgrades ihrer Verhaltensauffälligkeiten und ihrer unzureichenden Bindungsfähigkeit im bisherigen Herkunftsmilieu nicht weiter gefördert werden können.

Im Besonderen richtet sich das Angebot der Einrichtung an junge Menschen

- mit ambulanter oder stationärer Psychiatrieerfahrung
- mit Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen
- die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind
- mit einer Schulbesuch-, Schulleistungs- bzw. -Verweigerungsproblematik
- die noch nicht gruppenfähig und stark beziehungsgestört sind
- die in anderen Einrichtungen der Jugendhilfe nicht bzw. nicht mehr ausreichend betreut werden können

Aus dem Landkreis Oder-Spree wurden im Jahre 2004 keine Kinder und Jugendlichen in diese Einrichtung eingewiesen.

Ein weiteres stationäres Angebot der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist die Heilpädagogisch-therapeutische Wohngruppe des Kinderhäuser Oder-Neiße e. V. in Pohlitz.

Die Maßnahme ist notwendig und geeignet für

- Jungen und Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren (Aufnahmealter);
- Kinder, die auf Grund ihrer Familien- und Lebenssituation Schwierigkeiten mit sich und ihrer Umwelt haben und/oder in Familie, Schule, anderen Lebensbereichen und ihrem sozialen Umfeld nicht ausreichend integriert sind (erzieherisches Mangelmilieu, Verwahrlosung, körperliche und sexuelle Gewalt, Suchtproblematik der Eltern usw.);
- Kinder mit massiven Verhaltensstörungen und anderen Formen psychischer Auffälligkeiten, seelischen Störungen als Folge körperlicher Erkrankungen und/oder chronischer Grunderkrankung, Suchtgefährdung;
- Jungen und Mädchen mit ausgeprägter Rückfallgefährdung nach erfolgter Behandlung.

Im Jahre 2004 wurden dort zwei Jungen aus dem Landkreis Oder-Spree betreut.

2.4.2.3. ALREJU – Stationäre Einrichtung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Die stationäre Wohneinrichtung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Fürstenwalde ist ein überregionales Angebot für das Land Brandenburg. Träger ist das Diakonische Werk Oderland-Spree e. V. Die Kinder und Jugendlichen, die dort Aufnahme und Betreuung finden, haben sehr oft schwere psychische Störungen und Krankheiten.

73 Kinder und Jugendliche (davon 48 Neuzugänge in 2004)	<ul style="list-style-type: none"> – mehr Jungen (70 %) als Mädchen (30 %) – Alter von 12 bis 17 Jahren
Herkunftsländer:	Vietnam, Afghanistan, China, Indien, Somalia, Kenia, Uganda, Tschetschenien, Türkei, Kamerun, Ghana
Vorgeschichten:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommend aus Bürgerkriegs- oder Kriegsgebieten ▪ Teilweise erleben müssen, wie Familienangehörige gefoltert oder ermordet wurden ▪ Selbst Opfer von Gewalt ▪ Abrupter Abbruch bisheriger Lebenszusammenhänge ▪ Bruch in der eigenen Biografie (Verlust des Lebensortes, bekannter Normen und Werte, der Sprache und der Bezugspersonen)
Symptomatik:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Immer wiederkehrende Alpträume ▪ Einschlaf- und Schlafstörungen ▪ Interessenverlust und sozialer Rückzug ▪ Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen ▪ Ängste und Besorgnis um die eigene Person ▪ Unfähigkeit das alltägliche Leben zu bewältigen ▪ Selbstverletzungen oder Suizidgedanken ▪ Psychosomatische Beschwerden
Kooperation mit:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin ▪ Niedergelassene Psychotherapeuten ▪ Jugendamt ▪ Staatlichem Schulamt ▪ Freien Trägern der Jugendhilfe, z. B. JuSeV

2.5. Gremien für Kooperation, Koordination, Abstimmung und Vernetzung im Hilfenetzwerk und in der Prävention

2.5.1. Arbeitskreis 3 „Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises Oder-Spree

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises Oder-Spree ist in Übereinstimmung mit dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz § 7 ein Verbund der am psychosozialen Netzwerk sowie an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Träger, Einrichtungen und Behörden.

Die PSAG vertritt die Interessen von Bürgern des Landkreises mit psychischen Störungen, darunter auch von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Störungen und Behinderungen.

Die PSAG formuliert Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger und die Verwaltung zur Gewährleistung von bedarfsgerechten gemeindenahen psychosozialen Angeboten in den vier Planungsregionen des Landkreises. Sie soll von den kommunalen Entscheidungsträgern bei Planungen und Entscheidungen zur psychosozialen Betreuung und psychiatrischen Versorgung gemäß § 7 (4) des BbgPsychKG gehört werden.

Die PSAG unterstützt Maßnahmen der Qualitätssicherung in der gemeindenahen psychosozialen Betreuung. Dazu befördert sie Fortbildungsmaßnahmen und führt aktuelle thematische Veranstaltungen durch.

Die PSAG bildet zur Erfüllung ihrer Aufgaben ständige Arbeitskreise entsprechend den fachlich und sozialrechtlich bedeutsamen Schwerpunkten der psychosozialen Arbeit. Die Arbeitskreise sind freiwillige Verbände für alle auf dem jeweiligen Gebiet der psychosozialen Betreuung und psychiatrischen Versorgung tätigen Gremien und Personen. Mitglied der Arbeitskreise der PSAG können alle Einrichtungen, Institutionen, Dienste, Verbände, freien Träger, Ämter, Behörden, Ärzte, Therapeuten und Einzelpersonen sein, die am Netzwerk der Hilfen für die jeweiligen Zielgruppen im bzw. für den Landkreis Oder-Spree kooperativ mitwirken.

Die Arbeitskreise wählen einen Sprecherrat und/oder benennen einen Sprecher, der zugleich stimmberechtigtes Mitglied der PSAG ist. Die Arbeitskreise tagen in der Regel zweimal im Jahr zu zeitgemäßen Themen entsprechend der Geschäftsordnung oder zu aktuellen Fortbildungsinhalten. Die Arbeitskreise können durch Mehrheitsbeschluss Empfehlungen annehmen, die in einem Beschlussprotokoll festzuhalten, der PSAG zu übergeben und von ihr zu beschließen sind.

Der Arbeitskreis 3 widmet sich Kindern und Jugendlichen mit seelischen Problemen. Schon vor der Bildung der PSAG nahm er unter der Leitung der damaligen Fachärzte des Modellprojektes des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Fürstenwalde seine Tätigkeit als „Beraterkonferenz“ auf, die insbesondere als Fortbildungsveranstaltung für Kita-Erzieher, Betreuer in der Jugendhilfe und Spezialberatungsstellen des Staatlichen Schulamtes ausgestaltet wurde, und wurde später zum Arbeitskreis „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ der PSAG.

Mit der neuen Geschäftsordnung der PSAG vom 10.12.2003 wurde er umbenannt in Arbeitskreis 3 „Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen“.

In der Übersicht auf der Seite 40 sind die Kooperationspartner des Netzwerkes der Hilfen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen dargestellt, die auch Mitglied des Arbeitskreises 3 sind bzw. sein können. Im 4. Kapitel werden Vorschläge unterbreitet, wie die Wirksamkeit des Arbeitskreises „Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen“ erhöht werden kann.

2.5.2. Arbeitskreis „Suchtprävention LOS“

Der Arbeitskreis „Suchtprävention LOS“ ist ein Gremium für die Abstimmung und Wahrnehmung von Präventionsaufgaben. In der Arbeitsgruppe arbeiten das Gesundheitsamt, Schulen, die Jugendhilfe, Polizei, Krankenkassen, Krankenhäuser u. a. zusammen.

Ziel der Arbeitsgemeinschaft „Suchtprävention LOS“ ist es, effektive Suchtpräventionsstrategien für den Landkreis Oder-Spree zu entwickeln und ein flächendeckendes Angebot aufzubauen. Langfristig soll damit der Suchtmittelmissbrauch in der Bevölkerung, insbesondere unter Kindern und Jugendlichen, reduziert und Abhängigkeiten vorgebeugt werden.

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind Einrichtungen und Institutionen, freie Träger und Behörden, die in suchtspezifischen Bereichen wirksam sind.

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft sind unter anderem:

- Erarbeitung einheitlicher, den Erkenntnissen der Forschung fortlaufend angepasster Standards für die Suchtprävention
- Erarbeitung eines auf die Strukturen des LOS zugeschnittenen Konzeptes zur Suchtprävention
- Organisation im Verbund mit Fachleuten aus der Region sowie externen Anbietern der schrittweisen Umsetzung des Suchtpräventionskonzeptes
- Kontaktpflege zu überregionalen Suchtpräventionsträgern
- Zusammenarbeit mit den regionalen Suchtpräventionskreisen in Fürstenwalde, Eisenhüttenstadt und Erkner, Förderung des Informationsaustausches und Aufbau eines Netzwerkes
- Förderung und Begleitung der Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit auf dem Gebiet der Suchtprävention im Landkreis Oder-Spree

Abschließende Betrachtung zum 2. Kapitel:

Die im Kapitel 2. enthaltene Aufstellung der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen im Landkreis Oder-Spree erweckt zunächst den Anschein, dass es sehr viele Hilfen gibt. Im Vergleich mit dem vorhandenen Bedarf (vgl. Kapitel 3.) muss diese Einschätzung jedoch relativiert werden.

Bedarf an Beratung und anderen begleitenden Hilfen haben im Landkreis 5.220 Kinder und Jugendliche. Auf Grund der Repräsentativität der Befragung, kann man den Auffälligkeitswert von 17,35 % – 17,5 % in der 6. Klasse und 17,2 % in der 10. Klasse – auch für die anderen Alterstufen annehmen. Hochgerechnet haben demnach 5.220 Kinder und Jugendliche und deren Familien oder Bezugspersonen im Landkreis Oder-Spree (das sind 17,35 % von den 30.091¹ Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahre im Landkreis) psychische Auffälligkeiten und damit Bedarf an Beratung und begleitenden Hilfen.

Im Jahre 2004 erhielten junge Menschen und ihre Familien oder Bezugspersonen in etwa 3.900 Fällen Beratung, Behandlung oder andere Hilfen. Wie aus den Zuarbeiten der Beratungs- und Behandlungsstellen deutlich wird, erhalten dabei offensichtlich viele Kinder und Jugendliche gleichzeitig oder nacheinander Hilfen von mehreren Stellen, so dass die Gesamtzahl der erreichten Kinder und Jugendlichen deutlich geringer ausfällt. Außerdem sind in der Statistik zahlreiche Kinder und Jugendliche enthalten, die die Hilfen nicht wegen psychischer Auffälligkeiten, sondern wegen unterschiedlicher Entwicklungsstörungen, geistiger Behinderung oder pädagogischen Hilfebedarfs erhalten. So kann man davon ausgehen, dass bei weitem nicht alle Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die Hilfe benötigen, diese auch erhalten.

Entsprechend den Schätzungen der Experten sind 5 % der Kinder und Jugendlichen dringend psychiatrisch behandlungsbedürftig. Das sind im Landkreis Oder-Spree 1.505 (5 % von 30.091); medizinisch behandelt wurden im Jahre 2004 1.041, das wären etwa zwei Drittel. Davon betraf aber ein großer Teil der Behandlungsfälle, v. a. des Sozialpädiatrischen Zentrums, nicht psychische Störungen, sondern verschiedene Entwicklungsstörungen, so dass man davon ausgehen kann, dass auch hier nur etwa 50 % der dringend behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen eine Behandlung erhielten.

D. h. die vorhandene Beratungs- und Behandlungskapazität reicht quantitativ und qualitativ nicht aus, um allen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, die Hilfe benötigen, diese auch zukommen zu lassen. Eine wichtige Schlussfolgerung aus diesem Ergebnis ist, keinen weiteren Abbau bei Beratungsstellen und Hilfsangeboten zuzulassen. Im Gegenteil, es sollte eine bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung angestrebt werden, damit allen Kindern und Jugendlichen die notwendigen Hilfen zuteil werden können.

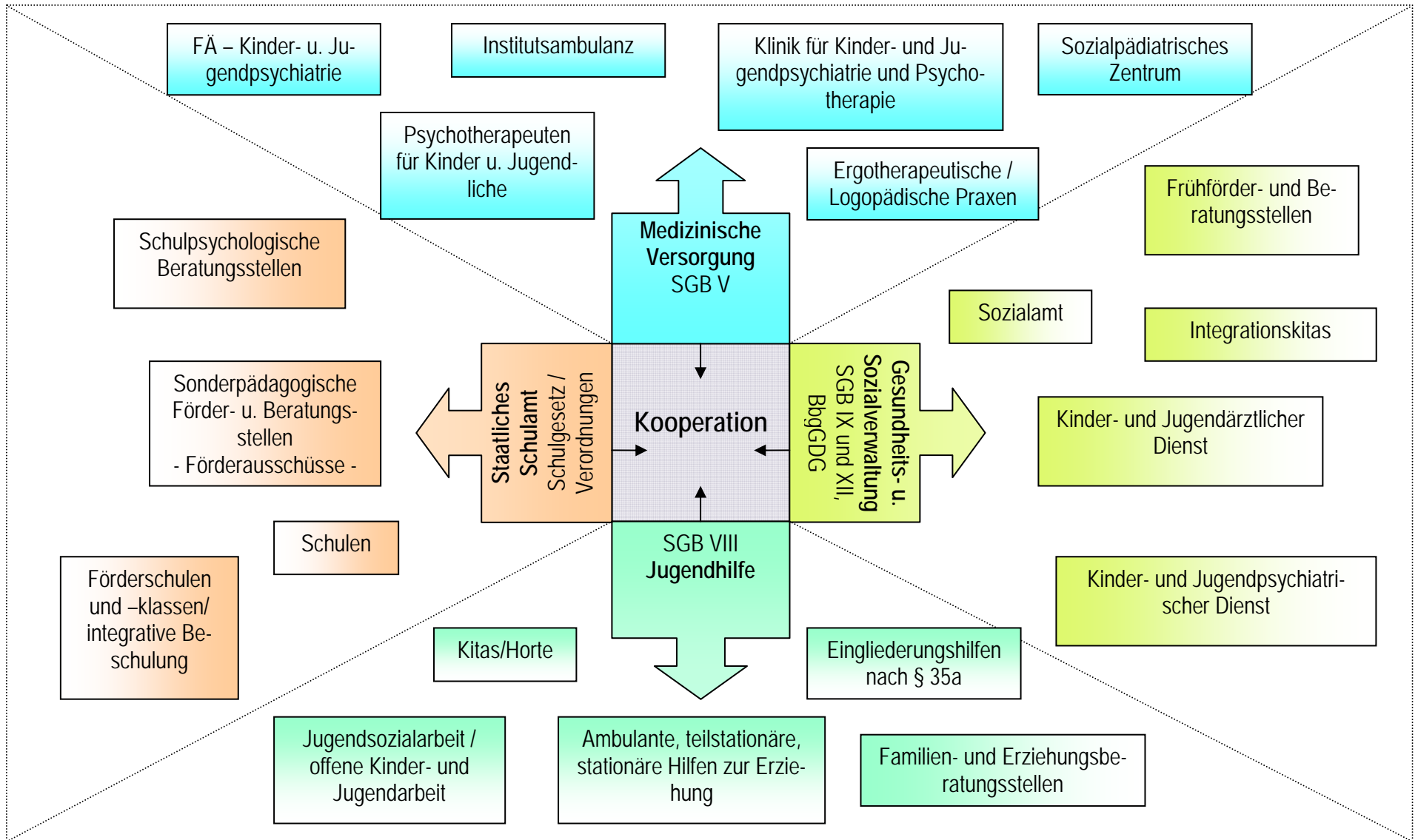
¹ per 31.12.2004; Amt für Statistik

Dazu gehört auch der weitere Ausbau der ambulanten und teilstationären medizinisch-therapeutischen Angebote in Wohnortnähe. Von Psychiatern wurde in der Diskussion im Facharbeitskreis auch auf die große präventive und therapeutische Wirkung der Hilfen zur Erziehung für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche hingewiesen.

Von den Leiterinnen der Suchtberatungsstelle und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes wurde die Aufmerksamkeit auf zwei Gruppen von Kindern gelenkt, die durch die psychische Erkrankung bzw. Suchterkrankung eines Elternteils oder beider Eltern erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Da Hilfen aber in der Regel von den Personensorgeberechtigten beantragt oder eingeleitet werden, haben diese Kinder oft gar keine Chance, Hilfe zu erlangen. Für diese Kinder und Jugendlichen sollten Gesundheitsamt und Jugendamt gemeinsam nach Hilfsmöglichkeiten suchen.

Die Schlussfolgerungen des 2. Gesundheitsberichtes aus dem Jahre 1999 bezüglich der Notwendigkeit der Reihenuntersuchungen des Jugendärztlichen Dienstes und den fachspezifischen Beratungen und Begutachtungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes für die gezielte Früherkennung von Beeinträchtigungen, die zu psychischen Problemen oder gar zu seelischer Behinderung führen können, werden durch die vorliegende Analyse zur seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree voll bestätigt.

Aus den Zuarbeiten der Beratungs- und Behandlungsstellen wird deutlich, dass im Interesse der Einzelfälle schon eine intensive Kooperation zwischen den Helfern besteht. Reserven bestehen in einer systematischen Organisation der Vernetzung und Kooperation (vgl. dazu auch die Schlussfolgerungen und Empfehlungen im Kapitel 4.).



3. Ergebnisse einer repräsentativen Schülerbefragung im Landkreis Oder-Spree zur Lebensqualität, zur seelischen Gesundheit und zum Risikoverhalten

3.1. Die Vorbereitung der Befragung

Um repräsentative Aussagen zum seelischen Gesundheitszustand und zum Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree machen zu können, war es erforderlich, eine entsprechende wissenschaftlich fundierte Befragung unter Schülern und Schülerinnen durchzuführen. Dabei konnte das Gesundheitsamt auf eine bundesweite repräsentative Untersuchung des Robert-Koch-Institutes Berlin zum körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen der ersten, sechsten und zehnten Klassen zurückgreifen (Kinder- und Jugendgesundheits-Survey 21, Literatur Nr. 7 - 9). Mit Genehmigung des Robert-Koch-Institutes wurden aus dem Fragebogen, der in Voruntersuchungen getestet und standardisiert wurde, Fragen ausgewählt, die dem Anliegen des 4. Gesundheitsberichtes des Landkreises Oder-Spree entsprachen. Der Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass die Daten, die in der Untersuchung im Landkreis gewonnen wurden, mit den bundesweit erhobenen Daten sowie mit einer internationalen WHO-Studie in Berlin, in der z. T. die gleichen Fragen verwendet wurden, verglichen werden können. Die ausgewählten Fragen beziehen sich auf die soziale und familiäre Lage der Herkunftsfamilie, auf Schultyp und Durchschnittszensur, auf Wohlbefinden und Lebensqualität in verschiedenen Dimensionen, auf das Vorhandensein von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten und Schutzfaktoren (Ressourcen) sowie auf das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen. Aus der Voruntersuchung des RKI ist bekannt, dass die Antworten der Kinder und Jugendlichen durch die Angaben der Eltern und medizinischen Untersuchungen bestätigt wurden. Es zeigte sich dabei, dass die Kinder und Jugendlichen die Fragen ehrlich beantworten und in der Tendenz etwas kritischer als ihre Eltern. Deshalb können die Antworten der Schüler auch ausgewertet werden, ohne dass zusätzlich die Eltern befragt werden.

Beim Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg wurde mit dem ausgewählten methodischen Instrumentarium ein Antrag auf die Durchführung einer wissenschaftlichen Untersuchung in den 6. und 10. Klassen von Schulen des Landkreises gestellt. Das Ministerium erteilte die Genehmigung mit den Auflagen

- Zustimmung der Schulkonferenz der einbezogenen Schulen,
- Zustimmung der Eltern der ausgewählten Schüler,
- Kürzung des Fragebogens für die 6. Klassen,
- Sicherung der Anonymität der Befragung,
- Sicherung der Freiwilligkeit der Teilnahme,
- Information der Schulen, des Schulamtes und des Ministeriums über die Ergebnisse der Befragung.

In einem geschichteten Zufallsverfahren wurden aus den Schulen des Landkreises Klassen so ausgewählt, dass etwa ein Drittel der Schüler der 6. und 10. Klassen vertreten waren, dass die Schultypen etwa im Verhältnis zu der Schülerzahl und die Versorgungsregionen bzw. Sozialräume des Landkreises angemessen vertreten

waren. Damit sind die Ergebnisse repräsentativ für die Kinder und Jugendlichen der entsprechenden Altersgruppen des Landkreises Oder-Spree.

Von den ausgewählten Schülern nahmen nach Zustimmung der Schulkonferenzen, der Eltern und nach eigener Entscheidung schließlich an der Befragung teil:

Klassenstufe	Vorhandene Schülerzahl	Ausgewählte Schüler	Schüler, die teilgenommen haben (gültige Fragebögen)
Klasse 6	1.097	392	308
Klasse 10	2.495	808	609

Der Anteil der Eltern, die keine Zustimmung zur Teilnahme ihrer Kinder an der Befragung gaben, war in der Versorgungsregion Erkner am höchsten, insbesondere in den 6. Klassen. Dies hat sich offensichtlich, wie man später sehen wird, auf die Ergebnisse ausgewirkt.

In der Zeit von Oktober 2004 bis Januar 2005 wurde die Fragebogenaktion in den Schulen durch zwei Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes durchgeführt. Der persönliche Eindruck, der dabei gewonnen wurde, war, dass die Schülerinnen und Schüler die Fragen sehr ernsthaft beantworteten. Von ihrem Recht, an der Befragung nicht teilzunehmen, machten nur sehr wenige Schüler der 10. Klassen Gebrauch. Viele Schüler waren an der Untersuchung über ihre eigenen Antworten hinaus interessiert und baten darum, nach Abschluss der Untersuchung über die Ergebnisse informiert zu werden. Dies wurde zugesichert.

In den 6. Klassen der Förderschule war die Lesefähigkeit zum Teil nicht ausreichend. Deshalb wurde der Fragebogen hier Schritt für Schritt vorgelesen und bei Bedarf erläutert. In den 10. Klassen der Förderschulen war dies nicht mehr erforderlich.

