



**Befragung der Schüler/innen (Primarstufe)  
zur Kooperation von Schule und Jugendhilfe/ programmübergreifenden Schulsozialarbeit  
an allgemein- und berufsbildenden Schulen in Dessau-Roßlau**

**Hallo!**

Deine Meinung ist gefragt! Deshalb bitten wir Dich, diesen Fragebogen auszufüllen.

**Worum geht es?**

Wir möchten herausfinden, welche Erfahrungen Du bisher mit der Schulsozialarbeiterin oder dem Schulsozialarbeiter an Deiner Schule gemacht hast. Denn sie sind da, um Dich zu unterstützen, wenn Du einmal Probleme hast. Uns interessiert, was Du gut und nicht so gut findest. Du bist unsere Expertin bzw. unser Experte, weil Du die Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter im Schulalltag erlebst. Die Schulsozialarbeit ist für Dich da. **Deshalb fragen wir Dich!**

Deine Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Bitte schreibe keinen Namen auf diesen Bogen. Deine Daten werden anonymisiert ausgewertet und nicht an Andere weitergegeben. Das bedeutet, dass niemand weiß, wer welchen Bogen ausgefüllt hat und niemand, außer uns, kann Deine Antworten einsehen. Einige Fragen mögen Dir doppelt erscheinen, bitte beantworte trotzdem jede Frage. Du kannst also ganz ehrlich antworten, denn Deine ehrliche Antwort ist uns wichtig und interessiert uns.

Bitte wirf den ausgefüllten Fragebogen in das dafür vorgesehene Behältnis.

Wenn Du Fragen hast, wende Dich bitte an uns. Wir helfen Dir gern!

**Schon vorab ein herzliches Dankeschön für Deine Unterstützung! 😊**

1) Bist Du männlich  weiblich

2) Wie alt bist Du?  
 ☞ Bitte trage Dein Alter in das Kästchen ein.

3) In welche Klasse gehst Du?

4) Welche Schule besuchst Du?  
 ☞ Bitte kreuze nur ein Kästchen an.

Grundschule Akazienwäldchen	<input type="checkbox"/>	Grundschule Rodleben	<input type="checkbox"/>	Grundschule Kreuzberge	<input type="checkbox"/>	Grundschule Zoberberg	<input type="checkbox"/>
Grundschule Friederikenstraße	<input type="checkbox"/>	Grundschule Tempelhofer Str.	<input type="checkbox"/>	Grundschule Meinsdorf	<input type="checkbox"/>		
Grundschule Geschwister Scholl	<input type="checkbox"/>	Grundschule Waldstraße	<input type="checkbox"/>	Grundschule Hugo Junkers	<input type="checkbox"/>		

5) In welchem Stadtbezirk wohnst Du?  
 ☞ Bitte kreuze nur ein Kästchen an.

Innerstädt. Nord	<input type="checkbox"/>	Waldersee	<input type="checkbox"/>	Kochstedt	<input type="checkbox"/>	Roßlau	<input type="checkbox"/>
Innerstädt. Mitte	<input type="checkbox"/>	Ziebigk	<input type="checkbox"/>	Mosigkau	<input type="checkbox"/>	Meinsdorf	<input type="checkbox"/>
Innerstädt. Süd	<input type="checkbox"/>	Siedlung	<input type="checkbox"/>	Zoberberg	<input type="checkbox"/>	Mühlstedt	<input type="checkbox"/>
Süd	<input type="checkbox"/>	Großkühnau	<input type="checkbox"/>	Kleutsch	<input type="checkbox"/>	Streetz/ Natho	<input type="checkbox"/>
Haideburg	<input type="checkbox"/>	Kleinkühnau	<input type="checkbox"/>	Sollnitz	<input type="checkbox"/>		
Törten	<input type="checkbox"/>	West	<input type="checkbox"/>	Brambach	<input type="checkbox"/>		
Mildensee	<input type="checkbox"/>	Alten	<input type="checkbox"/>	Rodleben	<input type="checkbox"/>		

6) Welche Sprache wird bei Dir zu Hause am meisten gesprochen?  
 ☞ Bitte kreuze nur ein Kästchen an.

