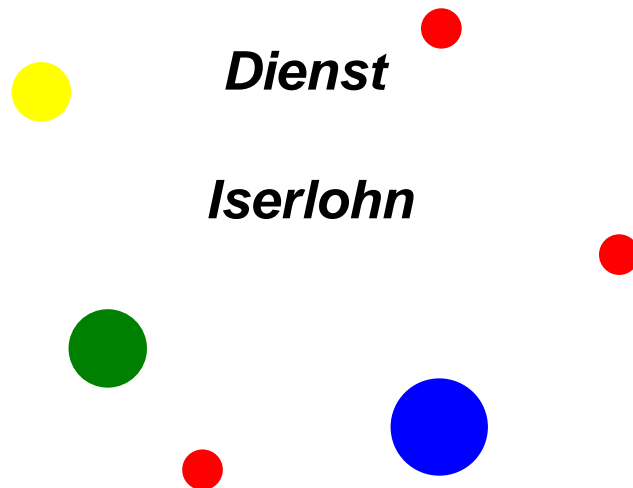


**Zweckverband für
psychologische Beratungen und Hilfen**

Schulpsychologischer



Jahresbericht 2014

SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST ISERLOHN (SDI)

Jahresbericht 2014

Im Folgenden wird wie gewohnt in statistisch aufbereiteter Form dargestellt, wie sich im Jahr 2014 Fallzahlen, Warte- und Behandlungszeiten entwickelten, welche Alters- und Geschlechterverteilung vorzufinden war und vieles mehr (Grafiken 1-5 u. Tabelle 1). Zuvor jedoch noch einige Gedanken zu einem einzelfallübergreifenden Aspekt, der im letzten Jahr oft Gegenstand der Diskussion im Beratungszentrum Iserlohn war.

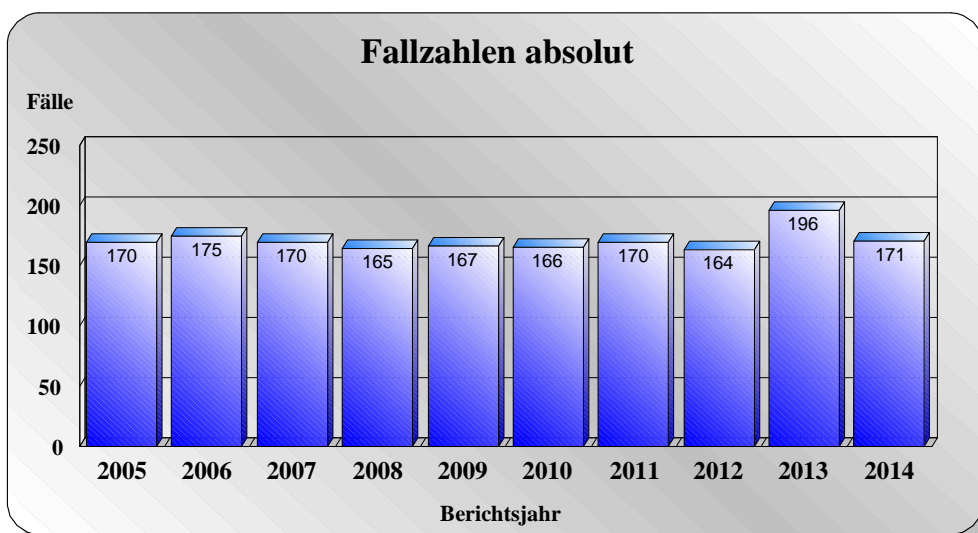
„Wer kommt mit welcher Fragestellung und - warum erst jetzt?“

Nachdem der SDI im Berichtsjahr 2013 deutlich mehr Einzelfallarbeit leisten musste als in den Vorjahren, (+ 18% bezogen auf den Durchschnittswert (168) der letzten Jahre) näherte sich die Fallzahl im Jahr 2014 mit 171 Fällen dem Durchschnitt wieder an.