In den folgenden Abschnitten werden nun die Ergebnisse der Schülerbefragung dargestellt. Um die Anonymität zu wahren, werden die einbezogenen Schulen bei der Auswertung der Daten nicht genannt. Für Leser, die tiefer in die Materie einsteigen wollen, ist in der Anlage der Fragebogen der 10. Klasse beigefügt. Fragen, die nur von den 10. Klassen beantwortet wurden, sind kenntlich gemacht. Alle anderen Fragen wurden in den 6. und 10. Klassen gestellt. Bei der Auswertung der Befragungsergebnisse in Tabellen und Diagrammen ist jeweils die zugrunde liegende Frage angegeben.

3.2. Allgemeine Aussagen über Familie, soziale Lage, Schultypen und Versorgungsregionen

An der Befragung haben insgesamt 917 Schüler teilgenommen, davon 308 aus sechsten und 609 aus zehnten Klassen. Der Anteil der Jungen und Mädchen war insgesamt ausgeglichen. In der Klassenstufe 6 nahmen mehr Jungen an der Befragung teil, in der 10. Klasse mehr Mädchen.

Die statistische Auswertung der Angaben der Schüler erfolgte mit der Methode des Pivot-Tabellenberichts im Excelprogramm.

Je nach Aussage wurden absolute Zahlen, Mittelwerte oder Prozentwerte gebildet und nach unterschiedlichen Ausprägungen anderer Merkmale miteinander verglichen.

Dadurch werden vielfältige Unterschiede und Zusammenhänge deutlich. Korrelationsverfahren und Verfahren der statistischen Signifikanzprüfung wurden nicht angewendet.

Tabelle 3.2.1. Anteil von Jungen und Mädchen an der Befragung (Frage 1)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Jungen	174	56,5	279	45,8	453	49,4
Mädchen	134	43,5	330	54,2	464	50,6
Schüler	308		609		917	

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer an der Befragung betrug in den 6. Klassen 11,6 Jahre und in den 10. Klassen 15,7 Jahre.

Die Verteilung auf die unterschiedlichen Schulformen sah folgendermaßen aus:

Tabelle 3.2.2. Teilnehmer an der Befragung nach Schultypen (Frage 3)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Grundschule	286	92,9		
Förderschule	22	7,1	35	5,7
Gesamtschule			305	50,1
Gymnasium			186	30,5
Realschule			83	13,6
Schüler	308		609	

Es wurde auch die Durchschnittszensur des letzten Zeugnisses erfragt. Da nur sehr wenige Schüler die Note „mangelhaft (5)“ angaben, wäre die Anonymität nicht gewährleistet gewesen. Deshalb wurden diese Schüler der Gruppe mit der Durchschnittszensur „ausreichend (4)“ zugeordnet. Es ergab sich folgende Verteilung nach Durchschnittsnoten:

Tabelle 3.2.3. Verteilung nach der Durchschnittsnote des letzten Zeugnisses (Frage 4)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
sehr gut	45	14,6	12	2,0	57	6,2
gut	166	53,9	295	48,4	461	50,3
befriedigend	73	23,7	279	45,8	352	38,4
ausreichend	24	7,8	23	3,8	47	5,1
Schüler	308		609		917	

Die Verteilung der Schüler nach Versorgungsregionen bzw. Sozialräumen des Landkreises macht deutlich, dass die Schüler der Region Eisenhüttenstadt in der Untersuchung überrepräsentiert sind, während die Kinder und Jugendlichen der Region Erkner unterrepräsentiert sind, obwohl in der Untersuchungsplanung eine ausgeglichene Teilnahme aus allen Regionen angestrebt wurde. Die Beteiligung nach Versorgungsregionen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 3.2.4. Beteiligung nach Versorgungsregionen (Probandennummer 1- 4)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beeskow	86	27,9	132	21,7	218	23,8
Eisenhüttenstadt	107	34,7	201	33,0	308	33,6
Erkner	43	14,0	125	20,5	168	18,3
Fürstenwalde	72	23,4	151	24,8	223	24,3
Schüler	308		609		917	

Erfragt wurde auch die Form der Familie, in der die Schüler leben. Es überwiegt bei weitem der herkömmliche Typ der Familie mit beiden leiblichen Eltern (61,2 %). Dann folgt mit 17,8 % der Familientyp „Mutter mit Partner“. An dritter Stelle kommt die allein erziehende Mutter (12,5 %). Relativ selten tritt die Familie allein erziehender Vater (2,3 %) und „Vater mit Partnerin“ (2,0 %) auf.

Nur 7 Kinder von 917 Befragten leben bei Großeltern, 9 in Pflegefamilien. 23 Kinder und Jugendliche leben in Heimen bzw. betreuten Wohnformen der Jugendhilfe. Die statistischen Angaben sind bei diesen Größenordnungen mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 3.2.5. Häufigkeit von Familientypen bei den befragten Schülern (Frage 8)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei leiblichen Eltern	189	61,4	372	61,1	561	61,2
bei Mutter mit Partner	54	17,5	109	17,9	163	17,8
bei Vater mit Partner	7	2,3	11	1,8	18	2,0
bei Mutter	39	12,7	76	12,5	115	12,5
bei Vater	5	1,6	16	2,6	21	2,3
bei Großeltern	3	1,0	4	0,7	7	0,8
bei Pflegeeltern	4	1,3	5	0,8	9	1,0
im Heim/WG	7	2,3	16	2,6	23	2,5
Schüler	308		609		917	

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist im Vergleich mit anderen Bundesländern ziemlich gering. Dies zeigt sich deutlich beim Vergleich mit den Daten der Studie des Robert-Koch-Instituts und der WHO-Studie Berlin, wo der Anteil der betreffenden Schüler bis zu 30 % beträgt.

Eine statistische Auswertung nach dem Merkmal „Migrationshintergrund“ konnte deshalb nicht vorgenommen werden. Bei der Eingabe der Daten wurde allerdings deutlich, dass der überwiegende Teil der Kinder mit Migrationshintergrund, insbesondere bei beiden Eltern, in der Gruppe mit dem geringsten Sozialstatus vertreten ist, so dass die betreffenden Ergebnisse zum Sozialstatus für diese Kinder in besonderem Maße gelten.

Tabelle 3.2.6. Anteil der Schüler mit Migrationshintergrund (Fragen 10/11)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
beide Eltern deutsch	290	94,2	587	96,4	877	95,6
1 Elternteil deutsch	14	4,5	12	2,0	26	2,8
beide Eltern Migranten	4	1,3	10	1,6	14	1,5
Schüler	308		609		917	

Erfragt wurden auch andere soziale Merkmale, in denen die Kinder und Jugendlichen aufwachsen. Die Angaben der Schüler über das Qualifikationsniveau der Eltern, insbesondere der Mutter, und über die Berufstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit der Eltern wurden zu einem Merkmal „Sozialstatus“ zusammengefasst. Es ergab sich folgende Verteilung in den beiden Klassenstufen:

Tabelle 3.2.7. Sozialstatus nach Angaben der befragten Schüler (Fragen 67 - 69)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gering	52	16,9	91	14,9	143	15,6
mittel	93	30,2	129	21,2	222	24,2
gut	163	52,9	389	63,9	552	60,2
Schüler	308		609		917	

Während sich nur wenige Kinder das Zimmer mit einem Geschwisterkind teilen müssen, gibt es erhebliche Unterschiede beim Taschengeld, und nicht wenige Kinder werden angehalten, sich selbst etwas zum Taschengeld hinzuzuverdienen oder sich ihr Taschengeld selbst zu verdienen.

Tabelle 3.2.8. Taschengeld (Teilfrage 37)

TaGeld/Monat	Klasse 6		TaGeld/Monat	Klasse 10	
	Anzahl	%		Anzahl	%
0 bis 5 EUR	97	31,5	0 bis 9EUR	75	12,3
6 bis 16 EUR	131	42,5	10 bis 24EUR	192	31,5
17 bis 24 EUR	54	17,5	25 bis 39 EUR	179	29,4
25 E und mehr	26	8,4	40 bis 54 EUR	112	18,4
Schüler	308		mehr als 55 EUR	51	8,4
			Schüler	609	

23,6 % der Kinder und Jugendlichen verdienen sich etwas hinzu oder verdienen sich selbst ihr Taschengeld.

Tabelle 3.2.9. Anteil der Schüler, die selbst etwas hinzuverdienen (Teilfrage 37)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	80	26,0	136	22,3	216	23,6
nein	228	74,0	473	77,7	701	76,4
Schüler	308		609		917	

Die Prüfung von Unterschieden bzw. Zusammenhängen der in diesem Abschnitt beschriebenen sozialen, familiären und schulischen Merkmale mit Angaben der Schüler zur Lebensqualität, zu psychischen Auffälligkeiten, zur sozialen Gesundheit sowie zum Gesundheits- bzw. Risikoverhalten mit der Methode des Pivot-Tabellenberichts erfolgt in den folgenden vier Abschnitten.

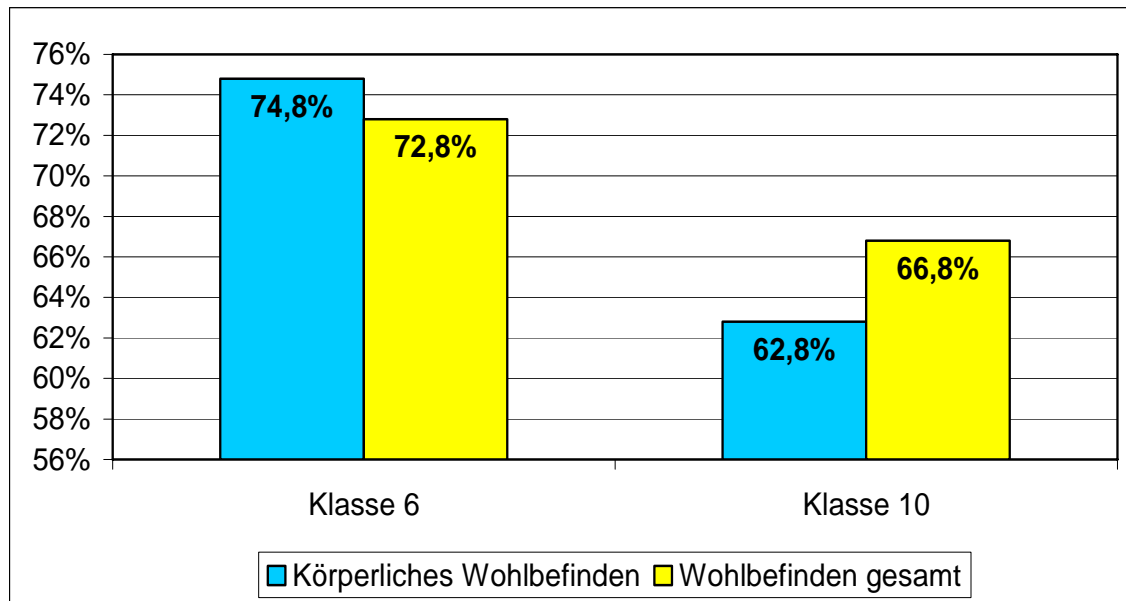
3.3. Wohlbefinden als gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen

3.3.1. Körperliches Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten

Während im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits-Survey 21 des Robert-Koch-Institutes auch eine körperliche Untersuchung der Teilnehmer durchgeführt wird und im Fragebogen viele Fragen zum körperlichen Gesundheitszustand, zu Arztbesuchen, Krankheiten, Schmerzen usw. enthalten sind, haben wir uns für die Belange des 4. Gesundheitsberichtes im Wesentlichen auf Fragen zum seelischen Gesundheitszustand und zum Risikoverhalten der Schüler beschränkt. Lediglich zwei Fragen in der 6. und in der 10. Klasse gehen auf körperliches Wohlbefinden und auf körperliche Freizeitaktivität ein. In der 10. Klasse wurden darüber hinaus noch Fragen zur Ernährung, zum Essverhalten, zum Nachtschlaf sowie zur Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit gestellt. Zunächst zum körperlichen Wohlbefinden.

Aus der Untersuchung des RKI wurde von uns eine Fragenbatterie übernommen, mit deren Hilfe die erlebte Lebensqualität, das Wohlbefinden der Schüler in den Bereichen Körper, allgemeines seelisches Wohl, Selbstwertgefühl, Familie, Freunde und Schule erfragt wird (vgl. auch Abschnitt 3.3.2.). Die Prozentwerte des Wohlbefindens sind so zu interpretieren, dass ein Schüler, der alle Fragen der Fragebatterie mit dem höchsten positiven Wert beantworten würde, eine Lebensqualität von 100 % erreichen würde. Betrachtet man daraus das körperliche Wohlbefinden und das Wohlbefinden insgesamt, das aus allen sechs Bereichen zusammengefasst wird, so zeigt sich, dass in der 6. Klasse das körperliche Wohl höher als das Wohlbefinden insgesamt eingeschätzt wird. In der 10. Klasse kehrt sich dieses Verhältnis um, das körperliche Wohl wird geringer als das Wohlbefinden insgesamt eingeschätzt. Außerdem verringert es sich in dieser Zeit um 12 %.

Diagramm 3.3.1.1. Körperliches Wohlbefinden und Wohlbefinden insgesamt in % (Fragen 25 und 25 - 30)



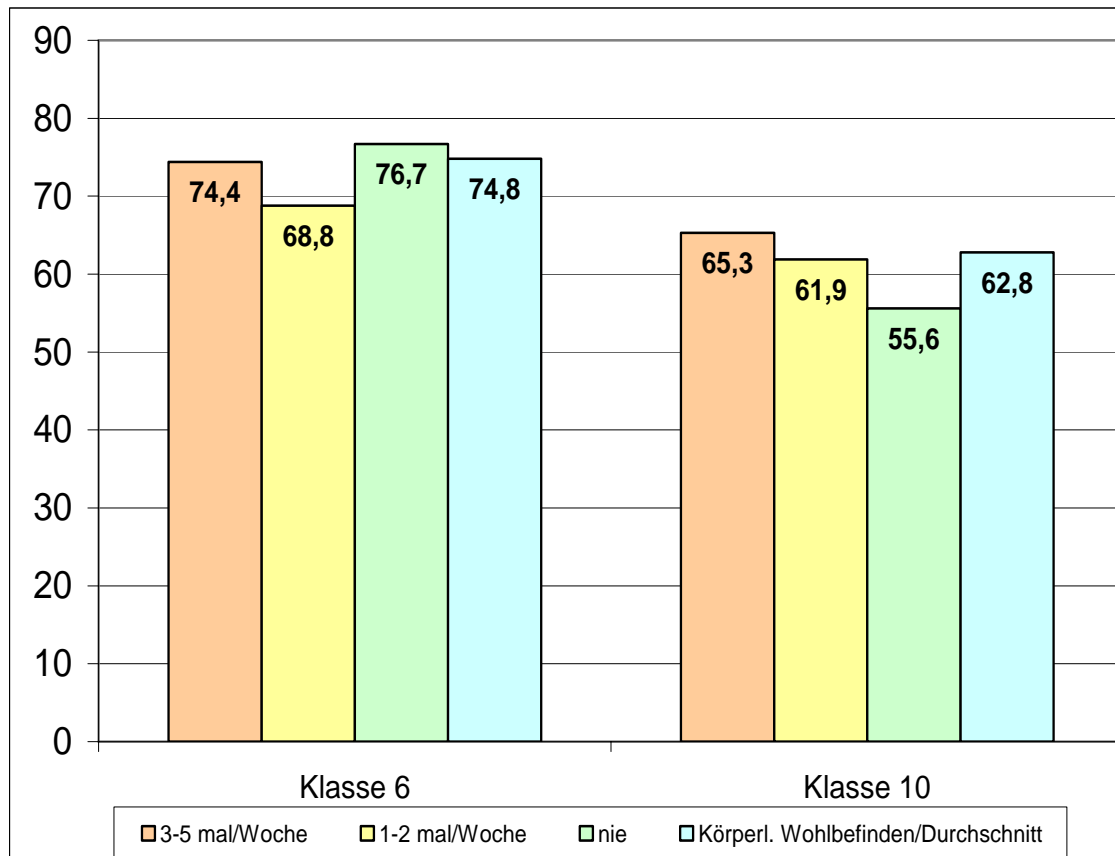
Erfragt wurde die körperliche Aktivität in der Freizeit in beiden Klassenstufen. Nur 7,2 % der Schüler aus den 6. Klassen, aber 16,8 % der Zehntklässler treiben in der Freizeit selten oder nie Sport.

Tabelle 3.3.1.2. Häufigkeit körperlicher Aktivität in der Freizeit (Frage 38)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
jeden Tag	96	31,2	121	19,9
3-5mal/Woche	117	38,0	207	34,0
1-2mal/Woche	73	23,7	179	29,4
1-2mal/Monat	11	3,6	48	7,9
nie	11	3,6	54	8,9
Schüler	308		609	

Vergleicht man das körperliche Wohlbefinden mit der Häufigkeit körperlicher Aktivität, so zeigt sich in der 10. Klasse ein eindeutiger Zusammenhang. In der 6. Klasse ist auch ein Unterschied im Wohlbefinden zwischen denen, die „3-5 mal in der Woche“ und denen, die „1-2 mal im Monat“ Sport treiben, zu erkennen. Allerdings fühlen sich die, die „nie“ aktiv sind (es sind allerdings relativ wenige – s. o.), hier besonders wohl.

Diagramm 3.3.1.3. Körperliches Wohlbefinden (in %) im Verhältnis zu körperlicher Aktivität (Frage 25 und 38)



Auf die Frage nach der Einschätzung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit, die nur in den 10. Klassen gestellt wurde, gaben die Jugendlichen folgende Selbsteinschätzung ab:

Tabelle 3.3.1.4. Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Frage 39)

	Klasse 10	
	Anzahl	%
sehr gut	112	18,4
gut	255	41,9
mittel	198	32,5
nicht besonders gut	41	6,7
gar nicht gut	3	0,5

Die Schüler der 10. Klassen schlafen im Durchschnitt 7,5 Stunden. Weniger als sieben Stunden schlafen immerhin 121 Jugendliche (19,9 %). 180 Schüler, das sind 29,6 %, geben an, dass sie Schlafprobleme haben (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen). Diese Aussagen sind besonders von Bedeutung im Hinblick auf die z. T. erheblichen Zeiten, die die Kinder und Jugendlichen vor Bildschirmen verbringen (vgl. Abschnitt 3.6.1.).

Etwas mehr als die Hälfte der Zehntklässler geben an, sich „immer“ oder „fast immer“ gesund zu ernähren.

Tabelle 3.3.1.5. Gesunde Ernährung (Frage 46 a)

	Klasse 10	
	Anzahl	%
immer	46	7,6
fast immer	290	47,6
manchmal	226	37,1
seltener	44	7,2
gar nicht	3	0,5

Etwa ein Zehntel der befragten Jugendlichen geben an, dass ihr Essverhalten problematisch sei.

Tabelle 3.3.1.6. Essverhalten (Frage 46)

	Klasse 10	
	Anzahl	%
sehr problematisch	1	0,2
problematisch	14	2,3
eher problematisch	47	7,7
eher unproblematisch	112	18,4
unproblematisch	182	29,9
völlig unproblematisch	253	41,5

Von den 62 Schülern, die angaben, ein problematisches bis sehr problematisches Essverhalten zu haben, waren 48, also 67,7 %, Mädchen.

Die Selbsteinschätzung, ob sich die Befragten als zu dick, zu dünn oder genau richtig empfinden, macht erst Sinn durch die Gegenüberstellung mit den realen Gewichtsdaten, was in diesem Zusammenhang nicht möglich ist. Trotzdem sollen die Angaben hier wiedergegeben werden.

Tabelle 3.3.7. Selbsteinschätzung „zu dick/zu dünn“ (Frage 47)

	Klasse 10	
	Anzahl	%
viel zu dick	38	6,2
etwas zu dick	244	40,1
genau richtig	237	38,9
etwas zu dünn	79	13,0
viel zu dünn	11	1,8

In den folgenden Abschnitten wird nun den weiteren Dimensionen des Wohlbefindens nachgegangen.

3.3.2. Wohlbefinden als subjektive Gesundheit und erlebte Lebensqualität

Die Definition von Gesundheit durch die WHO besagt, dass unter Gesundheit das Vorhandensein von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden zu verstehen ist. In diesem Sinne beziehen zeitgemäße Untersuchungen des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen (vgl. Literaturverzeichnis Nr. 7 und Nr.11) die psychische und die soziale Dimension des Gesundheitserlebens mit ein.

Aus dem Fragebogen des Robert-Koch-Institutes wurde eine standardisierte Fragenbatterie übernommen, die die verschiedenen Dimensionen des Wohlbefindens abbildet. Es handelt sich dabei um den KINDL-R-Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Auf das körperliche Wohlbefinden wurde bereits im Abschnitt 3.3.1 eingegangen. Hier sollen nun die Ergebnisse aus den anderen Dimensionen dargestellt werden.

Die Ergebnisse der Befragung der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree mit diesem Fragebogen zeigt, dass das durchschnittliche erlebte „Wohlbefinden insgesamt“ in der 6. Klasse höher ausgeprägt ist (72,5 %) als in der 10. Klasse (66,8 %). Die höchsten Werte werden in der 6. Klasse in der Dimension „Wohlbefinden in der Familie“ (83,3 %), in der 10. Klasse in der Dimension „seelisches Wohlbefinden“ (73,5 %) erreicht. Die niedrigsten Werte ergeben sich in der 6. Klasse in der Dimension „Selbstwert“ (56,3 %) und in der 10. Klasse im „Wohlbefinden in der Schule“ (55,5 %). Die dargestellten Tendenzen stimmen mit den Ergebnissen der Voruntersuchung des RKI und der Berlin-Studie 2002 überein.

