

Gefördert/ Finanziert durch:



# **Gewaltprävention im Kindesalter**

**Validierung des Diagnostikinstrumentes im Rahmen  
des Handlungskonzepts gegen Jugendgewalt der  
Freien und Hansestadt Hamburg (Abschlussbericht)**

Katrin Otreмба, Marie-Theres Pooch  
und Heinz Kindler

Wissenschaftliche Texte

Wissenschaftliche  
Texte



Katrin Otreмба, Marie-Theres Pooch  
und Heinz Kindler

## **Gewaltprävention im Kindesalter**

Validierung des Diagnostikinstrumentes im Rahmen des Handlungskonzeptes  
gegen Jugendgewalt der Freien und Hansestadt Hamburg (Abschlussbericht)

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. ist ein zentrales sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut auf Bundesebene mit den Abteilungen „Kinder und Kinderbetreuung“, „Jugend und Jugendhilfe“, „Familie und Familienpolitik“, „Zentrum für Dauerbeobachtung und Methoden“ sowie dem Forschungsschwerpunkt „Übergänge im Jugendalter“.

Es führt sowohl eigene Forschungsvorhaben als auch Auftragsforschungsprojekte durch. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält das DJI im Rahmen von Projektförderungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

#### Impressum

© 2014 Deutsches Jugendinstitut e. V.  
Abteilung Familie und Familienpolitik  
Fachgruppe 3 „Familienhilfe und Kinderschutz“  
Nockherstr. 2, 81541 München

Telefon: +49 (0)89 6 23 06-0

Fax: + 49 (0)89 6 23 06-162

E-Mail: [info@dji.de](mailto:info@dji.de)

<http://www.dji.de/validierung>

ISBN: 978-3-86379-124-7

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Das Diagnostikinstrument</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Untersuchungsdesign</b> .....	<b>11</b>
2.1 Die statistische Auswertung von Fallverläufen .....	11
2.2 Das Gruppendiskussionsverfahren .....	15
<b>3 Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
3.1 Grundlegende Fallmerkmale .....	16
3.2 Der weitere Fallverlauf nach erhobener GiK-Diagnostik .....	17
3.3 Die prädiktive Aussagekraft des diagnostischen Verfahrens.....	18
3.3.1 Die Vorhersagekraft der Pretest-Version.....	18
3.3.2 Die Aussagekraft der Diagnostik 2009 und 2011 .....	20
3.4 Die Frage nach der Passung von Maßnahmen.....	24
3.4.1 Hilfeplanung unter Rückgriff auf die Diagnostik .....	24
3.4.2 Hilfen und Hilfeverläufe in der Stichprobe .....	26
3.4.3 Verteilung der differenzierenden Faktoren in der Stichprobe .....	29
3.4.4 Diagnostische Befunde und Interventionsmaßnahmen .....	30
3.4.5 Zusammenfassung und Diskussion bisheriger Befunde.....	33
3.4.6 Die Passung von Hilfen laut GiK-Diagnostik als Moderator zwischen Risikobelastung und Fallverlauf .....	34
3.5 Die inkrementelle Validität des Diagnostikinstrumentes.....	37
3.5.1 Rahmenbedingungen für die Anwendung der Diagnostik.....	37
3.5.2 Inhaltliche Aspekte des Diagnostikinstrumentes.....	39
<b>4 Ergebnisdiskussion und abschließende Empfehlungen</b> .....	<b>46</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>49</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>51</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>52</b>



## Einführung

Ende Januar 2008 wurde von den Abgeordneten des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg ein Handlungskonzept verabschiedet, dessen Fokus die Prävention von Jugendgewalt und -kriminalität bildet (für die folgenden Ausführungen: vgl. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2007, Drucksache 18/7296). Angestoßen durch eine im Jahr 2007 vom damaligen Innensenator, Udo Nagel, initiierte länderübergreifende Fachtagung zum Thema stellt das Konzept *Handeln gegen Jugendgewalt* das Resultat eines überbehördlichen Kooperationsprozesses dar. Es wurde ein System aufeinander abgestimmter Maßnahmen entwickelt, das ein frühzeitiges, effektives Angebot von Hilfen, erforderlichen Interventionen und Sanktionen ermöglichen soll. Derzeit umfasst das städtische Handlungskonzept zehn Säulen gewaltpräventiven Handelns. Hierzu gehören folgende Maßnahmen:

- Durchsetzung der Schulpflicht
- Anzeigepflicht an Schulen
- Gewaltprävention im Kindesalter (GiK)
- Optimierung und Ausweitung des Präventionsunterrichts an den Schulen
- PROTÄKT/PriJus (Präventionsprojekte der Staatsanwaltschaft Hamburg von Jugendkriminalität durch eine täterorientierte Verfahrensbearbeitung)
- Gemeinsame Fallkonferenzen
- Verstärkung der Cop4U an Schulen (Kooperationsprogramm zwischen Schulen und Polizei)
- Erzieherische Maßnahmen
- Ausgleich mit Geschädigten
- Opferfonds/-schutz

Die Stärkung primärer Gewaltprävention, die Sensibilisierung von Institutionen sowie das frühzeitige, nachhaltige Intervenieren bei Hinweisen auf ein sich verfestigendes antisoziales bzw. gewaltauffälliges Verhalten bei Kindern und Jugendlichen bilden einige der zentralen Zielsetzungen, die mit dem Handlungskonzept verfolgt werden. Ausgehend von der empirischen Erkenntnis, dass Jugendliche mit chronischen Delinquenzproblemen häufig bereits im Kindesalter durch abweichendes Verhalten auffällig werden, soll im Rahmen des Handlungskonzepts mit dem Programm der Gewaltprävention im Kindesalter (GiK) insbesondere dem Risiko eines sich verfestigenden aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens im Kindesalter und damit einhergehend dem Beginn einer Gewaltkarriere begegnet werden.

Die dritte Säule des Hamburger Handlungskonzepts gegen Jugendgewalt umfasst unterschiedliche Maßnahmen gewaltpräventiven Handelns (vgl. Schwinn u.a. 2010): So wurden pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen hinsichtlich der Durchführung universeller Präventionsprogramme geschult und neue Stellen für Fachkräfte in den Allgemeinen Sozia-

len Diensten der Jugendämter (ASD) und der Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ)<sup>1</sup> mit dem Schwerpunkt der Gewaltprävention geschaffen. Auf regionaler Ebene wurde weiterhin eine Vernetzung zwischen Fachkräften aus Kindertagesstätten, Schulen, Freien Trägern der Jugendhilfe sowie der Polizei forciert. Auch die Implementierung begleitender gewaltpräventiver und indizierter Maßnahmen stellte einen bedeutsamen Baustein innerhalb des GiK-Programms dar. Das GiK-Programm umfasste weiterhin die Entwicklung und Implementierung einer Diagnostik, die einerseits der frühzeitigen Identifikation von Kindern dient, die ein Risiko für eine Verfestigung aggressiven bzw. antisozialen Handelns – im Sinne von *early starter* (früh einsetzender, chronischer Problemverläufe) - tragen. Andererseits soll die Diagnostik auf den Einzelfall abgestimmte Interventions- und Hilfemaßnahmen ermöglichen. Die Validierung dieses Diagnostikinstrumentes bildet den inhaltlichen Schwerpunkt des vorliegenden Berichts. Für ein besseres Verständnis erfolgt zunächst eine Beschreibung des Diagnostikinstrumentes, einschließlich seiner Entwicklungsgeschichte (Kapitel 1). Hieran schließen sich Erläuterungen zum methodischen Vorgehen an, mit welchem die Frage nach der Validität des diagnostischen Verfahrens beantwortet wurde (Kapitel 2). Nach der Darstellung der Untersuchungsergebnisse im dritten Kapitel erfolgt in Kapitel 4 deren Diskussion, aus der schließlich Empfehlungen zur Optimierung der Diagnostik abgeleitet werden.

---

1 Ehemals regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen der Schulbehörde (REBUS).



# 1 Das Diagnostikinstrument

Das primäre Ziel des Programms *Gewaltprävention im Kindesalter* (GiK) besteht in der Prävention einer dauerhaften Verfestigung kindlichen aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens.<sup>2</sup> Als Teil der Umsetzung wurde ein Diagnostikinstrument für Fachkräfte zur Einschätzung der Gefahr eines sich verfestigenden aggressiven Problemverhaltens entwickelt. Dieses Instrument sollte vor dem Hintergrund seiner Aufgabe aussagekräftig, also valide, sein. Darüber hinaus sollten aus ihm Hinweise für möglichst auf den Einzelfall abgestimmte Interventions- und Hilfemaßnahmen ableitbar sein. Das Diagnostikinstrument wurde von Herrn Dr. Heinz Kindler (Dipl.-Psych.) vom Deutschen Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit der Fachbehörde und Fachkräften entwickelt.

Da im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe wenig vergleichbare Diagnostikinstrumente mit Befunden zur Aussagekraft und Praktikabilität in der Fachpraxis existieren, stellte das Vorhaben eine besondere Herausforderung dar (für die folgenden Ausführungen: vgl. Kindler 2013). Eine Orientierung bot jedoch die von Augimeri u.a. (2005) entwickelte *Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B)*, die Risikofaktoren für ein sich verfestigendes aggressives bzw. antisoziales Verhalten benennt und für die zugleich empirisch abgesicherte Befunde sowohl durch die Autor/innen selbst als auch durch eine weitere unabhängige schwedische Forschungsgruppe (Enebrink u.a. 2006) vorliegen. Neben der *Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B)* diente eine Recherche von Längsschnittstudien zu aggressiven Entwicklungsverläufen dem Ziel, relevante Vorhersage- und Risikofaktoren zu rekonstruieren.<sup>3</sup> Durch die Synthese unterschiedlicher Studien konnten insgesamt fünf Bereiche identifiziert werden, die wiederholt bestätigte Risikofaktoren für die Verfestigung eines aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens im Kindesalter enthalten. Zu diesen fünf Bereichen zählen:

- *Merkmale des Kindes* (eingeschränkte Intelligenz/Sprachfähigkeit, Aufmerksamkeitsprobleme, oppositionelles Verhalten)
- *Vom Kind erfahrene Kindeswohlgefährdung* (emotionale Vernachlässigung/Ablehnung, Vernachlässigung im Allgemeinen)
- *Beobachtbare Einschränkungen der elterlichen Erziehungsfähigkeit* (harsche und/oder inkonsistente Disziplin, geringe Feinfühligkeit/vermeidende Bindungsqualität, wenig elterliche Anregung und kognitive Förderung)
- *Familiäre Situation* (hohe Stressbelastung in der Familie, Mutter depressiv/psychisch auffällig, ausgeprägte Familienkonflikte)

---

2 Vergleiche hierzu: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2007.

3 Vergleiche hierzu auch: Aguilar u.a. 2000; Côté u.a. 2006; Fergusson u.a. 2000; Kingston/Prior 1995, Kratzer/Hodgins 1999; Moffitt u.a. 1996; Moffitt/Caspi 2001; Nagin/Tremblay 2001; NICHD 2004; Raine u.a. 2005, Shaw u.a. 2003, Tibbets/Piquero 1999, Van Lier u.a. 2007.

- *Merkmale der sozialen Lage der Familie* (Mutter zum Zeitpunkt der Geburt sehr jung, Mutter alleinerziehend, sehr bildungsferne Familie)

Um wiederum für risikobehaftete Kinder möglichst passgenaue Interventions- und Hilfemaßnahmen einleiten zu können, ging es in einem nächsten Schritt der Diagnostikentwicklung darum, Faktoren zu identifizieren, die in ihrem Bestehen bestimmte Formen von Hilfemaßnahmen nahelegen. Auf der Grundlage einer Recherche von Forschungsliteratur zeichnete sich eine Reihe von differenzierenden Aspekten bei aggressiven oder antisozialen Entwicklungsverläufen ab, die belegbar Bedeutung für die Hilfeplanung besitzen. Sie wurden – wenn auch nicht ohne Weiteres in ein integriertes Modell überführbar – ebenfalls in das Instrument aufgenommen. Zu denjenigen Aspekten, die es im Rahmen einer individualisierten Hilfeplanung zu berücksichtigen gilt, gehören folgende Kriterien:

- Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsstörung
- Merkmale ausgeprägter Gefühlskälte beim Kind
- fehlende Erfolgserlebnisse in der schulischen Lernumwelt
- Integration in eine antisoziale Gleichaltrigengruppe
- mangelnde emotionale Qualität der Eltern-Kind-Beziehung
- eingeschränkte Veränderungsbereitschaft und –fähigkeit der Eltern
- fehlender Zugang erwachsener Autoritäten zum Kind

Im Zeitraum von April 2009 bis Juli 2010 war das Diagnostikinstrument bereits Gegenstand einer Gesamtevaluation des GiK-Programms durch das Institut für Medizinische Psychologie in Kooperation mit dem Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Im Rahmen dieser Evaluation interessierte bezüglich des Diagnostikinstrumentes einerseits die Interrater-Reliabilität, d.h. die Zuverlässigkeit mit der verschiedene Anwender bei gleicher Fallgrundlage zu ähnlichen Einschätzungen gelangen, sowie andererseits die Akzeptanz und Praktikabilität des diagnostischen Verfahrens in der Fachpraxis. Die prädiktive Validität konnte in der Evaluation nicht untersucht werden. Da es sich aber um eine für die Qualität eines diagnostischen Verfahrens zentrale Frage handelt, wird sie im vorliegenden Bericht aufgegriffen. Untersucht wird unter Praxisbedingungen die Aussagekraft des Diagnostikinstrumentes hinsichtlich der Gefahr von Kindern auf einen *early starter* Pfad zu geraten sowie daran anknüpfend die Identifikation von Anhaltspunkten für die passgenaue Gestaltung von Hilfen.

## 2 Untersuchungsdesign

Entsprechend einem 2012 ausgeschriebenen Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg richtet sich das Hauptaugenmerk der vorliegenden Studie auf die Prüfung der Aussagekraft (Validität) des GiK-Diagnoseverfahrens. Für die nachfolgende Darstellung des hierzu entwickelten Forschungsdesigns wird zunächst der Begriff der Validität (Aussagekraft) erläutert:

Unter *Validität* ist weniger ein feststehendes Charakteristikum eines Diagnostikinstrumentes als vielmehr ein Bündel von Merkmalen eines diagnostischen Verfahrens in seiner Anwendungssituation (für eine Übersicht: Sireci/Sukin 2013) zu verstehen. Im vorliegenden Fall erhielt die Frage nach der Validität vor diesem Hintergrund eine zweifache Bedeutung: So wurde erstens nach der *prädiktiven* Aussagekraft des diagnostischen Verfahrens unter Praxisbedingungen gefragt, d.h. danach, inwieweit Einschätzungen mittels des Instruments den weiteren Fallverlauf vorhersagen und zwar trotz durchgeführter Hilfen und Interventionen, die in der Regel darauf abzielen, vorhandenen Risiken entgegen zu arbeiten. Fokussiert wurde bei den Verläufen auf ein erneutes, dokumentiertes Auftreten von Gewalt und regelverletzendem Verhalten in den Akten der einbezogenen Kinder. Im Kontext dieser Frage galt es auch, die Passung zwischen den eingeleiteten Hilfemaßnahmen und dem Profil von Risiken und differenzierenden Faktoren seitens des Kindes und seiner Familie zu untersuchen. Mit Bezug auf die Fachkräfte bzw. die Anwendungssituation des diagnostischen Verfahrens interessierte zweitens die Frage nach dem zusätzlichen Nutzen (*inkrementelle* Validität) und der Praktikabilität des Diagnostikinstrumentes in der Fachpraxis. In ihrem Zusammenspiel wurden die Ergebnisse auch dazu benutzt, Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten des Verfahrens zu erhalten.

Die Fragestellungen wurden auf Basis unterschiedlicher Daten sowie unter Rückgriff auf differente methodische Verfahren bearbeitet. Die Kombination unterschiedlicher Forschungsmethoden zur Validierung des Diagnostikinstrumentes erwies sich besonders fruchtbar, „[d]a das Ergreifen von Maßnahmen in einem sozialen Feld vielfältige und vieldimensionale Auswirkungen haben kann, [...] zu deren Erfassung und Bewertung ein Instrument eingesetzt werden [muss], das a priori geeignet erscheint, dieser multivarianten Struktur von Bedingungen und Konsequenzen gerecht zu werden.“ (Lamnek 2005, S. 76).

### 2.1 Die statistische Auswertung von Fallverläufen

Die Frage, inwiefern es das diagnostische Verfahren ermöglicht, tatsächliche Unterschiede im Risiko eines sich verfestigenden aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens zwischen den einbezogenen Kindern zu erkennen, wurde mittels Verfahren der quantitativen Sozialforschung beantwortet.