Personelle Veränderungen im Beratungszentrum Iserlohn (BZI), in das der schulpsychologische Dienst eingebettet ist, zwangen 2013 zu verstärktem Engagement im Rahmen der Einzelfallhilfe. Mittlerweile hat die Beratungsstelle für Eltern-, Kinder- u. Jugendliche die Konsolidierungsphase erfolgreich durchlaufen.

Dennoch wird der Wegfall der Beratungsstelle für Frauen und Mädchen weiterhin als schmerzlicher Verlust erlebt, da das ehemalige Klientel nun insbesondere bei der Beratungsstelle für Eltern-, Kinder- u. Jugendliche aber auch zum Teil beim SDI vorstellig wird.

Entwicklung der Fallzahlen im Verlauf der letzten 10 Jahre



Grafik 1

Trotz Annäherung der Fallzahl an das Niveau der Vorjahre kann allerdings nicht von einer „Normalisierung“ des Anforderungsprofils gesprochen werden.

Es waren deutlich mehr Anmeldungen als in den Vorjahren zu verzeichnen, bei denen die Fragestellung komplexerer Natur ist und/oder die Symptomatik bereits einen Schweregrad erreicht hat, der mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen fachlich vertretbar nicht hinreichend zu behandeln ist.

Dies ist u.a. der Fall bei geäußerten Suizidgedanken, häufigem Schulabsentismus, selbstverletzendem Verhalten (Ritzen), lang andauernden körperlichen Beschwerden ohne medizinischen Befund, häufigen aggressiven Impulsdurchbrüchen, Gewaltandrohungen/Todeslisten, und sozialem Rückzug.

Es stellt sich nach der diagnostischen Phase zwar erfreulicherweise heraus, dass die Situation nicht immer so dramatisch ist, wie bei der Anmeldung zu befürchten war, dennoch ist zunächst schnelles Handeln (Terminvergabe) nötig, um das herauszufinden.

Leider stellen wir im BZI aber auch immer häufiger einen schwerwiegenden akuten Belastungsdruck fest. Und meistens gilt,- je älter die Schüler, umso deutlicher!

Wenn diese außergewöhnliche Situation nun mit der pubertären Entwicklung zusammenfällt, in der das Management von Verhalten, Kognition und Emotion zum Teil grundlegend neu organisiert wird, findet bei langer Dauer der Belastung eine Verflechtung statt, die später ohne Begleitung/Behandlung persönlichkeitswirksam werden kann.

Hier sind meist umfassendere Massnahmen notwendig als ein niederschwelliger psychologischer Beratungsdienst sie anbieten kann. Unter anderem:

- engmaschige Terminvergabe (mind. einmal pro Woche) über einen Zeitraum von zunächst 25 Sitzungen oder bis erste realistische Behandlungsziele erreicht sind.
- stärkere Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Eltern, Lehrer, anderen nahestehenden Bezugspersonen).
- ggf. Koordination mit anderen Helfersystemen.

Würde dies realisiert, entstünden allerdings ähnlich unzumutbar lange Wartezeiten wie wir sie im kassenfinanzierten Gesundheitswesen finden.

Gerade aber die Niederschwelligkeit des schulpsychologischen Angebotes, zu der auch möglichst kurze Wartezeiten bis zum ersten Fachkontakt gehören, macht es möglich, zeitnah einen psychologischen Ansprechpartner zu finden, der in der Lage ist, diagnostisch und beraterisch tätig zu werden.

Nicht selten wird schon beim Erstkontakt klar, inwieweit der SDI ein Angebot machen kann, das der Problemlage gerecht wird, oder ob ein anderes Setting notwendig ist, denn die Beratungssuchenden haben in der Regel nur eine diffuse Gewissheit, dass sich etwas ändern muss. Welche Methoden hier erfolgversprechend sind, wissen sie in der Regel nicht.

Familien-, Ergo-, Spiel-, Psychotherapie, Psychiatrie, ambulant, stationär, andere Beratungsstellen, Angebote der Jugendhilfe, Schulsozialarbeit, Interventionen in der Schule, Lehrnförderung, Umschulung?

