

# Kinder und Jugendliche mit problematischem sexuellen Verhalten in (teil-)stationären Hilfen zur Erziehung

Bettina Schuhrke und Jens Arnold

## Summary

*Children and Adolescents with Sexual Behaviour Problems in Residential and Partially Residential Welfare Services*

The article considers how sexual behaviour problems in children and adolescents can be defined and investigates the degree to which the system of child welfare in Germany is confronted with clients demonstrating different kinds of problematic sexual behaviour. For the first time, the magnitude of this problem can be estimated by a secondary analysis of data from EVAS (“Evaluation System for Child and Adolescent Welfare Services”), a questionnaire-based evaluation system which supports youth care providers in their quality management. Data on more than 5,000 children and adolescents provided by a questionnaire completed at the point of admission to support services, as defined by paragraphs 32 or 34 SGB VIII (German Child Welfare legislation), is analysed. Information is provided on; prevalence of sexual behaviour problems and disorders of sexual behaviour; comorbidity; resources; psychosocial pressures; reasons for admission; and previous experience of child welfare systems. Clients with non-sexual symptoms function as a control group.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 186-214*

## Keywords

sexual behaviour problems – psychic disorder – child welfare services – secondary analysis – evaluation questionnaire

## Zusammenfassung

Der Artikel beschäftigt sich mit der Definition problematischen sexuellen Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen und geht der Frage nach, in welchem Umfang das System der Erziehungshilfen in Deutschland mit Klienten konfrontiert ist, die sexuelle Auffälligkeiten zeigen. Erstmals kann durch eine Sekundärauswertung der Daten aus EVAS („Evaluationssystem erzieherischer Hilfen“), einem fragebogengestützten Verfahren, das Einrichtungen der Jugendhilfe bei der Qualitätssicherung unterstützt, eine Einschätzung des Problemumfangs vorgenommen werden. Daten von über 5.000 Kindern und Jugendlichen aus einem, zum Beginn von Erziehungshilfen nach den § 32 und 34 SGB VIII ausgefüllten Fragebogen werden ausgewertet. Die gewonnenen Informationen betreffen das Vorkommen von auffälligem Sexualverhalten und Störungen des Sexualverhaltens, Komorbiditäten, Ressourcen, psychosoziale Belastungen, Aufnahmeanlässe und die bisherigen Jugendhilfekarrieren. Klienten mit nicht-sexuellen Problemen fungieren als klinische Kontrollgruppe.

## Schlagwörter

Problematisches Sexualverhalten – psychische Störung – Kinder- und Jugendhilfe – Sekundäranalyse – Evaluationsfragebogen

## 1 Theoretischer Hintergrund

Die Publikationen der letzten Jahre sind dominiert von einer Problemsicht auf das sexuelle Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere herrscht das Thema der übergreifigen oder sogar missbrauchenden Kinder und Jugendlichen vor, die zum Gesundheitsrisiko für andere werden, weil sie diese zu sexuellen Kontakten benötigen. Zwar wird immer wieder betont, dass es auch ein normales sexuelles Verhalten gäbe, doch schrumpft dieses unter der Hand zur undefinierten Restgröße. Die bisherige Forschung zeigt, dass Kinder mit als solchem definierten „problematischem sexuellen Verhalten“ (PSV) häufig in einer für ihre Entwicklung inadäquaten Umgebung aufwachsen und man daher erwarten kann, dass sie gehäuft im System der Jugendhilfe repräsentiert sind.

### 1.1 Definition

Welches sexuelle Verhalten als problematisch gilt, wird durch gesellschaftliche Normen definiert, die z. T. im Bereich des Gesundheitssystems, z. T. im Bereich des Rechtssystems explizit gemacht werden. Auf störungsbezogene Normen sind wir an anderer Stelle ausführlich eingegangen (vgl. Schuhrke, 2004).

#### 1.1.1 Sexuelles Verhalten als psychische Störung

In der neuesten Version der ICD-10 finden sich keine Kategorien für sexuelle Störungen im Kindes- und Jugendalter, die das spiegeln, was gegenwärtig in den Studien zu PSV von Kindern behandelt wird. Vorhandene Kategorien für sexuelle Störungen lassen sich zwar auch auf Kindheit und Jugend anwenden, gehören aber nicht zu den Hauptkategorien, die für diese Altersgruppen geschaffen wurden (ICD-10, F8: Entwicklungsstörungen, F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend). Eine Ausnahme bildet unter F98.8 (Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) die „exzessive Masturbation“. F98 steht für eine heterogene Gruppe von Störungen, deren Gemeinsamkeit im Beginn in der Kindheit liegt. Sie können anderen Syndromen nicht zugeordnet werden, müssen aber wegen ihrer Häufigkeit und ihrer sozialen Folgen beachtet werden.

Sexuelle Kategorien finden wir unter F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren und F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Die Gruppe F52 umfasst nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen wie Mangel oder

Verlust von sexuellem Verlangen oder Versagen genitaler Reaktionen. Kategorien unter F5 werden selbst im Jugendalter als einer Zeit des Lernens und Erprobens noch kaum vergeben und sind für das Kindesalter irrelevant, da eine ausgeprägte sexuelle Betätigung nicht erwünscht wäre.