Diagramm 3.3.2.1. Dimensionen des Wohlbefindens (in %) Klasse 6 (Fragen 26 - 30)

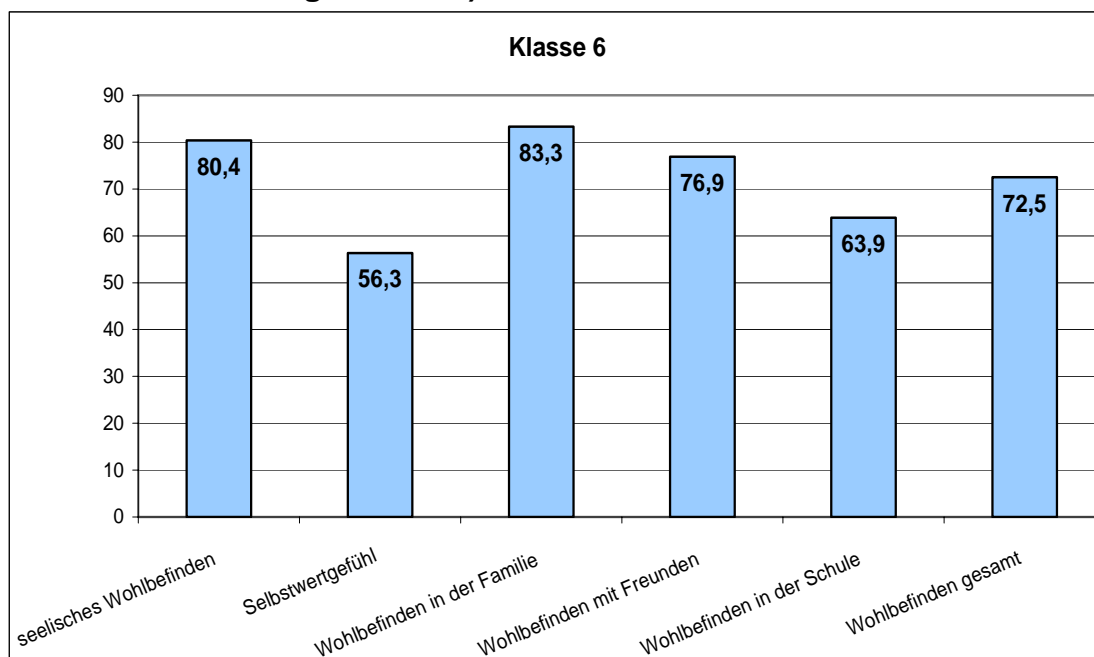
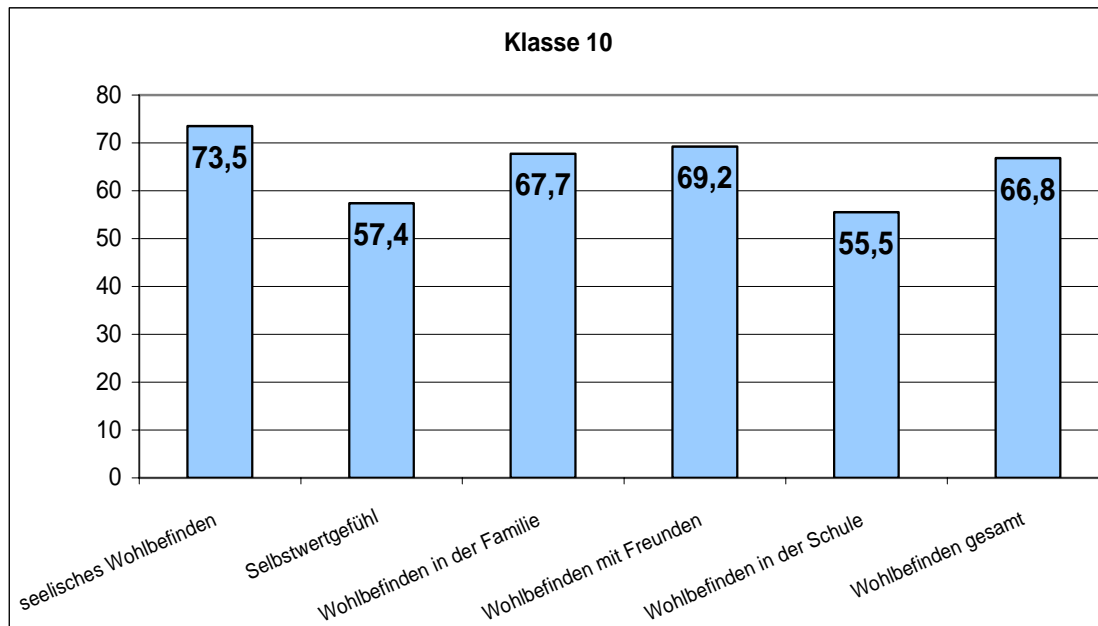


Diagramm 3.3.2.2. Dimensionen des Wohlbefindens (in %) Klasse 10 (Fragen 26 - 30)



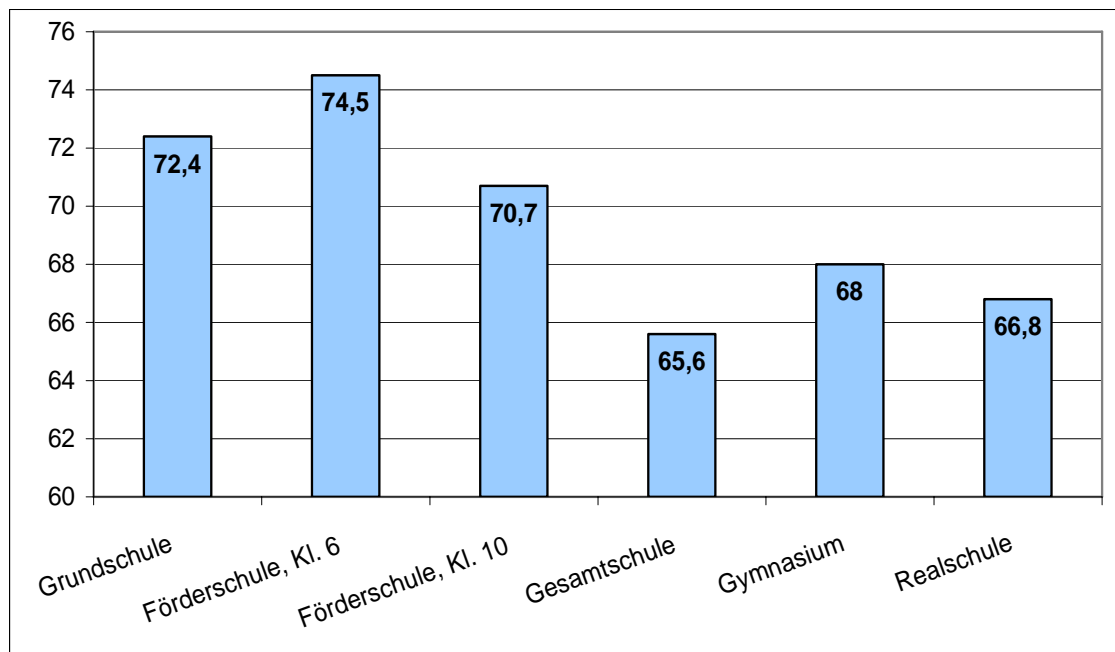
Der Vergleich zeigt, dass in der 6. Klasse dem „Wohlbefinden in der Familie“, das den ersten Rang belegt, das „seelische Wohlbefinden“ und „Wohlbefinden mit Freunden“ auf dem 2. bzw. 3. Rang folgen. Das „körperliche Wohlbefinden“ liegt - wie auch bei der 10. Klasse - auf Rang 4. Das „Wohlbefinden in der Schule“ nimmt den 5. Rang ein, und das „Selbstwertgefühl“ liegt wie schon gesagt auf dem letzten Rang.

In der 10. Klasse stellt sich die Rangfolge etwas anders dar. Das „seelische Wohlbefinden“ und das „Wohlbefinden mit Freunden“ rücken auf Rang 1 und 2, während die Dimension „Wohlbefinden in der Familie“ auf den 3. Platz zurückfällt. Das „Selbstwertgefühl“ liegt auch hier weit hinten, aber auf dem 5. Rang, und das „Wohlbefinden in der Schule“ belegt den letzten Rang.

Die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheidet sich in der 6. Klasse nur geringfügig zwischen den Geschlechtern (Jungen 73,0 %, Mädchen 71,9 %). In der 10. nimmt das erlebte Wohlbefinden bei beiden Geschlechtern ab, bei Mädchen jedoch viel stärker als bei den Jungen (Jungen 70,0 %, Mädchen 64,1 %).

Vergleicht man das Wohlbefinden nach Schultypen, so zeigt sich der geringste Wert bei den Gesamtschulen (65,6 %). Der höchste Wert wird in den 6. Klassen der Förderschulen erreicht (74,5 %). Allerdings handelt es sich hier nur um 22 Kinder. Das nächsthöhere Wohlbefinden beschreiben die Schüler der Grundschulen mit 72,4 %.

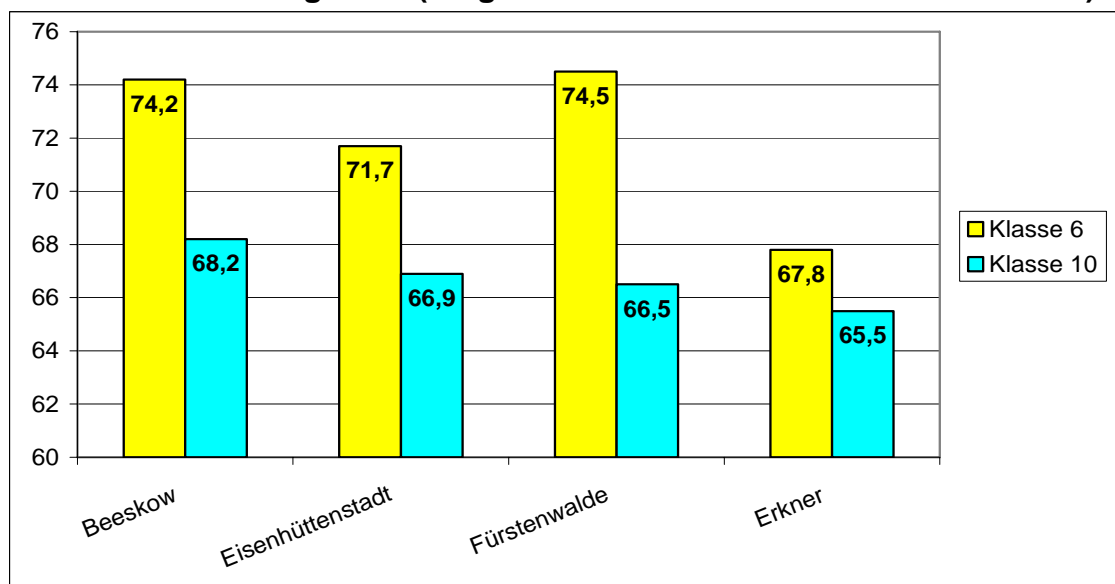
Diagramm 3.3.2.3. Wohlbefinden insgesamt (in %) nach Schultypen (Fragen 25 - 30 und 3)



Auf weitere Zusammenhänge zwischen „Wohlbefinden in der Schule“, Schultypen und Zensuredurchschnitt wird im Abschnitt 3.5. über soziale Gesundheit eingegangen.

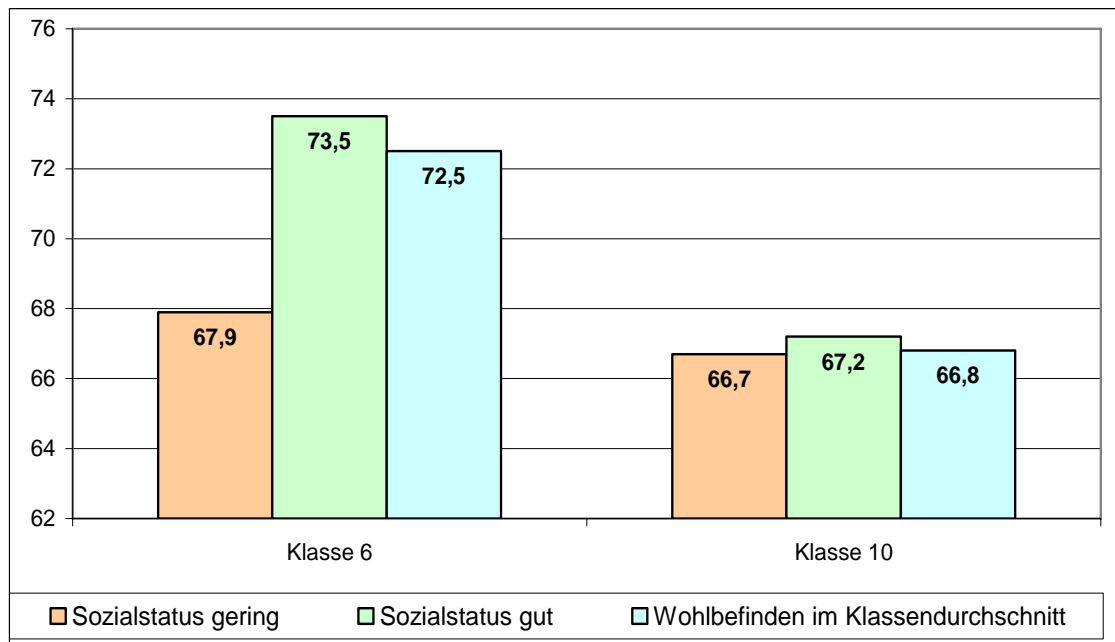
Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen sich auch beim Vergleich der Daten nach den vier Versorgungsregionen des Landkreises.

Diagramm 3.3.2.4. Wohlbefinden insgesamt (in %) nach Versorgungsregionen (Fragen 25 - 30 und Probandennummer 1 - 4)



Während Beeskow insgesamt die höchsten Werte erreicht und sich die Werte von Beeskow, Fürstenwalde und Eisenhüttenstadt kaum unterscheiden, fällt Erkner in den Selbsteinschätzungen erstaunlich ab. Bei den Schülern der 6. Klassen macht dies fast sieben Prozentpunkte aus. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass im Raum Erkner viele Eltern keine Zustimmung zur Teilnahme ihrer Kinder an der Befragung gaben. Wie uns einige Lehrer mündlich mitteilten, waren darunter viele Kinder aus Familien mit gutem Sozialstatus, was zu einer Verschiebung der Durchschnittswerte beigetragen haben kann.

Diagramm 3.3.2.5. Wohlbefinden insgesamt (in %) und sozialer Status (Fragen 25 - 30 und 67 - 69)



Eine deutliche Differenzierung der subjektiven Lebensqualität nach dem Sozialstatus der Familien ergibt sich in den 6. Klassen. Bei den Jugendlichen in den 10. Klassen spielt der Sozialstatus der Herkunftsfamilie bei der Selbsteinschätzung des Wohlbefindens nicht mehr eine so große Rolle, der Unterschied zwischen Jugendlichen mit geringem und mit gutem Sozialstatus ist hier nur noch gering. In diesem Alter werden die Beziehungen zu Freunden und die Orientierung an der Gruppe der Gleichaltrigen wichtiger für das Wohlbefinden.

3.4. Psychische Gesundheit im Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen

Einen wichtigen Aspekt psychischer Gesundheit stellt das Vorhandensein von psychischen Auffälligkeiten dar. In der RKI-Untersuchung wie auch in der Berlin-Studie 2002 wurden psychische Auffälligkeiten mit dem SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire, 1997) erfasst. Der SDQ ist ein Screening-Verfahren für erste Einschätzungen möglicher psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, sowohl hinsichtlich des allgemeinen Vorliegens von psychischen Störungen als auch in Bezug auf den konkreten Bereich, in dem eine Störung vorliegt.

Die vier erfassten Bereiche sind emotionale Störungen (Ängste, Niedergeschlagenheit, Somatisierungstendenzen), Verhaltensprobleme (Störungen des Sozialverhaltens wie häufige Prügeleien, Wutausbrüche, Lügen, Stehlen, Ungehorsam), Hyperaktivität (starker Bewegungsdrang, Impulsivität, Unkonzentriertheit) und Probleme mit Gleichaltrigen (Alleinsein, Isoliertsein, Gehänseltwerden, Hang zu Erwachsenen). Die vier Bereiche werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Je nach den Antworten der Kinder und Jugendlichen ergibt sich ein Summenwert, der die Befragten als „unauffällig“, „grenzwertig auffällig“ oder „auffällig“ charakterisiert.

Die in der Befragung des Gesundheitsamtes erhobenen Daten zeigen, dass die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Landkreis Oder-Spree im Rahmen der bundesweit berichteten Werte liegt, sogar leicht unter den Ergebnissen der Voruntersuchung des RKI und der Berlin-Studie (18,8 % in Berlin auffällig gegenüber 17,5 für die 6. Klassen und 17,2 für die 10. Klassen im Landkreis Oder-Spree).

Diagramm 3.4.1. Psychische Auffälligkeiten - Klasse 6 (Frage 32)

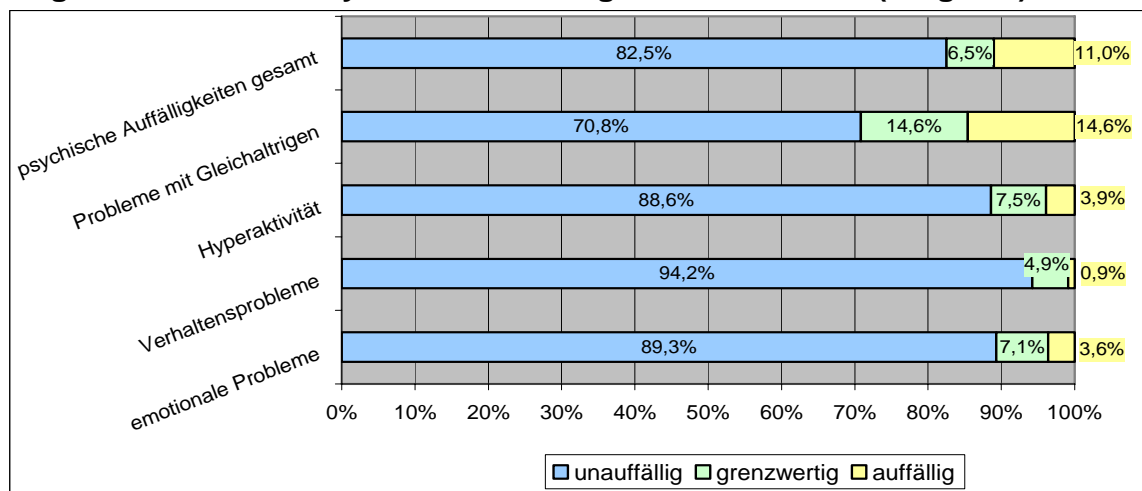
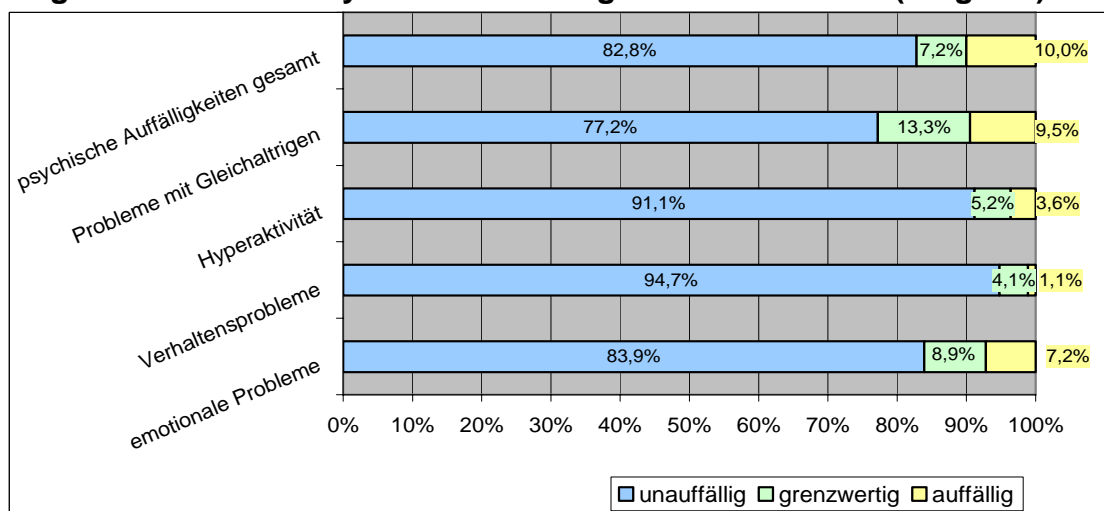


Diagramm 3.4.2. Psychische Auffälligkeiten - Klasse 10 (Frage 32)



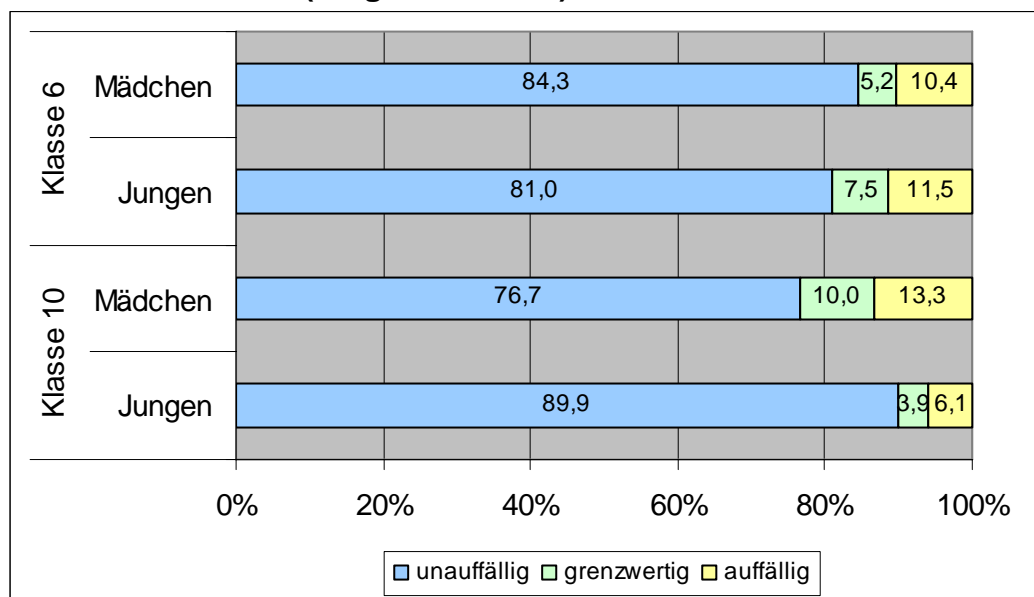
Zwischen den einzelnen Bereichen aber gibt es erhebliche Abweichungen gegenüber den in Berlin 2002 erhobenen Werten.