Hier kann der SDI wichtige, schnelle Unterstützung bei der Suche nach weiterführenden Maßnahmen liefern, falls das eigene Angebot absehbar nicht greifen wird.

Die Zunahme der oben beschriebenen Gründe für die Anmeldung spiegelt sich quantitativ in Tabelle 1 wieder. (*Im Vordergrund stehende Problematik bei Anmeldung, Seite 9*)

Bei der groben Einteilung der Anmeldegründe in Lern- und Leistungsstörungen vs. Verhaltensauffälligkeiten ist ein **deutlicher Anstieg mit Schwerpunkt Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen**. In den Jahren 2010/2011 betrug dieser Teil 45 v.H., sank im Jahr 2012 auf 40 v.H., um dann im folgenden Jahr mit +15% auf auf 55 v.H. zu steigen. Im Berichtsjahr 2014 erfolgte ein erneuter Anstieg um 11 %, so dass die Schwerpunktrelation Leistung vs. Verhalten bei 33 zu 66 stand!

Wie bereits beschrieben, wird sowohl der SDI als auch die Beratungsstelle für Eltern-, Kinder- und Jugendliche verstärkt mit drastischeren Verläufen emotionaler Instabilität und dem daraus korrespondierendem Verhalten konfrontiert als in der Vergangenheit.

Natürlich sind wir verpflichtet, nach unseren Möglichkeiten psychologische erste Hilfe zu leisten, doch was unter anderem eine **mangelhafte Bedarfsermittlung und Zulassungspraxis im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung** verursacht, wenn es um die Behandlung von Kindern- und Jugendlichen geht, können wir nicht kompensieren.

Von daher muss es oft bei Krisenintervention, psychologischer Erstversorgung und Überbrückung von Wartezeiten bleiben.

Es ist deutlich festzustellen, dass gerade bei den oben genannten Anmeldegründen eine lange Entwicklungszeit vorausgeht und die Symptomträger erst dann vorgestellt werden, wenn zentrale Bereiche bedroht sind. Sei es dass die körperliche Unversehrtheit nicht mehr gewährleistet ist oder dass Pflichten nicht mehr nachgekommen wird.

Es gibt allerdings noch andere Gründe, warum Kinder und insbesondere Jugendliche erst relativ spät psychologische Unterstützung erfahren.

Einer ist sicher der, dass Jugendliche, die noch nie bei einem Psychologen/Psychotherapeuten waren, vorurteilsbeladen eine derartige Unterstützung ablehnen. Wenn ich denjenigen, die vor mir sitzen, die Frage nach ihren ersten Gedanken stelle, nachdem ihnen gesagt wurde, dass ein Besuch beim Psychologen angeregt wurde, kommt fast immer: „**Mach ich nicht, ich bin doch nicht verrückt!**“

Telefonische Elternberatung zum Thema: „Wie bekomme ich mein Kind zu Ihnen?“ gehört daher zum Standartrepertoire.

Bei den Jugendlichen, die sich in überwiegender Mehrheit letztlich dann doch auf ein Kennenlerngespräch einlassen, können die Bedenken in der Regel schnell zerstreut werden, so dass zeitnah diagnostisch und beratend gearbeitet werden kann.

Dieses Hadern kennt wohl jeder. Sind wir doch in der Regel stets bereit, unseren Körper vertrauensvoll in die Hände der Medizin zu legen, so unwohl ist es dem Einzelnen, wenn es um seine Gefühle und Gedanken geht.

Ein weiterer Grund liegt darin, dass der gesunde berufstätige Mensch in der Regel eingebunden ist, um nicht zu sagen eingespannt.

Den meisten ist es neben der Beunruhigung lästig, wenn die Gesundheit mal nicht mitspielt und sie zum Arzt müssen.

Gegebenenfalls ist mit Verdienstausschlag oder dem Abarbeiten des Liegegeblichenem zu rechnen. Noch schwieriger wird es, wenn das Leiden nicht schnell medikamentös behandelt werden kann und ggf. mehrere Besuche nötig sind.