Steinhausen (2002) diskutiert in Anlehnung an die ICD-10 für Kindheit und Jugend nur die Kategorien unter F6. Dort stehen die Störungen der sexuellen Identität (F64, F64.2 Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter), der Sexualpräferenz (F65) und der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66). Die Formen unter F66 sind stark auf die sexuelle Orientierung ausgerichtet, mit Ausnahme der „sonstigen psychosexuellen Entwicklungsstörungen“, bei denen es sich um eine Restkategorie handelt.

Das DSM-IV (Saß et al., 2003) enthält ähnliche Hauptgruppen sexueller Störungen: die sexuellen Funktionsstörungen, die Paraphilien und die Geschlechtsidentitätsstörungen. Ein expliziter Bezug zu sexuellem Verhalten wird in beiden Klassifikationssystemen auch bei den „Störungen des Sozialverhaltens“ hergestellt, die zu den Störungen gehören, deren Beginn ausdrücklich für Kleinkindalter, Kindheit oder Adoleszenz angenommen wird. Unter den zur Diagnose herangezogenen Symptomen findet sich auch aggressives Verhalten und darunter auch der Zwang anderer Personen zu sexuellen Handlungen (Renschmidt et al., 2006; Saß et al., 2003).

Beim verbreitetsten dimensional Klassifikationssystem, dem von Achenbach, spielt für die Festlegung der relevanten Dimensionen die Child Behavior Check List (CBCL) eine wichtige Rolle (deutsche Fassung: Döpfner et al., 1994). Sie enthält sechs Fragen zum sexuellen Verhalten von Kindern, die häufig in einer „sex problems scale“ zusammengefasst werden. Da zwei Items eine Geschlechtsidentitätsproblematik erfassen und die anderen sexuelles Verhalten i. e. S. (vgl. Schuhrke, 2004), sollten sie in Studien eher getrennt behandelt werden. Im Sinne des dimensional Ansatzes wäre bei einem Kind erst dann von klinisch relevanten sexuellen Problemen auszugehen, wenn der Gesamtwert der „sex problems scale“ mindestens zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert liegt.

Steinhausen (2002) mahnt berechtigterweise zur Vorsicht, wenn es darum geht, sexuelles Verhalten von Kindern als gestört oder abweichend einzustufen, weil sich diese noch in einer Erprobungsphase befinden. Diese Haltung kontrastiert mit der verschiedenen Fachkräfte und Fachgesellschaften, die vor einer Verharmlosung von sexuellen Übergriffen von Kindern und Jugendlichen warnen (z. B. Hall u. Mathews, 1996; Shaw et al., 1999; Meyer-Deters, 2003).

### 1.1.2 Zur Begriffsbestimmung problematischen sexuellen Verhaltens

Seit den 90er Jahren versucht man immer wieder, Kinder mit sexuellen Verhaltensproblemen an Hand des sexuellen Verhaltens zu typisieren. Dies könnte Ausgangspunkt für veränderte psychiatrische Klassifikationen sein. Bisher erscheint es jedoch nicht angebracht, empirisch abgrenzbare Störungseinheiten im Sinne des kategori-

alen psychiatrischen Ansatzes allein über abweichendes sexuelles Verhalten zu definieren (Pithers et al., 1998b).

Es gibt viele Versuche normales Verhalten von PSV zu unterscheiden, die nicht in eine knappe Definition, sondern in umfangreiche Kriterienkataloge münden (vgl. Hall et al., 2002; Pithers et al., 1998b; Gil u. Johnson, 1993; Friedrich et al., 2001, 2005). Nach Ryan und Blum (1993) kann ein sexuelles Verhalten dann problematisch sein, wenn es das Kind selbst sexuellen Risiken aussetzt, mit anderen Entwicklungsaufgaben oder sozialen Beziehungen interferiert, wenn es für es selbst oder andere missbrauchend ist, dazu führt, dass andere sich unwohl fühlen oder mit Werten der Familie oder der Gemeinschaft konfligiert.

Als problematisch wird übereinstimmend vor allem Verhalten angesehen, das Kinder trotz der Intervention von Erziehern/innen nicht aufgeben (können) (z. B. andauernde Masturbation) oder wenn andere zu sexuellem Verhalten verführt oder sogar gezwungen werden (z. B. Gewalt, Erpressung) und dies sogar noch geplant ist (vgl. Hall et al., 2002; Pithers et al., 1998b; Gil u. Johnson, 1993). Die AACAP (Shaw et al., 1999, S. 58S) spricht in diesem Zusammenhang in einer Begriffsbestimmung von sexuell missbrauchendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen und davon, dass „sexually abusive behavior occurs without consent, without equality, or as a result of coercion [...]“. Wir bezeichnen im Folgenden interpersonales problematisches sexuelles Verhalten als „übergriffig“, um der Offenheit der Frage Rechnung zu tragen, ob teilweise noch sehr junge Kinder andere „missbrauchen“ können.

Im Rahmen der Messung sexuellen Verhaltens mit dem in der neueren klinisch-psychologischen Forschung häufig verwendeten Fragebogenverfahren CSBI (Child Sexual Behavior Inventory) wird PSV teilweise über die (große) Menge, teilweise auch über die Art des Verhaltens definiert (vgl. Friedrich et al., 2005, 2001, 1991). Vergleichende Studien mit dem CSBI machen deutlich, dass Eltern in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich bereit sind, sexuelles Verhalten bei ihren Kindern wahrzunehmen (vgl. Schuhrke, 2005; Larsson, 2001). Solche Befunde sollten dafür sensibilisieren, dass Normen aus anderen „Kulturen“ nicht ungeprüft übernommen werden dürfen. Bei individuellem sexuellem Verhalten ist es auch wichtig, es aus seinem Kontext heraus zu verstehen. Dadurch erscheint es dann häufig als „normal“ (vgl. Friedrich, 2003).