Deutsch	<input type="checkbox"/>	Englisch	<input type="checkbox"/>	Dari	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>	Russisch	<input type="checkbox"/>	Chinesisch	<input type="checkbox"/>
Arabisch	<input type="checkbox"/>	Polnisch	<input type="checkbox"/>	Vietnamesisch	<input type="checkbox"/>
Serbisch	<input type="checkbox"/>	Kurdisch	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>

7) Was tun A) Dein Vater und B) Deine Mutter zurzeit beruflich?  
 ☞ Bitte kreuze in den Spalten A) Dein Vater und B) Deine Mutter die Kästchen an.

	A) Dein Vater	B) Deine Mutter
arbeitet Vollzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbeitet Teilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist arbeitslos, sucht Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Erziehungsurlaub, Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist Hausmann, Hausfrau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist in Umschulung/Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist Rentnerin/Rentner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Was sind Deine Pläne für die Zeit nach diesem Schuljahr?	
☞ Bitte kreuze nur ein Kästchen an.	
Die Sekundarschule besuchen	<input type="checkbox"/>
ein Gymnasium besuchen	<input type="checkbox"/>
diese Klassenstufe wiederholen	<input type="checkbox"/>
weiß ich noch nicht	<input type="checkbox"/>

9) Hast Du schon einmal eine Klassenstufe wiederholt?			
☞ Bitte kreuze nur ein Kästchen an.			
Nein	<input type="checkbox"/>	ja, einmal	<input type="checkbox"/>
		ja, schon mehr als einmal	<input type="checkbox"/>

10) Wie ist die Beziehung zwischen Dir und Deinen Eltern?	stimmt genau	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.				
Mit meinem Vater komme ich sehr gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meiner Mutter komme ich sehr gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal Probleme habe, ist mein Vater für mich da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal Probleme habe, ist meine Mutter für mich da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern interessieren sich für meine schulischen Leistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Entscheidungen, die mich betreffen, habe ich in meiner Familie Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Rat meiner Eltern ist mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuhause fühle ich mich insgesamt sehr wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Was verbindest Du damit, zur Schule zu gehen?	stimmt genau	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.				
Ich treffe dort Freunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir macht der Unterricht Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss in die Schule gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde ausgegrenzt (z.B. wegen meines Aussehens, wegen meiner Noten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule ist wichtig für meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Schule fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Wie sehr stimmen die folgenden Aussagen, wenn Du dabei an die Lehrer in Deiner Schule denkst?	Stimmt genau	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.				
Meine Lehrer nehmen mich ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit den Lehrern meiner Schule kann ich gut reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich ein Problem habe, finde ich Unterstützung bei meinen Lehrern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lehrer bemühen sich, mich auch persönlich kennenzulernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Hast Du schon einmal die Schule geschwänzt?	ja	nein
☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.		
Ich habe einzelne Stunden geschwänzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einzelne Tage geschwänzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mehrere Tage hintereinander geschwänzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Wie stark fühlst Du Dich durch Folgendes belastet? ☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.	sehr stark	stark	kaum	überhaupt nicht
durch körperliche Probleme (z.B. Krankheit, Behinderung, Gewichtsprobleme, Unzufriedenheit mit meinem Aussehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch seelische Probleme (z.B. mangelndes Selbstbewusstsein, Schüchternheit, Niedergeschlagenheit, Ängste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch die Wohnverhältnisse zu Hause (z.B. Platzmangel, Lärm, Unordnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch finanzielle Probleme Deiner Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Konflikte mit Deinen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch den Leistungsdruck an der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Gewalt (z.B. seelische und körperliche Gewalt, Mobbing, sexueller Missbrauch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Mobbing im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Konflikte mit Mitschülerinnen und Mitschülern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch schlechte Noten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch die Bedingungen in meinem Wohngebiet (z.B. wenig Freizeitangebote/Sportstätten/Grünflächen/Jugendtreffs, schlechte Verkehrsanbindung, Verschmutzung, Personen die mir nicht geheuer sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Konflikte mit Freunden/ Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Probleme mit der Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Wie sehr stimmen die folgenden Aussagen, wenn Du dabei an Dich denkst? ☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.	stimmt genau	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
Ich habe keine Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lösung von Problemen gelingt mir, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde mit meinen Problemen alleine fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemand interessiert sich für meine Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Vertrauensperson.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich traue mich nicht, anderen meine Probleme zu erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rede über meine Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Weißt Du, wo sich das Büro des/der Schulsozialarbeiters/in befindet? ☞ Bitte kreuze nur ein Kästchen an.	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Hast Du schon mal mit dem/ der Schulsozialarbeiter/in geredet? Wenn ja, bist Du <u>allein</u> hingegangen oder wurdest Du <u>geschickt</u> ? ☞ Bitte kreuze nur ein Kästchen an.					
Nein, ich habe noch nie mit dem/der Schulsozialarbeiter/in geredet.	<input type="checkbox"/>	Ja, ich habe schon mal mit dem/der Schulsozialarbeiter/in geredet und bin <u>allein</u> hingegangen.	<input type="checkbox"/>	Ja, ich habe schon mal mit dem/der Schulsozialarbeiter/in geredet und ich wurde zu ihm/ihr <u>geschickt</u> .	<input type="checkbox"/>