Bei Schülern ist es der **Unterrichtsausfall, der den meisten Eltern und den leistungsorientierten Schülern zu schaffen macht**.

Psychologische Begleitung oder Psychotherapie lässt sich allerdings nicht minimal invasiv "endoskopisch" durchführen.

Die vorläufige ambulante Diagnostik ist zwar in der Regel in einem überschaubaren Zeitfenster durchzuführen, (3-6 Termine) doch die Veränderung bereits festgefahrener Strukturen (Therapieprozeß) braucht meist längere Zeit und bei Kindern und Jugendlichen nicht selten die Koordination und das Zusammenspiel der Bezugssysteme.

Diese notwendige Zeit wird den Betroffenen leider erst dann eingeräumt, wenn die Situation eskaliert oder die Betroffenen selbst verzögern die Inanspruchnahme.

In der Regel höre ich schon bei der Terminierung eines ersten Kennenlerngespräches wenn es im Zeitfenster bis 16:00 Uhr liegt:

„Da ist mein Kind doch noch in der Schule. Geht es nicht später?“

Ja es geht, doch diese Termine sind rar und darüber hinaus meist für die „Fälle“ reserviert, die über einen längeren Zeitraum eine kontinuierliche Begleitung benötigen.

Aus den oben erwähnten Gründen kann sich in der Beratungsstellenarbeit diese Kontinuität nicht in wöchendlicher Terminvergabe widerspiegeln. Soweit es geht, müssen die zeitlichen Intervalle gestreckt werden. Mit Betonung auf „soweit es geht“ denn, damit die gemeinsame Arbeit Wirkung entfaltet, kann die Kontaktdichte nicht beliebig verlängert werden.

Wir sehen, dass wir es mit strukturellen, intrapersonellen und gesellschaftlichen Aspekten zu tun haben, die eine rasche Behandlung behindern.

Aktivitäten des SDI im Jahr 2014 im Einzelnen

Da im Jahresbericht für das Jahr 2012 bereits eingehend auf den Bereich der Einzelfallübergreifenden Aktivitäten eingegangen wurde, möge hier eine Auflistung genügen.

[Einzelfallübergreifende Arbeit 2014](#)

Mitwirkung in:

Arbeitsgruppe Iserlohner Schulsozialarbeiter/Sozialpädagogen

Arbeitsgruppe „Schulpsychologie MK“.

Arbeitskreis nach §8 gemäß der Satzung des *zfb*

Arbeitskreis der Psychologinnen und Psychologen im *zfb*

Kollegiale Intervention

Großteamtag und örtliche Arbeitskreise des *zfb* zur Entwicklung aktueller diagnostischer Standards bei der Beratung von Fällen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Steuerungsgruppe "Schulbegleitung in Iserlohn"

Gemeinsame Dienstbesprechung der kommunalen- und landesbediensteten Schulpsychologen im Regierungsbezirk Arnsberg

Externe Intervention

Einzelfallarbeit und Statistik

Institutionelle Krisenhilfe

Auch im Jahr 2014 gab es zahlreiche Anfragen aus dem Raum Schule und darüber hinaus. Lehrer, Schulsozialarbeiter, Kinderärzte, und andere Beratungsdienste nahmen Kontakt auf. Im Jahr 2012 wurde der SDI in 14 Fällen gerufen. 2013 stieg die Zahl auf 26, um im Jahr 2014 mit 32 Anfragen weiter zu steigen.

Wie in den Vorjahren waren es Themen, die mit denen in der Einleitung erwähnten, eine große Schnittmenge bilden.

Suizidäußerungen von Schülern, depressive Entwicklungen, selbstverletzendes Verhalten, Schulabsentismus unklarer Ursache, aggressive Impulsdurchbrüche, Folgen durch Mobbing, insbesondere Cybermobbing und Folgen von "Sexting".

Das statistische Jahr 2014 in Stichworten (Bereich Einzelfallhilfe)

- Im Jahr 2014 konnte die Fallzahl wieder auf das Niveau der Vorjahre reduziert werden.