### 1.1.3 Problematisches sexuelles Verhalten als Straftatbestand

Ein Teil des sexuellen Verhaltens wird sowohl aus der Perspektive des Gesundheits- als auch des Rechtssystems als abweichend bzw. normverletzend angesehen. Dies gilt, wenn z. B. unerwünschter Zwang oder Gewalt in der sexuellen Interaktion mit anderen ausgeübt wird (Störung des Sozialverhaltens und Verletzung des Rechtsguts der Selbstbestimmung) oder wenn Kinder das verfestigte Sexualobjekt einer mindestens jugendlichen Person sind (Pädophilie und Verletzung des Schutzes gegen sexuellen Missbrauch in Abhängigkeitsverhältnissen bzw. Verlet-

zung des Jugendschutzes) (vgl. auch Barabas, 2006). Vergleichende Studien legen nahe, dass ein beträchtlicher Teil sexueller Übergriffe auf das Konto von Minderjährigen geht (vgl. Miner u. Munns, 2005; Elz, 2004; Shaw et al., 1999). Jugendliche „Täter“ sind mehrheitlich männlich, doch die weiblichen Personen machen einen höheren Anteil aus als unter den Erwachsenen (vgl. Nowara u. Pierschke, o.J.; Shaw et al., 2000).

In einem an sechs Beratungsstellen lokalisierten Modellprojekt in NRW haben 48 % der vorgestellten Minderjährigen ihre erste „Straftat“ sogar im strafunmündigen Alter begangen (Nowara u. Pierschke, o.J.). Da junge Menschen unter 14 Jahren als Kinder und generell als nicht schuldfähig gelten, kommen bei rechtswidrigen Taten für sie keine strafrechtlichen, sondern pädagogische Interventionsformen in Betracht – Leistungen nach SGB VIII und Maßnahmen durch das Familiengericht (Barabas, 2006).

## 1.2 Begleitende Symptome bzw. komorbide Diagnosen

Eine Reihe von Symptomen und Störungen tritt gehäuft im Zusammenhang mit PSV auf. Sexuelle Verhaltensprobleme korrelieren regelmäßig hoch positiv mit internalisierendem und externalisierendem Problemverhalten, gemessen mit der CBCL (vgl. Friedrich et al., 2001, 2003; Långström et al., 2002; Pithers et al., 1998b; Cosentino et al., 1995). Die Höhe des internalisierenden, vor allem aber des externalisierenden Problemverhaltens erreicht bei vielen Kindern mit sexuellen Problemen einen klinischen Bereich. Als psychiatrische Diagnosen aus dem DSM-IV nennen Pithers et al. (1998b) Störungen des Sozialverhaltens, oppositionelles Trotzverhalten, posttraumatische Belastungsstörung und ADHS. Verschiedene Diagnosen unterscheiden sich in ihrer Häufigkeit aber wiederum bei verschiedenen Typen von Kindern mit sexuellen Verhaltensproblemen (Pithers et al., 1998b).

Auch bei Sexualstraftätern finden sich viele komorbide psychiatrische Diagnosen. Neben Problemen im Bereich der personalen Beziehungen beziehen sich diese auch auf Probleme mit der Selbstregulation. Ätiologische Modelle betonen die Rolle ungünstiger Bindungsmuster und personaler Verluste (Burk u. Burkhart, 2003; Machlitt, 2004).

Auch bei Kindern mit PSV scheinen Bindungsprobleme zwischen Eltern und Kindern eine wichtige Rolle zu spielen, die sich sowohl im therapeutischen Erfolg als auch in der Annahme durch Eltern und Pflegeeltern niederschlägt (vgl. Pithers et al., 1998b). Diese Kinder werden von ihren Eltern als beträchtlich schwieriger wahrgenommen als eine Vergleichsgruppe, die nicht mit Beratungseinrichtungen in Kontakt gekommen ist (Pithers et al. 1998a, b).

In Beschreibungen werden sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche noch durch andere Probleme und Defizite charakterisiert, wobei selten diskutiert wird, wie spezifisch diese Merkmale für sie im Vergleich mit anderen belasteten Minderjährigen sind. Solche Probleme sind u. a. niedriges Selbstwertgefühl, soziale und emotionale Isolation, geringes Wissen über Sexualität, eine unbefriedigende schulische und berufliche Situation (Machlitt, 2004; Miner u. Munns, 2005).

### 1.3 Spezifische Prädiktoren problematischen sexuellen Verhaltens

Gerade Friedrich und Kollegen haben in vielen Zusammenhängen nach statistischen Prädiktoren sexuellen Problemverhaltens gesucht, die sich auch dafür eignen würden, im Sinne kausaler Faktoren interpretiert zu werden. Ein sparsames Modell zur Vorhersage übergriffigen sexuellen Verhaltens, das auch über einen gewissen theoretischen Hintergrund verfügt, beinhaltet die Variablen Familieneinkommen, belastende Lebensereignisse, körperliche Misshandlung, häusliche Gewalt, externalisierende Verhaltensprobleme, soziale Kompetenz und sexuellen Missbrauch. Dieses Modell klärt mehr als 50 % der Varianz im sexuell übergriffigen Verhalten auf (Friedrich et al., 2003). Eine Reihe anderer Variablen, die immer wieder Zusammenhänge mit übergriffigem sexuellen Verhalten zeigen, z. B. die mütterliche Schulbildung und Aspekte des familialen sexuellen Klimas, sind wahrscheinlich Korrelate der oben genannten Variablen, die keinen zusätzlichen prädiktiven Beitrag mehr leisten (Friedrich, 2003; Friedrich et al., 2003).