18) Angenommen Du hast folgende Sorgen, an wen wendest Du Dich <b>zuerst</b> ? ☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.	Mutter/ Vater	Lehrer/ Lehrerin	bester Freund/ beste Freundin	Freundes- kreis	Schulsozial- arbeiter/in	niemanden	andere
Du hast den Unterrichtsstoff nicht verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deine Mitschüler/innen haben Dich geärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du kommst mit den Hausaufgaben nicht klar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du hast zu Hause Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du hast etwas „ausgefressen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du hast Probleme mit den Lehrern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du hast Angst, den Schulabschluss nicht zu schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du bist von Gewalt betroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Hast Du mit dem/der <u>Schulsozialarbeiter/in</u> schon mal über folgende Themen geredet? ☞ Du kannst mehrere Antworten ankreuzen.	nein	ja
über körperliche Probleme (z.B. Über- oder Untergewicht, Behinderung, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über seelische Probleme (z.B. Essstörungen, Depression usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über meine Wohnverhältnisse zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Bedingungen in meinem Wohngebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über finanzielle Probleme meiner Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über meine schlechten Noten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über den Leistungsdruck an der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Konflikte mit meinen Mitschülerinnen oder Mitschülern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Streitereien mit meinen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Wie stark <u>wünschst</u> Du Dir das Folgende von dem/r <u>Schulsozialarbeiter/in</u> an Deiner Schule? ☞ Bitte kreuze pro Zeile jeweils nur ein Kästchen an.	das Folgende <u>wünsche</u> ich mir			
	sehr stark	stark	kaum	überhaupt nicht
dass er/sie mir zuhört, wenn ich Probleme habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass ich ihm/ihr vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass er/sie Freizeitangebote für mich bereitstellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass er/sie mir bei persönlichen Problemen hilft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass er/sie mir bei schulischen Problemen hilft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Was würdest Du vermissen, wenn der/die Schulsozialarbeiter/in morgen <u>nicht</u> mehr da wäre? ☞ Bitte kreuze pro Zeile nur ein Kästchen an.	trifft voll- kommen zu	trifft zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
jemanden, dem ich vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jemanden, bei dem ich Freizeitangebote mitmachen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jemanden, der mir bei persönlichen Problemen hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jemanden, der mir bei schulischen Problemen hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Ort, an dem ich mich aufhalten kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Ort, an dem ich mich wohl fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Du hast es geschafft! 😊 Vielen Dank für Deine Teilnahme an der Befragung!**