Siehe Grafik 1

- Die Geschlechterverteilung liegt weiterhin in der Relation 1/3 weiblich, 2/3 männlich.

Siehe Grafik 2 -3 u. Tabelle 1

- Bei der Verteilung nach Altersgruppen legten die 10-12 jährigen um 4% im Vergleich zum Vorjahr zu, während die Gruppe der 13-15 jährigen um 4 % abnahm.

Siehe Grafik 2 - 3 u. Tabelle 1

- 56 % der Fälle (96) mussten in das Jahr übernommen werden. Vorjahr 48% (101)

Siehe Grafik 4 u. 5

- Die Wartezeit von der Anmeldung bis zum ersten persönlichen Fachkontakt konnte auch im Jahr 2014 bei 93% der Beratungssuchenden sehr kurz gehalten werden. (Bis zu 3 Wochen) Wenngleich 7 % länger als 3 Wochen warteten. Vorjahr 0,5%

Siehe Tabelle 1

- Die Wartezeit vom Erstkontakt bis zur weiteren Terminvergabe konnte gehalten werden und lag im Jahr 2014 in 91,5 % der Fälle bei unter drei Wochen. Vorjahr 91,2%

Siehe Tabelle 1

- Beim Vergleich nach dem im Vordergrund stehenden Beratungsanlass, - Leistungs- vs. Verhaltensproblem, veränderte sich die Relation mit 66 zu 33% weiter zugunsten der Verhaltensauffälligkeiten.

Siehe Tabelle 1

- Im Jahr 2014 sank der Anteil der Fälle, die im Rahmen von 1-10 Sitzungen abgeschlossen werden konnten von 71% auf 64%. Von 0 auf 5,3% stieg die Anzahl derer, die im Bereich 21-40 Sitzungen lagen.

Siehe Tabelle 1

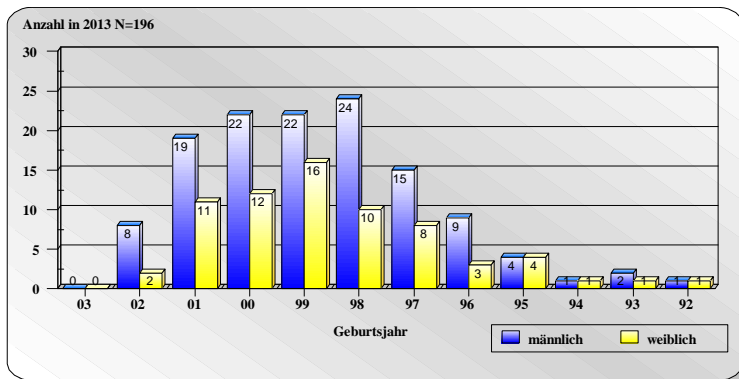
- Wie in den Vorjahren bildeten die Realschüler mit 34,4 % die stärkste Gruppe der Beratungssuchenden.

Siehe Tabelle 1

Zur Visualisierung und Vergleichbarkeit folgen die bekannten Kennwerte in grafischer oder tabellarischer Form aufbereitet.

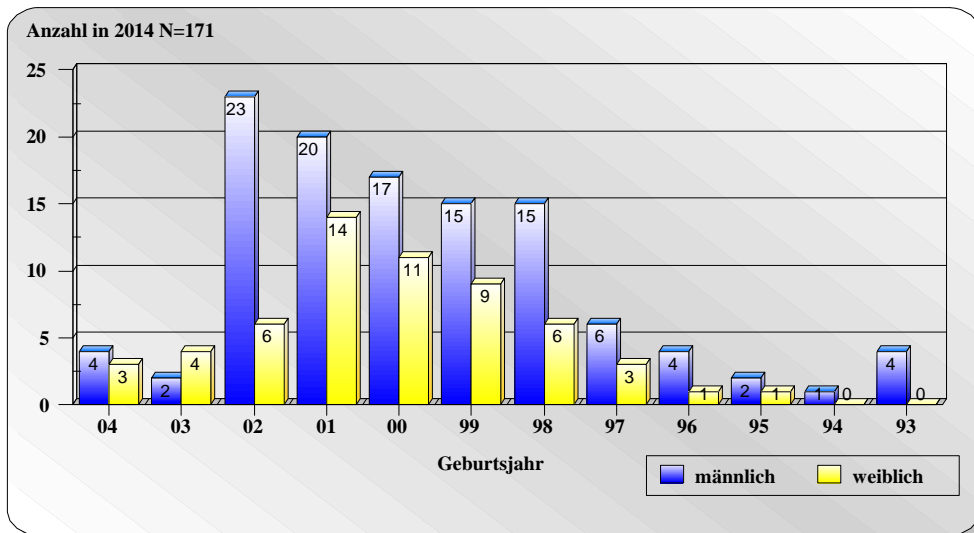
Alters- und Geschlechterverteilung im Zwei - Jahresvergleich 2013/2014