Zahlreiche kurz- und langfristige Symptome werden mit der Erfahrung sexuellen Missbrauchs verbunden (vgl. Lehmkuhl, 2006). Es stellt sich jedoch immer wieder die Frage, wie spezifisch sie für sexuellen Missbrauch sind. Nach Kendall-Tackett et al. (1998) ist PSV eines der wenigen relativ spezifischen Symptome. Sexuell missbrauchende Kinder und Jugendliche haben selbst häufig in ihrer Kindheit ein hohes Maß an Misshandlung (sexuelle und körperliche Misshandlung und Vernachlässigung) erfahren, wobei die Zahlen in verschiedenen Studien beträchtlich variieren (vgl. Ryan et al., 1996; Deegener, 1999; Jonson-Reid u. Way, 2001).<sup>1</sup> In spezialisierten Beratungseinrichtungen werden entsprechende Informationen wahrscheinlich besonders sorgfältig diagnostiziert, was zu höheren Raten führt.

### 1.4 Problematisches sexuelles Verhalten und das System der Jugendhilfe

Trotz zahlreicher Forschungsarbeiten zu PSV an sich war lange Zeit wenig zur Anzahl dieser Kinder in den staatlichen Jugendhilfesystemen bekannt. Vereinzelt Studien haben gezeigt, dass es sich um ein umfängliches Problem handelt, dem gezielt Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. So finden Baker et al. (2001) bei einer explorativen Befragung von Leistungserbringern der Jugendhilfe in New York City, dass Schätzungen von Prävalenzraten für PSV in den verschiedenen Servicearten

<sup>1</sup> Nach Ryan et al. (1996) waren in einer nationalen Stichprobe von 1.600 sexuell aggressiven Kindern und Jugendlichen 42 % körperlich misshandelt, 39 % sexuell missbraucht und 26 % vernachlässigt worden. Jonson-Reid und Way (2001) analysieren die vorliegenden Akten von über 6.000 Jugendlichen in kalifornischen Jugendhaftanstalten. 16,8 % der wegen eines Sexualdelikts, 14,0 % der wegen eines Gewaltdelikts und 18,5 % der wegen eines Eigentumsdelikts verurteilten Jugendlichen wurden als Kinder misshandelt. Der Anteil der sexuell missbrauchten unter denjenigen, die ein Sexualdelikt gegangen haben, unterscheidet sich jedoch nicht signifikant von den beiden anderen Gruppen (17,6 %, 16,2 %, 13,3 %).

auf durchschnittlich ca. 11 % bei Agenturen kommen, die Pflegeeltern (Foster Boarding Homes) vermitteln und solchen, die selbst Kinderheime (Boarding Homes) betreiben, auf ca. 17 % bei Agenturen die Wohngruppen (Group Homes) betreiben und 30 % bei solchen mit therapeutischen Heimen (Residential Treatment Centers). Die Aufmerksamkeit in Deutschland richtet sich ausschließlich auf das Problem der sexuell übergriffigen Kinder und Jugendlichen. Hier wurde verschiedentlich eine Versorgungslücke ausgemacht, an deren Schließung z. T. im Rahmen von wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten in spezialisierten Beratungs- und Therapieeinrichtungen gearbeitet wird (vgl. Meyer-Deters, 2003; Nowara u. Pierschke, o.J.; Baumgart et al., 2006). Größere epidemiologische Studien im Bereich der Jugendhilfe fehlen jedoch noch.

PSV in Jugendhilfeeinrichtungen birgt ein beträchtliches Risiko für das Kind und seine Umgebung – wenn es sich selbst in sexuell risikoreiche Situationen begibt, selbst übergriffig gegenüber anderen wird oder in anderen durch sein unangemessenes Verhalten die Erinnerung an sexuelle Traumatisierungen weckt (Baker et al., 2001). Es müssten wohl auch unerwünschte Lernprozesse bei anderen Kindern durch Modellverhalten befürchtet werden. Auch beeinträchtigt PSV möglicherweise das Fürsorgeverhalten von Personal und Pflege- oder Adoptiveltern und steigert das Risiko des Abbruchs von Pflegeverhältnissen.

Nach Friedrich et al. (2005) ist PSV bei den in Heimen untergebrachten Kindern, die auch als die am schwersten gestörten gelten, nach einem Jahr noch vorhanden, auch wenn sich das Erscheinungsbild der Probleme in vielen Fällen gewandelt hat. Kinder in Pflegefamilien schneiden günstiger ab – PSV ist noch bei 43 % vorhanden. Das Personal von Jugendhilfeeinrichtungen fühlt sich vielfach nicht entsprechend ausgebildet, um mit PSV umzugehen (Hall, 2006; Baker et al., 2001).