Würde es dabei – unabhängig von allen praktischen und ethischen Erwägungen – nur darum gehen, die prädiktive Validität des

Diagnostikverfahrens aufzuzeigen, wäre aus wissenschaftlicher Sicht ein Studiendesign zu bevorzugen, bei dem ein Sample aggressiv auffälliger Kinder von einer Forschergruppe mittels des Instruments eingeschätzt und über einen längeren Zeitraum (im Längsschnitt) beobachtet wird, ohne dass die Befunde der Jugendhilfe mitgeteilt werden und damit Einfluss auf den weiteren Fallverlauf nehmen können und ohne dass den Kindern und ihren Familien besondere Hilfen angeboten werden. Ein solches Vorgehen wäre allerdings forschungspraktisch und ethisch weder möglich noch vertretbar gewesen. Daher wurde eine alternative Vorgehensweise gewählt, die bereits mehrfach im Bereich der Jugendhilfeforschung zum Einsatz kam<sup>4</sup>:

Anhand der Aktenauswertungen wurden die Fallverläufe von 80 Kindern ermittelt, die nach der Einführung des diagnostischen Verfahrens im 2. Halbjahr 2009 am Programm *Gewaltprävention im Kindesalter* (GiK) partizipierten und für die das Diagnostikinstrument damit – zumindest theoretisch - vollständig ausgefüllt vorliegen sollte. Die Fallverläufe wurden auf standardisierte Weise erfasst, um damit gleichsam einen Längsschnitt zu konstruieren. Die Hilfeakten wurden jeweils von den Regionalstellen des ASD und ReBBZ zur Verfügung gestellt. Der in den Akten enthaltene Fallverlauf nach der Diagnostik wurde im Hinblick auf eine Reihe von interessierenden Zielvariablen ausgewertet<sup>5</sup>:

- Häufigkeit und Intensität aggressiver Konflikte mit Gleichaltrigen und Erwachsenen im Verlauf sowie Häufigkeit und Intensität von Gewalt gegen Sachen und Eigentumsdelikten
- eventuelle strafrechtliche Sanktionen nach Erreichen der Strafmündigkeit
- Probleme mit dem Schulbesuch sowie dem Gebrauch von Alkohol bzw. anderen Suchtstoffen
- erfolgreiche und abgebrochene ambulante Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe
- massive Eingriffe in die Lebensverhältnisse (z.B. Fremdunterbringungen, Anrufungen des Familiengerichts)

Im Anschluss wurde für die Stichprobe geprüft, ob im Mittel Kinder mit einem zu Fallbeginn eingeschätzten höheren Verfestigungsrisiko von Gewalt- und Verhaltensproblemen trotz des Handelns der Fachkräfte, das regelmäßig auf einen Abbau von Aggressionsproblemen und einen Ausgleich von Risiken abzielt, tatsächlich mehr Probleme im Verlauf zeigen und das Diagnostikinstrument sich damit als vorhersagekräftig erweist. Es handelte sich mithin um einen kritischen Test, bei dem fehlende prädiktive Zusam-

---

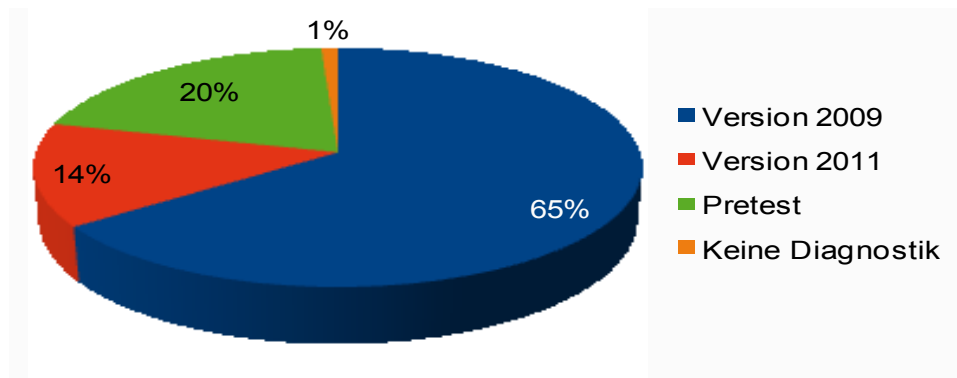
4 So auf nationaler Ebene beispielsweise bei der Validierung des Kinderschutzboogens (vgl. Strobel u.a. 2008) und international bei der Validierung der vom Children's Research Center (CRC) in Madison (USA) entwickelten und im Bereich des Kinderschutzes, der Bewährungshilfe und der Pflegekinderhilfe im eingesetzten Verfahren zur Gefährdungs- und Bedarfseinschätzung.

5 Die Auswertung wurde von Frau Corinna Meyer-Suter in der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration geleistet. 10 Akten wurden zur Kontrolle vom Drittautor ebenfalls kodiert.

menhänge zwischen diagnostischer Zuordnung und anschließendem Entwicklungsverlauf nur schwer interpretierbar gewesen wären, da sie auch ein effektives Hilfehandeln hätten widerspiegeln können. Können dagegen prädiktive Zusammenhänge aufgezeigt werden, spricht dies für die Aussagekraft des diagnostischen Verfahrens.

Von den durch die Diagnostik erfassten Kindern wurde mit 65% die Mehrheit anhand der Version der Diagnostik aus dem Jahr 2009 eingeschätzt ( $N = 53$ ). Weitere 20% ( $N = 16$ ) wurden durch die Pretest-Version beurteilt und 14% ( $N = 11$ ) anhand einer nach der Evaluation durch das Klinikum Eppendorf überarbeiteten Version aus dem Jahr 2011 (vgl. Abbildung 1). Die Konzeption des Risikomoduls unterscheidet sich zwischen der Pretest-Version und den Diagnostik-Versionen des Jahres 2009 und 2011 hinsichtlich Aufbau und fachlicher Fundierung deutlich. Zwar sah bereits die Pretest-Version eine strukturierte fachliche Einschätzung von Belastungen in einer Vielzahl an Lebensbereichen vor, jedoch wurde erst ab der Version von 2009 die fachliche Einschätzung auf der Grundlage einer empirischen Analyse des Forschungsstandes zu relevanten Risikofaktoren vollzogen, was eine Fokussierung und Konzentration des Instruments mit sich brachte. Die Weiterentwicklung zur Version 2011 anhand von Rückmeldungen aus der Praxis zur Verständlichkeit und Anwendbarkeit brachte dann nur noch geringe Veränderungen.

**Abbildung 1: Anteile der Diagnostik-Versionen in der Stichprobe**



Geplant war auch die Fallverläufe von Kindern zu untersuchen, die zwischen Herbst 2000 und Sommer 2009, d.h. vor Einführung der Diagnostik, aktenkundig wurden. Jedoch war es – trotz Aktennachforderung seitens des Referates Jugenddelinquenz in der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration – nicht möglich hier eine ausreichende Anzahl an Fällen zu gewinnen. Ein Vergleich von Fallverläufen mit und ohne GiK-Diagnostik konnte daher nicht durchgeführt werden. Damit bleibt offen, inwieweit prinzipiell durch den Einsatz von Diagnostik ein gezielterer Einsatz von Hilfsmaßnahmen möglich war. Der Fokus liegt vielmehr auf dem Wert der aktuell verwandten Versionen der Diagnostik.

Zur Beschreibung des verfügbaren Aktenmaterials, dessen Qualität potenziell auf die Ergebnisse Einfluss nehmen kann, wurden in jedem Fall verschiedene Aspekte erhoben, insbesondere der Umfang der Akte, der

Anteil schwer lesbarer handschriftlicher Notizen, das Ausmaß der chronologischen Strukturierung der Akteninhalte sowie die Reichhaltigkeit an Informationen über das Verhalten und die Entwicklung des Kindes.

Die zur Verfügung gestellten Akten waren im Mittel umfangreich. In den drei Gruppen variierte die durchschnittliche Seitenzahl der ausgewerteten Akten von 100 Seiten in der Gruppe derjenigen Fälle, die durch die Diagnostik-Version 2011 erfasst wurden, über durchschnittlich 175 Seiten in der Gruppe derjenigen Kinder, die anhand des Pretests beurteilt wurden, bis hin zu durchschnittlich 190 Seiten in der durch die Diagnostik-Version 2009 erfassten Gruppe (ausführlich: siehe Tabelle 1). Die Hälfte oder etwas mehr als die Hälfte der Akten war zeitlich durchgehend chronologisch geordnet, was die Nachvollziehbarkeit erleichterte und den Analyseaufwand verringerte. Obwohl die Akten nicht für die Analyse durch Dritte geführt wurden, gab es in der großen Mehrheit der Fälle keine Probleme mit schwer lesbaren handschriftlichen Notizen. Erschwert wurde die Untersuchung aber durch den Umstand, dass viele Akten auf die Anfangssituation und die ergriffenen Maßnahmen fokussierten, aber wenige Informationen zum Entwicklungsverlauf beim Kind enthielten. In der Gruppe mit der Diagnostik-Version von 2009 wurden 87% der Akten während des Codiervorgangs als wenig bzw. kaum informativ hinsichtlich des konkreten kindlichen Verhaltens eingeschätzt. Ähnlich hoch fiel dieser Anteil auch in der Gruppe der Diagnostik-Version von 2011 mit 91% aus sowie in der Gruppe der Pretest-Version mit 86%.

**Tabelle 1: Zustand der in der Auswertung berücksichtigten Akten (in Prozent)**

Zustand der Akten		Pre-Test N=16	Version 2009 N=53	Version 2011 N=11
<b>Durchschnittliche Seitenzahl der Akte</b>		175	190	100
<b>Ungeordneter Zustand der Akte</b>	Nein	53	66	50
	Teilweise	40	23	50
	Ja	7	11	/
<b>Akte schwer leserlich</b>	Nein	73	83	90
	Teilweise	27	17	10
	Ja	/	/	/
<b>Informationsgehalt der Akte über das kindliche Verhalten</b>	Kaum Informationen	13	23	9
	Wenig Informationen	73	64	82
	Reichhaltige Informationen	13	13	9

## 2.2 Das Gruppendiskussionsverfahren

Mit dem Gruppendiskussionsverfahren wurde die Frage nach der Bewährung der Diagnostik in der Fachpraxis unter Rückgriff auf eine qualitativ ausgerichtete Forschungsmethode beantwortet. Die Auswahl dieses methodischen Verfahrens wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass „Gruppendiskussionen (...) geeignet [sind], im sozialen Feld getroffene Maßnahmen oder Interventionen von den davon Betroffenen gemeinsam beurteilen und bewerten (...) zu lassen.“ (Lamnek 2005, S. 78; vgl. hierzu auch Kühn/Koschel 2011). Dabei ermöglicht das Verfahren insbesondere, unterschiedliche Perspektiven auf den zu verhandelten Sachverhalt einzufangen – im vorliegenden Fall auf das diagnostische Verfahren – und so ein möglichst umfassendes Bild sowie einen „ganzheitlichen Eindruck“ (ebd., S. 78) zu erhalten.<sup>6</sup> Im Vorfeld der Gruppendiskussion wurde ein Leitfaden ausgearbeitet, der unter einer flexiblen Handhabung während der Diskussion garantierte, dass die für die forschungsleitende Fragestellung relevanten Sachverhalten angesprochen und diskutiert wurden (vgl. Kühn/Koschel 2011; Lamnek 2005). In ihn flossen partiell auch Ergebnisse der quantitativen Auswertung ein.

Die Gruppendiskussion wurde am 14. November 2013 in Hamburg in den Räumlichkeiten der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration durchgeführt. An ihr beteiligt waren neun Fachkräfte der Gewaltprävention aus ASD und ReBBZ, die mehrheitlich über eine mehrjährige Erfahrung als GiK-Fachkraft verfügten.<sup>7</sup> In Anbetracht knapper zeitlicher Ressourcen wurde auf eine Transkription der Gruppendiskussion und damit einer Verschriftlichung des Datenmaterials verzichtet. Die Auswertung der Transkripte erfolgte unter einer integrativen deduktiv-induktiven Vorgehensweise. So wurde die Auswertung einerseits in Orientierung an dem der Gruppendiskussion zugrundeliegenden Leitfaden realisiert, der konkrete inhaltliche Schwerpunkte vorgab. Ergänzt wurde dieses Vorgehen jedoch durch weitere Kategorien, die aus dem Datenmaterial selbst rekonstruiert wurden.

---

6 Das Erkenntnisinteresse, das sich im vorliegenden Bericht mit der Gruppendiskussion verbindet, fokussiert ausschließlich auf deskriptive Informationen und unterscheidet sich damit wesentlich von einer sozialwissenschaftlichen Forschung, die anhand von Gruppendiskussionsverfahren beispielsweise tiefer liegende, latente Sinnstrukturen Einzelner oder informelle bzw. situationsabhängige Gruppenmeinungen zu rekonstruieren sucht (für einen Überblick: vgl. Kühn/Koschel 2011; Lamnek 2005; Loos/Schäffer 2001).

7 Aufgrund ihres gemeinsamen beruflichen Hintergrundes stellen die Gruppen damit Realgruppen dar.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Grundlegende Fallmerkmale

Wird die Stichprobe im Hinblick auf grundlegende Merkmale wie das Alter der einbezogenen Kinder, ihre Familiensituation, Geschlecht, Migrationshintergrund und Anlass der GiK-Diagnostik beschrieben, so ist zunächst hinsichtlich des durchschnittlichen Alters zu Beginn der Fallakten festzustellen, dass dieses bezogen auf die drei Subgruppen (Pretest, Version 2009, Version 2011) zwischen 9 und 11 Jahren variiert (siehe Anhang: Tabelle 11). Bei den älteren Akten sind die Kinder beim Abschluss des Falls im Durchschnitt 2 Jahre älter, bei den aktuelleren, mit der Diagnostik in der Version des Jahres 2011 bearbeiteten Fällen, beträgt die Differenz zwischen dem Alter zu Beginn der Fallakte und der Beendigung bzw. der jetzigen Auswertung nur ein Jahr. In dieser Gruppe sind zum Zeitpunkt der Erhebung 70% der Fälle noch nicht beendet. In der Gruppe mit der Diagnostik in der Version des Jahres 2009 beträgt dieser Anteil 30%. Ältere Fälle sind in der Regel abgeschlossen.

Hinsichtlich der Familiensituation belegen die Daten für alle drei Subgruppen, dass Kinder zu Beginn der Diagnostik mehrheitlich bei einem alleinerziehenden Elternteil leben (Pretest-Version: 56%; Diagnostik-Version 2009: 59%; Diagnostik-Version 2011: 55%), gefolgt von dem Zusammenleben mit beiden Elternteilen (Pretest-Version: 19%; Diagnostik-Version 2009: 26%; Diagnostik-Version 2011: 27%) sowie an dritter Stelle dem Leben in einer Stieffamilie (Pretest-Version: 19%; Diagnostik-Version 2009: 15%; Diagnostik-Version 2011: 18%). Während in der Gruppe der Diagnostik-Versionen von 2009 und 2011 Familien laut Aktenlage ihren Lebensunterhalt etwas häufiger durch ein Arbeitseinkommen sichern (Pretest-Version: 40%; Diagnostik-Version 2009: 62%; Diagnostik-Version 2011: 55%), fällt im Vergleich in der Pretest-Gruppe der Anteil derjenigen Familien etwas höher aus, der auf Sozialeinkommen angewiesen ist (Pretest-Version: 44%; Diagnostik-Version 2009: 32%; Diagnostik-Version 2011: 27%).

In allen drei Teilstichproben werden vorwiegend Jungen durch die Diagnostik eingeschätzt, ihr Anteil liegt jeweils über 90%. Nur eine kleine Gruppe der Kinder hat selbst Migration erlebt (Pretest-Version: 19%; Diagnostik-Version 2009: 17%; Diagnostik-Version 2011: 0%). Jedoch weist in allen Teilstichproben bei einem substanziellen Anteil der Kinder mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund auf (Pretest-Version: 44%; Diagnostik-Version 2009: 38%; Diagnostik-Version 2011: 55%). Kinder ohne Migrationshintergrund stellen in allen drei Gruppen rund zwei Fünftel der Fälle dar. Der Anteil derjenigen Kinder, der nach Einschätzung der Fachkräfte innerhalb der Familie hauptsächlich auf Deutsch kommuniziert, variiert in den drei Subgruppen von 50% bis zu 90%.

Hinsichtlich des Anlasses für die GiK-Diagnostik überwiegen chronische Aggressionsprobleme. Der Anteil derjenigen Kinder, für die in den Akten



diese Problemlage dokumentiert ist, fällt in der Gruppe der Diagnostik-Version 2011 mit 82% etwas höher aus als in den beiden weiteren Gruppen (Pretest-Version: 69%; Diagnostik-Version 2009: 66%). Die in den Akten dokumentierte Dauer der Fallverläufe nach der ersten GiK-Diagnostik variiert von durchschnittlich 17 Monaten in der Gruppe derjenigen Kinder, die durch die Diagnostik-Version 2011 eingeschätzt wurden, über 23 Monate in der Gruppe der Diagnostik-Version von 2009, bis hin zu durchschnittlich 30 Monaten in der Pretest-Gruppe.

## 3.2 Der weitere Fallverlauf nach erhobener GiK-Diagnostik

Betrachtet man den weiteren Fallverlauf nach erstmals erfolgter GiK-Diagnostik, so finden sich in den Akten für eine große Mehrheit der Fälle Hinweise auf ein weiteres aggressives oder regelverletzendes Verhalten. Beispielsweise wurde in 69% der Fälle mindestens einmal eine weitere gewalttätige Auseinandersetzung erwähnt (Pretest-Version: 76%; Diagnostik-Version 2009: 72%; Diagnostik-Version 2011: 45%). Ebenso fanden sich in 33% der Fälle im Verlauf bei mindestens einer Gelegenheit Hinweise auf mindestens eine Sachbeschädigung (Pretest-Version: 44%; Diagnostik-Version 2009: 32%; Diagnostik-Version 2011: 18%). Insgesamt wurden neun Problembereiche getrennt erhoben, darunter Hinweise auf eskalierende (aber nicht notwendigerweise körperlich gewalttätige) Konflikte mit Gleichaltrigen, Eltern und anderen Erwachsenen, Hinweise auf Eigentumsdelikte, einen unregelmäßigen Schulbesuch und den Gebrauch von Alkohol und/oder anderen Suchtstoffen. Vermutlich altersbedingt noch recht selten waren Hinweise auf einen mindestens einmaligen Gebrauch von Alkohol (Pretest-Version: 6%; Diagnostik-Version 2009: 4%; Diagnostik-Version 2011: 0%) oder Suchtmitteln (Pretest-Version: 19%; Diagnostik-Version 2009: 10%; Diagnostik-Version 2011: 0%). Um einen Index für Ausmaß und Intensität von Problemverhalten im Verlauf zu erhalten, wurden alle neun Problemskalen aufsummiert, wobei die einmalige Erwähnung eines Problems in der Akte mit dem Punktwert 1, die mehrmalige Erwähnung mit dem Punktwert 2 gewichtet wurde. Es ergab sich eine Gesamtskala für die Summe aktenkundig gewordenen aggressiven und regelverletzenden Verhaltens mit Mittelwert 10,4 und einer Standardabweichung von 5,4. In der Akte dokumentierte Sanktionen (Schulabschluss 34%, Sozialstunden 6%, Jugendarrest 1%) wurden zur Vermeidung einer Kofundierung zwischen Problemverhalten und Reaktionsbereitschaft der Institutionen nur insoweit in den Index zum Ausmaß des Problemverhaltens aufgenommen, als die zugrunde liegenden Anlässe berücksichtigt wurden.

### 3.3 Die prädiktive Aussagekraft des diagnostischen Verfahrens

Das diagnostische Verfahren setzt sich aus insgesamt fünf Modulen zusammen:

- Modul 1: Ersteinschätzung des Falls
- Modul 2: Erfassung der Fall-Grunddaten
- Modul 3: Einschätzung des Risikos für ein sich verfestigendes antisoziales resp. aggressives Verhalten
- Modul 4: Hinweise zur Planung von Hilfemaßnahmen
- Modul 5: Gesamteinschätzung der GiK-Diagnostik

Für die Prüfung der Vorhersagekraft kommt vor allem dem *Modul 3 (Risiko der Verfestigung bzw. Eskalation des aggressiven/ antisozialen Verhaltens)* besondere Bedeutung zu. Das hier fallspezifisch eingeschätzte Risiko soll bei der Beurteilung helfen, wie notwendig und angezeigt intensivere Maßnahmen aus dem Programm der *Gewaltprävention im Kindesalter (GiK)* bzw. im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe sind.

Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Blick auf die Vorhersagekraft des Risikomoduls der Pretest-Version geworfen. Anschließend wird für das im Mittelpunkt stehende Risikomodul der Versionen 2009 und 2011 die Verteilung der Risiken in der Stichprobe beschrieben und die Frage geprüft, ob die Fallverläufe nicht bereits aus den ohnehin bekannten Fallgrundmerkmalen (z.B. Alter zu Fallbeginn) vorhersagbar sind, was eine aufwändige Diagnostik erübrigen würde. Schließlich werden Zusammenhänge zwischen der Gefahr eines chronisch ungünstigen Verlaufs, die mit den Risikomodulen 2009 oder 2011 eingeschätzt wurde, und dem tatsächlichen weiteren Fallverlauf, d.h. dem weiteren aktenkundigen aggressiven bzw. regelverletzenden Verhalten, dargestellt.

#### 3.3.1 Die Vorhersagekraft der Pretest-Version

In Modul 3 dieser Diagnostik-Version wurden zur Risikoeinschätzung insgesamt 28 Aspekte der Lebenssituation von Kindern abgefragt, die sich auf den schulischen Bereich, die individuelle Entwicklung des Kindes und sein soziales Umfeld bezogen, und von den Fachkräften mit Schulnoten als *gut* bis *ungenügend* bewertet wurden. Werden für die sechzehn Fälle der Stichprobe die Bewertungen mit *ungenügend* oder *mangelhaft* aufsummiert (Ausmaß der als negativ bewerteten Lebensbereiche), so weisen die Kinder im Mittel in sieben Bereichen eine derart negative Bewertung auf ( $SD = 3.6$ , Range 0-15). Wird hingegen das Verhältnis zwischen als mindestens *gut* bewerteten Aspekten der Lebenssituation und sehr negativen Bewertungen betrachtet (relatives Ausmaß der als negativ bewerteten Lebensbereiche), so ergibt sich bei 79% der Kinder ein Wert unter 1, d.h. ein Übergewicht von Bewertun-

gen als *ungenügend* oder *mangelhaft*. Bei 14% der Kinder überwiegen positive Bewertungen ( $M = 0.4$ ,  $SD = 0.6$ , Range 0 – 1.75).

Wird nun zur Überprüfung der prädiktiven Aussagekraft der Pretest-Version der Zusammenhang zwischen der Anzahl als *mangelhaft* oder *ungenügend* bewerteter Aspekte der Lebenssituation des Kindes und der aufsummierten Anzahl und Intensität der Probleme im weiteren Fallverlauf (vgl. Abschnitt 3.2) betrachtet, so zeigt sich bei der Berechnung einer Korrelation als Zusammenhangsmaß ein in die erwartete Richtung gehender Befund, d.h. mit der Anzahl zu Fallbeginn als problematisch bewerteter Lebensaspekte eines Kindes nehmen in der Stichprobe im Mittel Problemanzeigen zum Verhalten des Kindes im Verlauf leicht zu. Aber der Zusammenhang ist sehr schwach und wird daher nicht signifikant, so dass der Zufall als Erklärung des Befunds nicht mit der erforderlichen Sicherheit ausgeschlossen werden kann (vgl. Tabelle 2). Ebenfalls nicht signifikant fällt der Zusammenhang aus, wenn das Verhältnis zwischen positiv bewerteten zu sehr problematischen Aspekten der kindlichen Lebenssituation als Vorhersagevariable verwandt wird.

**Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen der Risikobewertung und dem Fallverlauf in der Pretest-Version (Korrelation nach Spearman)**

	Summe aktenkundiges regelverletzendes Verhalten	N
Anzahl negativ bewerteter Lebensbereiche	-0.12	14
Verhältnis positive vs. negative Lebensbereiche	0.11	16

Anm.: \*die Korrelation ist auf dem Niveau  $p < .05$  signifikant; \*\* auf dem Niveau  $p < .01$  sehr signifikant; \*\*\* auf dem Niveau  $p < .001$  höchst signifikant

Betrachtet man die einzelnen Indikatoren eines günstigen oder ungünstigen Verlaufs getrennt, also etwa ob es im Verlauf zu Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen oder Alkoholproblemen kommt, so finden sich auch hier keine signifikanten, also gegen den Zufall abzusichernden Zusammenhänge zum mittels der Pretest-Version eingeschätzten Risiko<sup>8</sup>. Einzelne Zusammenhänge gehen jedoch in die erwartete Richtung (z.B. mehr problematische Lebensbereiche zu Beginn → größere Wahrscheinlichkeit von Sachbeschädigungen im Verlauf) und erreichen eine zumindest moderate Effektstärke. Dies gilt insbesondere für Hinweise auf die Ausbildung von Alkoholproblemen im weiteren Fallverlauf (vgl. Tabelle 3).

8 Aufgrund der geringen Fallzahl (N=14 bzw. 16) ist das Ergebnis als explorativ zu verstehen. Studien mit größerer Fallzahl erbringen tendenziell robustere Befunde, d.h. die Effektstärke in der Grundgesamtheit wird zuverlässiger geschätzt.

**Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen der Risikobewertung in der Pretest-Version und spezifischen Bereichen regelverletzenden Verhaltens im Fallverlauf**

	Anzahl negativ bewerteter Lebensbereiche	Verhältnis positiv vs. negativ bewerteter Lebensbereiche	N
<b>Sachbeschädigung</b>	-.04	.29	14/16
<b>Eigentumsdelikte</b>	-.05	-.04	14/16
<b>Schlägereien</b>	-.21	-.08	14/16
<b>Konflikte</b>	.05	-.25	14/16
<b>Konflikte mit Eltern</b>	-.22	-.01	14/16
<b>Konflikte</b>	.22	-.08	14/16
<b>Schulabsentismus</b>	-.27	.09	14/16
<b>Alkoholprobleme</b>	-.35	.43	14/16
<b>Suchtmittelgebrauch</b>	-.23	.12	14/16

Anm.: \*die Korrelation ist auf dem Niveau  $p < .05$  signifikant; \*\* auf dem Niveau  $p < .01$  sehr signifikant; \*\*\* auf dem Niveau  $p < .001$  höchst signifikant

### 3.3.2 Die Aussagekraft der Diagnostik 2009 und 2011

Kontrastierend zur Pretest-Version erfolgte - wie oben dargestellt -, die Konzeption des Risikomoduls in den Diagnostik-Versionen des Jahres 2009 und 2011 in Anlehnung an empirische Studien, die Aufschluss über prognostisch bedeutsame Risikobereiche gaben. Da die Module in beiden Diagnostik-Versionen nahezu identisch waren, wurde die prädiktive Aussagekraft für beide Versionen gemeinsam überprüft. Damit stand eine ausreichende Stichprobe mit  $N=64$  zur Verfügung.

Zur Risikoerfassung dokumentierten die GiK-Fachkräfte im Modul 3 beider Diagnostik-Versionen sowohl *individuelle Auffälligkeiten* in der Entwicklung des Kindes als auch *spezifische Problemlagen innerhalb der Familie*. Abschließend wurden die Einschätzungen innerhalb dieser insgesamt zwölf differnten Bereiche, die teilweise mit mehreren Detailfragen hinterlegt waren, von der jeweiligen Fachkraft noch einmal summierend zu einem *Ausmaß der Risikobelastung* zusammengefasst.

Betrachtet man zunächst die Risikobelastung in der Stichprobe differenziert nach den abgefragten Bereichen, so bestätigt sich innerhalb der beiden Gruppen im Rahmen *individueller Auffälligkeiten*, dass über längere Zeit und in verschiedenen Lebensbereichen bestehende Probleme der Kinder mit Aggressionen sowie regelverletzendem und oppositionellem Verhalten sehr verbreitet waren. Für rund 92% der Kinder, die mit der Diagnostik-Version des Jahres 2009 eingeschätzt wurden, sowie für 70% der Kinder, deren Beurteilung anhand der Diagnostik-Version 2011 erfolgte, wurde eine mittlere bis hohe Aggressionsproblematik angegeben. Mittlere bis starke Einschränkungen der kognitiven Entwicklung wurden ferner für knapp zwei Drittel

der durch die Diagnostik 2009 erfassten Fälle dokumentiert sowie für vier Fünftel derjenigen Fälle, die durch die Diagnostik 2011 eingeschätzt wurden. Für etwas mehr als ein Drittel bzw. zwei Drittel der Kinder wurden darüber hinaus in der Diagnostik-Version 2009 bzw. 2011 Aufmerksamkeitsprobleme festgehalten.

Hinsichtlich der *familialen Problemlagen* vermerkten die Fachkräfte am häufigsten eine Familiensituation, die als alleinerziehend zu kennzeichnen ist (Diagnostik 2009: 65%; Diagnostik 2011: 80%). Mittlere bis stark ausgeprägte Probleme in Form einer harschen, inkonsistenten oder permissiven Erziehung wurden ferner in der Gruppe mit Diagnostik-Version 2009 für 41% der Fälle festgehalten, in der Gruppe der Diagnostik-Version 2011 fällt dieser Anteil mit 33% etwas niedriger aus. Ähnlich hoch liegt in beiden Gruppen mit 41% (Diagnostik-Version 2009) bzw. 40% (Diagnostik-Version 2011) derjenige Anteil an Kindern, für die eine emotionale Vernachlässigung in der Diagnostik vermerkt wurde. Auch hinsichtlich einer psychischen Auffälligkeit der Mutter gleichen sich beide Gruppen weitestgehend (Diagnostik 2009: 24%; Diagnostik-Version 2011: 30%). Leicht unterschiedlich fielen zwischen beiden Gruppen hingegen die prozentualen Anteile an Fällen aus, für die mittlere bis ausgeprägte Pflegemängel in den Akten festgehalten wurden (Diagnostik-Version 2009: 12%; Diagnostik-Version 2011: 30%) oder ein anregungsarmes familiales Umfeld (Diagnostik-Version 2009: 29%; Diagnostik-Version 2011: 10%) dokumentiert wurde. Mit 16% (Diagnostik-Version 2009) bzw. 20% (Diagnostik-Version 2011) fiel der Anteil an Kindern, die in einem Elternhaus leben, das als bildungsfern eingeschätzt wurde, in beiden Gruppen im Vergleich zu den anderen Risikobereichen relativ niedrig aus.

In der Gesamtbetrachtung vermerkten die Fachkräfte hinsichtlich des *Ausmaßes der Risikobelastung* in der Diagnostik-Version 2009 durchschnittlich zehn Risikopunkte pro Fall (siehe Anhang: Tabelle 12). Die Spannbreite akkumulierter Problemlagen reichte von vier im niedrigsten Fall bis zu höchstens achtzehn Risikopunkten. In der Gruppe der durch die Diagnostik 2011 erfassten Fälle sind es durchschnittlich 8.5 Risikopunkte. Im niedrigsten Fall wurden von den Fachkräften sieben akkumulierte Problembereiche dokumentiert, im höchsten Fall 14.

Wird nun die Vorhersagekraft des Risikomoduls für die Versionen 2009 und 2011 der Diagnostik gemeinsam untersucht, so ist es sinnvoll, zunächst zu prüfen, ob sich günstige und weniger günstige Fallverläufe nicht bereits allein aus den Grundmerkmalen der Fälle vorhersagen lassen. Gelänge dies, würde sich eine aufwändigere psychosoziale Diagnostik als obsolet erweisen. Wie die Datenauswertung belegt, lassen sich jedoch weder aus dem Alter des Kindes zu Fallbeginn, dem Migrationsstatus, der Lebens- und Familiensituation oder der Anzahl der Geschwister signifikante Zusammenhänge zu Anzahl und Schweregrad von Problemen im weiteren Fallverlauf ableiten. Gleiches gilt auch für den Anlass der GiK-Diagnostik und den Gewaltschweregrad bei einem die Diagnostik auslösenden Einzelereignis (vgl. Tabelle 4). Damit kann eine aufwändigere psychosoziale Diagnostik prinzipiell sinnvoll sein, wenn sie denn belegbar valide, also aussagekräftige Ergebnisse erbringt.

**Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Fallmerkmalen und einem weiteren aktenkundigen regelverletzenden Verhalten in den Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 (Korrelation nach Spearman)**

	Summe aktenkundiges regelverletzendes Verhalten
Alter des Kindes	.01
Geschlecht des Kindes	.02
Familiäre Lebenssituation	.03
Anzahl der Geschwister	-.02
Migrationshintergrund	.06
In Familie gesprochene Sprache	.04
Familiäre Einkommenssituation	-.01
Gewaltschweregrad, der für GiK-Diagnostik Anlass war	.13
Anlass für GiK-Diagnostik	.19

N=64

Anm.: \*die Korrelation ist auf dem Niveau  $p < .05$  signifikant; \*\* auf dem Niveau  $p < .01$  sehr signifikant; \*\*\* auf dem Niveau  $p < .001$  höchst signifikant

Um Aussagen über die prädiktive Zuverlässigkeit des Diagnostikinstrumentes zu treffen, wurde im nächsten Schritt anhand von Rangkorrelationen der Zusammenhang zwischen einerseits dem oben dargestellten *Ausmaß der Risikobelastung* sowie andererseits dem *weiteren Fallverlauf* berechnet, d.h. einem weiteren aktenkundigen abweichenden Verhalten nach durchgeführter Diagnostik (vgl. Abschnitt 3.2). Die Berechnungen belegen dabei einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Risikobelastung und dem weiteren Fallverlauf (vgl. Tabelle 5).<sup>9</sup> Ein hohes Maß an Risikobelastungen, d.h. zahlreiche miteinander kumulierende Problemlagen, ging im tatsächlichen Fallverlauf mit einem ausgeprägteren weiteren Problemverhalten einher.

**Tabelle 5: Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Risikobelastung und weiterem aktenkundigen regelverletzenden Verhalten (Korrelation nach Spearman)**

	Summe aktenkundiges regelverletzendes Verhalten
Ausmaß der Risikobelastung	.28*

Anm.: \*die Korrelation ist auf dem Niveau  $p < .05$  signifikant; \*\* auf dem Niveau  $p < .01$  sehr signifikant; \*\*\* auf dem Niveau  $p < .001$  höchst signifikant

<sup>9</sup> Dieser Zusammenhang beeindruckt umso mehr als mit 66% ein relativ hoher Anteil der Akten als wenig informativ bewertet wurde (vgl. Abschnitt 2.1).

Wie weitergehende differenzierende Berechnungen ferner belegen, besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Risikobelastung und einem weiteren aktenkundigen auffälligen Verhalten insbesondere in den Bereichen Eigentumsdelikte, Konflikte mit Gleichaltrigen und Eltern sowie im Bereich des Suchtmittelgebrauchs (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Risikobelastungen in den Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 und spezifischen Bereichen regelverletzenden Verhalten**

	Summe der Risikobelastung zu Fallbeginn
<b>Sachbeschädigung</b>	.15
<b>Eigentumsdelikte</b>	.33**
<b>Schlägereien</b>	.17
<b>Konflikte mit Gleichaltrigen</b>	.32**
<b>Konflikte mit Eltern</b>	.31*
<b>Konflikte mit anderen Erwachsenen</b>	.04
<b>Schulabsentismus</b>	.09
<b>Alkoholprobleme</b>	.11
<b>Suchtmittelgebrauch</b>	.23

N=67  
 Anm.: \*die Korrelation ist auf dem Niveau  $p < .05$  signifikant; \*\* auf dem Niveau  $p < .01$  sehr signifikant; \*\*\* auf dem Niveau  $p < .001$  höchst signifikant

Als Indiz für die Robustheit der Vorhersagekraft und Gültigkeit der GiK-Diagnostik bei verschiedenen Untergruppen von Kindern bzw. Familien wurden die längsschnittlichen Zusammenhänge zwischen Risiko und Fallverlauf bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund miteinander verglichen. Ebenso wurden die Ergebnisse für Kinder aus Familien mit Arbeitseinkommen vs. Transfereinkommen verglichen. Die Gegenüberstellung erbrachte keine deutlichen Unterschiede in den Zusammenhängen zwischen der eingeschätzten Gefahr eines sich verfestigten aggressiven bzw. regelverletzenden Verhaltens und der Summe aktenkundig gewordener Probleme im Verlauf. Dieses Ergebnis spricht für die Aussagekraft der Risikoeinschätzung in den hier differenzierten Teilgruppen.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Aufgrund des geringen Anteils an Mädchen in der Gesamtstichprobe war eine Analyse der Vorhersagekraft der GiK-Diagnostik bei Mädchen nicht möglich.

## 3.4 Die Frage nach der Passung von Maßnahmen

Im nachfolgenden Kapitelabschnitt 3.4.2 werden zunächst die in der Stichprobe erbrachten Hilfen und Hilfeverläufe beschrieben. Im nächsten Schritt werden deskriptive Statistiken zu den mittels GiK-Diagnostik erhobenen für die Hilfeauswahl differenzierenden Faktoren dargestellt, bevor – gegliedert durch einzelne zu prüfende Hypothesen – Zusammenhänge zwischen differenzierenden Faktoren und später erbrachten Hilfen untersucht werden. Schließlich wird analysiert, ob eine hohe oder gering ausgeprägte Passung zwischen Ergebnissen der Diagnostik und eingesetzten Hilfen zu günstigeren Fallverläufen beiträgt. Im Vergleich zur breiter und offener angelegten Suche nach empirischen Zusammenhängen im vorangegangenen Kapitel 3.3 fokussiert dieser Abschnitt in den zentralen Passagen, die sich mit belegbaren Einflüssen der GiK-Diagnostik auf die Hilfe- und Interventionsplanung beschäftigen, auf die Prüfung ausformulierter Hypothesen, die aus Modul 4 der GiK-Diagnostik ableitbar waren.