Während es im Bereich „Probleme mit Gleichaltrigen“ fast Übereinstimmung gibt (26,0 % Auffällige in LOS - Durchschnitt 6. und 10. Klasse - gegenüber 23,9 % in Berlin), liegen die Werte für Störungen des Sozialverhaltens und Hyperaktivität in Berlin weitaus höher als im Landkreis (22,7 % Auffällige bei Verhaltensproblemen und 21,9 % bei Hyperaktivität in Berlin gegenüber 5,5 % bei Verhaltensauffälligkeiten und 10,1 % bei Hyperaktivität im LOS). Bei den emotionalen Problemen liegen die Werte im Landkreis dagegen höher als in Berlin (13,4 % Auffällige im LOS gegenüber 9,9 % in Berlin).

Vergleicht man Jungen und Mädchen, sieht man, dass die psychischen Auffälligkeiten insgesamt – auffällig und grenzwertig auffällig zusammengenommen – in der 6. Klasse bei den Jungen stärker sind als bei den Mädchen (19,0 % bei Jungen vs. 15,6 % bei Mädchen).

In der 10. Klasse haben hingegen die Mädchen deutlich mehr Probleme (12,6 % gegenüber nur 4,6 % bei den Jungen).

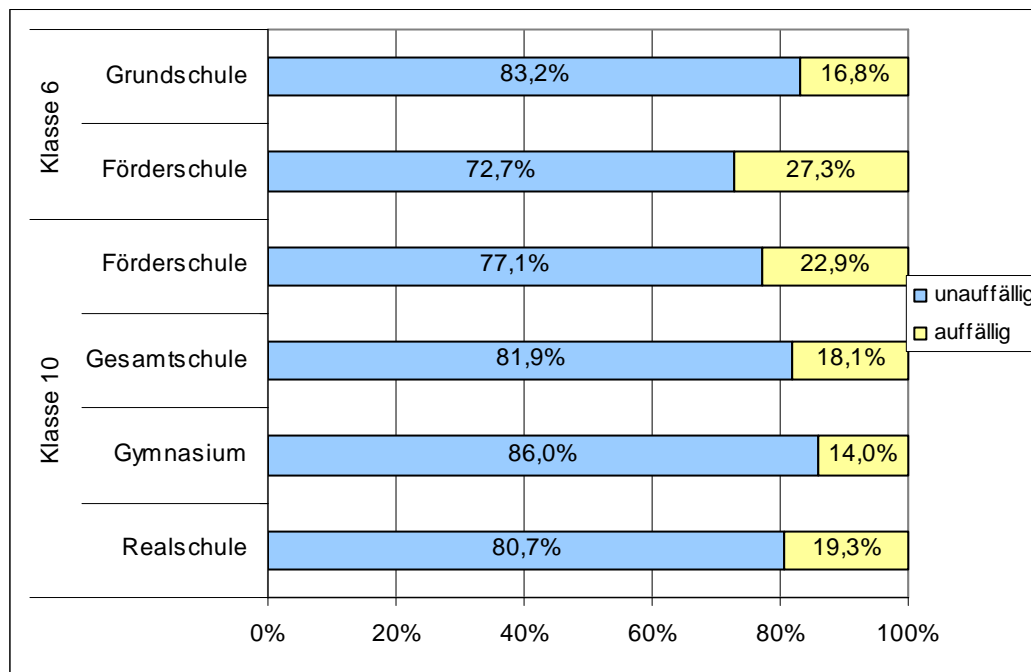
Diagramm 3.4.3. Psychische Auffälligkeiten gesamt nach Geschlecht (Fragen 32 und 1)



In den folgenden Diagrammen 3.4.4 bis 3.4.7 werden die Kategorien „auffällig“ und „grenzwertig auffällig“ zusammengefasst.

Vergleicht man das Auftreten psychischer Auffälligkeiten nach Schultypen, so zeigt sich folgendes Bild:

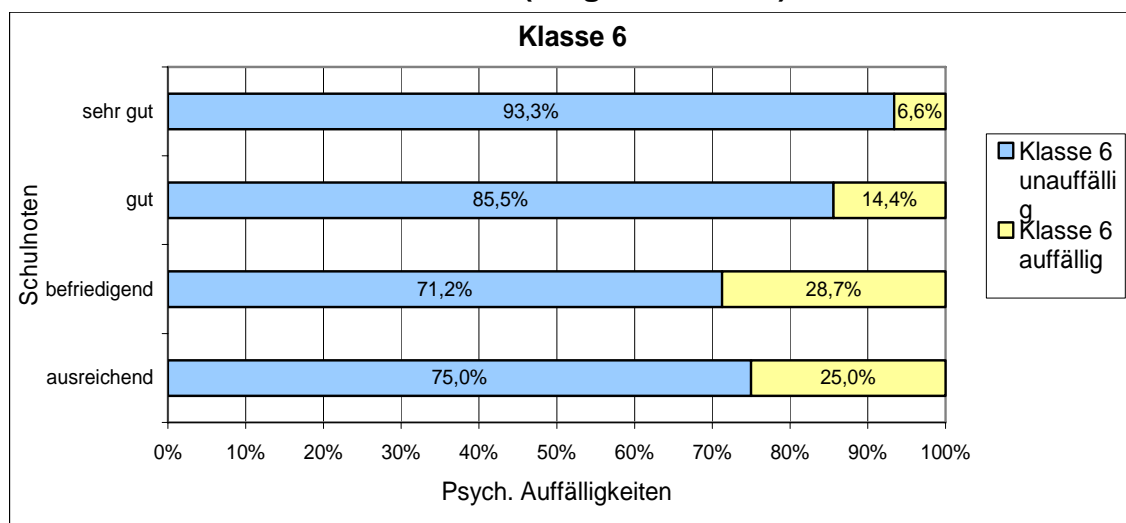
Diagramm 3.4.4. Psychische Auffälligkeiten gesamt nach Schultypen (Fragen 32 und 3)

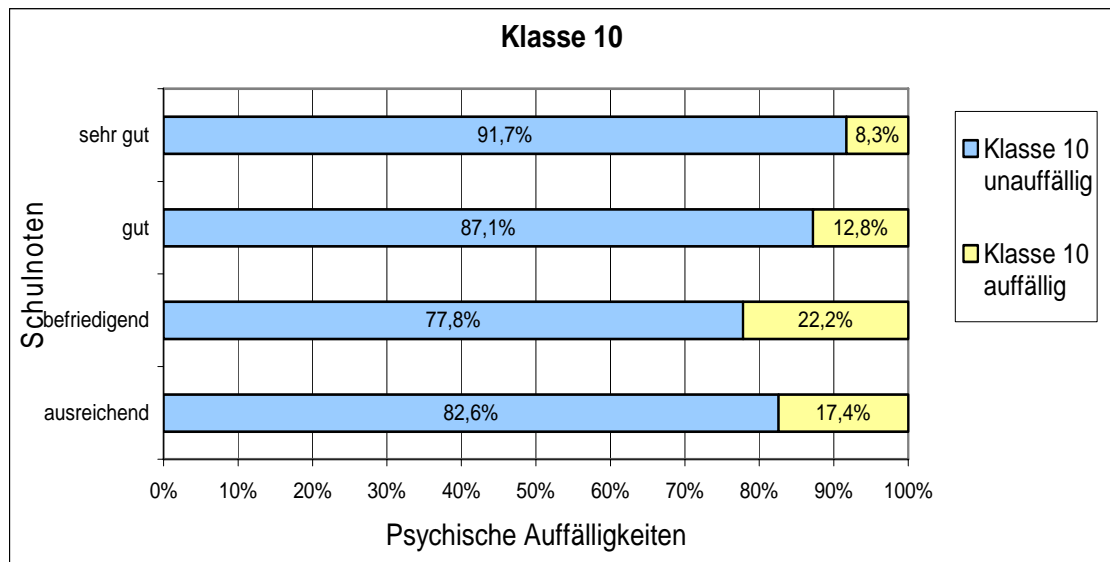


Es zeigt sich, dass psychische Auffälligkeiten bei den Schülern der Förderschulen mit Abstand am häufigsten auftreten (27,3 %). Die geringste Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten tritt bei den Gymnasien auf (14,0 %), gefolgt von den Grundschulen mit 16,8 %. In den Gesamtschulen mit 18,1 % und die Realschulen mit 19,3 % treten psychische Auffälligkeiten etwas häufiger auf als im Gesamtdurchschnitt (17,35 %).

Nimmt man die Durchschnittszensur des letzten Zeugnisses als Vergleichsmaßstab, wird der Unterschied zwischen dem Auftreten psychischer Auffälligkeiten noch deutlicher.

Diagramm 3.4.5. Psychische Auffälligkeiten gesamt nach Durchschnittsnoten (Fragen 32 und 4)





Während die Schüler mit der Note „sehr gut (1)“ psychische Auffälligkeiten unter 10 % zeigen und auch die Schüler mit der Note „gut (2)“ weit unter dem Durchschnitt liegen, gibt es einen großen Sprung zu den Schülern mit der Durchschnittszensur „befriedigend (3)“. In der 6. Klasse treten psychische Auffälligkeiten in dieser Gruppe mit 28,7 % auf und in der 10. Klasse mit 22,2 %. Interessanterweise nimmt der Wert bei den Schülern mit der Durchschnittsnote „4“ wieder ab, fast scheint es so, als hätten sie sich mit ihrem Schicksal abgefunden. Auf weitere Zusammenhänge zwischen „Wohlbefinden in der Schule“ mit anderen Merkmalen wird im Abschnitt 3.5.1. Soziale Gesundheit eingegangen.

Ähnlich wie schon beim „Wohlbefinden“ festgestellt, gibt es auch bei den psychischen Auffälligkeiten Unterschiede hinsichtlich des Sozialstatus vor allem in der 6. Klasse. In der 10. Klasse ist diese Differenz nur noch gering ausgeprägt.

Tabelle 3.4.6. Psychische Auffälligkeiten und Sozialstatus (Fragen 32 und 67 - 69)

	Klasse 6		Klasse 10	
	auffällig	unauffällig	auffällig	unauffällig
gering	25,0%	75,0%	18,7%	81,3%
gut	18,4%	81,6%	16,58%	83,5%

Ein Vergleich mit der Berlin-Studie zeigt, dass der Einfluss des Sozialstatus (hier als „Wohlstandsindex“ gemessen) in Berlin generell stärker ausgeprägt ist, während er im Landkreis Oder-Spree nur bei den 6. Klassen nachweisbar ist.

Überraschend sind, wie schon beim „Wohlbefinden“, die Ergebnisse nach Versorgungsregionen.

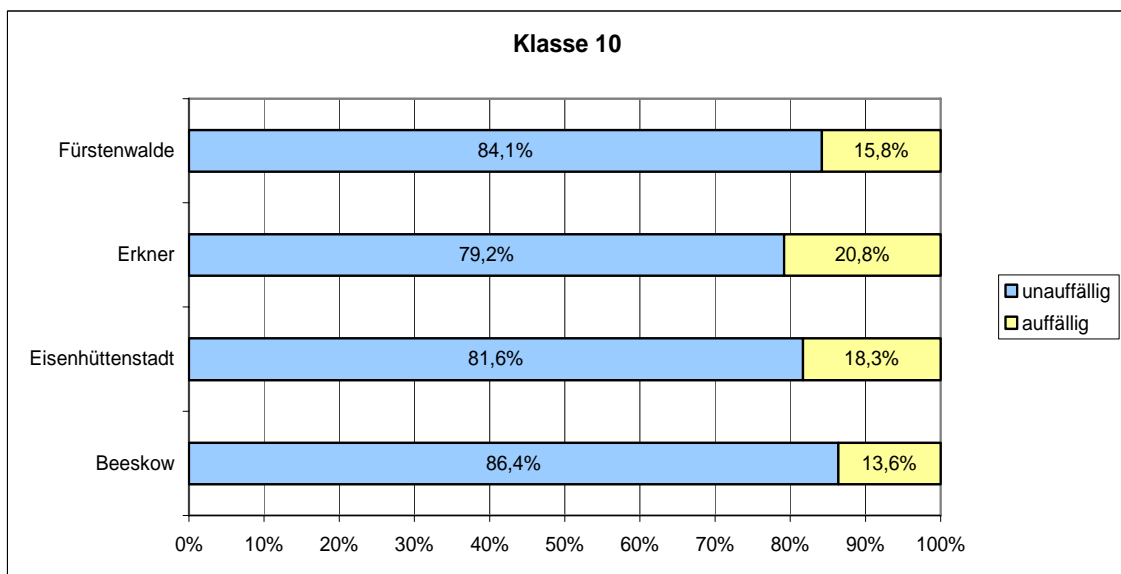
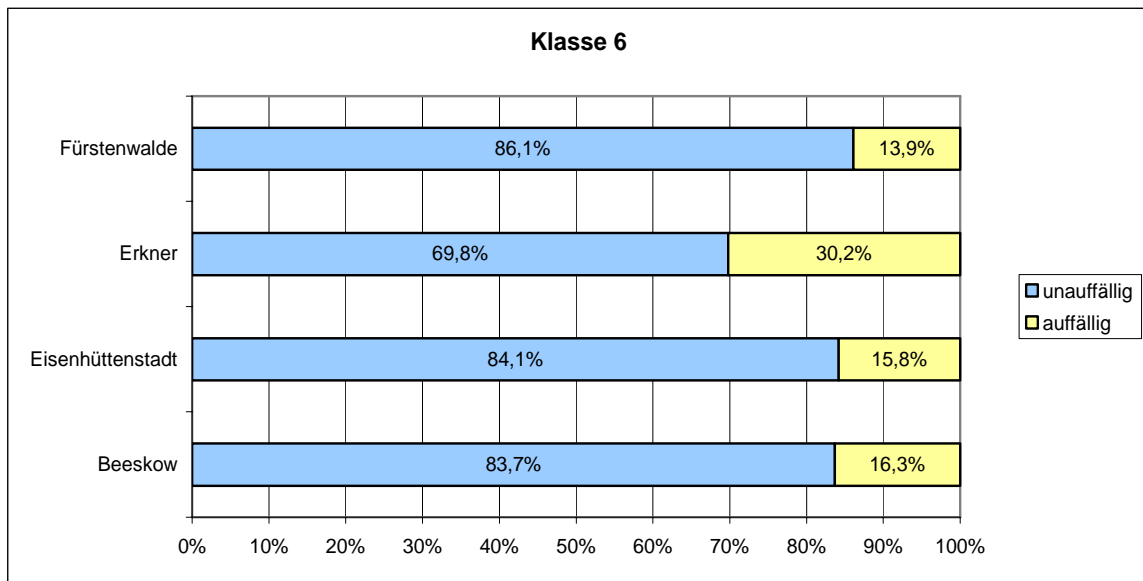
Auch bei der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten fällt die Region Erkner durch besonders hohe negative Werte auf: 30,2, % in den 6. Klassen, 20,8 % in den 10. Klassen.

Wie schon im Abschnitt 3.3.2. erwähnt, kann dies an dem relativ hohen Anteil von verweigerter Zustimmung von Eltern zur Teilnahme ihrer Kinder an der Befragung liegen, der nach mündlicher Auskunft einiger Lehrer durchaus in Familien mit gutem Sozialstatus lag.

In der 10. Klasse wird auch in der Region Eisenhüttenstadt ein kritischer Wert über dem Durchschnitt erreicht (18,3 %), während in Beeskow und Fürstenwalde das Auftreten psychischer Auffälligkeiten deutlich unter dem Durchschnittswert von 17,4 % liegt (13,9 % bzw. 15,8 %).

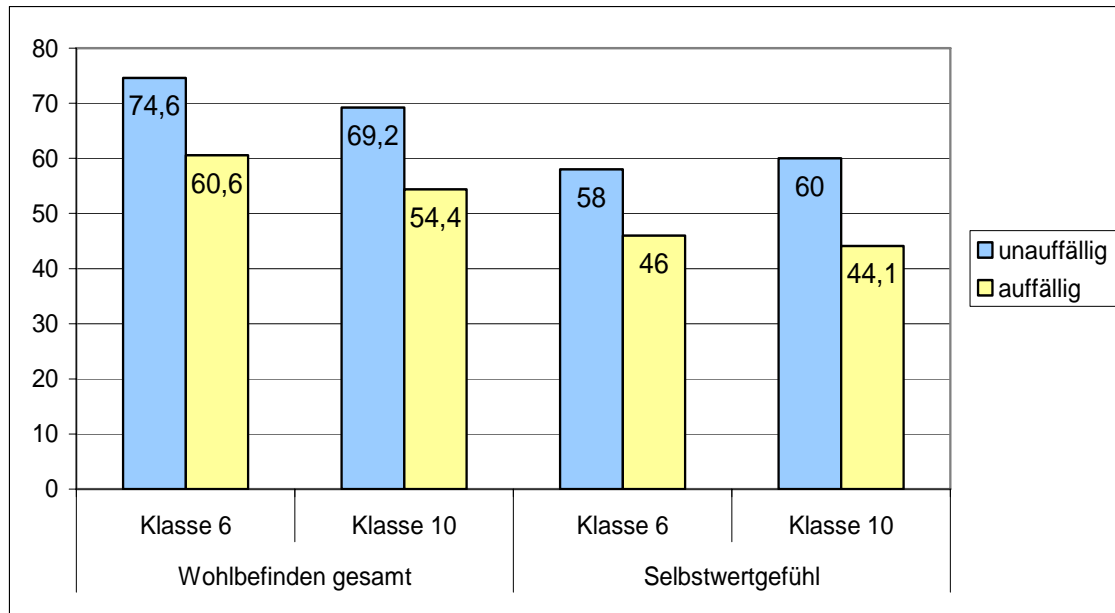
In den 6. Klassen liegen die Werte in Beeskow leicht (16,3 %) und in Fürstenwalde und Eisenhüttenstadt deutlich unter dem Durchschnitt (13,9 % bzw. 15,8 %).

Diagramm 3.4.7. Psychische Auffälligkeiten nach Versorgungsregionen (Frage 32 und Probandennummer 1 - 4)



Setzt man das Auftreten psychischer Auffälligkeiten mit dem „Wohlbefinden“, der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität, und dem „Selbstwertgefühl“ in Beziehung, so zeigen sich die erwarteten Zusammenhänge:

Diagramm 3.4.8. Wohlbefinden insgesamt (in %) und Selbstwertgefühl (in %) im Verhältnis zu psychischen Auffälligkeiten gesamt (Fragen 25 - 30 und 32 sowie 27 und 32)



Es gibt eindeutige, augenfällige Zusammenhänge zwischen dem Auftreten psychischer Probleme der Kinder und Jugendlichen und ihrer subjektiv empfundenen Lebensqualität, ausgedrückt in dem „Wohlbefinden insgesamt“ und verdeutlicht an einer weiteren Dimension des Wohlbefindens, dem „Selbstwertgefühl“.

In den erwähnten Vergleichsuntersuchungen wurde eine Dimension eingeführt, die man als Schutzfaktoren (protektive Faktoren) oder Ressourcen bezeichnet.

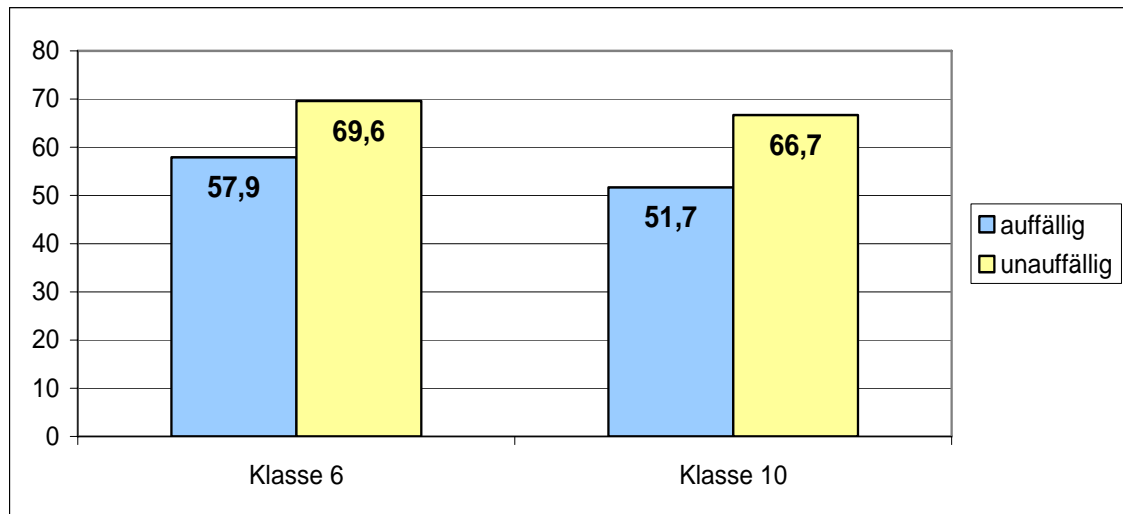
Einige dieser Fragen wurden auch in den Fragebogen für die 6. Klassen und mehrere für die 10. Klassen übernommen.

Es wird bei diesem Konzept davon ausgegangen, dass kritische Lebensereignisse nicht unmittelbar auf den Einzelnen einwirken, sondern gebrochen werden, vermittelt über die Ressourcen oder Schutzfaktoren wirken, die jemand in seinem bisherigen Leben ausprägen konnte. Diese Ressourcen werden bei der Verarbeitung von negativen Ereignissen eingesetzt.

Im Hinblick auf die psychische Gesundheit wird hier die individuelle Dimension solcher Schutzfaktoren betrachtet, die personalen Ressourcen.

In der 6. Klasse, für die der Fragebogen gekürzt werden musste, gibt es einige wenige Fragen zur Selbstwirksamkeit und zu einer optimistischen Zukunftshaltung. In den 10. Klassen waren diese Fragen weiter ausdifferenziert.

Diagramm 3.4.9. Psychische Auffälligkeiten und personale Ressourcen (in %) (Fragen 32 und 33/34 - 1. Teil)



Es ist in der 6. Klasse eine deutliche Differenz von 12 % und in der 10. Klasse eine noch stärkere Differenz von 15 Prozentpunkten bei den personalen Ressourcen zwischen psychisch auffälligen und unauffälligen Schülern zu erkennen. Auf die Wirkung weiterer - familiärer und sozialer – Ressourcen wird im Abschnitt 3.5.1. Soziale Dimensionen des Wohlbefindens eingegangen.