## 2 Zur vorliegenden Studie

Bei der im Folgenden berichteten Studie handelt es sich um eine Sekundärauswertung von Daten aus dem sog. EVAS-Verfahren („Evaluationssystem erzieherischer Hilfen“), die zum Zwecke der Qualitätsanalyse und -entwicklung in der Jugendhilfe regelmäßig erhoben und ausgewertet werden.

### 2.1 Das „Evaluationssystem erzieherischer Hilfen“

Seit dem Jahr 1999 wird in der deutschen Kinder- und Jugendhilfe bundesland- und trägerübergreifend das EVAS-Verfahren eingesetzt (vgl. Macsenaere u. Knab, 2004; Macsenaere, 2004). Mit EVAS sollte die oftmals auf wenig reliablen Daten beruhende Dokumentationspraxis der leistungserbringenden Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe durch eine standardisierte sozialpädagogische Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik abgelöst werden. Dabei handelt es sich um



eine Selbstevaluation der pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte in den Jugendhilfeeinrichtungen. Aktuell ist EVAS mit den einzelfallbezogenen Daten aus 25.000 Jugendhilfeverfahren, die von ca. 200 teilnehmenden Einrichtungen und Diensten beigesteuert werden, das bundesweit größte Evaluationsverfahren in der Kinder- und Jugendhilfe (Wiesner, 2003).

Das Verfahren basiert auf einer in der Praxis leistbaren Dokumentation, die zur halbjährlichen Hilfeplanung kompatibel ist. Dementsprechend wird prozessbegleitend bei Hilfebeginn (Aufnahmebogen), in halbjährlichen Intervallen (jeweils Verlaufsbogen) sowie nach dem Ende der Hilfe mit einem Abschlussbogen erhoben. Mit der Ausgangserhebung werden die Klienten zu Beginn der Hilfe differenziert diagnostiziert, in der Verlaufs- und Abschlusserhebung stehen naturgemäß Fragen zur Qualität der pädagogisch-therapeutischen Arbeit (Prozessqualität) sowie zu den damit erreichten Effekten (Ergebnisqualität) im Mittelpunkt. Die Fragebögen können über ein Online-Webportal sowie alternativ auch als Papierversion bearbeitet werden. Die operative Umsetzung des von einer Arbeitsgruppe aus Praxisvertretern und Wissenschaftlern („EVAS-Urheberrechtsgruppe“) entwickelten Verfahrens obliegt dem IKJ („Institut für Kinder- und Jugendhilfe“) in Mainz. Der umfangreiche und durchaus repräsentative Datenfundus des EVAS-Verfahrens kann mittlerweile auch zu Forschungszwecken genutzt werden (vgl. Arnold, 2007).

Im Rahmen von EVAS wird mit Hilfe von speziellen Fragebogenmodulen das gesamte Spektrum der in den §§ 28-35 des achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) beschriebenen erzieherischen Hilfen abgedeckt. In der Praxis kommt EVAS allerdings besonders häufig im Rahmen von (teil-)stationären Hilfeformen zum Einsatz, bei denen Kinder und Jugendliche in einem großen zeitlichen Umfang durch ausgebildetes Personal pädagogisch betreut werden. Dies gilt insbesondere für Hilfen nach § 34 SGB VIII (Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen) sowie nach § 32 SGB VIII (Erziehung in einer Tagesgruppe). Aus diesem Grund wurden für die vorliegende Untersuchung nur Daten aus diesen beiden Betreuungsformen berücksichtigt.

Die Bearbeitung der EVAS-Erhebungsbogen erfolgt grundsätzlich durch die im Einzelfall zuständige pädagogische Fachkraft. So wird z. B. im Aufnahmebogen der Schweregrad von psychosozialen Problemlagen/Symptomen ausschließlich von dieser Person beurteilt. Voraussetzung ist, dass entweder eine Beteiligung im Vorfeld der Hilfe (z. B. Aufnahmegespräch) oder ein engerer Kontakt mit dem jungen Menschen im pädagogischen Alltag (etwa sog. Bezugsbetreuer/-in) vorliegt, damit Einschätzungen möglichst auch auf eigenen Verhaltensbeobachtungen basieren. Die Fachkräfte werden in Schulungen instruiert, nur solche Symptome als vorliegend einzuschätzen, die zum Zeitpunkt des Hilfebeginns auch eindeutig feststehen. Bei der Beurteilung des Schweregrads darf „3 = schwer“ nur vergeben werden, wenn eine diagnostische Abklärung im Hinblick auf eine psychische Störung durch Ärzte oder Psychologen vorgenommen wurde bzw. geplant ist. Zu jedem Problembereich aus der Liste werden den pädagogischen Fachkräften Operationalisierungen mittels



eines Glossars an die Hand gegeben. Im Gegensatz zu den psychosozialen Problemlagen/Symptomen sind Angaben zu Störungen im Aufnahmebogen nur dann zulässig, wenn ein schriftlich dokumentierter Befund eines fachkundigen Arztes oder Psychologen vorliegt.

Für EVAS wurden vom IKJ Mainz auch eine Reihe von Kennzahlen bzw. Indizes entwickelt, die Informationen zu Belastungen und Ressourcen der Kinder und Jugendlichen bündeln (u. a. ein „Symptom-“, „Diagnose-“, „Ressourcen-“ und ein „Defizitindex“). Diese Indizes werden im Folgenden in Zusammenhang mit den entsprechenden Berechnungen und Ergebnissen erläutert.