### 3.4.1 Hilfeplanung unter Rückgriff auf die Diagnostik

Neben der Erfassung, in welchem Ausmaß die Gefahr eines sich verfestigenden antisozialen bzw. aggressiven Verhaltens besteht, wurde das Verfahren mit dem Anspruch entwickelt, die Auswahl möglichst passgenauer, d.h. auf den Einzelfall abgestimmter, Hilfemaßnahmen zu unterstützen. Im Zentrum dieses Abschnitts steht deshalb die Frage, inwiefern sich Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass die GiK-Diagnostik auf die Auswahl nachfolgender Hilfemaßnahmen Einfluss nimmt. Ein Einfluss der Diagnostik könnte auf zweierlei Art und Weise erfolgen: Erstens könnte es sein, dass das Ausmaß vorhandener Verfestigungsrisiken auf die Intensität nachfolgend ausgewählter Hilfen Einfluss nimmt (z.B. auf die Wahrscheinlichkeit, mit der eine Fremdunterbringung vorgeschlagen wird). Zweitens beinhaltet die GiK-Diagnostik ab der Version des Jahres 2009 ein gesondertes Modul (*Modul 4: Planung von GiK-Hilfen*), in dem Aspekte des Falls abgefragt werden, die nach Forschungsliteratur für die Erfolgchancen unterschiedlicher Maßnahmen bedeutsam sind. Zu den abgefragten Fallmerkmalen zählen:

- Hinweise auf eine psychische Störung des Kindes (z.B. ADHS), die unter Umständen erst behandelt werden muss, bevor andere Hilfen greifen können;
- Merkmale der gezeigten Aggression (z.B. eher reaktive oder eher proaktive Aggression), die spezifische Schwerpunkte von Interventionen angeraten erscheinen lassen (z.B. Training in Impulskontrolle bei eher reaktiver Aggression vs. stärker konfrontativ angelegtes Sozialtraining bei eher proaktiver Aggression);
- Hinweise auf eine Integration des Kindes in eine Gleichaltrigengruppe mit einem hohen Ausmaß an antisozialem Verhalten, sodass eine Intervention prosoziale Kontakte zu Gleichaltrigen befördern oder einen Milieuwechsel zur Herauslösung aus dem bisherigen



- Gleichaltrigenmilieu vorsehen sollte;
- Anhaltspunkte auf eine belastete Qualität der Eltern-Kind-Beziehung mit der Folge, dass häufig Angebote an die Eltern erforderlich scheinen um deren Erziehungsfähigkeit zu stärken;
- Anzeichen, dass es in der Lebenswelt des Kindes keinen Erwachsenen mehr gibt, der einen guten Zugang zum Kind hat, sodass über die Unterstützung bisheriger Bezugspersonen oder alternative Beziehungsangebote nachgedacht werden muss;
- Hinweise auf fehlende schulische Erfolgserlebnisse mit der Folge, dass geprüft werden muss, ob Fördermaßnahmen dem Kind hier Erfolgserlebnisse und prosoziale Verhaltensalternativen eröffnen könnten;
- Hinweise auf eine geringe Veränderungsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Eltern, sodass, wenn kindzentrierte Hilfen (z.B. soziale Gruppenarbeit) nicht ausreichen, familiengerichtliche Maßnahmen oder eine Fremdunterbringung geprüft werden müssen.

Bei der Untersuchung statistischer Zusammenhänge zwischen GiK-Diagnostik und erbrachten Hilfen sollten aus mehreren Gründen allenfalls schwache Zusammenhänge erwartet werden, die zudem nur unvollständig widerspiegeln können, inwieweit sich Fachkräfte von der Diagnostik anregen lassen. Erstens ergeben sich aus dem GiK-Modul zur Unterstützung der Hilfeplanung vor allem zu prüfende Fragen, nicht aber zwingende Zuordnungen von bestimmten Fällen zu bestimmten Hilfen. Am leichtesten konkretisierbar erscheinen Folgerungen für die Hilfe- und Interventionsplanung bei Bejahung der Faktoren „Hinweis auf psychische Störung des Kindes“ (psychiatrische oder kinderpsychotherapeutische Behandlung), „Integration des Kindes in eine antisoziale Gleichaltrigengruppe“ (soziale Gruppenarbeit, Fremdunterbringung), „schlechte Qualität der Eltern-Kind-Beziehung“ (Angebote an die Eltern zur Stärkung ihrer Erziehungsfähigkeit) und „eingeschränkte Veränderungsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Eltern“ (Prüfung familiengerichtlicher Maßnahmen, Fremdunterbringung). Zweitens sind in den Akten meist nur Entscheidungen über das Erbringen bestimmter Hilfen dokumentiert, eher selten jedoch vorausgehende Prozesse des Abwägens zur Erforderlichkeit und Eignung bestimmter Maßnahmen. Eine Ausnahme bilden Thematisierungen von Fremdunterbringungen, Anrufungen des Familiengerichts und geschlossenen Unterbringungen, die deshalb gesondert erfasst wurden. Schließlich ist ausdrücklich anzuerkennen, dass Entscheidungen über die Gewährung bestimmter Hilfen stets von mehreren Faktoren abhängen. So spielen etwa die Motivation von Kind und Sorgeberechtigten sowie die aktuelle Verfügbarkeit einer Maßnahme häufig ebenfalls eine Rolle.

### 3.4.2 Hilfen und Hilfeverläufe in der Stichprobe

Bei der Analyse der vorliegenden Akten wurden bis zu vier Hilfen mit (wenn in der Akte angegeben) Anfangs- und Enddatum, Form der Beendigung sowie Erfolgsbewertung erfasst. In allen Fallakten, die eine GiK-Diagnostik mit Modul 4 enthielten ( $N=64$ ), wurde mindestens eine Hilfe-maßnahme angeboten und auch mindestens eine Maßnahme (wenn auch nicht notwendigerweise die erste angebotene Hilfe) durchgeführt. Nur in 12% der Fälle beschränkte sich das Angebot auf eine einzelne Maßnahme. Zwei Hilfen finden sich in mehr als vier Fünftel (88%) und drei Hilfen noch in einer Mehrheit (58%) der Fälle. Vier oder mehr Hilfen erlebten immerhin noch ein Drittel (34%) der Kinder bzw. Familien. Die Kombinationen der eingesetzten Hilfen erwiesen sich als sehr vielfältig. Bei einer Konfigurationsfrequenzanalyse der Fälle mit der GiK-Diagnostik in der Version des Jahres 2009 ( $N=53$ ) zeigten sich beispielsweise 46 verschiedene Kombinationen von Hilfen. Angesichts der Vielfalt des Hilfeangebots in der Hansestadt Hamburg und des sehr beschränkten Umfangs der Stichprobe war es für die Analyse notwendig, häufiger eingesetzte Maßnahmen im Hilfeverlauf herauszugreifen. Unterschieden wurden eher *elternbezogene Hilfen* (Sozialpädagogische Familienhilfe, Triple-P-Elternkurs, Erziehungsberatung) sowie eher *kindbezogene Maßnahmen* (Erziehungsbeistandschaft, soziale Gruppenarbeit und Psychotherapie bzw. eine psychiatrische Behandlung). Als eigene Kategorie von Maßnahmen wurden alle *Formen von Fremdunterbringung* gefasst. Schließlich wurde erfasst, ob in der Akte eine *Anrufung des Familiengerichts* oder eine *geschlossene Unterbringung* des Kindes thematisiert wurde. Tatsächlich umgesetzt wurde eine geschlossene Unterbringung allerdings in keinem Fall. Eine Anrufung des Familiengerichts erfolgte in 5% der Stichprobe sowie in knapp einem Drittel der Fälle, in denen eine solche Maßnahme laut Akte angedacht wurde. Tabelle 7 gibt einen Überblick zur Häufigkeit verschiedener Maßnahmen bzw. Interventionen bei allen Fällen mit ausgefülltem Modul 4 ( $N=64$ ).

**Tabelle 7: Häufigkeiten der auf Basis der Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 vermittelten Hilfemaßnahmen im Fallverlauf**

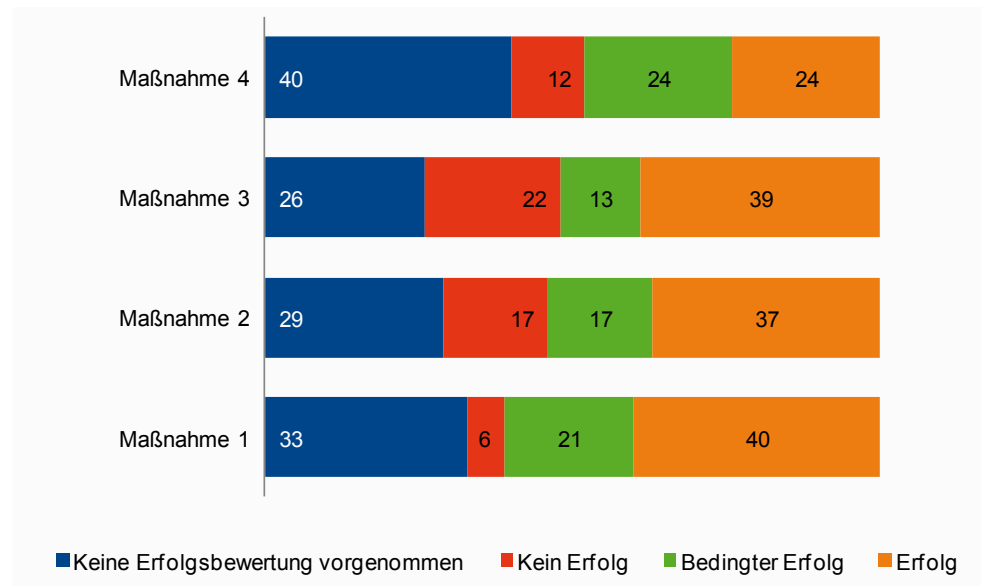
Hilfemaßnahmen im Verlauf (mindestens einmal in Anspruch genommen)	Häufigkeiten (in %)
<b>Gruppe 1</b>	
Sozialpädagogische Familienhilfe	35
Triple P	17
Erziehungsberatung	5
<b>Summe der Fälle mit mind. einer elternbezogenen Hilfe</b>	<b>46</b>
<b>Gruppe 2</b>	
Erziehungsbeistandschaft	27
Soziale Gruppenarbeit	27
Schulische Förderung	17
Psychotherapie/Psychiatrie	20
<b>Summe der Fälle mit mind. einer kindbezogenen Hilfe</b>	<b>65</b>
<b>Gruppe 3</b>	
Fremdunterbringung	14
<b>Gruppe 4</b>	
Thematisierung Sorgerechtsentzug	18
Thematisierung geschlossene Unterbringung	5
N=64	

Wird die Gesamtdauer aller im Einzelfall eingesetzter Hilfen addiert, ergibt sich ein Mittelwert von zwei Jahren geleisteter Hilfe ( $SD=15.7$ ;  $MIN=1$  Monat;  $MAX=68$  Monate).

Was die eingeschätzten *Wirkungen* der eingeleiteten Hilfemaßnahmen betrifft, so wurde für jede Hilfe eine von vier Kategorien vergeben: Keine explizite Bewertung in der Akte, Bewertung als Erfolg, als Teilerfolg und als Misserfolg. Explizit in der Akte enthaltene Bewertungen als Erfolg stellen die häufigste Angabe dar. Für die am häufigsten eingesetzten Hilfeformen „sozialpädagogische Familienhilfe“, „Erziehungsbeistandschaft“, „soziale Gruppenarbeit“ und „Triple-P-Elternkurs“ werden zwischen 33 und 38% der Maßnahmen positiv bewertet. In den anderen Fällen wird bei diesen Hilfeformen annähernd gleichgewichtig in 20 bis 30% von einem teilweisen Erfolg gesprochen oder es fehlt eine explizite Bewertung in der Akte. Explizite Bewertungen als Misserfolg kommen über alle Formen von Hilfe in weniger als 20% der Maßnahmen vor. Ausnahmen stellen Erziehungsbeistandschaften und Fremdunterbringungen mit einem dokumentierten Scheitern in 21% bzw. 22% der Fälle dar. Werden die zuerst und die im weiteren Fallverlauf eingesetzten Hilfen in ihren Erfolgsbewertungen miteinander verglichen, so ist auf einen zumindest schwachen Effekt der Reihenfolge hinzuweisen. Werden mehrere Hilfen erforderlich, was sich meist aus einem chronischen Verlauf des Problemverhaltens ergibt, so sinken die Chancen eines Hilfeerfolgs im Lauf der Zeit.

Abbildung 2 zeigt die Verteilungen der verschiedenen Ergebnisbewertungen getrennt für die erste bis vierte Hilfsmaßnahme in der Teilgruppe der Fälle mit GiK-Diagnostik in der Version aus 2009.

**Abbildung 2: Vermittelte Hilfen nach ihrer Erfolgsbewertung (auf Basis der Diagnostik 2009)**



Zusätzlich zur Erfolgsbewertung einzelner Maßnahmen wurde bei der Aktenauswertung bezogen auf den gesamten Fallverlauf in der Stichprobe aller Fälle mit ausgefülltem Modul 4 der GiK-Diagnostik ( $N=64$ ) gesondert erfasst, inwieweit sich explizite Bewertungen zu einem gebesserten, also abnehmenden Problemverhalten des Kindes in der Akte finden. In 84% der Akten wurde mindestens einmal von einer Fachkraft angegeben, Problemverhaltensweisen beim Kind würden mittlerweile seltener oder gar nicht mehr auftreten. Bei immerhin 64% der Akten fand sich eine solche Bewertung auch im letzten Drittel der Akte. Wenig überraschend wurden Verläufe beim Problemverhalten häufiger dann positiv bewertet, wenn auch Hilfen positiv bewertet wurden ( $\chi^2=7.9$ ,  $p=.94$ ). Allerdings ist der Zusammenhang zwischen der Bewertung der Hilfen und der Bewertung der Verläufe nur schwach, was darauf hindeutet, dass Kriterien für die Erfolgsbewertungen von Hilfen nicht immer aggressive Auffälligkeiten beim Kind in den Mittelpunkt rückten, die zudem vielfältigen Einflüssen unterlagen. Ein oder mehrere Misserfolge gingen erwartungsgemäß mit einer größeren Anzahl an Hilfen einher (Mann-Whitney-U  $U=137.00$ ,  $p=.001$ ), d.h. Misserfolge bei Hilfen führen häufig zu weiteren Hilfeanstrengungen. Umgekehrt gibt es keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hilfen und der Anzahl als erfolgreich eingeschätzter Hilfen ( $r=-.01$ ,  $p=.92$ ). Dies deutet darauf hin, dass teilweise nach erfolgreichen Maßnahmen trotzdem weiterer Hilfebedarf gesehen wurde.

### 3.4.3 Verteilung der differenzierenden Faktoren in der Stichprobe

Im nächsten Schritt wird beschrieben, wie häufig im Rahmen der GiK-Diagnostik die einzelnen (in Modul 4 enthaltenen) Faktoren mit (erwarteter) Bedeutung für die Hilfeauswahl vorlagen. Für etwa 40% der Kinder wurden Hinweise auf eine psychische Störung berichtet. In der vorliegenden Form als Fehlkonstruktion erwies sich der Faktor „negative Verhaltensweisen des Kindes“. Eigentlich dazu gedacht, Kinder mit einem Muster an eher reaktiver oder eher proaktiver Aggression unterscheiden zu können, wurde dieser Faktor in den Fällen nicht nur nahezu durchgängig bejaht, sondern die erläuternden Bemerkungen der Fachkräfte in den Akten nahmen zudem wenig Bezug auf die Form gezeigter Aggression. Dieser Faktor wurde bei der weiteren Auswertung daher nicht mehr berücksichtigt. Zum sozialen Umfeld und den sozialen Beziehungen der Kinder wurde bei gut einem Viertel der Kinder beschrieben, sie seien in eine antisoziale Gruppe von Gleichaltrigen integriert. Eine problematische emotionale Qualität der Eltern-Kind-Beziehung wurde von den Fachkräften sehr häufig, nämlich bei annähernd zwei Drittel der Fälle, festgehalten. Die Problematik, dass Erwachsene keinen erzieherischen Zugang zum Kind mehr fanden, traf nach Aktenlage auf ein Drittel der Fälle zu. Noch etwas häufiger hatten die betroffenen Kinder, nach Einschätzung der Fachkräfte, in der Schule keine schulischen Erfolgserlebnisse mehr. Darüber hinaus wurde für rund 30% der Kinder eine geringe Veränderungsbereitschaft der Eltern notiert. Tabelle 8 zeigt die Häufigkeiten im Überblick.

**Tabelle 8: Häufigkeit der im GiK-Modul-4 enthaltenen differenzierenden Faktoren in den Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 (in Prozent)**

Differenzierende Faktoren	Häufigkeit (in %)
Hinweis psychische Störung Kind	43.8
Negative Verhaltensweise Kind	87.5
Integration in antisoziale Gruppe Gleichaltriger	25.0
Belastete Qualität der Eltern-Kind-Beziehung	60.9
Erwachsene ohne Zugang zum Kind	31.3
Keine schulischen Erfolge	43.8
Eingeschränkte Veränderungsbereitschaft bzw. Veränderungsfähigkeit der Eltern	37.5

Die einzelnen differenzierenden Faktoren gingen nicht ineinander auf, zumindest zeigten sich in einer Interkorrelationsmatrix keine übermäßig hohen Korrelationen über  $r=.50$  (25% gemeinsame Varianz). Die stärksten Zusammenhänge ergaben sich zwischen fehlenden schulischen Erfolgen und einem fehlenden erzieherischen Zugang der Erwachsenen zum Kind ( $r=.29$ ,  $p=.02$ ) sowie zwischen Hinweisen auf eine psychische Störung des Kindes und einer negativ eingeschätzten Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ( $r=.25$ ,  $p=.04$ ). Die differenzierenden Faktoren (*GiK-Diagnostik Modul 4*) waren auch kein bloßes Abbild des generellen Risikos eines sich verfestigenden aggressiven Entwicklungsverlaufs. Die Summe der Risiken für eine Verfestigung aggressiver und Regeln missachtender Verhaltensprobleme (*Modul 3: Risiko der Verfestigung bzw. Eskalation aggressiven/antisozialen Verhaltens*) korrelierte nur mit einem der Faktoren aus Modul 4 signifikant. Selbst diese Korrelation zwischen der Summe an Risiken für eine Problemverfestigung und fehlenden Erfolgserlebnissen in der Schule blieb aber schwach ( $r=.27$ ,  $p=.03$ ). Nachdem eine Konfigurationsfrequenzanalyse, die dazu dient typenähnliche Muster zu generieren, eine Vielzahl verschiedene Fallprofile bei den Faktoren aus Modul 4 erbrachte, wobei kein Muster für eine statistische Analyse ausreichend häufig auftrat, werden nachfolgend hypothesengeleitet Zusammenhänge zwischen einzelnen (laut Forschungsstand) bei der Hilfeplanung beachtenswerten Faktoren und den tatsächlichen Hilfeentscheidungen geprüft.