3.5. Soziale Gesundheit in der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen

3.5.1. Soziale Dimensionen des Wohlbefindens

Für die Einschätzung der sozialen Gesundheit der Befragten werden folgende Fragen des Fragebogens herangezogen:

- aus dem KINDL-Fragebogen:
 - o das „Wohlbefinden in der Familie“,
 - o das „Wohlbefinden unter Freunden“,
 - o das „Wohlbefinden in der Schule“,
- aus dem SDQ-Fragebogen über psychische Auffälligkeiten
 - o die Probleme mit Gleichaltrigen sowie,
 - o die Fragen über familiäre und soziale Ressourcen.

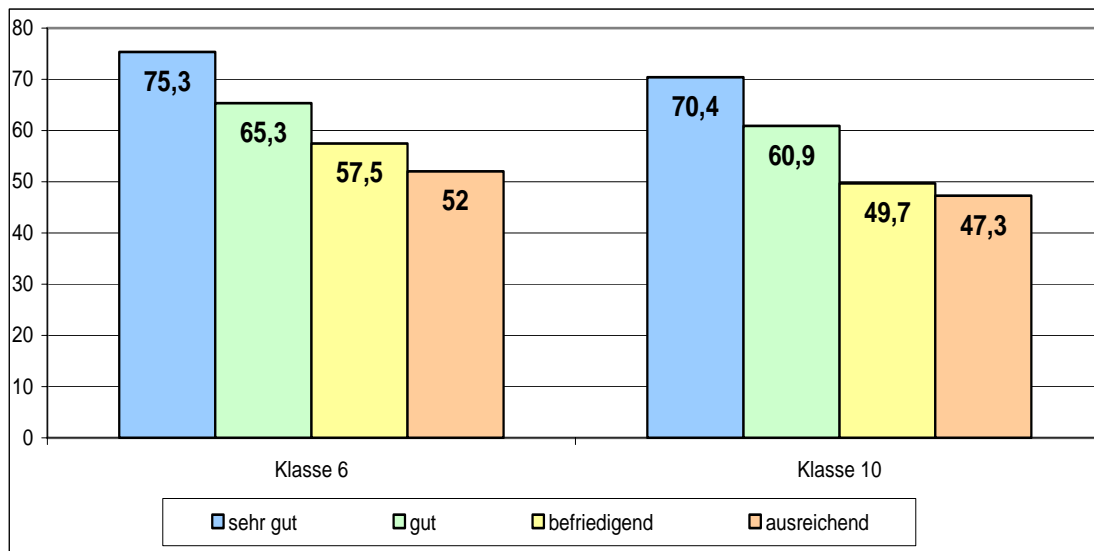
Vergleicht man die Werte von Jungen und Mädchen in den sozialen Dimensionen des Wohlbefindens, so erreichen die Jungen mit einer Ausnahme (Wohlbefinden in der Schule, Klasse 6) durchweg leicht höhere Werte als die Mädchen. Diese Tendenz zeigt sich auch noch in anderen Ergebnissen.

Tabelle 3.5.1.1. Soziale Dimensionen des Wohlbefindens (in %) nach Geschlecht (Fragen 28, 29, 30 und 1)

	Klassenstufe	Jungen	Mädchen	gesamt
Wohlbefinden in der Familie	Klasse 6	83,6%	82,9%	83,3%
	Klasse 10	68,4%	67,1%	67,7%
Wohlbefinden unter Freunden	Klasse 6	77,2%	76,5%	76,9%
	Klasse 10	70,6%	68,1%	69,2%
Wohlbefinden in der Schule	Klasse 6	62,5%	65,8%	63,9%
	Klasse 10	57,6%	53,7%	55,5%

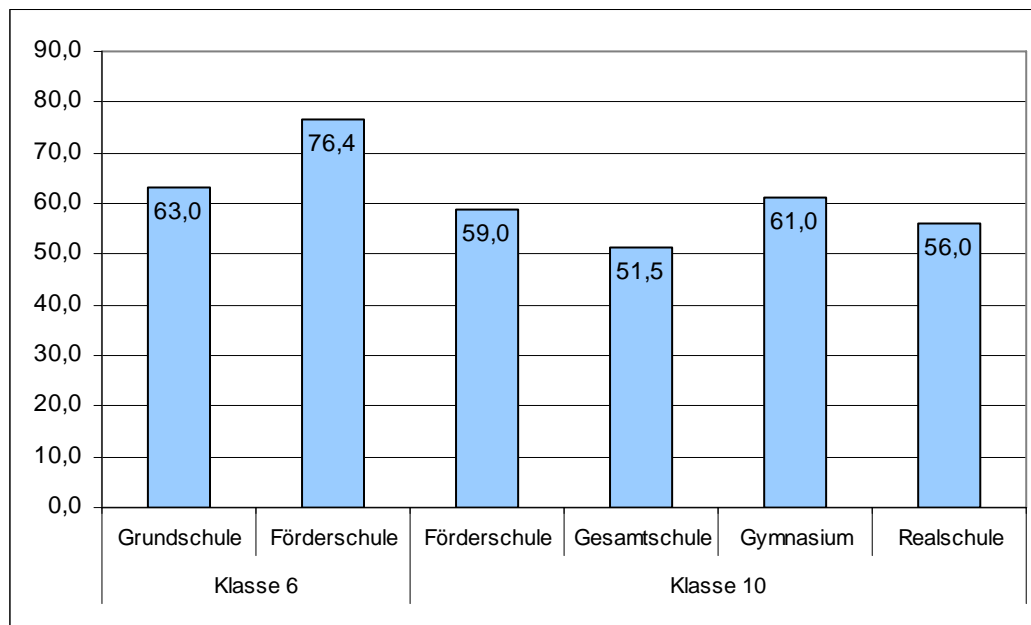
Betrachtet man das „Wohlbefinden in der Schule“ nach erreichten Durchschnittsnoten, so zeigt sich ein Unterschied von fast 23 Prozentpunkten, eine der stärksten Differenzierungen in der Untersuchung überhaupt:

Diagramm 3.5.1.2. Wohlbefinden (in %) in der Schule nach Durchschnittsnoten (Fragen 30 und 4)



Beim „Wohlbefinden in der Schule“ nach Schultypen zeigt sich wieder, wie schon beim „Wohlbefinden insgesamt“, dass sich die Schüler in den Förderschulen deutlich wohler fühlen, insbesondere in den 6. Klassen. Aber auch in den 10. Klassen ist noch ein deutlicher Unterschied zu den Gesamtschulen und Realschulen zu erkennen.

Diagramm 3.5.1.3. Wohlbefinden in der Schule (in %) nach Schultypen (Fragen 30 und 3)



Den niedrigsten Wert erreichen, wie schon beim „Wohlbefinden insgesamt“ wieder die Gesamtschulen.

Vergleicht man die Ausprägung des „Wohlbefindens in der Schule“ der Förderschüler mit dem Mittelwert derjenigen Schüler, die als Durchschnittsnote eine „3“ oder eine „4“ angeben, so fällt der Unterschied zwischen beiden Gruppen noch stärker ins Auge:

Tabelle 3.5.1.4. Wohlbefinden in der Schule (in %) für Förderschüler und für Schüler mit der Durchschnittsnote „3“ oder „4“ (Fragen 30 und 3 und 4)

	Klasse 6	Klasse 10
Förderschüler	76,4%	59,0%
Durchschnittsnote „3“ andere Schulen	57,5%	49,7%
Durchschnittsnote „4“ andere Schulen	52,9%	47,3%

Zugleich muss bei dieser Betrachtung aber auf das an anderer Stelle berichtete Ergebnis hingewiesen werden, wonach der Anteil psychischer Auffälligkeiten bei den Förderschülern weitaus höher ist als in anderen Schulen (vgl. Abschnitt 3.4.).

Betrachtet man das „Wohlbefinden in der Schule“ nach Versorgungsregionen, so fallen wiederum die 6. Klassen in der Region Erkner kritisch auf:

Tabelle 3.5.1.5. Wohlbefinden in der Schule (in %) nach Versorgungsregionen (Frage 30 und Probandennummer 1 - 4)

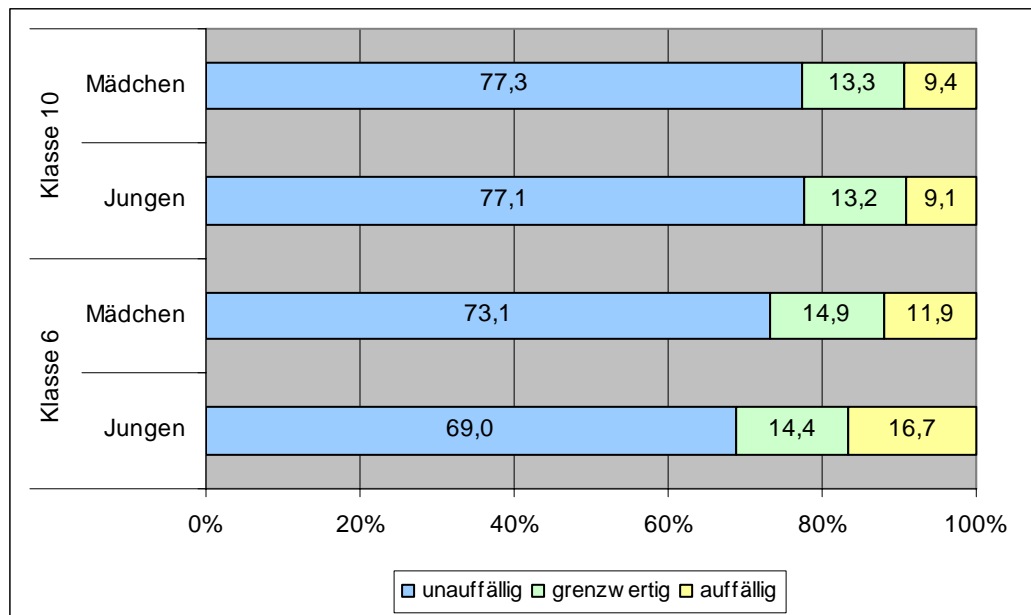
	Klasse 6	Klasse 10
Beeskow	66,7%	55,1%
Eisenhüttenstadt	63,2%	55,1%
Erkner	56,4%	55,7%
Fürstenwalde	66,2%	56,0%

In den 10. Klassen ist diese Differenzierung nicht mehr zu bemerken. Das spricht dafür, dass in der Region Erkner der Anteil schlechter Schüler an der Befragung höher war.

Zunehmend wichtiger wird im Alter zwischen dem 12. und dem 17. Lebensjahr die Gruppe der Gleichaltrigen, sowohl für die Orientierung als auch für Anerkennung und Wohlbefinden. Die Bedeutung der Familie nimmt demgegenüber entsprechend ab. Zugleich spielen Unstimmigkeiten und Konflikte mit Gleichaltrigen eine besondere Rolle für das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen. Im SDQ-Fragebogen zu psychischen Auffälligkeiten ist die Dimension „Probleme mit Gleichaltrigen“ enthalten.

In den Ergebnissen des Landkreises sind die erreichten Werte zwar nicht viel schlechter als die Berliner Werte, aber eindeutig die kritischsten von allen Werten, die bei den psychischen Auffälligkeiten erreicht wurden (vgl. Abschnitt 3.4.).

Diagramm 3.5.1.6. Psychische Auffälligkeiten: Probleme mit Gleichaltrigen (Teilfrage 32 und Frage 1)

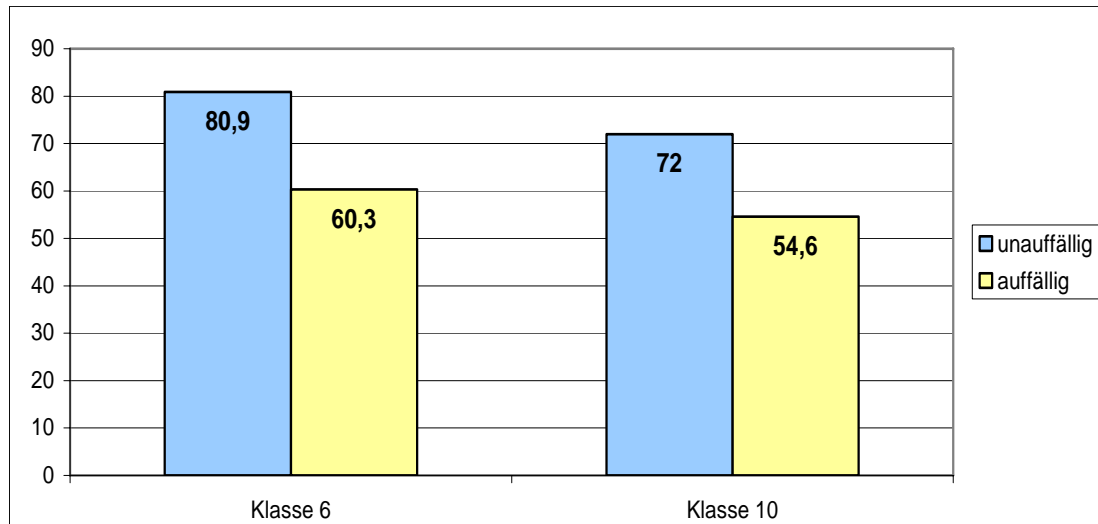


Man erkennt, dass die Jungen in der 6. Klasse deutlich mehr Probleme mit Gleichaltrigen haben (31,1 %) als die Mädchen (26,8 %). In der 10. Klasse nehmen die Probleme mit Gleichaltrigen insgesamt ab, und die Jungen und Mädchen gleichen sich an (Jungen 22,3 %, Mädchen 22,7 %).

Vergleicht man den erreichten Wert im SDQ bei „Problemen mit Gleichaltrigen“ mit dem erreichten Wert bei „Wohlbefinden in der Schule“, so zeigen sich gravierende Unterschiede zwischen psychisch auffälligen und unauffälligen Schülern - über 20 Prozentpunkte in den 6. Klassen und über 17 % Unterschied in den 10. Klassen.

Vergleichbar sind nur noch die Unterschiede hinsichtlich der Durchschnittsnoten. Das heißt, dass sich auf das Wohlbefinden in der Schule nicht nur Lernstress und das Verhältnis zu den Lehrern, sondern ganz stark auch das Verhältnis zu den Mitschülern auswirken.

Diagramm 3.5.1.7. Wohlbefinden in der Schule (in %) und Probleme mit Gleichaltrigen (SDQ – psychische Auffälligkeiten) (Frage 30 und Teilfrage 32)



Eine besonders wichtige soziale Dimension für die psychische und soziale Gesundheit und das Wohlbefinden ist natürlich die Familie, wie wir gesehen haben, für die Sechstklässler noch stärker als für die Zehntklässler. Ein Vergleich des „Wohlbefindens in der Familie“ mit dem Familientyp, in dem die Schüler aufwachsen, zeigt keine systematisch zu interpretierenden Unterschiede. In der 6. Klasse ist das familiäre Wohlbefinden bei der allein erziehenden Mutter und der Mutter mit Partner und in der 10. Klasse das familiäre Wohlbefinden mit der allein erziehenden Mutter geringer ausgeprägt als in den Familien mit beiden leiblichen Eltern.

Tabelle 3.5.1.8. Wohlbefinden in der Familie (in %) und Familientyp (Fragen 28 und 8)

	Klasse 6		Klasse 10
bei leiblichen Eltern	84,1%	bei leiblichen Eltern	68,1%
bei Mutter mit Partner	80,2%	bei Mutter mit Partner	68,6%
bei Vater mit Partnerin	85,7%	bei Vater mit Partnerin	67,1%
bei Mutter	81,9%	bei Mutter	65,1%
bei Vater	71,3%	bei Vater	68,0%
bei Großeltern	89,6%	bei Großeltern	73,5%
bei Pflegeeltern	92,2%	bei Pflegeeltern	58,8%
im Heim/WG	89,3%	im Heim/WG	65,7%

Die Angaben zu Familien mit dem Vater können nur begrenzt interpretiert werden, da die Zahlen relativ gering sind (Vater: 21 Familien, Vater mit Partnerin: 18 Familien), noch geringer bei den Familien mit Großeltern (7 Familien) und mit Pflegeeltern (9 Familien). Bei den Letztgenannten ist auch unklar, auf welche Familie sich die Angaben der Kinder beziehen.

Ähnliches gilt für die Kinder, die im Heim oder einer WG der Jugendhilfe leben (23), bei denen man häufig beobachten kann, dass sie ihre Herkunftsfamilie idealisieren.

Auf jeden Fall wird die Tendenz deutlich, dass das Familienleben mit beiden leiblichen Eltern sich im Durchschnitt immer noch am Besten auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in der Familie auswirkt.

Eine andere Betrachtung ist der Vergleich familiärer Ressourcen nach Familientyp. Bei den familiären Ressourcen oder Schutzfaktoren wurden inhaltliche Fragen zum Familienleben gestellt, wie z. B. klare Regeln, gemeinsame Freizeitgestaltung, individuelle Freiräume.

Tabelle 3.5.1.9. Familiäre Ressourcen (in %) und Familientyp (Teilfrage 34 und Frage 8)

	Klasse 6		Klasse 10
bei leiblichen Eltern	61,5%	bei leiblichen Eltern	54,8%
bei Mutter mit Partner	58,2%	bei Mutter mit Partner	52,1%
bei Vater mit Partnerin	64,3%	bei Vater mit Partnerin	52,8%
bei Mutter	58,3%	bei Mutter	58,7%
bei Vater	66,1%	bei Vater	52,3%
bei Großeltern	61,2%	bei Großeltern	59,8%
bei Pflegeeltern	45,9%	bei Pflegeeltern	54,5%
im Heim/WG	56,0%	im Heim/WG	51,8%

Die Aussagen zum familiären Wohlbefinden werden durch die Betrachtung der familiären Ressourcen teils bestätigt, teils sind die Aussagen entgegengesetzt.

In der 6. Klasse stimmen die Aussagen zum Wohlbefinden und zu den Ressourcen bei dem Familientyp „allein erziehende Mutter“ und „Mutter mit Partner“ überein, sie liegen von der Tendenz her unter dem Durchschnitt. Der Familientyp „Vater mit Partnerin“ wird positiv bestätigt, während der allein erziehende Vater vom Wohlbefinden her unterdurchschnittlich, von den Ressourcen her aber überdurchschnittlich bewertet wird.

In der 10. Klasse hat das familiäre Wohlbefinden mit der allein erziehenden Mutter den geringsten Wert, aber bei den familiären Ressourcen hat dieser Familientyp die stärkste Ausprägung.

Deutlicher als der Familientyp wirkt sich bei den Schülern der 6. Klasse der Sozialstatus auf die familiären Ressourcen aus. Bei den Zehntklässlern ist die Differenz nur noch gering, aber sie verkehrt sich ins Gegenteil: bei geringerem Sozialstatus werden höhere Werte für die familiären Ressourcen erreicht.

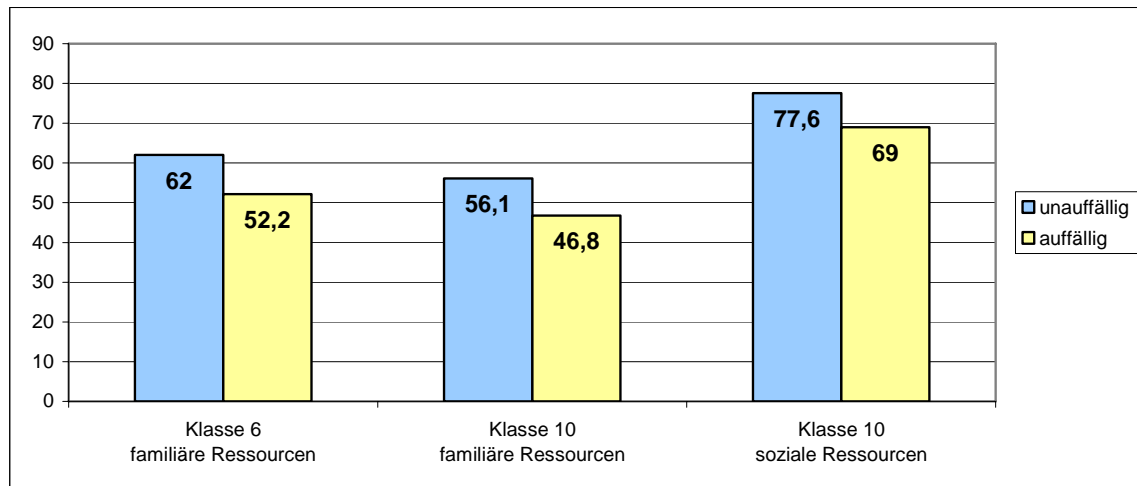
Tabelle 3.5.1.10. Familiäre Ressourcen (in %) im Verhältnis zum Sozialstatus (Teilfrage 34 und Fragen 67 - 69)

Sozialstatus	Klasse 6	Klasse 10
gering	54,6%	55,6%
gut	62,3%	54,4%

Bei anderen Ergebnissen wurde der nachlassende Einfluss der Familie bei den Zehntklässlern schon mehrfach erwähnt, er ist hier wieder zu beobachten.

Vergleicht man die familiären Ressourcen bei psychisch auffälligen und unauffälligen Schülern, ergeben sich deutliche Unterschiede in beiden Klassenstufen. Die familiären Ressourcen sind bei den psychisch auffälligen Schülern um fast 10 % geringer als bei den nicht auffälligen Schülern.

Diagramm 3.5.1.11. Familiäre und soziale Ressourcen (in %) und psychische Auffälligkeiten (Teilfrage 34 und Fragen 31 und 32)



Die sozialen Ressourcen wurden nur bei den Jugendlichen der 10. Klasse erfasst. Sie unterscheiden sich ebenfalls, wenn auch nicht ganz so stark wie die familiären Ressourcen, nach psychischer Auffälligkeit. Die Bedeutung des Familienlebens und des sozialen Rückhalts in der Gleichaltrigengruppe für die seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wird damit unterstrichen.

3.5.2. Gewalterfahrungen der Kinder und Jugendlichen

Gewalt in sozialen Beziehungen beginnt häufig in den Familien und zeigt sich auch in der Schule. Wie Gewalt in der Gesellschaft und in der Schule geächtet ist, zeigt sich auch in den Meinungen der Schüler. Die Schüler wurden danach befragt, ob sie in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt wurden, ob sie selbst gewalttätig waren und welche Auffassung sie zur Anwendung von Gewalt haben. Außerdem wurden die Fragen gestellt, ob sie schon einmal sexuelle Belästigung oder sexuelle Gewalt erfahren haben.