## 2.2 Problematisches sexuelles Verhalten in EVAS – Fragestellung, Operationalisierung

Da im EVAS-Aufnahmebogen Daten über (1) auffälliges sexuelles Verhalten, (2) sexuelle Störungen und (3) Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung erhoben werden, kann eine Sekundärauswertung Hinweise auf den Umfang geben, in dem die Jugendhilfe in Deutschland mit problematischem sexuellem Verhalten (hier als Sammelbegriff) konfrontiert ist. So soll zunächst die Häufigkeit ermittelt werden, mit der (1) bis (3) in der EVAS-Stichprobe vorkommen.

Im EVAS-Aufnahmebogen werden mit Frage 30 „Interventionsbedürftige psychische/psychosoziale Problemlagen – Symptome“ erfasst. Es wird eine Liste von insgesamt 25 Problemen vorgegeben. Die letzte Möglichkeit „Sonstige“ erlaubt eine freie Angabe einer Problemlage. Bei allen Problembereichen/Symptomen soll auch der Schweregrad eingeschätzt werden (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)<sup>2</sup>. Symptom 14 lautet „Auffälligkeiten im Sexualverhalten“. Für die Kategorie „Auffälligkeiten im Sexualverhalten“, von der wir im Folgenden immer als „sexuelles Symptom“ sprechen, wird im Glossar ein Beispielkatalog vorgegeben (häufiges tägliches Onanieren, Entblößen des Genitalbereichs in der Öffentlichkeit oder häufig wechselnde Partnerkontakte). Bei der Beurteilung von Auffälligkeiten ist der allgemeine Entwicklungsstand des Kindes heranzuziehen, aber auch der Verlauf und Inhalt seiner Sexualerziehung sowie die aktuelle psychosoziale Situation zu berücksichtigen.

Die diagnostizierten psychischen Störungen werden mit Frage 31 ermittelt: „Interventionsbedürftige psychische Störungen – Diagnosen (nach ICD10/DSM IV/MAS)“. Von den 18 vorgegebenen Möglichkeiten ist die letzte wieder eine offene Kategorie

<sup>2</sup> Den Beurteilern werden die folgenden Beschreibungen an die Hand gegeben: *leicht* = Die Symptome und Störungen können von klinischen Laien übersehen werden, weil Häufigkeit und/oder Ausprägung des Problemverhaltens noch relativ begrenzt sind. *mittel* = Das Vorliegen eines Interventionsbedarfs wird auch von Nicht-Experten erkannt, das Problemverhalten ist deutlich, tritt aber noch nicht durchgängig oder in extremer Form auf. *schwer* = Massiv ausgeprägte und ausgedehnte Symptome und/oder Störungen, das Problemverhalten tritt durchgängig – zu jeder Zeit und in jeder Situation – auf.

(„Sonstige“), bei der eine Angabe eingetragen werden kann. Explizit operationalisiert ist auch die im Rahmen von EVAS eingeführte Sammelkategorie „Störungen des Sexualverhaltens“, die im Folgenden auch unter dem Begriff „sexuelle Störungen“ beschrieben wird. Darunter werden Störungen subsumiert, die nach ICD-10 unter F52.-, F64.-, F65.- sowie F66.- einzuordnen wären (vgl. die einführenden Erläuterungen). Die exzessive Masturbation findet sich in der ICD-10 unter F98.8; diese Diagnose ist im Fragebogen nicht vorgegeben und wird daher der, im Kontext der vorliegenden Studie, nicht weiter differenzierbaren Kategorie „Sonstiges“ zugerechnet. Der Zwang zu sexuellen Handlungen ist auch ein Aspekt der Störungen des Sozialverhaltens. Sexuelle Symptome können sich also auch hinter nicht offenkundig mit dem Attribut sexuell versehenen Störungen verbergen.

„Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ werden unter Frage 25 „Polizeilich ermittelte Straftaten“ erhoben. Erfragt werden alle Fälle von „Straftaten“ nach den Bestimmungen der §§ 174 bis 184b StGB und – da auch diese Aspekte für die Hilfeplanung relevant sind – auch solche Fälle, die nicht abschließend polizeilich aufgeklärt werden konnten oder bei denen aus Altersgründen noch keine Strafmündigkeit vorliegt. Dementsprechend kann auch nicht pauschal von „Straftaten“ gesprochen werden. Es handelt sich zutreffender auch um „verbotene Handlungen“, die zumindest bei Kindern unter 14 Jahren nicht mit Strafe bedroht sind. Trotzdem werden wir der Einfachheit halber im Folgenden den Wortlaut aus der Frage beibehalten. Bei der Einschätzung der Sachverhalte sind die pädagogischen Fachkräfte dazu angehalten, neben eigenen Beobachtungen, speziell auch auf das Jugendamt oder andere Behörden als Informationsquelle zurückzugreifen.