#### **3.4.4 Diagnostische Befunde und Interventionsmaßnahmen**

Abgeleitet aus den Materialien zur GiK-Diagnostik, insbesondere den Erläuterungen zum Modul 4 (Planung von GiK-Hilfen), wurden mehrere naheliegende Schlussfolgerungen aus bestimmten diagnostischen Befunden für die Hilfe- und Interventionsplanung im Fall formuliert. Wenn solche Schlussfolgerungen, so wurde angenommen, häufiger von Fachkräften gezogen wurden, sollte sich dies in der Gesamtstichprobe in den tatsächlich eingesetzten Hilfen und Maßnahmen spiegeln. Erwartungskonforme Zusammenhänge zwischen Ergebnissen der GiK-Diagnostik und dem Einsatz bestimmter Hilfen und Interventionen sollten daher auf einen Einfluss und eine tatsächliche Nutzung der GiK-Diagnostik hindeuten. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Hilfe- und Interventionsplanung stets von mehreren Faktoren abhängt (z.B. Haltung von Eltern und Kind, Fallverlauf, Verfügbarkeit von Hilfen), sodass keine starken Zusammenhänge erwartet wurden und nicht signifikante Befunde nicht ohne weiteres als Beleg dafür interpretiert werden dürfen, die Ergebnisse der Diagnostik seien von den Fachkräften nicht oder nicht angemessen bedacht worden. Da gerichtete Hypothesen formuliert wurden, erfolgte die Testung einseitig, d.h. die Schwelle, von der an ein erwartungskonformer Befund mit hinreichender Sicherheit vom Zufall abgrenzbar betrachtet werden kann, wurde an die veränderten Fehlermöglichkeiten angepasst. Insgesamt wurden fünf Hypothesen getestet.

#### Hypothese 1:

Ein hohes eingeschätztes Risiko eines sich verfestigenden aggressiven Verhaltens begründet eine überdurchschnittlich große Bereitschaft der Fachkräfte intensiver, d.h. mit mehr und längeren Hilfen, im Verlauf zu intervenieren sowie eine höhere Bereitschaft, eine Fremdunterbringung anzudenken bzw. zu veranlassen.

Zur Prüfung der Hypothese wurden zunächst Korrelationen zwischen dem eingeschätzten Risiko sich verfestigender aggressiver Verhaltensprobleme und der Anzahl gewährter Hilfen sowie der aufsummierten Dauer dieser Hilfen im Verhältnis zum Follow-Up Zeitraum berechnet. Weiterhin wurde mittels Chi-Quadrat Test geprüft, ob in Fällen mit einem hohen Verfestigungsrisiko öfter als in anderen Fällen eine Fremdunterbringung angedacht oder eingeleitet wurde. Dazu wurde sowohl eine Gruppe mit einem über dem Mittelwert liegenden Risiko gebildet als auch eine Hochrisiko-Gruppe bestehend aus den Fällen mit den höchsten 25% beim Verfestigungsrisiko.

Im Ergebnis fand sich allenfalls eine sehr schwache Bestätigung für die Hypothese. Das eingeschätzte Risiko eines sich verfestigenden Problemverhaltens beim Kind hatte weder einen Einfluss auf die Anzahl gewährter Hilfen ( $r=.02, p=.44$ ) noch auf deren aufsummierte Dauer normiert am Follow-up Zeitraum pro Fall ( $r=.08, p=.27$ ). Zwischen Verfestigungsrisiko und Thematisierung einer Fremdunterbringung des Kindes in der Akte zeigte sich teilweise ein schwacher statistischer Zusammenhang (Risiko über Mittelwert:  $p=.09$ ; Risiko im höchsten Quartil:  $p=.45$ ). Werden nur die tatsächlich eingeleiteten Fremdunterbringungen betrachtet, so wurden in der Gruppe mit überdurchschnittlich hohem Verfestigungsrisiko gut doppelt so viele Kinder fremduntergebracht als in der Gruppe mit unterdurchschnittlichem Risiko (20 vs. 10%). Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant ( $p=0.23$ ). In der Teilgruppe mit dem höchsten Viertel der Risikoausprägung betrug die Fremdunterbringungsquote gar 25%. Der Unterschied zum Rest der Stichprobe lässt sich nur tendenziell gegen den Zufall absichern ( $p=.09$ ).

Explorativ, also ohne Hypothese (und damit zweiseitiger Testung), wurde noch untersucht, ob das eingeschätzte Ausmaß des Verfestigungsrisikos einen (statistischen) Einfluss darauf ausübte, welche ambulanten Hilfen gewährt wurden. Betrachtet wurden die vier häufigsten von der Jugendhilfe gewährten Formen von ambulanter Hilfe (sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, soziale Gruppenarbeit und Triple-P-Elternkurs). Statistisch bedeutsame Unterschiede zeigten sich auch hier nicht. Zwei von acht Tests näherten sich statistischer Signifikanz zumindest an. Zum einen scheinen Erziehungsbeistandschaften bei Hochrisiko-Fällen (oberstes Quartil) öfter eingesetzt worden zu sein (64%) als bei den anderen drei Vierteln der Fälle ohne eine derart hohes Risiko (38%,  $p=.13$ ). Soziale Gruppenarbeit scheint dagegen bei Fällen mit unterdurchschnittlichem Risiko öfter gewährt worden zu (37%) als bei Fällen mit überdurchschnittlichem Risiko (20%,  $p=.15$ ). Keine Verteilungsunterschiede sind zu erkennen, wenn nur

die unmittelbar nach der ersten GiK-Diagnostik gewährten Hilfen betrachtet werden.

**Hypothese 2:**

Hinweise auf eine psychische Störung beim Kind gehen überdurchschnittlich häufig mit der Einleitung von Kinderpsychotherapie bzw. einer psychiatrischen Versorgung des Kindes einher.

Eine Überprüfung der Hypothese mittels Chi-Quadrat-Test ergab, dass von den Fachkräften der sozialen Arbeit wahrgenommene Hinweise auf eine psychische Störung des Kindes nicht überdurchschnittlich häufig in eine Psychotherapie oder eine medikamentöse psychiatrische Behandlung des Kindes mündeten. In der Gruppe mit und ohne Hinweise auf eine psychische Störung erlebte jeweils nur eine Minderheit der Kinder eine therapeutische Versorgung im Follow-up Zeitraum (25 vs. 21%,  $p=0.37$ ).

**Hypothese 3:**

Hinweise, dass das Kind im Bereich der Kontakte zu Gleichaltrigen nur noch Freundschaften mit Kindern unterhält, die ebenfalls aggressive und Regeln missachtende Verhaltenstendenzen zeigen, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass soziale Gruppenarbeit eingesetzt wird oder eine Herauslösung aus diesen Gleichaltrigenkontakten durch eine Fremdunterbringung versucht wird.

Die Hypothese wurde geprüft, indem mittels Chi-Quadrat Test Zusammenhänge zwischen der eingeschätzten Integration des Kindes in eine antisoziale Gleichaltrigengruppe zum Zeitpunkt der Diagnostik und dem nachfolgenden Einsatz sozialer Gruppenarbeit bzw. einer Fremdunterbringung untersucht wurden. Es zeigte sich, dass soziale Gruppenarbeit bei Kindern, deren Problemverhalten nach Ansicht der Fachkräfte durch ungünstige Gleichaltrigenkontakte stabilisiert bzw. eskaliert wurde, nicht häufiger in soziale Gruppenarbeit vermittelt wurden (33 vs. 25%,  $p=.27$ ). Allerdings wurde bei dieser Gruppe von Kindern in gut einem Drittel der Fälle (38%) und damit sechsmal häufiger als bei dem Rest der Stichprobe (6%) eine Fremdunterbringung veranlasst ( $p=.001$ ).

**Hypothese 4:**

Die Einschätzung einer schlechten Qualität der Eltern-Kind-Beziehung führt überdurchschnittlich häufig zu Hilfsangeboten, die die Eltern in ihrer Beziehungsgestaltung zum Kind unterstützen sollen (elternbezogene Hilfen).

Um diese Hypothese untersuchen zu können, wurden Zusammenhänge zwischen Hinweisen auf eine belastete Eltern-Kind-Beziehung, die im Rahmen der GiK-Diagnostik notiert wurden, und dem späteren Einsatz elternbezogener Hilfen (Sozialpädagogische Erziehungshilfe, Triple-P-Elternkurs, Erziehungsberatung) mittels Chi-Quadrat Test geprüft. Die Zusammenhänge wurden zudem gesondert für die Teilgruppe der Eltern be-



rechnet, bei denen keine Hinweise auf eine geringe Bereitschaft zur Veränderung festgehalten wurden. Im Ergebnis zeigte sich, dass mindestens eine elternbezogene Hilfe bei 54% der Fälle mit Hinweisen auf eine belastete Eltern-Kind-Beziehungsqualität eingesetzt wurde im Vergleich zu 44% der restlichen Fälle. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ( $p=.22$ ). Auch bei gesonderter Betrachtung der einzelnen Formen elternbezogener Hilfen (Sozialpädagogische Erziehungshilfe, Triple-P-Elternkurs, Erziehungsberatung) zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge. Dieses Ergebnis wiederholte sich, wenn nur die Eltern herausgegriffen wurden, bei denen keine Einschränkung der Veränderungsbereitschaft festgehalten worden war.

Hypothese 5: Wird die Veränderungsbereitschaft der Eltern als eingeschränkt angesehen, so wird ein Sorgerechtseingriff in der Akte häufiger thematisiert und es werden seltener elternbezogene Hilfen eingesetzt.

Wiederum wurde die Hypothese mittels Chi-Quadrat-Tests überprüft. Wie erwartet, wurden Sorgerechtseingriffe bei denjenigen Eltern, die zu Fallbeginn während der GiK-Diagnostik wenig veränderungsbereit erschienen, sehr viel weniger thematisiert als bei Eltern, die von Beginn an veränderungsbereit erschienen (33% vs. 5%). Dieser Unterschied konnte mit hinreichender Sicherheit gegen den Zufall abgesichert werden ( $p=.001$ ). Allerdings zeigte sich auch, dass die Veränderungsbereitschaft der Eltern keinen Einfluss darauf hatte, ob elternbezogene Hilfen eingeleitet wurden ( $p=.15$ ). Bei eingeschränkter elterlicher Veränderungsbereitschaft wurden sie nur geringfügig seltener eingesetzt als beim Rest der Stichprobe (42% vs. 55%).

### **3.4.5 Zusammenfassung und Diskussion bisheriger Befunde**

In der Summe lassen sich kaum Zusammenhänge zwischen Ergebnissen der GiK-Diagnostik, insbesondere im Modul 4, das zur Unterstützung der Hilfeplanung entwickelt wurde, und den tatsächlichen Hilfen und Maßnahmen im weiteren Fallverlauf belegen. Bei Kindern, die in eine Gruppe von Gleichaltrigen mit gleichfalls aggressiven Verhaltenstendenzen integriert schienen, wurden ambulante Hilfen häufiger als nicht ausreichend beurteilt und es kam zu einer Fremdunterbringung. Auch wurde bei einer eingeschränkt erscheinenden Veränderungsbereitschaft der Eltern häufiger ein Sorgerechtseingriff thematisiert. Neben diesen beiden signifikanten Befunden zeigte sich in der Stichprobe eine tendenzielle Signifikanz (mehr Fremdunterbringungen in der Gruppe der Kinder mit dem höchsten Viertel an Risikowerten im Modul 3). Zudem wiesen die Verteilungen der Daten ganz überwiegend in die erwarteten Richtungen (z.B. mehr elternbezogene Hilfen bei Hinweisen auf eine belastete Eltern-Kind-Beziehung). Jedoch traten diese Tendenzen nicht klar genug hervor, um statistisch gegen den Zufall abgesichert werden zu können.

Möglicherweise ist das Befundbild so zu verstehen, dass sich Fachkräfte

bei sehr schwerwiegenden Entscheidungen (Fremdunterbringung, Vorschlag eines Sorgerechteintritts) wesentlich auf Faktoren beziehen, die in der GiK-Diagnostik an prominenter Stelle abgefragt werden, während bei „weicheren“ Entscheidungen zwischen verschiedenen Arten ambulanter Hilfe andere Faktoren, beispielsweise die spontane Reaktion der Familie auf verschiedene Hilfevorschlüsse oder das Alter des betroffenen Kindes, leicht die Oberhand gewinnen. Unter Umständen wären hier multivariate Modelle, die Hilfeentscheidungen unter gleichzeitigem Einbezug mehrerer Faktoren (statistisch) zu rekonstruieren versuchen, besser geeignet, um die Art des Einbezugs der GiK-Diagnostik aufzuzeigen. Zu denken wäre auch an Modelle, die den Zeitabstand zwischen GiK-Diagnostik und Hilfeentscheidung einbeziehen, da als plausibel angenommen werden kann, dass der Fallverlauf im Verhältnis zur GiK-Diagnostik an Bedeutung gewinnt, je mehr Zeit seitdem verstrichen ist. Allerdings wäre für solche Modellierungen eine größere Stichprobe erforderlich.

Ein anderer Diskussionsansatz könnte sein, dass das GiK-Modul 4 (Planung von GiK-Hilfen) bislang einfach noch zu unklar oder zu wenig mit Schulung hinterlegt ist, um für die Fachkräfte wirklich in größerem Umfang hilfreich zu sein. Gerade der Umstand, dass ein Faktor aus diesem Modul (negative Verhaltensweisen des Kindes) nahezu durchgängig kodiert wurde und damit eben nicht zwischen Fällen differenzierte, deutet auf Verbesserungsmöglichkeiten hin.

Schließlich wäre denkbar, dass es dem Modul 4 für Teile der Fachbasis an Überzeugungskraft mangelt. Bisher liegt den differenzierenden Faktoren im Modul 4 nur eine Analyse des Forschungsstandes zugrunde und es kann kritisiert werden, dass die Übertragbarkeit der Befunde zur differentiellen Wirksamkeit verschiedener Formen von Hilfe auf die Situation in der Hansestadt ungesichert ist. Deshalb wurde untersucht, ob die Passung bzw. fehlende Passung zwischen GiK-Diagnostik und Hilfen als Moderator für den Zusammenhang zwischen Verfestigungsrisiko und tatsächlichem Fallverlauf wirkte.

### **3.4.6 Die Passung von Hilfen laut GiK-Diagnostik als Moderator zwischen Risikobelastung und Fallverlauf**

Wird angenommen, dass es für die Wirksamkeit von Hilfen einen Unterschied macht, ob die Hilfeplanung im Einzelfall Hinweise aus dem Modul 4 (Planung von GiK-Hilfen) berücksichtigt oder nicht berücksichtigt, so sollte in Fällen mit durchgängig oder überwiegend „passenden“ Hilfen, d.h. Maßnahmen in Einklang mit Empfehlungen aus dem Modul 4, der Zusammenhang zwischen Risiken und späteren Problemen im Verlauf schwächer sein als in anderen Fällen. Mit anderen Worten: Führt die Beachtung der Ergebnisse im Modul 4 zu Hilfen, die den im Einzelfall bestehenden Risiken besser entgegen arbeiten können, so sollte dies zu einer (teilweisen) Entkopplung von Risiko und Verlauf beitragen. In der Sprache der Statistik würde die Entsprechung oder Nicht-Entsprechung zwischen Empfehlungen aus Modul 4 und tatsächlichen Hilfen als Moderator des Zusammenhanges zwi-

schen Verfestigungsrisiko und späteren Problemen im Verlauf fungieren.

Um diese Hypothese zu prüfen wurde für jeden Fall in der Stichprobe ermittelt, inwieweit

- bei Hinweisen auf eine psychische Störung eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erfolgte (passend) oder nicht erfolgte (nicht passend)
- bei Hinweisen auf eine Integration des Kindes in eine antisoziale Gleichaltrigengruppe eine soziale Gruppenarbeit oder eine Fremdurbringung erfolgte (passend) bzw. nicht erfolgte (nicht passend)
- und bei Hinweisen auf eine beeinträchtigte Beziehung des Kindes zu den Eltern Hilfen zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit installiert (passend) oder nicht installiert wurden (nicht passend).

In der Folge konnten pro Fall maximal drei Punkte für drei Passungen zwischen Fallmerkmalen und Hilfen oder aber umgekehrt bis zu drei Minuspunkten für drei Nicht-Passungen zwischen Fall und Hilfen erreicht werden. Bei einer gleichen Anzahl von passenden und nicht-passenden Hilfen wurde der Wert 0 vergeben. Anschließend wurden drei Gruppen gebildet. Gruppe A: überwiegend nicht-passende Hilfen (Wert < 0), Gruppe B: gleiche Anzahl passender und nicht-passender Hilfen (Wert=0), Gruppe C: überwiegende Anzahl passender Hilfen (Wert > 0). Für jede dieser drei Gruppen wurde anschließend der Zusammenhang zwischen Verfestigungsrisiko und Verhaltensproblemen im Fallverlauf sowie zwischen Verfestigungsrisiko und expliziter Angabe in der Akte, die Aggressivität des Kindes abgenommen, berechnet. Bei der Frage, ob die Aggressivität des Kindes abgenommen habe, wurde eine dreiwertige Skala gebildet (0: keine abnehmende Aggressivität angegeben oder sogar Zunahme im Verlauf; 1: vorübergehend abnehmende Aggressivität; 2: abnehmende Aggressivität auch oder nur im letzten Drittel der Akte).

Insgesamt überwogen bei 20 Fällen Hilfen, die nicht zu Befunden der Diagnostik „passten“ (Gruppe A), bei 13 Fällen hielten sich als „passend“ und „nicht-passend“ beurteilte Hilfen die Waage (Gruppe B) und in 18 Fällen überwogen als „passend“ beurteilte Hilfen (Gruppe C). In 13 weiteren Fällen war eine Zuordnung zu einer der Gruppen nicht möglich, weil im GiK-Modul 4 bei den herangezogenen differenzierenden Faktoren keine Hinweise auf Auffälligkeiten kodiert waren und damit eine Grundlage für die Beurteilung der nachfolgenden Hilfen, so wie hier beschrieben, fehlte. Wurden im Anschluss Korrelationen zwischen dem Verfestigungsrisiko und dem nachfolgenden Problemverhalten im Verlauf getrennt für die drei Gruppen mit überwiegend nicht-passenden (Gruppe A), zu gleichen Teilen nicht-passenden und passenden (Gruppe B) und überwiegend passenden Hilfen (Gruppe C) berechnet, so zeigte sich eine linear abnehmende Stärke der Korrelation. Das heißt je mehr die eingesetzten Hilfen den Empfehlungen der GiK-Diagnostik entsprachen, desto eher gelang es den Zusammenhang zwischen anfänglichem Risiko und späterem Fallverlauf zu entkoppeln. In der Gruppe der Fälle mit Hilfen, die den Empfehlungen der GiK-Diagnostik entsprachen, blieb dieser Zusammenhang zwar moderat stark,

war aber nicht mehr gegen den Zufall abgrenzbar. Zugleich lässt sich anhand der Zusammenhänge zwischen Verfestigungsrisiko und der Häufigkeit expliziter Angaben zu einer abnehmenden Aggressivität feststellen, dass sich der zunächst negative Zusammenhang, d.h. eine geringere Häufigkeit eines derartigen Erfolges bei Fällen mit höherem Verfestigungsrisiko, in der Gruppe mit durchgängig „passenden“ Hilfen in einen schwach positiven Zusammenhang wandelte. Das heißt, Kinder mit höherem Risiko hatten jetzt eine gleiche oder sogar etwas bessere Chance als andere Fälle ausdrücklich als weniger aggressiv charakterisiert zu werden. Tabelle 9 zeigt die Analysen im Detail.