Fallzahl im Jahr 2013 differenziert nach Alter und Geschlecht (196 Beratungsfälle)



Grafik 2

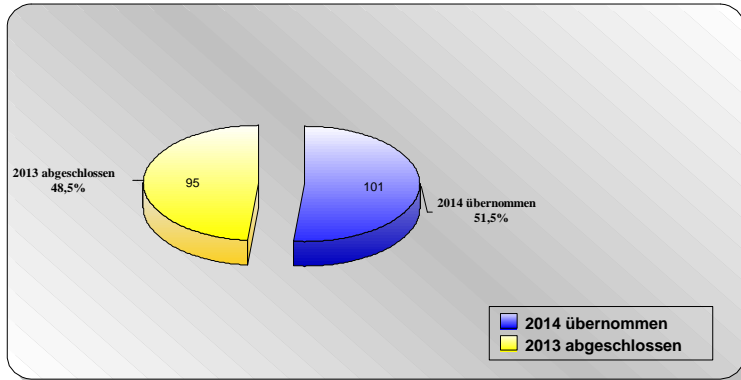
Fallzahl im Jahr 2014 differenziert nach Alter und Geschlecht (171 Beratungsfälle)



Grafik 3

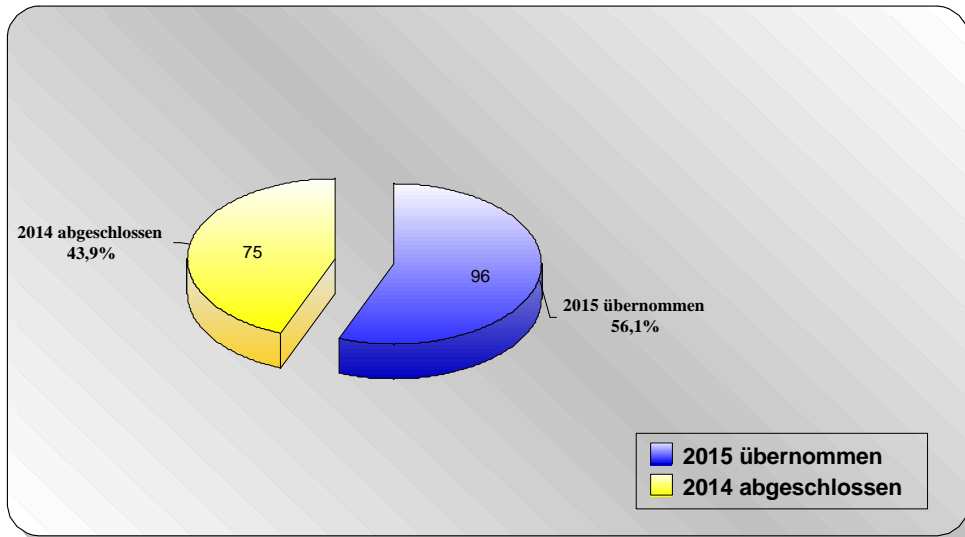
Fallabschlüsse vs. Übernahmen im Zwei - Jahresvergleich

Abgeschlossene vs. in das Folgejahr 2014 übernommene Fälle



Grafik 4

Abgeschlossene vs. in das Folgejahr 2015 übernommene Fälle



Grafik 5

Fünf - Jahresvergleich ausgewählter Parameter

In dieser Tabelle sind die gewohnten statistischen Parameter aus der Vergangenheit über fünf Jahre im Vergleich dargestellt.