Wie wir später zeigen werden, bestehen zwischen (1) bis (3) große Überschneidungen und die meisten Kinder mit problematischem sexuellen Verhalten werden durch Frage 30 identifiziert. Auf der Basis von Frage 30 werden Kinder und Jugendliche für die weitere Auswertung in drei Gruppen eingeteilt: in eine mit auffälligem Sexualverhalten (Gruppe ASV, auch Gruppe mit sexuellem Symptom) und eine Gruppe, die andere Symptome aufweist (klinische Vergleichsgruppe, KASV) und eine dritte Gruppe, bei der keinerlei Symptome beobachtet wurden („Gesunde“). Letztere ist jedoch so klein, dass keine systematischen Vergleiche mit den anderen Gruppen möglich sind. Unsere Annahmen gehen dahin, dass

- die ASV-Gruppe deutlicher belastet ist (Problemlagen/Symptome, Störungen, Defizite) und über weniger Ressourcen verfügt, als die KASV-Gruppe,
- die Kinder und Jugendlichen aus der ASV-Gruppe, bei denen ein körperlicher oder sexueller Missbrauch als Aufnahmegrund registriert ist, besonders belastet sind bzw. weniger Ressourcen haben als solche aus dieser Gruppe, bei denen kein solcher Aufnahmegrund vorliegt,
- missbrauchte Kinder häufiger problematisches sexuelles Verhalten zeigen und
- sich in unserer Studie ähnliche Symptome und Diagnosen bei Kindern mit problematischem sexuellen Verhalten finden wie in den eingangs referierten Studien.

### 2.3 Stichprobe und Datenauswertung

Da das EVAS-Verfahren regelmäßig aufgrund des Anwenderfeedbacks oder aus anderen Überlegungen heraus optimiert wird, haben sich die Erhebungsinstrumente von Zeit zu Zeit verändert. Im Sinne einer möglichst hohen Vergleichbarkeit wurden für die folgende Auswertung daher nur die nach dem 1.1.2004 erhobenen Daten herangezogen. Diese entsprechen dem Stand des letzten Revisionsprozesses. Es konnten Datensätze mit Stichtagen bis zum August 2006 einbezogen werden. In diesem Zeitraum wurden Daten von 5.119 Kindern und Jugendlichen erfasst, von denen 1.173 Hilfen nach § 32 und 3.946 nach § 34 SGB VIII erhielten.

Dem Datenpool liegen die Dokumentationen von 125 Einrichtungen aus zehn Bundesländern zu Grunde. Die meisten Datensätze stammen aus Bayern (28,0 %), wo das EVAS-Verfahren seinen Ursprung nahm, Rheinland-Pfalz (22,7 %), Baden-Württemberg (16,2 %) und Nordrhein-Westfalen (15,9 %). Da die Aufnahmebögen nicht in allen Fällen vollständig bearbeitet wurden, variiert die Stichprobengröße bei den einzelnen Fragen bzw. Hypothesen etwas. Angaben zur jeweils zugrunde liegenden Stichprobe finden sich in den Tabellen bzw. bei der Erläuterung der Ergebnisse. Bei der Auswertung gehen wir in erster Annäherung an das umfangreiche Datenmaterial sowohl deskriptiv als auch mit inferenzstatistischen Methoden vor. Vergleiche von Mittelwerten (T-Test) und Anteilswerten ( $\chi^2$ -Test) werden zwischen der KASV- und ASV-Gruppe vorgenommen.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Die Häufigkeit von Symptomen/Problemlagen und Störungen

Bei den 5.119 Kindern und Jugendlichen der Gesamtstichprobe findet sich in 13,4 % der Fälle ein mindestens leicht ausgeprägtes sexuelles Symptom ( $n = 685$ ). Gliedert man nach Hilfearten, so zeigen bei den Fällen nach § 32 98 (8,4 %) junge Menschen sexuelle Symptome, bei denen nach § 34 SGB VIII 587 (14,9 %). Bei 80,3 % der Gesamtstichprobe findet sich ausschließlich eine andersgeartete, nicht-sexuelle Symptomatik ( $n = 4.110$ ). In einigen wenigen Fällen (4,5 %), bei denen die Anlässe der Hilfen ausschließlich bei den Eltern bzw. im Umfeld zu suchen sind, liegen keine interventionsbedürftigen Symptome vor. Demnach ist der Anteil der Kinder mit einer irgendwie gearteten Symptomatik sehr hoch (93,7 %). Der Anteil von fehlenden Angaben bzw. zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht eindeutig identifizierbaren Symptomatiken beläuft sich auf 1,9 %. In 109 Fällen wird eine Störung des Sexualverhaltens diagnostiziert; dies sind 2,2 % aller Fälle, bei denen die Frage 31 im EVAS-Aufnahmebogen bearbeitet wurde<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Alle gültigen Angaben zu den psychischen Störungen einschließlich der Antwortalternative „unbekannt/mangelnde Information“, die bspw. dann gewählt wird, wenn der diagnostische Prozess zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht abgeschlossen ist.

(n = 5.041) bzw. 19,3 % der Fälle, bei denen bereits sexuelle Symptome festgestellt wurden (n = 5.036). In allen Fällen, in denen eine sexuelle Störung diagnostiziert ist, wurden auch Symptome angegeben.

Insgesamt haben 77 Kinder bzw. Jugendliche eine verbotene Handlung bzw. eine „Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ vollzogen.<sup>4</sup> Meistens werden hierbei gleichzeitig sexuelle Symptome gefunden (67 Fälle, 87,0 %), in vielen Fällen wird auch eine sexuelle Störung (35 Fälle, 45,5 %) diagnostiziert. Die hohe Überschneidung zwischen den Kindern und Jugendlichen, die durch verschiedene Indikatoren für problematisches sexuelles Verhalten identifiziert werden, rechtfertigt die Einteilung von zwei Gruppen nach den in Frage 30 festgestellten Auffälligkeiten im Sexualverhalten. Einige im Folgenden diskutierten Merkmale legen nahe, dass mit einer Störung diagnostizierte (DSSV) oder übergriffige Kinder und Jugendliche (SSSB) besondere Teilgruppen darstellen könnten. Aus statistischen Gründen sollte jedoch eine weitere Aufsplitterung der ASV-Gruppe vermieden werden.