**Tabelle 9: Zusammenhänge zwischen dem Verfestigungsrisiko zu Fallbeginn und dem Ausmaß weiteren Problemverhaltens sowie der Abnahme regelverletzenden Verhaltens**

<b>Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Verfestigungsrisikos zu Fallbeginn und dem Ausmaß des Problemverhaltens im Verlauf</b>	
<b>Gruppe A</b>	$r = .60^{**}$
<b>Gruppe B</b>	$r = .48 (*)$
<b>Gruppe C</b>	$r = .18$
<b>Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Verfestigungsrisikos zu Fallbeginn und der Angabe eines abnehmenden Problemverhaltens im Verlauf</b>	
<b>Gruppe A</b>	$r = -.18$
<b>Gruppe B</b>	$r = -.50 (*)$
<b>Gruppe C</b>	$r = .39$

Erläuterungen:  
 Gruppe A: Gemessen an den Hinweisen aus der GiK-Diagnostik überwiegend nicht-passende Hilfen  
 Gruppe B: Gemessen aus den Hinweisen aus der GiK-Diagnostik zu gleichen Teilen nicht-passende und passende Hilfen  
 Gruppe C: Gemessen aus den Hinweisen aus der GiK-Diagnostik überwiegend passende Hilfen

Anm.: \*die Korrelation ist auf dem Niveau  $p < .05$  signifikant; \*\* auf dem Niveau  $p < .01$  sehr signifikant; \*\*\* auf dem Niveau  $p < .001$  höchst signifikant

Die in der Tabelle berichteten Ergebnisse sollten aus zwei Gründen mit Vorsicht betrachtet werden. Zum ersten sind die Unterschiede zwischen den angegebenen Korrelationskoeffizienten selbst nicht signifikant, d.h. es kann nicht mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden, dass sich hier ein zufälliges Muster zeigt. Zum zweiten konnten nicht alle differenzierenden Faktoren im GiK-Modul 4 (Planung von GiK-Hilfen) einbezogen werden, sondern nur drei Variablen, die relativ klare Erwartungen zu „passenden“ bzw. nicht-passenden“ Hilfen zuließen. Bei den dargestellten Berechnungen handelt es sich aber um den bislang besten Hinweis, dass eine Auswahl von Hilfen entsprechend den Anregungen aus dem differenzierenden GiK-Modul 4 tatsächlich einen Beitrag zu weniger problematischen Hilfeverläufen zu leisten vermag und daher die Wirksamkeit der verfügbaren Hilfen verbessert.

## 3.5 Die inkrementelle Validität des Diagnostik-instruments

Einschätzungen zur Praktikabilität der GiK-Diagnostik wurden im Rahmen einer Gruppendiskussion mit Fachkräften, die das Verfahren anwenden, eingeholt (vgl. Abschnitt 2.2). Prinzipiell wurde der Nutzen des Diagnostikinstrumentes in der Fachpraxis von im Programm *Gewaltprävention im Kindesalter* (GiK) tätigen Fachkräften positiv bewertet. Wie insbesondere diejenigen Fachkräfte erklärten, die bereits über Berufserfahrung in anderen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe verfügen bzw. dort auch stellenteilig neben ihrer GiK-Tätigkeit beschäftigt sind, habe ihnen die Diagnostik eine neue Perspektive auf ihre Arbeit, konkret eine primär am Kind orientierte Arbeitsweise, ermöglicht.

Die prinzipiell positive Bewertung des diagnostischen Verfahrens stand jedoch in einem Spannungsverhältnis zur Beurteilung seiner Anwendbarkeit in der Praxis. Insbesondere die Dokumentation der Fallinformationen in den Diagnostikbögen wurde von den Teilnehmenden häufig als Belastung und für die Fallarbeit als hinderlich empfunden. Dieses Empfinden begründete sich zum einen in äußeren Rahmenbedingungen, die den Umgang mit der Diagnostik im Berufsalltag aus Sicht der Fachkräfte wesentlich beeinflussen. Zum anderen wurden auch inhaltliche Aspekte der Diagnostik angeführt, die sich aus Sicht der Diskutant/innen nachhaltig auf ihre Anwendung in der Fallarbeit auswirken. Beide Perspektiven werden im Folgenden näher dargestellt.

### 3.5.1 Rahmenbedingungen für die Anwendung der Diagnostik

Hinsichtlich der äußeren Rahmenbedingungen thematisierten die Fachkräfte einen „hohen Handlungsdruck“, der insbesondere von betroffenen Institutionen wie Schule und Kindertagesstätten, teilweise aber auch den Eltern ausgehe, die ein schnelles Handeln und Eingreifen einfordern würden. Die eingeforderte schnelle Vermittlung und Einleitung von Hilfemaßnahmen stand nach Ansicht der Fachkräfte konträr zur zeitintensiven Auseinandersetzung mit und Dokumentation des Falls im Diagnostikinstrument. Als Konsequenz resultiere aus diesem Gegensatz häufig, dass die Diagnostik nicht – wie eigentlich vorgesehen – vollständig zu Fallbeginn, sondern mehrheitlich fallbegleitend bzw. erst zur Begründung der Einrichtung konkreter Hilfen ausgefüllt wird. Einschränkend hierzu merkten die Fachkräfte allerdings an, dass der mehrjährige Umgang mit dem Diagnostikinstrument in ihrem Arbeitsalltag dazu geführt habe, dass sie für die durch den Diagnostikbogen erhobenen Kriterien und Fragen sensibilisiert worden seien, sodass die Diagnostik – wenn auch zunächst eher implizit – in die Auseinandersetzung mit jedem Fall von Anfang an einfließe. Vor dem Hintergrund dieser Argumentation wurde die Diagnostik von der Mehrheit der Fachkräften häufig auch als Mittel zur „Selbstkontrolle“ bzw. als „Leitfaden“ betrachtet, der ihnen im Rahmen der Fallbearbeitung einerseits er-

möglichst zu überprüfen, ob alle relevanten Sachverhalte berücksichtigt worden sind, sowie andererseits ob alle vorgenommenen Einschätzungen vor dem Hintergrund der Diagnostik als adäquat erscheinen.

Zu den äußeren Rahmenbedingungen, die dem Umgang mit der Diagnostik in der Praxis nachhaltig beeinflussen, gehörte aus Perspektive der Fachkräfte ferner eine „hohe Fallbelastung“. Auch sie arbeite einer intensiven Auseinandersetzung mit jedem individuellen Fall – wie sie die Diagnostik aufgrund der intensiven Recherche für die abgefragten Fallinformationen insbesondere in den Modulen 3 und 4 voraussetze (siehe unten) – zeitlich entgegen. Im Zuge dieser Argumentation verwiesen die Teilnehmenden auf eine insgesamt „hohe Dokumentationspflicht innerhalb der Jugendämter“, vor deren Hintergrund das Ausfüllen der Diagnostik als zusätzliche zeitliche Belastung empfunden wird. Die zeitliche Problematik wird den Aussagen der Diskutant/innen folgend zusätzlich durch das „umfangreiche Arbeitsprofil einer GiK-Fachkraft“ verschärft, deren Aufgabenbereich sich nicht allein auf die Diagnostik beschränke, sondern darüber hinaus auch die Netzwerkarbeit und Angebotsentwicklung umfasse. Ergänzend hierzu verwiesen einige Fachkräfte auf den „begrenzten Stellenanteil“, welcher ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit als GiK-Fachkraft zur Verfügung stehe. Aus vereinzelt Regionalstellen berichteten Teilnehmende ferner über eine „Anerkennungsproblematik“ ihrer GiK-Tätigkeit durch die jeweiligen Leistungskräfte, welche die GiK-Arbeit primär auf die Diagnostik reduzierten. Unberücksichtigt bliebe dabei jedoch die Zuständigkeiten einer GiK-Fachkraft für die Angebotsentwicklung und Netzwerkarbeit. Dies führe wiederum teilweise zu Spannungen hinsichtlich der Fallverantwortungen bzw. -zuständigkeiten und damit einhergehend dazu, dass GiK-Fachkräften trotz hoher Auslastung immer neue Fälle zur Bearbeitung übergeben würden.

Unter Umständen ebenfalls mit den als begrenzt empfundenen zeitlichen Ressourcen verbindet sich, dass das Diagnostikinstrument nach Aussage einiger der Fachkräfte häufig vor allem hinsichtlich derjenigen Fälle Anwendung findet, für die bereits im Vorhinein absehbar ist, dass es sich um einen GiK-Fall handeln wird und nicht etwa um solche, deren Integration in einen anderen Hilfeansatz – beispielsweise im Rahmen der *Sozialräumlichen Angebote Hamburg* (SHA) – möglich erscheint. Dieser Argumentation folgend, findet damit unter Umständen eine Vorselektion potentieller GiK-Fälle statt, deren Zuordnung sich im Nachhinein noch einmal durch die Diagnostik versichert wird.

Werden die Aussagen der Fachkräfte zu den äußeren Rahmenbedingungen beim Bearbeiten der GiK-Diagnostik aus der Distanz betrachtet, so ergeben sich – neben der naheliegenden Schlussfolgerung, dass für diese Tätigkeit ausreichend Zeit vorhanden sein muss – zwei interessante Hintergrundfragen. Zum ersten stellt sich die Frage, inwieweit Diagnostik als legitime und für qualifizierte Hilfen notwendige Tätigkeit sozialpädagogischer Fachkräfte verstanden und von Leitungen wie Kooperationspartnern anerkannt wird. Hier sind die Verhältnisse im Vergleich zu anderen Professionen wie der Medizin, der Sonderpädagogik und der Psychologie sicher im Fluss. Trotzdem scheint es, dass sich sozialpädagogische Fachkräfte noch

immer dafür rechtfertigen müssen, wenn sie Diagnostik vor der Erbringung von Hilfe betreiben wollen. Ein zweiter Punkt betrifft die Frage, wie gesichert die Unterscheidung zwischen Falldokumentation und Diagnostik in der Perspektive der Fachkräfte ist. Sozialpädagogische Verfahren, wie auch die GiK-Diagnostik, neigen dazu beides miteinander zu kombinieren. Dabei gerät leicht aus dem Blick, dass Falldokumentation und Diagnostik teilweise unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Bei der Falldokumentation steht die Erfassung aller wichtigen Merkmale des Falls sowie die Darstellung und Legitimation fachlichen Handelns im Fall im Mittelpunkt. Diagnostik fokussiert dagegen auf diejenigen Aspekte eines Falls, die für bestimmte fachliche Aufgaben (z.B. die Entscheidung über eine geeignete und erforderliche Hilfe) besonders bedeutsam sind. Der Fall soll nicht „abgebildet“, sondern die besonders entscheidungserheblichen Fallmerkmale sollen möglichst zeitsparend herausgearbeitet werden. Während Falldokumentation auch nachträglich erfolgen kann, macht eine Diagnostik im Nachhinein wenig Sinn. Die Gruppendiskussion könnte darauf hindeuten, dass es in einem Organisationsumfeld, in dem Dokumentationspflichten an Bedeutung gewinnen, für Fachkräfte eine Herausforderung sein kann, einen klaren Blick auf die unterschiedliche Funktion und Natur von Diagnostik, die Teile des GiK-Verfahrens prägen, zu behalten.

### **3.5.2 Inhaltliche Aspekte des Diagnostikinstrumentes**

#### *Modul 1: Die Ersteinschätzung eines GiK-Falls*

Dieser Teil der Diagnostik dient einerseits der Dokumentation des schwerwiegenden aggressiven Ereignisses, das häufig den Anlass für die Überweisung eines Falls an eine GiK-Fachkraft darstellt. Andererseits wird mit diesem Modul das Ausmaß des jeweils fallspezifischen kindlichen aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens in der Vergangenheit festgehalten sowie das bisherige Handeln durch die Kinder- und Jugendhilfe dokumentiert.

Übereinstimmend wurde von den Fachkräften der erste Themenblock des Moduls, d.h. die Erfassung des aggressiven Ereignisses, als „doppelte Buchführung“ empfunden. So gebe in der Mehrheit der Fälle bereits die Gewalt- bzw. Polizeimeldung Aufschluss über das Ereignis, das zur Überweisung des Falls an eine GiK-Fachkraft geführt habe. Während der erste Teil des Moduls vor diesem Hintergrund von den Fachkräften als für die Diagnostik irrelevant empfunden wurde, bewerteten die Teilnehmenden den zweiten Teil, d.h. die Beschreibung des Ausmaßes des aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens in der Vergangenheit, übereinstimmend als positiv und für eine erste Einschätzung des Falls zentral. Insbesondere eine Fachkraft hob in diesem Zusammenhang hervor, dass sie ihre fallspezifische Einschätzung, ob es sich bei einem vorliegenden Fall um einen GiK-Fall handle, auf Grundlage dieses Modulteils treffe. Die Beschreibung eines teilweise vorhandenen schwerwiegenden aggressiven Einzelereignisses im ersten Teil des Moduls wurde dagegen kaum als Bewertungsgrundlage betrachtet.

Als problematisch bei der Beschreibung des Ausmaßes des aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens in der Vergangenheit empfanden die Fachkräfte die Frage nach der Integration des Kindes in eine „sozial nicht verträgliche Gleichaltrigengruppe“. Wie die Teilnehmenden hierzu näher erläuterten, würde Bezugspersonen zum einen eine Einschätzung hinsichtlich dieser Frage häufig schwerfallen, zum anderen ließe sich feststellen, dass potentielle GiK-Fälle häufig „Einzelgänger“ seien, d.h. kaum über soziale Beziehungen zu anderen Kindern verfügten. Letzteres ließe sich anhand der Diagnostik jedoch nicht abbilden. Prinzipiell kritisch beurteilten die Diskutant/innen auch die Integration dieser Frage in den eröffnenden Teil der Diagnostik, da es sich hierbei um eine Information handle, die häufig erst im Laufe der Fallrecherche erschlossen werden könne. Dadurch bliebe die Information an dieser Stelle der Diagnostik meist unausgefüllt. Darüber hinaus wurde die Frage nach der Integration in eine sozial nicht verträgliche Gleichaltrigengruppe für die Ersteinschätzung, ob es sich um einen GiK-Fall handelt, von den Diskutant/innen als irrelevant empfunden. Vor dem Hintergrund der skizzierten Argumentationen sprachen sich die Fachkräfte deshalb einerseits für eine inhaltliche Überarbeitung dieses Items sowie für seine alleinige Berücksichtigung in Modul 3 der Diagnostik aus. Neben der Beschreibung des Ausmaßes aggressiven bzw. antisozialen Verhaltens wurde, ebenfalls übereinstimmend in der Gruppendiskussion, auch der dritte Themenkomplex zum bisherigen Handeln durch die Kinder- und Jugendhilfe als hilfreich bewertet. Durch ihn werde schnell erfasst und übersichtlich dargestellt, welche Maßnahmen und Zuständigkeiten bereits bestünden bzw. bestanden haben, an welchem Punkt aktuell anzusetzen sei und welche eventuell bereits in der Vergangenheit vermittelten Hilfemaßnahmen sich als weniger erfolgreich erwiesen hätten.

### *Modul 2: Die Erfassung der Fallgrunddaten*

Im Modul 2 der Diagnostik erfolgt die Erfassung der Grunddaten eines Falls. Nach Aussage der Fachkräfte wird dieses Modul in der Mehrheit der Regionalstellen nicht mehr ausgefüllt. Dies wurde im Rahmen der Gruppendiskussion mit der in 2012 auf kommunaler Ebene schrittweise eingeführten integrierten Software für die Jugend- und Sozialhilfe *JUS-IT* begründet, in welcher Kontaktdaten fallspezifisch erfasst und abgespeichert würden. Wie die Fachkräfte erklärten, würde auch die Diagnostik im Rahmen dieses Programmes erfasst, dabei allerdings nur noch die Module 1, 3, 4 und 5 erfragt. Neben *JUS-IT* wurde durch die Fachkräfte darüber hinaus auf das Schülerstammblatt verwiesen, das als weitere Quelle im schulischen Kontext, Aufschluss über die Kontaktdaten eines Falles gäbe.

Zwar wurde die Nützlichkeit des Moduls 2 vor diesem Hintergrund durch die Fachkräfte prinzipiell in Frage gestellt, ausdrücklich verwiesen die Diskutant/innen allerdings auf die als hilfreich empfundene Fragen nach der Hauptbezugsperson sowie der sekundären Bezugspersonen, die es ermöglichen, auch Bezugspersonen zu erfassen, die außerhalb der Kernfamilie zu verorten seien. Da es sich nach Ansicht der Fachkräfte hierbei jedoch ebenfalls um eine Information handelt, die erst im Zuge weiterer Recher-



chen erschlossen werden kann, wurde die Integration dieser Frage in das Modul 3 befürwortet.

### *Modul 3: Einschätzung des Risikos für ein sich verfestigendes antisoziales bzw. aggressives Verhalten*

Prinzipiell positiv bewerteten die Fachkräfte die Vielfalt an Problemlagen, die innerhalb des Moduls zur Risikoerfassung erhoben werden. Insbesondere durch die an der Gruppendiskussion teilnehmenden Fachkräfte der ReBBZs wurde jedoch eine primäre Ausrichtung des diagnostischen Verfahrens an familialen Problemlagen und der familialen Beziehungsebene problematisiert. Hierdurch würde das eigentliche Handlungsfeld der ReBBZ-Fachkräfte nicht abgebildet und schulische Problemlagen – auch auf Beziehungsebene – ließen sich bei der Fallauseinandersetzung nicht adäquat berücksichtigen. Zwar wäre häufig zu erkennen, dass schulische Probleme ihren Ursprung im familialen Umfeld hätten, diese Problemlagen würden in der Schule jedoch häufig ihre Fortsetzung und Verstärkung finden – so beispielsweise in den Beziehungsstrukturen zwischen einzelnen Lehrkräften und dem betroffenen Kind.