Die Fragen wurden ebenfalls dem standardisierten Fragebogen des Robert-Koch-Institutes entnommen. Ein bundesweiter Vergleich der Ergebnisse aus dem Landkreis ist damit möglich.

Dass sie im letzten Jahr Opfer von Gewalt wurden, sagt fast ein Viertel der Sechstklässler (22,4 %) und 14,8 % der Zehntklässler.

Tabelle 3.5.2.1. Gewaltopfer in den letzten 12 Monaten (Frage 42)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	39	77,6	519	85,2	758	82,7
einmal	48	15,6	71	11,7	119	13
mehrmals	21	6,8	19	3,1	40	4,4
Schüler	308		609		917	

Dass sie selbst in den letzten 12 Monaten gewalttätig gegenüber anderen Kindern oder Jugendlichen waren, geben mehr Schüler an, nämlich ein Drittel der Kinder der 6. Klassen (32,8%) und ein Fünftel (20,1 %) der Jugendlichen aus den 10. Klassen.

Tabelle 3.5.2.2. Gewalttätig in den letzten 12 Monaten (Frage 43)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nie	207	67,2	486	79,8	693	75,6
einmal	72	23,4	88	14,4	160	17,4
mehrmals	29	9,4	35	5,7	64	7
Schüler	308		609		917	

Vergleicht man das Verhältnis von Gewaltopfern zu Gewalttätern, so zeigen sich interessante Zusammenhänge. Dazu wurden die Angaben „einmal“ und „mehrmals“ zu „ja“ zusammengefasst und „ja“ und „nein“ gegenübergestellt.

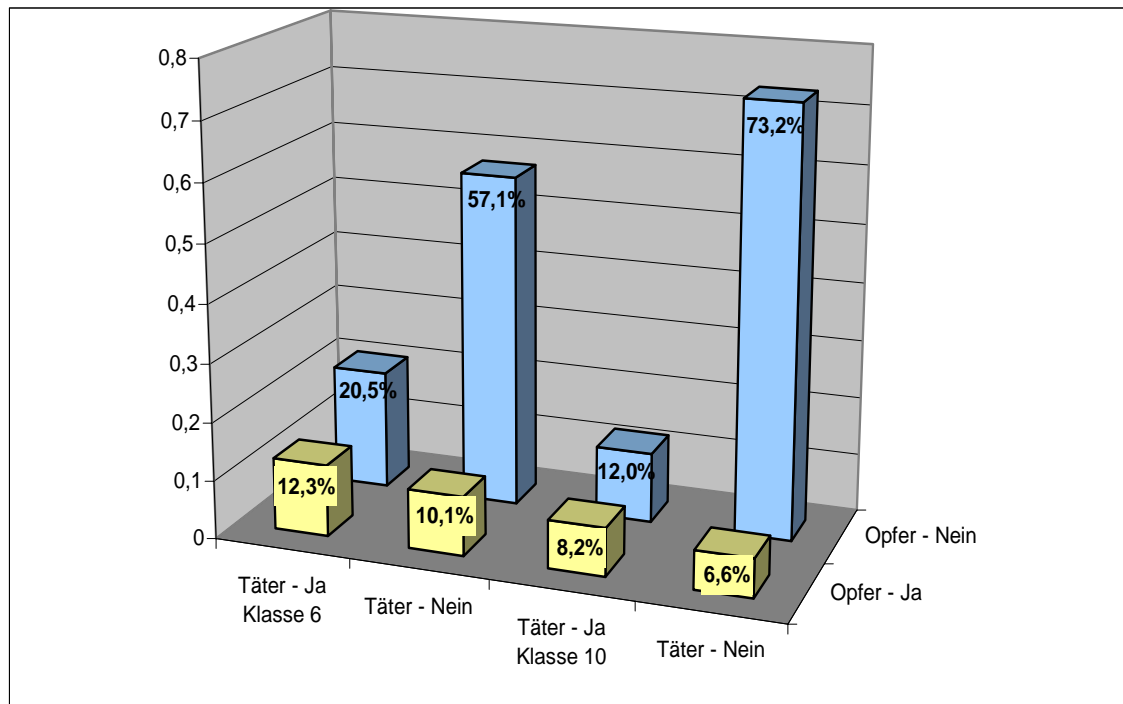
Tabelle 3.5.2.3. Verhältnis von Gewaltopfern und Gewalttätern (Fragen 42/43)

	Klasse 6		Opfer	Klasse 10	
	Täter	Opfer		Täter	Opfer
Opfer	Ja	Nein	Ja	Nein	
Ja	38	31	50	40	
Nein	63	176	73	446	

Allgemein ist zu erkennen, dass die Gewalt von der 6. zur 10. Klasse abnimmt. Während in der 6. Klasse 57,1 % angeben, dass sie weder Gewaltopfer noch gewalttätig sind, sind es in der 10. Klasse 73,2 %. Die Zahl der „Nur“-Gewaltopfer nimmt von 10,1 % in der 6. auf 6,6 % in der 10. Klasse ab. Die Zahl der „Nur“-Gewalttäter von 20,5 % auf 12,0 %. Die Zahl derjenigen Schüler, die sowohl Gewaltopfer als auch Gewalttäter sind, verringert sich von 12,3 % in der 6. Klasse auf 8,2 % in der 10. Klasse.

Vergleicht man die Größe der Gruppen, sieht man, dass in beiden Klassenstufen die Gruppe der Nur-Täter die zweitgrößte ist (20,5 % bzw. 12,0 %), die Gruppe der Nur-Opfer die kleinste (10,1 % bzw. 6,6 %). Dazwischen liegt jeweils eine Gruppe von 12,3 % bzw. 8,2 %, die angeben, sowohl Opfer als auch Täter zu sein.

Diagramm 3.5.2.4. Verhältnis von Gewaltopfer zu Gewalttäter (in %) (Fragen 42/43)



Die Meinung der Schüler über die Anwendung von Gewalt verändert sich von der 6. zur 10. Klasse im mittleren Bereich nicht, hingegen im oberen und unteren Bereich deutlich. In der 6. Klasse wird Gewalt hundertprozentig noch von jedem 10. Schüler abgelehnt, in der 10. von keinem mehr. Die geringe Ablehnung von Gewalt (zu weniger als 50 %) steigt von 12 % in der 6. Klasse auf 21,5 % in der 10. Klasse an.

Tabelle 3.5.2.5. Ablehnung von Gewalt (Frage 44)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
zu 100%	30	9,7	0	0,0	30	3,3
zu 75 bis 95%	125	40,6	247	40,6	372	40,6
zu 50 bis 74%	116	37,7	231	37,9	384	41,9
zu wen.a.50%	37	12,0	131	21,5	168	18,3
Schüler	308		609		917	

Mädchen lehnen Gewalt deutlich häufiger ab als Jungen. Lediglich in der Gruppe der Schüler der 10. Klasse, die Gewalt nur gering ablehnen, ist der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen nicht nur aufgehoben, der Anteil der Mädchen, die Gewalt offensichtlich in Ordnung finden, ist sogar etwas höher als der Anteil der Jungen (22,1 % bei den Mädchen gegenüber 20,8 % bei den Jungen).

Tabelle 3.5.2.6. Ablehnung von Gewalt durch Jungen und Mädchen (Fragen 44 und 1)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
zu 100%	41,1%	17,2%	0,0%	0,0%
zu 75 bis 95%	33,9%	49,3%	29,0%	50,3%
zu 50 bis 74%	44,8%	28,4%	50,2%	27,6%
zu wen.a.50%	17,2%	5,2%	20,8%	22,1%
Schüler	174	134	279	330

In der Befragung wurden auch Fragen zur sexuellen Belästigung und zu sexueller Gewalterfahrung gestellt, die ebenfalls aus dem in einer Voruntersuchung getesteten Fragebogen des Robert-Koch-Institutes übernommen wurden. Die Fragen wurden von den Schülern beider Klassenstufen ohne anzügliche Bemerkungen und mit einer ernsthaften Selbstverständlichkeit beantwortet, wie die anderen Fragen auch. In der Auswertung werden die Antwortkategorien „Ja, von Jugendlichen“ und „Ja, von Erwachsenen“ zu „Ja“ zusammengefasst.

Tabelle 3.5.2.7. Erfahrung sexueller Belästigung (Frage 45, 1. Teil)

	Klasse 6	Klasse 10
Ja	3,2%	9,9%
möchte nicht antworten	8,4%	4,8%
Nein	88,3%	85,4%

Es zeigt sich von der 6. bis zur 10. Klasse eine Verdreifachung des Anteils der Ja-Antworten (von 3,2 % in der 6. Klasse auf 9,8 % in der 10. Klasse). Hingegen verringert sich der Anteil der Antwort „Ich möchte darauf nicht antworten“ von 8,4 % in der 6. Klasse auf 4,8 % in der 10. Klasse.

Deutlich wird beim Vergleich der Antworten von Jungen und Mädchen das Überwiegen sexueller Belästigung bei den Mädchen. In der 6. Klasse fällt hingegen der relativ hohe Anteil der Antwortkategorie „Ich möchte darauf nicht antworten“ bei den Jungen auf (10,3 %).

Tabelle 3.5.2.8. Sexuelle Belästigung von Jungen und Mädchen (Frage 45, 1. Teil und Frage 1)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
möchte nicht antworten	10,3%	6,0%	1,8%	7,3%
Ja	1,1%	6,0%	0,7%	17,6%

In der 10. Klasse gibt fast jedes 5. Mädchen an, schon einmal sexuell belästigt worden zu sein.

In dem Fragebogen wurde die Frage nach sexueller Belästigung noch einmal verschärft gestellt, in dem Sinne, ob an den Kindern und Jugendliche sexuelle Handlungen gegen ihren eigenen Willen vorgenommen wurden. Damit ist die Frage nach der Erfahrung von sexueller Gewalt oder sexuellem Missbrauch gestellt. Die Ja-Antworten (von Jugendlichen oder Erwachsenen) wurden wiederum zusammengefasst.

Tabelle 3.5.2.9. Erfahrung von sexueller Gewalt (Frage 45, 2. Teil)

	Klasse 6	Klasse 10
ja	1,3%	4,8%
möchte nicht antworten	6,5%	4,3%
nein	92,2%	91,0%

Der Anteil der Antwortkategorie „Ich möchte darauf nicht antworten“ sinkt von 6,5 % in der 6. Klasse auf 4,3 % in der 10. Klasse. Der Anteil der Ja-Antworten steigt hingegen von 1,3 % in der 6. Klasse auf 4,8 % in der 10. Klasse. Nimmt man alle Befragten und Antworten zusammen, so ist es fast jeder 10. Schüler, der schon einmal sexuelle Gewalt erfahren hat oder auf diese Frage nicht antworten möchte.

Die Erfahrungen sexueller Gewalt unterscheiden sich bei Jungen und Mädchen deutlich.

Tabelle 3.5.2.10. Erfahrung sexueller Gewalt bei Jungen und Mädchen (Frage 45, 2. Teil und Frage 1)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
möchte nicht antworten	8,6%	3,7%	1,4%	6,7%
Ja	0,0%	3,0%	0,0%	8,8%

In der 6. Klasse haben 3 % der Mädchen sexuelle Gewalterfahrung gemacht, und 3,7 % möchten die Frage nicht beantworten. Bei den Jungen wählen 8,6 % die Antwortkategorie „Ich möchte darauf nicht antworten“. Aus den Erfahrungen der Opferhilfe-Organisation „Weißer Ring“ im Landkreis Oder-Spree ist bekannt, dass sie relativ häufig die Erfahrung machen, dass gerade kleine Jungen Opfer von sexuellen Übergriffen werden.

In der 10. Klasse haben bereits 8,8 % der Mädchen sexuelle Gewalterfahrung, und 6,7 % möchten die Frage nicht beantworten. Bei den Jungen in der 10. Klasse wird sexuelle Gewalt nicht angegeben, und der Anteil der Antwortkategorie „Ich möchte nicht antworten“ sinkt auf 1,4 %.

Fasst man die Ja-Antworten und die Kategorie „möchte nicht antworten“ zusammen und vergleicht sie nach den Regionen, so zeigt sich der höchste Anteil negativer bzw. ausweichender Antworten in beiden Klassenstufen in der Region Beeskow, der geringste in Eisenhüttenstadt.

Tabelle 3.5.2.11. Erfahrung sexueller Gewalt nach Regionen (Ja- und ausweichende Antworten zusammen) - (Frage 45, 2. Teil und Probandennummer 1 - 4)

Region	Klasse 6	Klasse 10
Beeskow	12,7%	10,6%
Eisenhüttenstadt	5,6%	8,5%
Erkner	7,0%	8,0%
Fürstenwalde	5,6%	9,3%

Insgesamt zeigen die Selbstauskünfte der Kinder und Jugendlichen, dass auf dem Gebiet der sexuellen Gewaltprävention im Landkreis noch sehr viel getan werden muss. Bei den Befragungen in den Klassenverbänden haben die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes den Schülern immer angeboten, dass sie bei Problemen zu ihnen kommen können. Von diesem Angebot hat jedoch niemand Gebrauch gemacht.

3.6. Gesundheitlich relevantes Sucht- und Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen

In dem standardisierten Fragebogen des Robert-Koch-Institutes sind detaillierte Fragen zum Medienkonsum, zum Rauchen und zum Alkohol- und Drogenkonsum enthalten, die auch den Teilnehmern der Befragung in den 6. und 10. Klassen im Landkreis Oder-Spree gestellt wurden und die sie repräsentativ für die Schüler und Schülerinnen der entsprechenden Altersgruppen im Landkreis beantwortet haben.

3.6.1. Medienkonsum

Von den Teilnehmern der Befragung waren Fragen zum zeitlichen Anteil der Nutzung von Fernseher, Computer und elektronischen Spielen, zur Handy-Nutzung und zum Musikhören zu beantworten. Für die Auswertung wurden die Antworten aufgeteilt, zum einen nach Medien, die mit dem Sitzen vor Bildschirmen verbunden sind (Fernseher, Computer, Spiele) und zum anderen nach Medien insgesamt, wobei die mobilen Medien, die auch zeitgleich mit anderen Medien genutzt werden können (Handy, Musik hören) hinzugezählt wurden. Die Tabelle 3.6.1.1. zeigt die Zeit, die Kinder und Jugendliche pro Tag nach eigenen Angaben vor Bildschirmen verbringen. Dabei wurde jeweils der Mittelwert der angegebenen Zeitspanne angerechnet und bei der Kategorie „mehr als 4 Stunden“ wurden (nur) 4,5 Stunden angerechnet.

Tabelle 3.6.1.1. Zeit vor Bildschirmen (Teilfrage 36)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	3	0,9	5	0,8	8	0,5
0,5 -2 Std.	108	35,1	224	36,8	332	36,2
2,5 -4 Std.	101	32,8	187	30,7	288	31,4
4,5 -6 Std.	61	19,8	134	22,0	195	21,3
6,5 -8 Std.	15	4,9	38	5,7	53	5,8
8,5 -10 Std.	9	1,9	12	1,9	21	2,3
10,5 -12 Std.	8	2,6	7	1,1	15	1,6
12,5 -14 Std.	3	0,9	2	0,3	5	0,5
Schüler	308		609		917	

Es gibt offensichtlich relativ übereinstimmende Konsummuster in beiden Altersgruppen.

Nimmt man die Medienzeit insgesamt (mit Handy und Musikhören) ähneln sich die Konsummuster bis zu einer Zeit von 6 Stunden. Danach erhöht sich der Anteil, den die Jugendlichen mit elektronischen Medien verbringen deutlich. Das bedeutet, dass besonders das Musikhören und die Nutzung von Handys in der 10. Klasse angestiegen sind.

Tabelle 3.6.1.2. Medienzeit insgesamt (Frage 36)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0,5 bis 2 Std.	29	9,4	16	2,6	45	4,9
2,5 bis 4 Std.	102	33,1	103	16,9	205	22,4
4,5 bis 6 Std.	72	23,4	151	24,8	223	24,3
6,5 bis 8 Std.	51	16,6	143	23,5	194	21,2
8,5 bis 10 Std.	23	7,5	89	14,6	112	12,2
10,5 bis 12 Std.	8	2,6	56	9,2	64	7,0
12,5 bis 14 Std.	11	3,6	33	5,4	44	4,8
mehr als 14 Std.	12	3,9	18	3,0	30	3,3
Schüler	308		609		917	

Bei der Frage, ob es unterschiedliche Konsummuster zwischen Jungen und Mädchen bei der Zeit vor Bildschirmen gibt, zeigt sich zum einen, dass sich die Muster der Jungen untereinander und der Mädchen untereinander im Vergleich der beiden Klassenstufen ähneln. Der Anteil der „Langzeit-Gucker“ ist demnach bei den Jungen deutlich höher als bei den Mädchen. Außerdem fällt in der 10. Klasse ein deutlicher Zuwachs im Bereich 6,5 bis 10 Stunden bei den Jungen auf, bei den Mädchen im Bereich 4,5 bis 6 Stunden.

Tabelle 3.6.1.3. Zeit an Bildschirmen bei Jungen und Mädchen (Teilfrage 36 und Frage 1)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen
gar nicht	0,6%	1,5%	0,4%	1,2%
0,5 - 2 Std.	21,3%	52,9%	21,5%	49,7%
2,5 - 4 Std.	37,4%	26,9%	31,9%	29,7%
4,5 - 6 Std.	25,3%	12,7%	27,6%	17,3%
6,5 - 8 Std.	5,2%	4,5%	11,5%	1,8%
8,5 - 10 Std.	5,2%	0,0%	4,3%	0,0%
10,5 - 12 Std.	4,0%	0,7%	2,2%	0,3%
12,5 - 14 Std.	1,1%	0,7%	0,7%	0,0%
Schüler	174	134	279	330

Vergleicht man den quantitativen Medienkonsum nach Durchschnittsnoten (am Beispiel der Noten „sehr gut“ und „befriedigend“), so zeigen sich deutliche Unterschiede in dem Sinne, dass die Schüler mit der Note 3 deutlich mehr Zeit vor Bildschirmen verbringen als die besseren Schüler.

Tabelle 3.6.1.4. Zeit an Bildschirmen und Durchschnittsnoten (Teilfrage 36 und Frage 4)

	Klasse 6		Klasse 10	
	sehr gut	befriedigend	sehr gut	befriedigend
gar nicht	0,0%	0,0%	8,3%	0,7%
0,5 - 2 Std.	46,7%	28,8%	50,0%	35,8%
2,5 - 4 Std.	37,8%	26,0%	16,7%	32,3%
4,5 - 6 Std.	11,1%	30,1%	8,3%	20,1%
6,5 - 8 Std.	4,4%	6,8%	8,3%	8,2%
8,5 - 10 Std.	0,0%	4,1%	8,3%	1,8%
10,5 - 12 Std.	0,0%	2,7%	0,0%	1,1%
12,5 - 14 Std.	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%

Der Sozialstatus hat nur einen geringen Einfluss auf die quantitative Nutzung von Bildschirmmedien, die Zeiten, die die Schüler vor den Bildschirmen verbringen unterscheiden sich danach kaum.

Wie unterscheiden sich die verschiedenen Schulformen hinsichtlich der Zeit, die die Schüler vor Bildschirmen verbringen?

Tabelle 3.6.1.6. Zeit an Bildschirmen nach Schultypen - Klasse 10 (Teilfrage 36 und Frage 3)

	Klasse 10			
	Förderschule	Gesamtschule	Gymnasium	Realschule
gar nicht	2,9%	0,3%	1,6%	0
0,5 -2Std.	34,3%	29,8%	47,3%	39,8%
2,5 -4Std.	5,7%	35,7%	30,6%	22,9%
4,5 -6Std.	31,4%	23,3%	15,6%	27,7%
6,5 -8Std.	14,3%	6,9%	4,3%	4,8%
8,5 -10Std.	2,9%	2%	0,5%	4,8%
10,5 -12Std.	5,7%	1,6%	0	0
12,5 -14Std.	2,9%	0,3%	0	0
Schüler	35	305	186	83

Es zeigt sich, dass sich die Konsummuster im Gymnasium von denen der anderen Schulformen positiv unterscheiden und zwar dahingehend, dass etwa die Hälfte der Gymnasiasten bis zu 2 Stunden täglich Bildschirm guckt, und die andere Hälfte mehr. Demgegenüber ist die Verteilung bei der Gesamtschule so, dass jeweils ein Drittel bis zu zwei Stunden, bis zu vier Stunden und ein Drittel mehr als vier Stunden täglich guckt. Die Realschule nähert sich mehr dem Gymnasium an. In der Förderschule sind es fast 60 %, die mehr als vier Stunden täglich gucken.

In der Berliner Vergleichsstudie kommt ebenfalls heraus, dass die Schüler täglich 2 bis 4 Stunden vor dem Fernseher und 1 bis 2 Stunden vor dem Computer verbringen. Nach Schultypen verbringen auch hier die geringste Zeit die Gymnasiasten.

In dieser Studie wurde auch im Vergleich dazu gefragt, wie viel Zeit die Schüler mit Hausaufgaben verbringen. Die Schüler gaben an, in der Woche eine halbe bis eine Stunde täglich dafür zu nutzen, bei den Gymnasiasten waren es etwas mehr. In unserer Untersuchung wurde diese Frage nicht gestellt, da die Ergebnisse aber weitgehend vergleichbar sind, kann diese Zahl auch für den Landkreis zum Vergleich herangezogen werden.

Aus den Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes wird in den letzten Jahren immer deutlicher, dass Bewegungsarmut, motorische Störungen, Sprach- und Sprechstörungen bei den Kindern zunehmen. Diese Erscheinungen führen später häufig zu Lernschwierigkeiten und seelischen Störungen und haben einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem frühen und exzessiven Fernsehkonsum der Kinder, dem viele Eltern nichts entgegenzusetzen haben.

3.6.2. Selbstauskünfte der Schüler zum Rauchen

Nach eigenen Angaben rauchen in der 6. Klasse 8,4 % der Schüler und in der 10. Klasse 48,3 % der Schüler, also fast die Hälfte. Vergleicht man die Angaben mit den Aussagen, ob Freunde, die einem wichtig sind, rauchen, muss man die Zahlen vielleicht sogar noch erhöhen. In der 6. Klasse sagen 26,3 % der Kinder, dass wichtige Freunde rauchen, und in der 10. Klasse sagen 82,4 % der Jugendlichen, dass wichtige Freunde rauchen.