		2010	2011	2012	2013	2014
Fallzahl (N)		166	170	164	196	171
Angaben in %						
Geschlecht	männl.	66,9	64,7	65,2	64,8	66,1
	weibl.	33,1	35,3	34,8	35,2	33,9
Altersgruppen	10-12	28,3	21,8	25,6	20,4	24,6
	13-15	48,8	54,1	53,0	54,1	50,3
	16-18	22,3	22,2	17,1	21,9	20,4
	19-21	0,6	1,8	4,3	3,4	4,7
	22+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wartezeit zwischen Anmeldung und erstem Fachkontakt in Wochen/Monaten						
Bis zu	3 W.	95,2	97,1	98,2	99,5	93,0
	2 Mon.	4,8	2,9	1,8	0,5	7,0
	5 Mon.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	8 Mon.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wartezeit zwischen erstem Fachkontakt und Weiterbehandlung in Wochen/Monaten						
Bis zu	3 W.	88,4	90,6	96,6	91,2	91,5
	2 Mon.	11,6	8,7	3,4	8,8	8,5
	5 Mon.	0,6	0,6	0,6	0,6	0,0
	8.Mon.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Im Vordergrund stehende Problematik bei Anmeldung						
	Leistung	54,8	54,1	59,8	44,9	33,9
	Verhalten	45,2	45,9	40,2	55,1	66,1
Anzahl der Sitzungen pro abgeschlossenem Behandlungsfall						
		36% N =60	48% N =81	54% N =89	49% N =95	% N =75
	1-10	48,3	65,3	66,3	71,6	64,0
	11-20	38,3	30,9	29,2	27,3	30,7
	21-40	11,7	2,5	2,3	0,0	5,3
	41-60+	1,7	1,2	2,3	1,1	0,0
Einteilung nach Schulform						
	HS	18,1	21,2	17,7	15,8	10,5
	RS	31,9	32,3	31,1	34,2	34,5
	Gymn.	25,5	22,3	22,0	23,0	24,0
	Ges. S	22,9	22,3	25,0	22,4	27,5
	Förder S	3,0	1,8	2,4	1,5	0,6
	Berufsb.S	0,6	0,0	1,8	3,1	2,9

Tabelle 1

Um dem interessierten Leser die Möglichkeit zu liefern die prozentuale Verteilung der Beratungssuchenden nach Schulform (vgl. Tab. 1 „Einteilung nach Schulform“) mit der prozentualen Verteilung aller Iserlohner Schüler nach Schulform zu vergleichen, sehen Sie hier die Schülerzahlen im Jahr 2014/2013 absolut und in Prozent.

Schüler 2014 insgesamt 6755

Schülerzahlen 10/2014	
Hauptschulen:	734
Realschulen:	1814
Gymnasien:	2666
Gesamtschule:	1371
Förderschulen:	170

Zahlen 10/2014 in %	
Hauptschulen:	10,7
Realschulen:	26,8
Gymnasien:	39,5
Gesamtschule:	20,3
Förderschulen:	2,5

Schüler 2013 insgesamt 6987

Schülerzahlen 10/2013	
Hauptschulen:	831
Realschulen:	1885
Gymnasien:	2720
Gesamtschule:	1363
Förderschulen:	188

Zahlen 10/2013 in %	
Hauptschulen:	11,9
Realschulen:	27,0
Gymnasien:	38,9
Gesamtschule:	19,5
Förderschulen:	2,7

Michael Siebert
 (Dipl.-Psych.)
 (Psychologischer Psychotherapeut)

Tel. 02371/968138
 Fax 02371/968133
 Email: m.siebert@zfb-iserlohn.de
 Schulpsychologischer Dienst Iserlohn
 Corunnastraße 2
 58636 Iserlohn

Iserlohn, den 30.01.15