Ein weiterer Kritikpunkt, der jedoch teilweise kontrovers diskutiert wurde, bezog sich auf die aus Sicht der Fachkräfte zu starke Defizitorientierung dieses Moduls der Diagnostik. Die Mehrheit der Teilnehmenden äußerte in diesem Zusammenhang die Vermutung, dass durch die Berücksichtigung von Risikofaktoren und Ressourcen eine noch zuverlässigere diagnostische Einschätzung erfolgen könne. So böten Ressourcen letztlich Aufschluss darüber, ob dokumentierte Risikofaktoren eventuell einen positiven Ausgleich erfahren. Vor dem Hintergrund dieser Argumentation wurde die Integration und Erfassung von potentiellen Ressourcen im Modul 4 als verspätet empfunden. Kontrastierend hierzu verwies eine Minderheit der anwesenden Fachkräfte jedoch auf eine aus ihrer Sicht flexible Handhabung des Moduls 3, in welchem auch Ressourcen vermerkt werden könnten.

Zwar wurden die abgefragten Risikobereiche von den Fachkräften insgesamt als hilfreich für die Fallarbeit bewertet, allerdings wurde problematisiert, dass sich der Zugang zu benötigten Informationen teilweise schwierig gestalten. Insbesondere Informationen zu innerfamiliären Verhältnissen, so beispielsweise zur emotionalen Qualität der Eltern-Kind-Beziehung oder zum Erziehungsverhalten, seien sensibel und ihre Erhebung setze zunächst den zeitintensiven Aufbau einer Vertrauensbeziehung voraus. Vor dem Hintergrund der einleitend beschriebenen Zeitproblematik und eines häufig hohen Handlungsdrucks sei, aus Sicht der Fachkräfte, eine wünschenswerte gründliche Recherche oft schwer umzusetzen. Als Konsequenz aus diesem Spannungsverhältnis resultierten für die Fachkräfte teilweise Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Einschätzungen. Als zuverlässig wurden diese vor allem dann wahrgenommen, wenn sie mit unterschiedlichen, die Familien umgebenden Akteur/innen gemeinsam getroffen werden könnten und nicht auf Grundlage von „Momentaufnahmen“, die sich aus einzelnen Besuchen der Fachkräfte in der Familie ergeben.

Unsicherheit äußerten die Fachkräfte auch hinsichtlich der Frage nach psychischen Auffälligkeiten der Eltern bzw. Mutter, da diagnostisch zuver-

lässige ärztliche Einschätzungen häufig fehlten. Vor diesem Hintergrund würden Beurteilungen oft in der Urteilkraft einer jeden Fachkraft gründen, was von den Diskutant/innen als problematisch empfunden wurde. Über die Problematik fehlender medizinischer Diagnostik hinaus wurde die Frage nach psychischen Auffälligkeiten von den Fachkräften als für die Familien stigmatisierend empfunden.

Gleiches traf für die Frage nach der Bildungsferne der Familie zu. Auch sie wurde von den Fachkräften als stigmatisierend empfunden und es wurden Zweifel bezüglich der Grundlage der Einschätzungen, für die eine klar definierte Referenzgröße fehle, geäußert. Vor diesem Hintergrund sprachen sich die Fachkräfte für eine differenziertere Erhebung dieses Aspektes im Diagnostikbogen aus, die nicht ausschließlich auf Schulabschlüsse oder die berufliche Tätigkeit zielen sollte, sondern vielmehr auch die Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern, ihr Kind in schulischen Angelegenheiten zu unterstützen sowie die elterliche Motivation hilfestellende Angebote anzunehmen, einbeziehen sollte.

Wichtiger als die Bildungsferne bzw. -nähe des Elternhauses wurde von den Fachkräften die Problemeinsicht der Eltern bewertet, d.h. einerseits das Verständnis der Eltern für das Einschreiten des Hilfesystems durch die Kinder- und Jugendhilfe sowie andererseits die Möglichkeit der Eltern, ihren Standpunkt selbstständig zu vertreten und klar zu formulieren. Ein Aspekt, welcher den Aussagen der Teilnehmenden folgend bisher in der Diagnostik unberücksichtigt bleibt.

Als ebenfalls problematisch erwies sich für die Fachkräfte der Umgang mit der Zusammenfassung des Risikomoduls zu einem abschließenden Summenwert. Aus Sicht der Diskutant/innen ist dabei unklar, wie der erhaltene Zahlenwert zu interpretieren ist. Dabei verweisen einige der Teilnehmenden auf sich aus ihrer Sicht teilweise ergebende Widersprüchlichkeiten im Rahmen von Fallarbeit, denn nicht immer ginge ein hohes Summenrisiko auch mit der Einschätzung einher, dass es sich im jeweils betreffenden Fall um einen GiK-Fall handle sowie umgekehrt, ein niedriger Summenwert nicht zwingend bedeutete, dass es sich bei dem betreffenden Fall *nicht* um einen GiK-Fall handle. Die Diskrepanz zwischen Risikosummenwert auf der einen Seite sowie individueller Falleinschätzung durch die Fachkraft auf der anderen Seite wurde von einigen der Teilnehmenden argumentativ darauf zurückgeführt, dass in die Erwägung, ob es sich bei einem vorliegenden Fall um einen GiK-Fall handle, weitergehende Faktoren berücksichtigt würden als allein die im Modul erfragten Risikobereiche – so zum Beispiel vorhandene Ressourcen. Dies sprach aus Sicht der Teilnehmenden noch einmal für die Integration der Ressourcen in das Modul 3 der Diagnostik (siehe oben). Deutlich wurde im Rahmen der Gruppendiskussion, dass der Summenwert für die Fachkräfte prinzipiell jedoch noch einmal ein Mittel der Selbstkontrolle darstellt, anhand dessen zunächst individuelle, erfahrungsbasierte Einschätzungen bezüglich spezifischer Falllagen selbstkritisch überprüft werden.

#### *Modul 4: Planung einzuleitender Hilfemaßnahmen*

Für eine differenzierte Hilfeplanung, in der unterschiedliche Problemlagen sowohl seitens des Kindes als auch seitens der Familie und des schulischen Umfeldes berücksichtigt würden, beurteilten die Fachkräfte das Modul 4 mehrheitlich positiv. Ähnlich wie bei Modul 3 wurde von den Fachkräften der hohe zeitliche Aufwand problematisiert (vgl. 3.5.1).

Unterschiedlich bewerteten die Teilnehmenden den ersten Teil des Moduls, die zentralen Ziele der zu planenden GiK-Hilfen. Einige der Fachkräfte empfanden das Ausfüllen dieses Teils als „doppelte Arbeit“, da differenzierte Zielangaben im sich anschließenden Teil der *Bedeutsamen Aspekte* erfolgten. Konträr hierzu verwiesen andere Fachkräfte darauf, dass dieser Abschnitt des Moduls für sie noch einmal einen Anlass zur Fokussierung auf die mit den geplanten Hilfemaßnahmen vorrangig zu erreichenden Ziele böte. Einstimmig kritisierten die Teilnehmenden die Positionierung der „zentralen Ziele“ zu Beginn des Moduls und befürworteten ihre Umstellung an das Ende von Modul 4 sowie eine Erweiterung des Textfeldes, sodass im Bedarfsfall mehr als drei zentrale Ziele angegeben werden können. Kritisch angemerkt wurde ferner, dass es sich bei den zu planenden Hilfen häufig nicht um spezifische GiK-Hilfen, sondern vielmehr um allgemeine Hilfen zur Erziehung handle, sodass die explizite Benennung und Hervorhebung der Maßnahmen als GiK-Hilfen als inadäquat empfunden wurde. Mittelbar mit der Diagnostik verband sich die Problematisierung der Zielfindung, die ausschließlich von den Fachkräften der Regionalteams festgesetzt würden, was durch die Teilnehmenden aufgrund des sich damit verbindenden Ausschlusses von z.B. Lehrkräften, Familie und Kindern als weiteren zentralen Akteur/innen als wenig paritätisch und damit einhergehend als von außen aufgesetzt empfunden wurde.

Zwar wurde der zweite Teil des Moduls, die *Bedeutsamen Aspekte*, von den Fachkräften aufgrund seiner Differenziertheit geschätzt, allerdings wurde von einigen der Teilnehmenden ein hoher Aufwand problematisiert, der sich mit den jeweils einzelnen Angaben verbinde, sofern man jeden einzelnen Aspekt detailliert und - wie in der Diagnostik gefordert - hinsichtlich seiner Auswirkung auf die geplanten Ziele, umzusetzenden Schritte, Ressourcen und den Zeitrahmen darstellen wolle. Einige der teilnehmenden Fachkräfte sprachen sich für die explizite Berücksichtigung von zwei weiteren Aspekten (Wohnverhältnisse, Armut) aus, die sich ebenfalls als bedeutende Faktoren für die Hilfeplanung und die Wirksamkeit von Hilfemaßnahmen erwiesen hätten.

Unter einer inhaltlichen Perspektive wurde ferner darauf verwiesen, dass die im Modul 4 erhobenen Ressourcen als unzureichend wahrgenommen würden, weshalb sich die Fachkräfte für eine Erweiterung des Textfeldes aussprachen.

#### *Modul 5: Gesamteinschätzung der GiK-Diagnostik*

Die Struktur und Inhalte der abschließenden Gesamteinschätzung innerhalb der Diagnostik wurden von den Fachkräften weitestgehend befürwortet. Problematisierungen bezogen sich während der Gruppendiskussion daher

zunächst auf eine sprachliche Ebene. So wurden die Frage nach dem Bestehen eines *GiK-Hilfebedarfs für Kind/Familie oder Umfeld* sowie der Themenblock *Geeignete GiK-Maßnahmen* – gleich der Problematik in Modul 4 – vor allem aufgrund der sprachlichen Markierung der Hilfemaßnahmen als explizite GiK-Maßnahmen kritisiert. Wie die Teilnehmenden hierzu näher erläuterten, würde bei der Vermittlung und Einleitung von individuellen Hilfemaßnahmen mehrheitlich das gesamte Spektrum der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen und nicht ausschließlich nur auf GiK-Maßnahmen zurückgegriffen. Darüber hinaus würde im Rahmen der Diagnostik auch für Fälle, bei denen es sich nach Einschätzung in Modul 1 nicht um GiK-Fälle handle, das Modul 5 ausgefüllt und in diesem Zusammenhang eventuell einzuleitende Hilfen vermerkt. Bei diesen handle es sich der Ersteinschätzung folgend dann jedoch nicht um spezifische GiK-Maßnahmen, sondern vielmehr um allgemeine Maßnahmen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung. Vor dem Hintergrund beider Argumente befürworteten die Fachkräfte übereinstimmend, auf die sprachliche Kennzeichnung der Hilfemaßnahmen als explizite GiK-Maßnahmen zu verzichten.

Hinsichtlich der Frage, ob ein Hilfebedarf für Kind/Familie/Umfeld besteht, sprachen sich die Fachkräfte ferner dafür aus, Institutionen – wie Schule und Kita – explizit als weitere Adressaten von Hilfemaßnahmen aufzunehmen, um die institutionelle Verantwortung bei der Fallbearbeitung und Problemlösung zu verdeutlichen. In eine ähnliche Richtung zielte auch der Wunsch der Diskutant/innen, in den letzten Teil des Moduls – *Geeignete GiK-Maßnahmen* – institutionenbezogene Hilfemaßnahmen zu integrieren, die sich ihren Inhalten nach explizit an pädagogisches Personal wenden (z.B. Supervisionen für Lehrkräfte).

Aus der reflektierenden Distanz betrachtet, beeindruckten die Einlassungen der Fachkräfte in der Gruppendiskussion durch eine genaue Kenntnis der GiK-Diagnostik und eine Vielzahl an Verbesserungsvorschlägen, die unter anderem die Straffung (z.B. Wegfall von Modul 2) sowie eine verbesserte Handhabbarkeit (z.B. Umstellung von Modul 4 mit zentralen Zielen am Schluss) des Verfahrens zum Ziel haben. Für die inhaltlich zentralen Module 3 und 4 wurde einerseits fachliche Wertschätzung geäußert, andererseits wurden mehrere wichtige Fragen aufgeworfen, die unter Umständen zu einer Verbesserung der Diagnostik führen können und die daher der Diskussion bedürfen.

Die wichtigste Frage betrifft vermutlich einen stärkeren Einbezug von Ressourcen. Hier kommt in der Forderung der Fachkräfte ein theoretisch gut begründetes Hintergrundmodell zum Tragen, das Entwicklungsverläufe als Balance bzw. Wechselspiel von Risiko- und Schutzfaktoren versteht (Rolf u.a., 1993) und daher plausibel annimmt, die Prognose könne durch den Einbezug von protektiven Faktoren oder Ressourcen weiter verbessert werden. Empirisch hat sich dieses überzeugende Grundkonzept in Risikoeinschätzungsverfahren bislang aber nur schwer umsetzen lassen, d.h. durch die Hinzunahme von Ressourcen wurde die Vorhersagekraft der Verfahren meist nicht verbessert. Auch die Befundlage zur GiK-Diagnostik entspricht bislang diesem Ergebnis: Derzeit werden wichtige Ressourcen im Fall unstrukturiert im Modul 5, also im Rahmen der abschließenden Gesamtein-

schätzung zum Fall abgefragt. Die Anzahl der hier vermerkten Ressourcen wies für sich genommen keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zum Fallverlauf nach der Diagnostik ( $r=-.10$ ,  $p=n.s.$ ), der Erfolgswahrscheinlichkeit von Hilfen ( $r=.05$ ,  $p=n.s.$ ) oder der Häufigkeit, mit der letztlich eine Abnahme des Problemverhaltens beim Kind in der Akte konstatiert wurde ( $r=-.07$ ,  $p=n.s.$ ), auf. Es bestanden auch keine statistisch signifikanten Ergebnisse mehr, wenn nicht auf die Anzahl der Risiken, sondern auf das Verhältnis zwischen Risiken und Ressourcen fokussiert wurde. Die Gründe für dieses konzeptuell unbefriedigende Ergebnis sind unklar. In der Validierung des Kinderschutzbogens erwies es sich beispielsweise als sehr schwer Ressourcen ähnlich reliabel wie Risiken zu erheben (Strobel u.a., 2008). Es könnte auch sein, dass noch mehr Forschung abgewartet werden muss, bevor sich klärt, welche Ressourcen sinnvoll einbezogen werden sollten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss jedoch konstatiert werden, dass die Hinzunahme von protektiven Faktoren bzw. Ressourcen erhebliche Probleme für die Vorhersagekraft des Verfahrens aufwerfen würde.

## 4 Ergebnisdiskussion und abschließende Empfehlungen

Die vorliegende Studie untersucht, wie sich das neu entwickelte Diagnostikinstrument zur Erfassung des Risikos eines sich verfestigenden antisozialen bzw. aggressiven Verhaltens im Rahmen des Hamburger Handlungskonzepts zur Gewaltprävention im Kindesalter bewährt. Hierbei wurden anhand von Aktenanalysen zu Fallverläufen sowohl Fragen zur Gültigkeit (Validität) als auch der Nützlichkeit und Praktikabilität thematisiert.

In der vorliegenden Untersuchung konnten nicht alle Ziele erreicht werden. Insbesondere war es nicht möglich, eine ausreichende Anzahl an älteren Akten zu erschließen, um Fallverläufe vor und nach der Einführung der GiK-Diagnostik miteinander vergleichen zu können. Weiterhin wurden Analysemöglichkeiten durch die Stichprobengröße und Verteilungsmuster in den Daten begrenzt. So zeigte sich etwa, dass strafrechtliche Sanktionen nur sehr selten in den Akten erwähnt wurden. Zudem waren Kombinationen von Hilfen sowie Profile differenzierender Fallmerkmale sehr vielfältig, so dass nicht Muster, sondern nur einzelne Faktoren bzw. Summen einzelner Faktoren miteinander verglichen werden konnten (z.B. die Anzahl vorhandener Risiken oder die Häufigkeit verschiedener Problemverhaltensweisen im Fallverlauf).

Trotz dieser gewichtigen Einschränkungen sind aber mindestens vier wichtige Ergebnisse der Studie hervorzuheben: Erstens war es möglich, die Akten von 80 Kindern (Jungen > 90%) und ihren Familien zu analysieren, insbesondere 64 Fälle, in denen die Version der GiK-Diagnostik aus den Jahren 2009 oder 2011 bereits zu Fallbeginn eingesetzt wurde. Die Akten erlaubten es in mehr als zwei Drittel der Fälle die Verläufe über mehr als zweieinhalb Jahre nachzuverfolgen, woraus sich wichtige Grundinformationen für das GiK-Programm ergeben. Es zeigte sich, dass die betroffenen Kinder und ihre Familien im Mittel mit mehreren Risiken belastet waren. Weit überwiegend wurden im Verlauf mindestens zwei Jugendhilfemaßnahmen erbracht, mit einer Spannweite von einer bis acht Maßnahmen. Obwohl für die Kinder im Verlauf mehrheitlich weitere, insbesondere aggressive Problemverhaltensweisen berichtet wurden, fanden sich bei gut zwei Drittel der Fälle gegen Ende der Akte Vermerke über ein abnehmendes oder mittlerweile beendetes Problemverhalten.

Ein zweites zentrales Ergebnis betrifft die Vorhersagekraft (prognostische Validität) der Einschätzung zum Risiko eines sich verfestigenden Problemverhaltens. Obwohl in allen Fällen Hilfen erbracht wurden, die darauf abzielten vorhandene Risiken aufzufangen und auszugleichen, konnte dennoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem anfänglich eingeschätztem Risiko eines sich verfestigenden Problemverhaltens und dem tatsächlich in der Akte dokumentierten Problemverhalten im Verlauf nachgewiesen werden ( $r=.28$ ). Dies spricht für die Aussagekraft der Risikoeinschätzung unter Praxisbedingungen. Aus Grundmerkmalen des Falls (z.B. Alter des Kindes, Anlass für die GiK-Diagnostik) konnte das weitere Prob-

lemverhalten dagegen nicht vorhergesagt werden. Auch mittels der Pretest-Version der GiK-Diagnostik, die noch nicht auf einer empirischen Analyse des Forschungsstandes aufbaute, konnte der Fallverlauf nicht vorhergesagt werden. Für die Strategie, sich bei der Risikoeinschätzung auf die Summe der in der Forschung belegten Vorhersagefaktoren zu stützen, spricht schließlich auch das Ergebnis, dass in verschiedenen Teilstichproben (z.B. Kinder mit und ohne Migrationshintergrund) ähnliche Ergebnisse erreicht wurden. Allerdings ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass die Anzahl der Mädchen in der Stichprobe für eine getrennte Analyse zu gering war, so dass offen bleiben muss, ob sich die Risikoeinschätzung aus der GiK-Diagnostik auch für Mädchen als vorhersagekräftig erweist.