Tabelle 3.6.2.1. Häufigkeit des Rauchens (Frage 48)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
täglich	5	1,6	212	34,8	217	23,7
mehrm./Wo.	1	0,3	24	3,9	25	2,7
einmal/Wo.	1	0,3	9	1,5	10	1,1
seltener	19	6,2	49	8,0	68	7,4
nein	282	91,5	315	51,7	597	65,1
Schüler	308		609		917	

Die Angaben über Häufigkeit des Rauchens und die Anzahl der gerauchten Zigaretten unterscheiden sich stark.

Bei den 26 Schülern der 6. Klassen, die angeben zu rauchen, reicht die Zahl von weniger als eine Zigarette pro Woche bis 20 Zigaretten pro Tag. Von den 294 Schülern der 10. Klassen, die angeben zu rauchen, reicht die Anzahl von einer Zigarette pro Woche bis 30 Zigaretten pro Tag. Die größte Häufigkeit liegt hier zwischen 3 und 12 Stück pro Tag.

Auf die Frage, ab welchem Alter man mit dem Rauchen angefangen hat, sagen die Sechstklässler im Durchschnitt „11,7“ und die Zehntklässler „14,2“. Daraus kann man schließen, dass die Schüler im Landkreis Oder-Spree erst nach der 6. Klasse in größerer Häufigkeit anfangen zu rauchen.

Nimmt man die Kategorien „täglich“ und „mehrmals pro Woche“ zusammen, so rauchen in der 6. Klasse 1,9 % und in der 10. Klasse 38,7 %.

Die Vorbildwirkung der Erwachsenen kommt in der Antwort auf die Frage zum Ausdruck, wie oft die Kinder und Jugendlichen sich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird.

Tabelle 3.6.2.2. Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird (Frage 52)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
täglich	57	18,5	170	27,9	227	24,8
mehrm./Woch	34	11,0	164	26,9	198	21,6
einmal/Woch	11	3,6	55	9,0	66	7,2
seltener	114	37,0	188	30,9	302	32,9
nie	92	29,9	32	5,2	124	13,5
Schüler	308		609		917	

Hier tut sich ein reiches Feld für Präventionsaufgaben und eine „Rauchfreie Schule“ auf.

3.6.2. Selbstauskünfte zum Alkoholkonsum

In der 6. Klasse geben 46,1 % der Schüler an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben. In der 10. Klasse sind es nur noch 4,4 %, die nach eigenen Angaben noch nie Alkohol getrunken haben.

Tabelle 3.6.3.1. Schon mal Alkohol getrunken nach Geschlecht (Frage 53 und Frage 1)

	Klasse 6				Klasse 10			
	ja	%	nein	%	ja	%	nein	%
Jungen	90	51,7	84	48,3	269	96,4	10	3,6
Mädchen	52	38,8	82	61,2	313	94,8	17	5,2

Jungen beginnen demnach früher, Alkoholkonsum auszuprobieren. In der 10. Klasse ist der Unterschied nicht mehr erheblich.

Im Fragebogen wurde detailliert nach der Häufigkeit des Konsums von Bier, Wein/Sekt und Schnaps gefragt. Die Tabelle 3.6.3.2. zeigt die Ergebnisse für die Klassenstufe 6.

Tabelle 3.6.3.2. Konsum von Bier, Wein und Schnaps in der 6. Klasse (Frage 53)

	Bier	Wein	Schnaps
1 oder mehr Glas pro Tag	0	0	0
5 - 6 Gläser pro Woche	1	0	0
2 - 4 Gläser pro Woche	1	1	2
1 Glas pro Woche	4	3	2
1 - 3 Gläser pro Monat	3	11	4
weniger als 1 Glas pro Monat	30	44	9
gar nicht	269	249	289

In der Klassenstufe 10 zeigen sich folgende Angaben zum Konsum von Wein, Bier und Schnaps:

Tabelle 3.6.3.3. Konsum von Bier, Wein und Schnaps in der 10. Klasse (Frage 53)

	Bier	Wein	Schnaps
1 oder mehr Glas pro Tag	11	6	6
5 - 6 Gläser pro Woche	66	16	13
2 - 4 Gläser pro Woche	67	29	34
1 Glas pro Woche	49	50	44
1 - 3 Gläser pro Monat	91	121	99
weniger als 1 Glas pro Monat	77	160	126
gar nicht	247	227	287

Fasst man die Angaben für jede Klassenstufe zusammen, so zeigen sich für den Alkoholkonsum insgesamt folgende Ergebnisse:

Danach ist die Gewohnheit, Alkohol zu trinken (die ersten drei Kategorien zusammengefasst) schon in der 6. Klasse mit 26,6 % ziemlich stark ausgeprägt, und steigt bis zur 10. Klasse auf 44,9 % an.

Tabelle 3.6.3.4. Alkoholkonsum insgesamt in Klasse 6 und 10 (Frage 53)

	Klasse 6		Klasse 10		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 o. mehr Glas pro Tag	1	0,3	50	8,2	51	5,5
5-6 Gläser pro Woche	63	20,5	116	19	179	19,5
2-4 Gläser pro Woche	18	5,8	108	17,7	126	13,7
1 Glas pro Woche	4	1,3	98	16,1	102	11,1
1-3 Gläser pro Monat	7	2,3	92	15,1	99	10,8
wen. Als 1 Glas pro Monat	213	69,2	79	12,9	292	10,9
gar nicht	2	0,6	66	10,8	68	7,4
Schüler	308		609		917	

Fragt man nach Unterschieden im Alkoholkonsum nach Schultypen, Sozialräumen und psychischen Auffälligkeiten, so zeigen sich die folgenden Ergebnisse:

Tabelle 3.6.3.5. Alkoholkonsum gesamt nach Schultypen (Fragen 53 und 3)

	Förderschule	Gesamtschule	Gymnasium	Realschule
1 Glas o.mehr pro Tag	11,4%	10,8%	9,7%	13,2%
5-6 Gläser pro Woche	0,0%	9,8%	8,1%	6,0%
2-4 Gläser pro Woche	8,6%	17,0%	13,4%	21,7%
1 Glas pro Woche	20,0%	16,7%	14,5%	8,4%
1-3 Gläser pro Monat	25,7%	16,1%	20,9%	20,5%
wen.als 1Glas pro Monat	28,6%	18,7%	19,3%	15,7%
gar nicht	22,8%	10,8%	13,9%	14,4%
Schüler	35	305	186	83

Gemessen an den schon ausgeprägten Gewohnheiten (die ersten drei Kategorien zusammengefasst) liegt die Realschule mit 40,9 % deutlich vorn, gefolgt von der Gesamtschule mit 37,6 % und vom Gymnasium mit 31,2 %.

Tabelle 3.6.3.6. Alkoholkonsum gesamt nach Regionen (Klasse 10) - (Frage 53 und Probandennummer 1 - 4)

	Beeskow	Eisenhüttenstadt	Erkner	Fürstenwalde
1 Glas o.mehr pro Tag	17,4%	10,9%	8,8%	6,6%
5-6 Gläser pro Woche	15,1%	7,5%	4,0%	6,6%
2-4 Gläser pro Woche	15,9%	17,4%	16,8%	13,9%
1 Glas pro Woche	14,4%	12,9%	17,6%	16,5%
1-3 Gläser pro Monat	14,4%	20,9%	20,8%	13,9%
wen.als 1 Glas pro Monat	14,4%	19,9%	16,0%	27,2%
gar nicht	8,3%	12,4%	16,0%	15,2%
Schüler	132	201	125	151

Hier liegt – gemessen an der Frage der Gewohnheitsbildung – Beeskow mit 48,4 % vorn, gefolgt von Eisenhüttenstadt mit 35,8 %. Weiter zurück liegen Erkner mit 29,6 % und schließlich Fürstenwalde mit 27,1 %

Tabelle 3.6.3.7. Alkoholkonsum gesamt nach psychischen Auffälligkeiten (Klasse 10) - (Fragen 53 und 32)

	auffällig	unauffällig
1 Glas o.mehr pro Tag	8,2%	11,7%
5-6 Gläser pro Woche	11,5%	8,1%
2-4 Gläser pro Woche	19,7%	15,5%
1 Glas pro Woche	13,1%	16,1%
1-3 Gläser pro Monat	19,7%	17,3%
wen.als 1 Glas pro Monat	16,4%	18,6%
gar nicht	11,5%	12,7%
Schüler	61	504

Hier zeigen sich keine systematisch zu interpretierenden Ergebnisse. Bei den psychisch auffälligen Schülern sind Trinkgewohnheiten (die ersten drei Kategorien zusammen genommen) zu 39,4 % und bei den unauffälligen zu 35,3 % ausgeprägt.

3.6.3. Selbstauskünfte der Kinder und Jugendlichen zum Drogenkonsum

Die Tabellen 3.6.4.1 bis 3.6.4.5. zeigen die Angaben der Schüler der 6. und 10. Klassen zu den Erfahrungen mit illegalen Drogen und anderen als Drogen verwendbaren Substanzen.

Tabelle 3.6.4.1. Erfahrung mit Hasch (Teilfrage 54)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kennt nicht	44	14,3	12	1,9
nie probiert	261	84,7	467	76,7
einmal probiert	3	0,9	42	6,9
mehrmals probiert	0	0,0	54	8,9
oft probiert	0	0,0	34	5,6
Schüler	308		609	

Tabelle 3.6.4.2. Erfahrung mit Ecstasy (Teilfrage 54)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kennt nicht	73	23,7	18	2,9
nie probiert	235	76,3	575	94,4
einmal probiert	0	0,0	7	1,4
mehrmals probiert	0	0,0	7	1,4
oft probiert	0	0,0	2	0,3
Schüler	308		609	

Tabelle 3.6.4.3. Erfahrung mit Amphetaminen (Teilfrage 54)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kennt nicht	62	20,1	21	3,4
nie probiert	244	79,2	565	92,8
einmal probiert	1	0,3	18	2,9
mehrmals probiert	1	0,3	4	0,7
oft probiert	0	0,0	1	0,2
Schüler	308		609	

Tabelle 3.6.4.4. Erfahrung mit berauschenden Medikamenten (Teilfrage 54)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kennt nicht	47	15,2	20	3,3
nie probiert	257	83,4	578	94,9
einmal probiert	2	0,6	7	1,1
mehrmals probiert	2	0,6	2	0,3
oft probiert	0	0,0	2	0,3
Schüler	308		609	

Tabelle 3.6.4.5. Erfahrung mit dem Schnüffeln von Lösungsmitteln (Teilfrage 54)

	Klasse 6		Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kennt nicht	41	13,3	17	2,8
nie probiert	260	84,4	579	95,1
einmal probiert	4	1,3	8	1,3
mehrmals probiert	1	0,3	3	0,5
oft probiert	2	0,6	2	0,3
Schüler	308		609	

Fasst man die Erfahrungen mit allen Drogen zusammen, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 3.6.4.6. Erfahrung der Schüler mit Drogen gesamt (Frage 54)

	gesamt Klasse 6		gesamt Klasse 10	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kennt nicht	25	8,1	12	1,9
nie probiert	271	87,9	461	75,7
einmal probiert	7	2,3	42	6,9
mehrmals probiert	3	0,9	56	9,2
oft probiert	2	0,6	38	6,2
Schüler	308		609	

3,8 % der Schüler in den 6. Klassen und 22,3 % der Schüler in den 10. Klassen haben verschiedene Drogen einmal, mehrmals oder oft probiert. Die Jungen in der 10. Klasse haben schon etwas mehr ausprobiert als die Mädchen: 22,9 % bei den Jungen vs. 21,8 % bei den Mädchen.

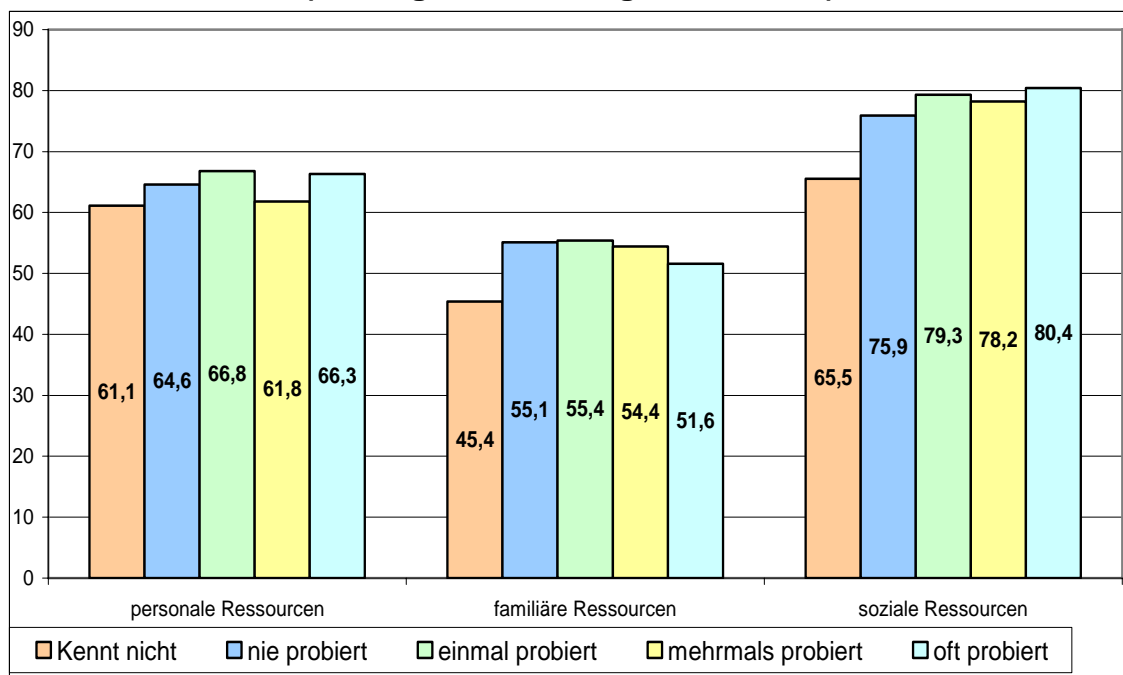
Vergleicht man das Probierverhalten nach Schultypen, so haben von den Schülern der Gesamtschule schon fast ein Viertel Drogen probiert, gefolgt von den Gymnasiasten mit 21,5 %.

Tabelle 3.6.4.7. Drogenerfahrung nach Schultypen (Teilfrage 54 und Frage 3)

	Klasse 6		Klasse 10			
	Grundschule	Förderschule	Förderschule	Gesamtschule	Gymnasium	Realschule
JA	4,2%	0,0%	17,1%	24,6%	21,5%	18,1%
NEIN	95,8%	100,0%	82,9%	75,4%	78,5%	81,9%
Schüler	286	22	35	305	186	83

Wendet man das Konzept der Ressourcen oder Schutzfaktoren auf die Fragestellung nach dem Drogenkonsum in der 10. Klasse an, so zeigt sich – wie schon bei anderen Befragungsergebnissen – das Nachlassen des Einflusses der Familie und die Zunahme des Einflusses der Gleichaltrigen:

Diagramm 3.6.4.8. Drogenerfahrung und Ressourcen in % (Klasse 10) - (Teilfrage 54 und Fragen 31, 33, 34)



Die Jugendlichen, die angeben, Drogen nicht zu kennen oder noch nie probiert zu haben, haben insgesamt geringere personale, familiäre und soziale Ressourcen als die Schüler, die angeben, Drogen schon einmal probiert zu haben. Bei „mehrmals probiert“ sinkt der Wert bei allen Ressourcen wieder ab und steigt bei „oft probiert“ bei den personalen und sozialen (peer group!) Ressourcen wieder an. Nur bei den familiären Ressourcen gibt es den Zusammenhang, dass bei häufigerem Probieren die Ressourcen geringer sind als bei einmaligem Probieren.

Dies zeigt, dass der Einfluss der Familie auf das Drogenprobierverhalten der Jugendlichen nachlässt, während der Einfluss der Gleichaltrigengruppe (soziale Ressourcen) deutlich zunimmt, nur leider in dem Sinne, dass der, der Drogen kennt, besser angesehen ist, als der, der Drogen nicht kennt oder noch nicht probiert hat.

Präventionsmaßnahmen sollten also die Familien in ihren Bemühungen stärken, sollten aber in den höheren Klassenstufen vor allem aber auch bei der Gruppe der Gleichaltrigen ansetzen.

„Während in der frühen Kindheit das Gesundheitsverhalten noch stark der elterlichen Kontrolle unterliegt, wird das Verhalten später zunehmend bewusst von den Heranwachsenden eingesetzt. Unterschieden werden hierbei zwei Verlaufsformen:

Bei den meisten Jugendlichen nimmt riskantes Gesundheitsverhalten, wie Alkoholkonsum und riskantes Fahrverhalten, im Jugendalter zu und sinkt anschließend wieder. Riskantes Gesundheitsverhalten wird hier primär zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (z. B. zur Erleichterung des Zugangs zur Peergruppe) und von damit verbundenem Stress eingesetzt, während gesundheitliche Konsequenzen eine untergeordnete Rolle spielen.

Die Abnahme des riskanten Verhaltens erfolgt im Zusammenhang mit der Lösung der Entwicklungsaufgaben und der Übernahme von Erwachsenenrollen, die mit diesem Verhalten schlecht vereinbar sind.

Die zweite Verlaufsform ist durch eine lebenslange Auffälligkeit gekennzeichnet: eine kleine Gruppe von Jugendlichen, die bereits in der Kindheit Verhaltensprobleme aufwies, führt ihr riskantes Gesundheitsverhalten auch im Erwachsenenalter fort. Hier ist das Risikoverhalten Ausdruck einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung.“ (vgl. Literaturhinweis Nr. 10)

Diese Jugendlichen müssen in dem im 2. Kapitel beschriebenen Hilfenetz besondere Aufmerksamkeit finden.

Folgende Entwicklungsaufgaben stehen vor den jungen Menschen:

- Erreichung zunehmender Unabhängigkeit von den Eltern
- Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Aufbau intimer Beziehungen
- Auseinandersetzung mit der körperlichen Entwicklung
- Wissen, wer man ist und was man will, Identitätsentwicklung
- Entwicklung eines Lebensstils
- Entwicklung eines eigenen Wertesystems
- Vorbereitung auf den Beruf

Solche Erkenntnisse sind in eine differenzierte Präventionsstrategie im Landkreis Oder-Spree einzubeziehen.

Abschließende Betrachtung zum 3. Kapitel:

Die Ergebnisse der repräsentativen Befragung zeigen insgesamt, dass der seelische Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree nicht schlechter, aber auch nicht viel besser ist als in anderen bundesweiten Vergleichsuntersuchungen. 17,35 % der Befragten zeigen psychische Auffälligkeiten, 10,5 % schwere Auffälligkeiten. Entsprechend der Fachliteratur ist etwa die Hälfte von diesen, also 5 %, dringend psychiatrisch behandlungsbedürftig. Die anderen Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten benötigen je nach Schweregrad der Störung Beratung, Betreuung oder therapeutische Hilfen. Das im 2. Kapitel dargestellte Hilfesystem bedarf deshalb dringend der Stabilisierung und Verbesserung.

Die Ergebnisse zum Risikoverhalten und zu Gewalterfahrungen zeigen, dass in der 10. Klasse im Landkreis jeder 2. Schüler regelmäßig Alkohol trinkt, fast 40 % der Schüler rauchen, fast jeder 4. Schüler Drogenerfahrung hat. 17,4 % der Kinder und Jugendlichen beider Klassenstufen wurden im letzten Jahr Opfer von Gewalt, und jeder 4. Schüler war selbst gewalttätig. Jeder zehnte Schüler wurde schon einmal sexuell belästigt, und fast 5 % haben bereits die Erfahrung sexueller Gewalt gemacht. Diese Ergebnisse verlangen dringend danach, einerseits Schlussfolgerungen zur Verbesserung der bereichsübergreifenden Präventionsarbeit im Landkreis Oder-Spree zu ziehen. Andererseits muss für Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen die Möglichkeit vertrauensvoller Beratung und Unterstützung durch Sozialarbeiter oder Vertrauenslehrer in Wohnort- oder Schulnähe geschaffen werden.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1. Nach Beschlussfassung des Kreistages über den 4. Gesundheitsbericht sollen Lehrer, Erzieher, Ärzte, Sozialarbeiter, aber auch Eltern und Schüler über die Schulkonferenzen mit den Ergebnissen und Schlussfolgerungen des Berichtes bekannt gemacht werden, damit sie einerseits für die Aufgabe der seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich aufgeschlossen und sensibilisiert werden und andererseits erkennen, dass das Problem psychischer Störungen im Kindesalter nicht von einer Berufsgruppe und einem Bereich allein bearbeitet werden kann, sondern nur in enger Kooperation all derer, die für Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen Verantwortung tragen.

Verantwortlich für die Auswertung: Gesundheitsamt des Landkreises Oder-Spree

2. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Wohlbefinden und psychische Gesundheit der Schüler eng mit den Schultypen und den Durchschnittszensuren zusammenhängen. Unter den Einzelskalen des Wohlbefindens weist das „Wohlbefinden in der Schule“ - nach dem „Selbstwertgefühl“ - den zweitniedrigsten Wert auf. Kinder verbringen aber den größten Teil ihrer Zeit in der Schule. An das Staatliche Schulamt ist deshalb die Forderung zu richten, dass die Schulen ihrer Verantwortung auch für Kinder mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten besser nachkommen. Sowohl auf der Ebene des Einzelfalls als auch bei der Suche nach strukturellen Lösungen müssen Schulen, Schulpsychologische und Sonderpädagogische Beratungsstellen noch enger mit dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe zusammenarbeiten.

Verantwortlich für Empfehlung an das Staatliche Schulamt: Dezernentin

3. Die Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskapazitäten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und deren Bezugspersonen sind nicht ausreichend und sollten deshalb zielgerichtet qualifiziert und ausgebaut werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung im Landkreis Oder-Spree in den vier Bereichen medizinische Versorgung/Krankenkassen, Schulen/Spezialberatungsstellen des Staatlichen Schulamtes, Jugendhilfe und Gesundheitsdienste zu gewährleisten.

Darüber hinaus sind weitere Angebote zu schaffen, zu planen oder anzunehmen. Dazu gehören u. a.