In einem dritten Schritt wurden in einem eigenständigen Teil der Diagnostik (Modul 4: Planung von GiK-Hilfen) zusammengetragene differenzierende Faktoren, die die Fachkräfte bei der Hilfe- und Interventionsplanung unterstützen sollen, in den Mittelpunkt gerückt. Gefragt wurde, inwieweit im Verlauf erbrachte Hilfen und Interventionen Hinweise aus dem Modul erkennbar berücksichtigen. Vor allem für massivere Interventionen (Fremdunterbringung, Thematisierung eines Sorgerechtseingriffs) ergaben sich Zusammenhänge zu Ergebnissen der GiK-Diagnostik. Beispielsweise kam es bei Kindern, für die in der Diagnostik vermerkt wurde, sie seien Teil einer Gruppe von Gleichaltrigen mit einem hohen Level an aggressiven und antisozialen Verhaltensweisen, später signifikant häufiger zu einer Fremdunterbringung. Bei der Auswahl der Form ambulanter Hilfe waren Zusammenhänge zur GiK-Diagnostik dagegen nicht nachweisbar, möglicherweise weil die Empfehlungen hier bislang noch nicht verständlich und überzeugend genug gefasst sind, möglicherweise auch, weil die Fachkräfte bei der Auswahl einer Form ambulanter Hilfe auch deren Verfügbarkeit und die Präferenzen der Familie berücksichtigen müssen. Allerdings zeigte sich, dass es in Fällen mit einer guten Passung zwischen GiK-Diagnostik und erbrachten Hilfen eher gelang, den Fallverlauf vom Ausmaß des anfänglich vorhandenen Risikos zu entkoppeln und eine ausdrücklich in der Akte festgehaltene Abnahme des Problemverhaltens zu erreichen. Dies deutet auf den Wert dieses Teils der GiK-Diagnostik hin.

Schließlich wurden, viertens, von Fachkräften mit Erfahrung in der Anwendung der GiK-Diagnostik im Rahmen einer Gruppendiskussion Rückmeldungen zur Praktikabilität des Verfahrens und zu Ansätzen für eine weitere Verbesserung eingeholt. Festzuhalten ist als Ergebnis, dass die Etablierung des Diagnostikinstrumentes prinzipiell positiv bewertet und als Stärkung der Ausrichtung am Kind und seinen Bedürfnissen empfunden wurde. Zugleich wurden Vorschläge zur Verschlankeung des Verfahrens gemacht, etwa die Streichung des Moduls 2 (Grunddaten). Unter den für das Instrument vorgeschlagenen Ergänzungen sticht eine gewünschte stärkere Berücksichtigung von Ressourcen als konzeptuell überzeugend hervor. Allerdings ist darüber, welche Ressourcen zu berücksichtigen wären und wie sie reliabel erfasst werden könnten, vergleichsweise wenig bekannt. Die bislang im Rahmen der GiK-Diagnostik erhobenen Ressourcen erwiesen sich für den Fallverlauf und die Erfolgswahrscheinlichkeit von Hilfen jedenfalls als nicht vorhersagekräftig. Als zentrales Problem rund um den Einsatz der

GiK-Diagnostik wurde von den Fachkräften ein Spannungsverhältnis zwischen der für die Diagnostik nötigen zeitintensiven Recherche im Einzelfall und dem von beteiligten Institutionen und zum Teil auch Eltern ausgeübten Handlungsdruck formuliert. Als Lösungsansatz wurde von den Fachkräften angegeben, sie würden die Diagnostik daher mehrheitlich fallbegleitend bearbeiten.

Die erhobenen Befunde bestätigen auf verschiedenen Ebenen Aussagekraft und Nutzen der von der Freien und Hansestadt Hamburg im Rahmen des Programms „Gewaltprävention im Kindesalter“ (GiK) eingesetzten Diagnostik. Gleichwohl sind an mehreren Stellen Verbesserungsmöglichkeiten erkennbar, die bei der nächsten Überarbeitung des Verfahrens berücksichtigt werden sollten. Diese betreffen vor allem Möglichkeiten der Straffung ohne Informationsverlust sowie eine klarere Ausformulierung von Hilfeempfehlungen im Modul 4 (Planung von GiK-Hilfen). Zugleich dürfen Investitionen in die Qualifikation der anwendenden Fachkräfte nicht vernachlässigt werden, da das Verfahren – wie im Rahmen der Gruppendiskussion zurecht angemerkt wurde – an vielen Stellen komplexe Einschätzungen verlangt (z.B. zur Qualität der Eltern-Kind-Beziehung oder der hauptsächlichsten Form vom Kind gezeigter Aggressivität). Zudem beinhaltet die Ausbildung in sozialpädagogischen Professionen nach wie vor relativ wenig Schulung zu Diagnostik, was in Einzelfällen Missverständnisse begünstigt (z.B. Diagnostik als möglichst umfassende Abbildung des Falls, Vermischung von Diagnostik und Falldokumentation).



# Literaturverzeichnis

- Augimeri, Leena K./Koegl, Christopher/Levene, Kathryn/Webster Christopher D.** (2005): Early assessment risk list for boys and girls. In: Grisso, Thomas/Vincent, Gina/Seagrave, Daniel (Hrsg.): Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice. New York: Guilford
- Aguilar, Benjamin/Sroufe, L. Alan/Egeland, Byron/Carlson, Elizabeth** (2000): Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behaviour types. From birth to 16 years. In: Development and Psychopathology, Jg. 12, H. 2, S. 109-132
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg** (2007): Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft: Handlungskonzept gegen „Jugendgewalt“. Drucksache 18/7296. URL: <http://handeln-gegen-jugendgewalt.hamburg.de/contentblob/3876714/data/mitteilung-des-senats-an-die-buergerschaft-vom-27-11-2012-pdf%29.pdf> [letzter Zugriff: 25.11.2013].
- Côté, Sylvna M./Vaillancourt, Tracy/LeBlanc, John C./Nagin, Daniel S./Tremblay, Richard E.** (2006): The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence. A nation wide longitudinal study of Canadian children. In: Journal of Abnormal Child Psychology, Jg. 34, H. 1, S. 71-85
- Enebrink, Pia/Långström, Niklas/Gumpert Clara H.** (2006): Predicting aggressive and disruptive behavior in referred 6- to 12-year-old boys. Prospective validation of the EARL-20B Risk/Needs Checklist. In: Assessment, Jg. 13, S. 356-367
- Fergusson, David M./Horwood L. John/Nagin Daniel S.** (2000): Offending trajectories in a New Zealand birth cohort. In: Criminology, Jg. 38, H. 2, S. 525-552
- Kindler, Heinz** (2009): Frühzeitige Identifikation und Gefährdungseinschätzung bei Kindern, die sich auf einem frühen aggressiven, dissozialen Entwicklungsweg befinden. Stellungnahme im Auftrag der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg zu Aufbau und Inhalten der Sozialpädagogischen Einschätzungsbögen zum gewaltauffälligen Verhalten von Kindern für ASD und REBUS. München: DJJ
- Kingston, Lisa/Prior, Margot** (1995): The development of patterns of stable, transient and school-age onset aggressive behaviour in young children. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Jg. 34, H. 3, S. 348-358
- Kratzer, Lynn/Hodgins, Sheilagh** (1999): A typology of offenders: A test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. In: Criminal Behaviour and Mental Health, Jg. 9, H. 1, S. 57-73
- Kühn, Thomas/Koschel, Kay-Volker** (2011): Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Lamnek, Siegfried** (2005): Gruppendiskussionen. Theorie und Praxis. 2. überarb. und erweit. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag
- Loos, Peter/Schäffer, Burkhard** (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren: Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Band 5: Qualitative Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich
- Moffitt, Terrie E./Caspi, Avshalom** (2001): Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. In: Development & Psychopathology, Jg. 13, H. 2, S. 355-375
- Nagin, Daniel S./Tremblay, Richard E.** (2001): Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. In: Archives of General Psychiatry, Jg. 58, H. 4, S. 389-394

- NICHD - Early Child Care Research Network** (2004): Trajectories of physical aggression from toddlerhood to middle childhood: Predictors, correlates and outcomes. In: Monographs of the Society of Research in Child Development, Jg. 69, H. 4, S. 1-129
- Raine, Adrian/Moffitt, Terrie E./Caspi, Avshalom/Loeber, Rolf/Stouthamer-Loeber, Magda/Lynam, Don** (2005): Neurocognitive impairments in boys on the life-course persistent antisocial path. In: Journal of Abnormal Psychology, Jg. 114, H. 1, S. 38-49
- Rolf, Jon/Masten, Ann S./Cicchetti, Dante/Nuechterlein Keith H./Weintraub, Sheldon** (1993): Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press
- Schwinn, Anke/Koch, Judith/Kuntz, Jenny J./Pawils, Silke/Briken, Peer** (2010): Endbericht zur Evaluation der Maßnahme „Gewaltprävention im Kindesalter“. Hamburg
- Shaw, Daniel S./Gilliom, Miles/Ingoldsby, Erin M./Nagin, Daniel S.** (2003): Trajectories leading to school-age conduct problems. In: Developmental Psychology, Jg. 39, H. 2, S. 189-200
- Sireci, Stephen G./Sukin, Tia** (2013): Test validity. In: Geisinger, Kurt F./Bracken, Bruce A./Carlson, Janet F./Hansen, Jo-Ida C./Kuncel, Nathan R./Reise, Stephen P./Rodriguez, Michael C. (Hrsg.): APA Handbook of Testing and Assessment in Psychology. Band 1: Test Theory and Testing and Assessment in Industrial and Organizational Psychology. Washington, DC: American Psychological Association, S. 61-84
- Strobel, Bettina/Liel, Christoph/Kindler, Heinz** (2008): Validierung und Evaluation des Kinderschutzbogens. München: DJI
- Tibbets, Stephen G./Piquero, Alex R.** (1999): The influence of gender, low birthweight and disadvantaged environment in predicting early onset of offending. A test of Moffitt's interactional hypothesis. In: Criminology, Jg. 9, H. 4, S. 56-64
- Van Lier, Pol A. C./Wanner, Brigitte/Vitaro, Frank** (2007): Onset of antisocial behavior, affiliation with deviant friends and childhood maladjustment. A test of the childhood and adolescent-onset models. In: Development & Psychopathology, Jg. 19, H. 1, S. 167-185

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## Abbildungen

Abbildung 1: Anteile der Diagnostik-Versionen in der Stichprobe.....	13
Abbildung 2: Vermittelte Hilfen nach ihrer Erfolgsbewertung (auf Basis der Diagnostik 2009).....	28

## Tabellen

Tabelle 1: Zustand der in der Auswertung berücksichtigten Akten .....	14
Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen der Risikobewertung und dem Fallverlauf in der Pretest-Version .....	19
Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen der Risikobewertung in der Pretest-Version und spezifischen Bereichen regelverletzenden Verhaltens im Fallverlauf .....	20
Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Fallmerkmalen und einem weiteren aktenkundigen regelverletzendem Verhalten in den Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 .....	22
Tabelle 5: Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Risikobelastung und weiterem aktenkundigen regelverletzendem Verhalten .....	22
Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Risikobelastungen in den Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 und spezifischen Bereichen regelverletzenden Verhalten .....	23
Tabelle 7: Häufigkeiten der auf Basis der Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 vermittelten Hilfemaßnahmen im Fallverlauf .....	27
Tabelle 8: Häufigkeit der im GIK-Modul-4 enthaltenen differenzierenden Faktoren in den Diagnostik-Versionen 2009 und 2011 .....	29
Tabelle 9: Zusammenhänge zwischen dem Verfestigungsrisiko zu Fallbeginn und dem Ausmaß weiteren Problemverhaltens sowie der Abnahme regelverletzenden Verhaltens .....	36
Tabelle 10: Summe des aktenkundigen aggressiven und regelverletzenden Verhaltens im Verlauf nach unterschiedlichen Diagnostik-Versionen .....	52
Tabelle 11: Fallgrundmerkmale nach unterschiedlichen Diagnostik-Versionen	53
Tabelle 12: Ausmaß von der Risikobelastung insgesamt und in einzelnen Problemlagen nach unterschiedlichen Diagnostik-Versionen.....	54

## Anhang

**Tabelle 10: Summe des aktenkundigen aggressiven und regelverletzenden Verhaltens im Verlauf nach unterschiedlichen Diagnostik-Versionen (in Prozent)**

Summe aktenkundiges aggressives und regelverletzendes Verhalten		Pre-Test N=16	Version 2009 N=53	Version 2011 N=11
<b>Insgesamt</b>	Unklar	/	/	/
	Nein	/	8	/
	Einmal	/	11	9
	Mehrmals	100	81	91
<b>Im Bereich der Sachbeschädigung</b>	Unklar	6	8	18
	Nein	50	60	64
	Einmal	13	13	18
	Mehrmals	31	19	/
<b>Im Bereich der Eigentumsdelikte</b>	Unklar	/	2	/
	Nein	69	83	91
	Einmal	13	6	9
	Mehrmals	19	9	/
<b>Im Bereich gewalttätiger Auseinandersetzungen</b>	Unklar	13	4	27
	Nein	13	25	27
	Einmal	13	34	27
	Mehrmals	63	38	18
<b>Im Bereich von Konflikten mit Gleichaltrigen</b>	Unklar	13	4	18
	Nein	/	11	/
	Einmal	/	8	9
	Mehrmals	88	77	73
<b>Im Bereich von Konflikten mit den Eltern / dem alleinerziehenden Elternteil</b>	Unklar	6	13	/
	Nein	25	40	36
	Einmal	19	17	36
	Mehrmals	50	30	27
<b>Im Bereich von Konflikten mit anderen Erwachsenen</b>	Unklar	13	6	27
	Nein	19	30	18
	Einmal	19	23	27
	Mehrmals	50	42	27
<b>Im Bereich Schulabsentismus</b>	Unklar	/	/	9
	Nein	50	70	64
	Einmal	13	9	18
	Mehrmals	38	21	9
<b>Im Bereich Alkoholmissbrauch</b>	Unklar	/	/	/
	Nein	94	96	100
	Einmal	6	/	/
	Mehrmals	/	4	/
<b>Im Bereich Suchtmittelgebrauch</b>	Unklar	/	2	/
	Nein	81	89	100
	Einmal	6	6	/
	Mehrmals	13	4	/

**Tabelle 11: Fallgrundmerkmale nach unterschiedlichen Diagnostik-Versionen (in Prozent)**

Fallgrundmerkmale		Pre-Test N=16	Version 2009 N=53	Version 2011 N=11
<b>Alter zu Diagnostikbeginn</b>	Jüngster Fall	7 Jahre	5 Jahre	2 Jahre
	Ältester Fall	14 Jahre	14 Jahre	11 Jahre
<b>Durchschnittliches Alter zu Aktenbeginn</b>		10 Jahre	11 Jahre	9 Jahre
<b>Durchschnittliches Alter zu Aktenende</b>		12 Jahre	13 Jahre	10 Jahre
<b>Familiensituation zu Beginn der Diagnostik</b>	Alleinerziehend	56	59	55
	Stieffamilie	19	15	18
	Beide Elternteile	19	26	27
<b>Familieneinkommen zu Beginn der Diagnostik</b>	Arbeitseinkommen	40	62	55
	Sozialeinkommen	47	32	27
	Unterhalt/Rente	7	2	/
	Unklar	7	4	18
<b>Geschlecht</b>	Junge	100	91	91
	Mädchen	/	9	9
<b>Migrationshintergrund</b>	Eigene Migrationserfahrung	19	17	/
	Mindestens ein Elternteil mit Migrationshintergrund	44	38	55
	Eltern ohne Migrationshintergrund	38	42	36
	Unbekannt	/	4	9
<b>Hauptsächlich in der Familie gesprochene Sprache</b>	Deutsch	50	64	90
	Eine andere Sprache als Deutsch	50	37	10
<b>Anlass für die GiK-Diagnostik</b>	Chronische Aggressionsprobleme	69	66	82
	Bedeutsames Gewaltereignis	25	26	18
	Beides	/	6	/
	Unklar	6	2	/
<b>Durchschnittliche Dauer des Verlaufs</b>		30 Monate	23 Monate	17 Monate

**Tabelle 12: Ausmaß von der Risikobelastung insgesamt und in einzelnen Problemlagen nach unterschiedlichen Diagnostik-Versionen (in Prozent)**

Risikobereiche und Gesamtrisikoeinschätzung		Version 2009 N=51	Version 2011 N=10
IQ Probleme	Nein	37	20
	Mittel	33	60
	Stark	29	20
Aufmerksamkeitsprobleme	Nein oder keine Angaben	65	40
	Ja	35	60
Chronische Aggressionsprobleme (Items unterschiedlich differenziert erhoben)	Keine	/	10
	Sehr gering	2	/
	Gering	6	/
	Bedingt	8	/
	Mittelschwer	55	20
	Auffällig	4	30
	Ausgeprägt	22	30
Stark ausgeprägt	4	10	
Emotionale Vernachlässigung	Nein oder keine Angabe	59	60
	Ja	41	40
Pflegemängel	Nein	49	50
	Bedingt	39	20
	Mittel	2	10
	Ausgeprägt	8	20
	Stark ausgeprägt	2	/
Erziehungsprobleme	Nein	14	22
	Bedingt	45	44
	Mittelschwer	28	22
	Ausgeprägt	14	11
Anregungsarmes familiales Umfeld	Nein oder keine Angabe	71	90
	Ja	29	10
Stressbelastung der Eltern (Items unterschiedlich differenziert erhoben)	Keine	8	/
	Bedingt	/	10
	Mittlere	71	80
	Hohe	22	10
Psychische Auffälligkeit der Mutter	Nein oder keine Angabe	77	70
	Ja	24	30
Familiensituation alleinerziehend	Nein oder keine Angabe	35	20
	Ja	65	80
Bildungsfernes Elternhaus	Nein oder keine Angabe	84	80
	Ja	16	20
Gesamtrisikobewertung für ein sich verfestigendes antisoziales/aggressives Verhalten	Durchschnittwert	10	8,5
	Niedrigster Wert	4	7
	Höchster Wert	18	14

Deutsches Jugendinstitut  
Nockherstr.2  
81541 München  
Telefon +49(0)89 62306-0  
Fax +49(0)89 62306-162  
[www.dji.de](http://www.dji.de)

ISBN: 978-3-86379-124-7