- die Stärkung der ambulanten und teilstationären psychiatrischen, psychologischen und therapeutischen Angebote in Wohnortnähe (Gesundheitswesen/Krankenkassen);
- der Abschluss der Sozialpsychiatrievereinbarung mit den Krankenkassen im Land Brandenburg für die Erweiterung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen durch interdisziplinäres Fachpersonal;
- die gezielte Förderung bedürftiger Kinder in den Regeleinrichtungen der Jugendhilfe (z. B. Hort) durch Qualifizierung der Angebote (Landkreis);
- die Einrichtung von Förderklassen mit erhöhtem Erziehungsbedarf und/oder Teilleistungsstörungen in Regie des Staatlichen Schulamtes.

Verantwortlich: Jugendamt, Staatliches Schulamt, Gesundheitsamt (für Information des Gesundheitsministeriums und der Krankenkassen)

4. Die Schlussfolgerungen des 2. Gesundheitsberichtes aus dem Jahre 1999 bezüglich der Notwendigkeit der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sowie der fachärztlichen Beratungen und Begutachtungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes für die gezielte Früherkennung von Beeinträchtigungen, die später zu psychischen Problemen oder gar zu seelischer Behinderung führen können, werden durch die vorliegende Analyse voll bestätigt. Insbesondere die 3- bis 4-jährigen Kita-Kinder sollten umfassend untersucht werden, damit Frühförderung rechtzeitig wirksam werden kann.

Verantwortlich: Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst
Personalamt (für Stellennachbesetzung im KJGD)

5. Die seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist eine Gemeinschaftsaufgabe, die ein hohes Maß an interdisziplinärer und multiprofessioneller Kooperation erfordert.

Zur Verbesserung der Kooperation auf der institutionellen Ebene wird der Arbeitskreis 3 der PSAG – „Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen“ – weiterentwickelt. Der Arbeitskreis wird dazu künftig durch ein Sprechergremium aus Vertretern des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes und des Staatlichen Schulamtes geleitet.

Aus den Zuarbeiten der Beratungs- und Behandlungsstellen (Kapitel 2) wird deutlich, dass im Interesse der Einzelfälle schon eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Angeboten besteht. Reserven bestehen vor allem in einer systematischen Vernetzung und kontinuierlichen Zusammenarbeit der nach den Gesundheits-, Sozial- und Schulgesetzen zuständigen Leistungsanbieter nach einem abgestimmten Konzept, das durch den Landkreis zu erarbeiten ist.

Als Organisationsform wird eine regelmäßig stattfindende Beratung vorgeschlagen, in der besonders schwierige Fälle besprochen und Hilfestrategien und -maßnahmen abgestimmt werden. Ständige Teilnehmer dieses Gremiums sollen Vertreter des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes und des Staatlichen Schulamtes sein, die gleichberechtigt zusammenarbeiten. Fachärzte für Psychiatrie und Therapeuten können bei Bedarf hinzugezogen werden bzw. über das Gesundheitsamt ihre besonders schwierigen Fälle in das Gremium einbringen. Die Einbeziehung von Eltern ist anzustreben.

Verantwortlich für Kooperation: Gesundheitsamt, Jugendamt, Staatliches Schulamt
sowie (über das Gesundheitsamt) niedergelassene und stationär tätige Kinder- und Jugendpsychiater und -therapeuten

6. Die Befragungsergebnisse verweisen auf die große Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention. Für die Aktualisierung der Präventionsstrategie der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft „Suchtprävention“ des Landkreises sind folgende Befragungsergebnisse von besonderer Bedeutung:

- Der starke Anstieg des Drogenkonsums von der 6. zur 10. Klasse belegt die Wichtigkeit von gezielten Präventionsmaßnahmen in der Sekundarstufe I.
- Präventionsstrategien müssen weiterhin berücksichtigen, dass der Einfluss der Gleichaltrigengruppe bei den älteren Schülern deutlich stärker ist als der Einfluss der Familie.
- Die geringe Ausprägung des „Selbstwertgefühls“ der Kinder und Jugendlichen bekräftigt die Notwendigkeit, mit Präventionsarbeit so früh wie möglich, also bereits im Kita- und Grundschulbereich, zu beginnen und der Stärkung der Persönlichkeit besonderes Augenmerk zu widmen.
- Die besonderen Gefährdungen von Migrantenkindern und -jugendlichen, insbesondere unter den Spätaussiedlern, durch Alkohol- und Drogenmissbrauch sind in der Präventionsarbeit durch besondere Aktivitäten zu berücksichtigen.
- Die Befragungsergebnisse zu den Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen mit Gewalt und sexueller Gewalt erfordern die Einbeziehung der Gewaltprävention in eine Gesamtstrategie der Arbeitsgemeinschaft.

Der Arbeitskreis „Suchtprävention“ des Landkreises Oder-Spree hat bereits begonnen, die Ergebnisse der Untersuchung auszuwerten und Schlussfolgerungen zur Erweiterung und Präzisierung seiner Präventionsstrategie zu ziehen.

Verantwortlich für die Präzisierung und Umsetzung der Präventionsstrategie:
Gesundheitsamt, SG Gesundheitsförderung/Gesundheitsberichterstattung

7. Die Befragungsergebnisse zu Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen mit Gewalt und sexueller Gewalt sollten Anlass sein, auch unterstützende Maßnahmen auf diesem Gebiet zu intensivieren und zu koordinieren.
In jedem Sozialraum sollen neutrale, vertrauensvolle Ansprechpartner in Schulen und Freizeiteinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen bekannt sein. Besonders eignen sich dafür Vertrauenslehrer, Schulsozialarbeiter und Sozialarbeiter in Jugendfreizeiteinrichtungen, die regelmäßig für diese Aufgabe fortgebildet werden müssen.
Die Abgeordneten sollten deshalb dafür eintreten, dass die Kommunen die Personalstellen der Sozialarbeiter erhalten und nicht noch weitere Stellen abgebaut werden.

Verantwortlich: Gesundheitsamt/Jugendamt für Schulung der Ansprechpartner
Kommunen für Erhalt der Sozialarbeiterstellen

8. Das „Bündnis Gesund aufwachsen in Brandenburg“ hat im April 2004 zu einem breit angelegten Prozess der Erarbeitung von Gesundheitszielen aufgerufen, in dem gesundheitliche Schwerpunkte und Defizite herausgearbeitet werden. Mit dem vorliegenden 4. Gesundheitsbericht setzt der Landkreis Oder-Spree den Prozess in Gang, die Gesundheitsziele auch auf Kreisebene umzusetzen. Dabei geht es um die Handlungsfelder „Seelische Gesundheit“, „Früherkennung und Frühförderung“ sowie „Prävention“ (insbesondere Suchtprävention und Gewaltprävention).

Verantwortlich für Präzisierung und Umsetzung der Gesundheitsziele: Gesundheitsamt

5. Literaturhinweise

1. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut Berlin 2004
2. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutische/psycho-somatischen Bereich, Hrsg. vom BM für JFFG und der Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn 1988
3. Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden, Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, von der Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedet, darin: Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie (KJPP)
4. 25 Jahre Psychiatrieenquete, Band II, Hrsg. Aktion Psychisch Kranke, darin: Wer ist für die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zuständig? Bonn 2001
5. Schmidt, M. H., Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, in: Deutsches Ärzteblatt 38/2004
6. Ihle, W., G. Esser, M. Laucht, M.H. Schmidt, Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf und Risikofaktoren, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 8/2004
7. Ravens-Sieberer, U. u. a., Erfassung psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, in: Das Gesundheitswesen, Sonderheft 1, 2002
8. Bettge, S., U. Ravens-Sieberer, Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts, in: Das Gesundheitswesen, Sonderdruck 2003
9. Ravens-Sieberer, U., S. Bettge, M. Erhart, Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 4/2003
10. Pinqart, M., R. K. Silbereisen, Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze, in: Gesundheitsblatt -Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 11/2002
11. Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin, Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO, Robert-Koch-Institut 2003

12. Müller, Ingrid und Kerstin Kühl, Interdisziplinäre Kompetenz bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Belastungen und psychischen Störungen, erarbeitet für die LAG Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, 12/2004
13. Die Situation der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Fürstenwalde/ Spree. Eine Studie von Mandy Garnitz, herausgegeben vom Caritasverband für Brandenburg e. V., Regionalstelle Fürstenwalde
14. Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie können gesetzliche Handlungsspielräume für eine intensivere Zusammenarbeit genutzt werden? Fachtagung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Münster 2000
15. Landkreis Oder-Spree, Stand und Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Landkreis Oder-Spree -Psychiatrieplan-, September 1997
16. Landkreis Oder-Spree, Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree, 2. Gesundheitsbericht, Oktober 1999
17. Landkreis Oder-Spree, Zum Stand der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Landkreis Oder-Spree - Psychiatriebericht (Erwachsene) - 3. Gesundheitsbericht, Dezember 2002
18. Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen. Ein regionales und überregionales Projekt der vernetzten Primärprävention - Gesundheitsamt Landkreis Oder-Spree. Abschlussbericht zur Projekt-evaluation, Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung an der Universität Potsdam 2004
19. Statistisches Jahrbuch 2003 des Landkreises Oder-Spree, Dezember 2004
20. Jugendförderplan 2004 bis 2007, Februar 2004

Anlage:

Fragebogen

(Auszug aus dem in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes verwendeten umfassenderen Fragebogen)

Fragebogen

Hallo,

wir freuen uns, dass du dich entschlossen hast, dem Gesundheitsamt zu helfen. Wir wollen in unserem nächsten Report nämlich die Frage beantworten: Wie geht es den Kindern und Jugendlichen in unserem Landkreis? Dazu möchten wir von dir wissen, wie du lebst, wie du dich fühlst, was du in der Schule, in der Freizeit, in der Familie und mit deinen Freunden machst und noch vieles mehr.

An der Befragung für diesen Report nehmen alle Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen teil, für die die Schulabgangsuntersuchung durchgeführt wird. Deshalb bitten wir auch dich, die gestellten Fragen zu beantworten. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Der Fragebogen ist ein Teil aus einer großen Befragung zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in ganz Deutschland. Deshalb sind die Fragen auch nicht immer durchgehend nummeriert. Der Fragebogen wurde vom Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg und vom Schulrat genehmigt.

- Kreuze bei jeder Frage einfach das an, was auf dich zutrifft, ohne lange nachzudenken.
- Bei manchen Fragen sind auch mehrere Antworten möglich
- Bitte beantworte alle Fragen vollständig, lass keine Frage aus.
- Deine Meinung ist uns wichtig, denn du weißt am besten, wie es dir geht.

Bei den Fragen, bei denen nach Vater oder Mutter oder Eltern gefragt wird, sind die Personen gemeint, mit denen du jeden Tag zusammen lebst. Es können also z.B. auch der Freund der Mutter, die Freundin des Vaters oder die Pflegeeltern sein, wenn nach Vater/Mutter/Eltern gefragt wird.

Deine Antworten bleiben völlig geheim. Schreibe deshalb auch nicht deinen Namen auf den Fragebogen. Auch deine Lehrer oder Eltern erfahren nicht, wie du auf die Fragen geantwortet hast.

Wenn du Fragen hast oder Hilfe brauchst, wende dich an uns, die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, wir werden dir dann helfen.

Landkreis Oder-Spree
Gesundheitsamt
Karl-Liebknecht-Str. 21/22
15848 Beeskow
Telefon 03366 – 351531

Wir bedanken uns bei dir für deine Mitarbeit! Und nun viel Spaß!

Dein Team vom Gesundheitsamt

Angaben zu deiner Person

1. Dein Geschlecht

männlich

weiblich.....

2. Wie alt bist du?

Jahre

3. Auf welche Schule gehst du?

Gesamtschule

Realschule.....

Gymnasium

Förderschule

Grundschule (nur Klasse 6)

4. Welche der folgenden Noten entspricht am ehesten deiner Durchschnittsnote am Ende des letzten Schuljahres?

Sehr gut

Gut

befriedigend

ausreichend

mangelhaft

.....

8. Wo lebst du hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)

Bei meinen leiblichen Eltern

Bei meiner Mutter und ihrem Partner

Bei meinem Vater und seiner Partnerin.....

Bei meiner Mutter

Bei meinem Vater.....

Bei meinen Großeltern oder anderen Verwandten

Bei Pflegeeltern/ Adoptiveltern

In eigener Wohnung

In einem Heim

10. Seit wann lebst du in Deutschland?

Seit meiner Geburt

Weiß nicht.....

Seit ich Jahre alt bin.

11. In welchem Land sind deine Eltern geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben!)
--

Mutter

In Deutschland In einem anderen Land
 In welchem?

Vater

In Deutschland In einem anderen Land
 In welchem?

Wie fühlst du dich?

- Bitte lies jede Frage genau durch,
- überlege, wie es in der letzten Woche war,
- kreuze die Antwort an, die am besten zu dir passt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist uns **deine** Meinung.

25. Zuerst möchten wir etwas über deinen Körper wissen:
--

In der letzten Woche ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... habe ich mich krank gefühlt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte ich Schmerzen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war ich müde und erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte ich viel Kraft und Ausdauer.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. ...dann etwas darüber, wie du dich fühlst:

In der letzten Woche ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war mir langweilig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich allein gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. ... und was du selbst von dir hältst:

In der letzten Woche ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... war ich stolz auf mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühlte ich mich wohl in meiner Haut.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mochte ich mich selbst leiden.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte ich viele gute Ideen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. In der nächsten Frage geht es um deine Familie.

In der letzten Woche ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. ... und danach um Freunde.

In der letzten Woche ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... habe ich etwas mit Freunden zusammen gemacht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bin ich bei anderen „gut angekommen“ ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte ich das Gefühl, dass ich anders bin als die anderen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen:

In der letzten Woche,
in der ich in der Schule war ...

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... habe ich die Aufgaben in der Schule gut geschafft.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hat mich der Unterricht interessiert.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mir Sorgen um meine Zukunft gemacht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Gibt es jemanden, ...

Nur Klasse 10

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
... der dir zuhört, wenn du das Bedürfnis nach einem Gespräch hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... der dir Liebe und Zuneigung zeigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit dem du zusammen Spaß haben kannst?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... der dir Informationen gibt, um dir beim Verstehen einer Situation zu helfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... der dich umarmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit dem zusammen du dich entspannen kannst?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit dem du etwas unternehmen kannst, um dich abzulenken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... der dich liebt und der dir das Gefühl gibt, geliebt und gebraucht zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Beantworte bitte alle Fragen so gut du kannst, selbst wenn du dir nicht ganz sicher bist oder dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Denke an das letzte halbe Jahr!
--

	Trifft nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eindeutig zu
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft unruhig, ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen, mir wird oft schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung von Frage 32

	Trifft nicht zu	Trifft teil- weise zu	Trifft ein- deutig zu
Ich teile normalerweise mit anderen (z. B. Süßigkeiten).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde leicht wütend, ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin meistens für mich alleine, ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schlage mich häufig, ich kann andere zwingen zu tun, was ich will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen, ich muss häufig weinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lasse mich leicht ablenken, ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neue Situationen machen mich nervös, ich verliere leicht das Selbstvertrauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke nach, bevor ich handle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Haus, in der Schule oder anderswo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende, ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe viele Ängste, ich fürchte mich leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Wie schaffst du dein Leben? Was stimmt für dich?**Nur Klasse 10**

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Wie ist das bei dir?

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Mein Leben scheint mir sinnvoll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin zufrieden mit der Art und Weise, wie sich meine Lebenspläne verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Zukunft sieht gut aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Dinge, die ich jeden Tag mache, bereiten mir Freude und sind lustig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung Frage 34

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Am Wochenende geht es bei uns zu Hause häufig ziemlich eintönig und langweilig zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unserer Familie gibt es nur wenige Regeln, an die man sich halten muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir gehen oft ins Kino, besuchen Sportveranstaltungen oder machen Ausflüge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An den Regeln, die es in unserer Familie gibt, wird ziemlich starr festgehalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei uns vergeht kein Wochenende, ohne dass wir etwas unternehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei uns zu Hause ist ziemlich genau festgelegt, was getan werden darf und was nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unserer Familie hat jeder das Gefühl, dass man ihm zuhört und auf ihn eingeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abends und an den Wochenenden unternehmen wir selten etwas, sondern bleiben lieber zu Hause.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei uns ist man eher großzügig, wenn bestimmte Dinge nicht so hundertprozentig gemacht werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie lebst du?

35. Hast du ein eigenes Zimmer?

Ja Nein

36. Wie lange beschäftigst du dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen?

	Gar Nicht	Ungefähr 30 min.	Ungefähr 1-2 Std.	Ungefähr 3-4 Std.	Mehr als 4 Std.
Fernsehen/ Video	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielkonsole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computer/ Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Musik hören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Wie viel Geld hast du im Monat für dich zur freien Verfügung?

Durch Taschengeld habe ich etwa € im Monat

Zusätzlich verdiene ich selbst Geld
 Ja, etwa..... € im Monat Nein

38. Wie oft bist du in deiner Freizeit körperlich aktiv (z. B. Sport, Fahrrad fahren usw.), so dass du richtig ins Schwitzen kommst oder außer Atem bist?

Nie

<i>Jeden Tag</i>	<i>3-5 mal in der Woche</i>	<i>1-2 mal in der Woche</i>	<i>1-2 mal im Monat</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie viele Stunden sind das etwa in einer Woche? Stunden

39. Wie schätzt du deine körperliche Leistungsfähigkeit ein? Nur Klasse 10

Sehr gut	Gut	Mittel	nicht besonders gut	Gar nicht gut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Wie viele Stunden hast du letzte Nacht geschlafen? Nur Klasse 10

Ca. Stunden

41. Leidest du unter Schlafschwierigkeiten? Nur Klasse 10

Ja Nein



Ich kann schlecht einschlafen

Ich kann schlecht durchschlafen

Fragen zu Gewalt

42. Wie oft wurdest du in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt?

Nie

Einmal

Mehrmals

➔ Und wie oft? mal

43. Wie oft warst du in den letzten 12 Monaten gewalttätig gegenüber an deren?

Nie

Einmal

Mehrmals

➔ Und wie oft? mal

44. Welche der folgenden Aussagen trifft auf dich zu?

Trifft
überhaupt
nicht zu Trifft
kaum
zu Trifft
eher
zu Trifft
genau
zu

Um mich durchzusetzen, muss ich manchmal auch gewalttätig werden.

Auch wenn ich persönlich im Recht bin, gehe ich körperlichen Auseinandersetzungen grundsätzlich aus dem Wege.

Zur Klärung von Konflikten ist für mich die Gewaltanwendung eine vollkommen ungeeignete Methode.

Wenn mich jemand persönlich beleidigt, kann es ihm passieren, dass er sich eine fängt.

Manchmal muss ich Gewalt einsetzen, um nicht den Kürzeren zu ziehen.

Wenn es wirklich darauf ankommt, bin ich bereit, auch Gewalt anzuwenden.

45. Bist du schon einmal sexuell belästigt worden?

Nein..... ➔ weiter mit Frage 46a!

Ja, von Jugendlichen.....

Ja, von Erwachsenen.....

Ich möchte darauf nicht antworten.....

Wenn ja, ist es vorgekommen, dass von jemandem sexuelle Handlungen an dir oder vor dir vorgenommen wurden, obwohl du das nicht wolltest oder du nicht einverstanden warst?

Nein.....

Ja, von Jugendlichen.....

Ja, von Erwachsenen.....

Ich möchte darauf nicht antworten.....

Ernährung

46a. Ernährst du dich gesund? Nur Klasse 10

immer fast immer manchmal seltener gar nicht

.....

46. Fragen zum Essverhalten Nur Klasse 10

	Ja	Nein
Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Machst du dir Sorgen, wie du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Glaubst du, dass du ... (Bitte kreuze das an, was am ehesten auf dich zutrifft.)

- ... viel zu dünn bist?
- ... ein bisschen zu dünn bist?
- ... genau das richtige Gewicht hast?
- ... ein bisschen zu dick bist?
- ... viel zu dick bist?

Rauchen, Alkohol und Drogen

48. Rauchst du zurzeit?

- Nein → weiter mit Frage 51!
- Täglich
- Mehrmals pro Woche
- Einmal pro Woche
- Seltener → weiter mit Frage 51!

49. Wie viele Zigaretten rauchst du zurzeit?

Stück pro Tag oder Stück pro Woche

50. Wie alt warst du, als du angefangen hast, regelmäßig Zigaretten zu rauchen?

Jahre

51. Rauchen Freunde/ Freundinnen, die dir wichtig sind?

Ja Nein

52. Wie häufig hältst du dich in Räumen auf, in denen geraucht wird?

.....

Täglich Mehrmals pro Woche Einmal pro Woche Seltener Nie

53. Hast du schon einmal Alkohol getrunken?

Ja Nein



Wie viel Alkohol trinkst du zurzeit?

(Hier machst du bitte eine Angabe in getränkeüblichen Gläsern.)

	1oder mehr Gläser pro Tag	5-6 Gläser pro Tag	2-4 Gläser pro Tag	1 Glas pro Tag	1-3 Gläser pro Monat	weniger als 1 Glas pro Monat	Gar nicht
Bier.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wein, Obstwein, Sekt ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnaps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. Hast du folgende Mittel in den letzten 12 Monaten ausprobiert?

	Nie	Einmal	Mehr- mals	Oft	Ich kenne dieses Mittel nicht
Marihuana, Haschisch.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufputzmittel (Amphetamine, Speed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente, um dich zu berauschen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leim oder Lösungsmittel geschnüffelt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. Wie oft bist du im letzten Monat in einem Auto mitgefahren, dessen Fahrer Alkohol getrunken hatte?

	Nie	Einmal	2-3 mal	4 mal und häufiger	Weiß nicht
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nur Klasse 10

Angaben zu deinen Eltern

67. Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf deine Eltern zu?

	Mutter	Vater
Zurzeit nicht berufstätig (Rentner, Student usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitslos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorübergehende Freistellung (z. B. Erziehungsurlaub).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeit oder stundenweise berufstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voll berufstätig.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auszubildender (z. B. Lehrling)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68. Schulabschluss der Eltern:

	Mutter	Vater
8. Klasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Klasse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kein Schulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förderschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

69. Welchen Beruf haben deine Eltern erlernt?

Mutter.....

Vater

**Es ist geschafft ...
Wir danken dir herzlich für deine Mitarbeit!**