Tabelle 1 enthält einige grundlegende Informationen zur Stichprobe. Insgesamt sind Jungen in den hier berücksichtigten (teil-)stationären Hilfen stärker vertreten. Bei denjenigen mit sexuellen Symptomen ist das Verhältnis jedoch deutlich ausgeglichener. Die Verteilung der Geschlechter verändert sich je nach der Art des sexuellen Problems. Bei den Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierten sexuellen Störungen wendet sich das Geschlechterverhältnis noch stärker als in der Gesamtstichprobe in Richtung des männlichen Geschlechts und noch ausgeprägter bei den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung.

Der Altersdurchschnitt der Stichprobe liegt am Anfang des Jugendalters bzw. der Pubertät. Die Gruppen mit sexuellen Auffälligkeiten sind eher älter als die ohne. Bei 5.067 Kindern liegt eine Information zum Alter vor. 7,8 % sind bis zu 6 Jahre alt, 23,9 % zwischen 7 und 10, 22,7 % zwischen 11 und 13, 39,7 zwischen 14 und 17 und 5,8 bis zu 18 und älter. Mit den Kindern nach § 32 wird eher eine etwas jüngere Gruppe erfasst – der größte Teil der Kinder gehört hier zur Altersgruppe zwischen 7 und 10 Jahren (54,0 %), während der Schwerpunkt bei § 34 auf dem Jugendalter liegt – bei 14 bis 17 Jahren (49,1 %).

In den meisten Fällen besitzen die Kinder und Jugendlichen die deutsche Staatsangehörigkeit. In den Gruppen mit sexuellen Auffälligkeiten liegt der Anteil der deutschen eher noch höher. Das Sorgerecht wird nur in ca. zwei Drittel der Fälle durch zwei leibliche Elternteile ausgeübt. In der Gruppe mit sexuell auffälligem Verhalten ist dieser Anteil besonders niedrig und wird durch das Sorgerecht der Mutter oder eines Vormundes aufgefangen.

Leider werden in EVAS einige interessante Informationen über die Familie – die Höhe des Familieneinkommens und das elterliche Bildungsniveau – nicht erhoben. Zumindest ist jedoch die Art des Familieneinkommens bekannt. Beinahe die Hälfte

---

<sup>4</sup> Nur in 4.660 Fällen liegen Informationen zu „verbotenen Handlungen“ bzw. „Straftaten“ vor.

aller Kinder und Jugendlichen lebt mit ihren Familien in einer Situation, in der der familiäre Unterhalt nicht vollständig durch Arbeitseinkommen gesichert wird.

**Tabelle 1:** Informationen zu den verschiedenen Teilstichproben mit unterschiedlichen sexuellen Verhaltensproblemen

Betrachtete Gruppe <sup>1)</sup>	gesamt	KASV	ASV	DSSV	SSSB
Zahl der Kinder/Jugendlichen <sup>2)</sup>	n = 5119	n = 4110	n = 685	n = 109	N = 77
<b>Geschlecht (in %)</b>					
männlich	64,7	67,4	55,4	81,0	96,0
weiblich	35,3	32,6	44,6	19,0	4,0
<b>Alter (in Jahren)</b>					
Mittelwert	12,81	12,78	13,16	14,47	16,17
Standardabweichung	4,03	3,92	3,81	3,41	1,63
<b>Staatsangehörigkeit (in %)</b>					
deutsch	87,2	87,5	91,3	88,6	88,0
andere/unbekannt	12,8	12,5	8,7	11,4	12,0
<b>Sorgerecht (in %)</b>					
beide leibl. Elternteile	33,4	34,8	29,9	31,2	32,5
leibliche Mutter	39,4	39,3	42,5	36,7	32,5
Vormund	10,7	9,4	12,1	14,7	16,9
andere/unbekannt	16,6	16,5	15,5	17,4	18,2
<b>Art Familieneinkommen (in %)</b> (Mehrfachnennungen möglich)					
Arbeitseinkommen	52,7	54,6	50,2	48,6	63,6
öffentlicher Transfer	31,5	31,4	32,5	26,6	16,9
Versorgungsleistungen	6,6	6,5	7,9	10,1	9,0
privater Transfer	2,9	2,9	3,1	2,8	2,6
entfällt/unbekannt	16,0	14,4	16,9	20,2	18,2

<sup>1)</sup> KASV: alle Kinder und Jugendlichen, die keine Auffälligkeiten im Sexualverhalten, jedoch andersgeartete Probleme bzw. Symptome zeigen; ASV: alle, die Auffälligkeiten im Sexualverhalten und evtl. noch andere Probleme bzw. Symptome zeigen; DSSV: alle, bei denen eine Diagnose zu einer Störung des Sexualverhaltens vorliegt; SSSB: alle, die eine verbotene Handlung bzw. Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung begangen haben.

<sup>2)</sup> Wegen fehlender Informationen variiert die zugrunde liegende Stichprobe bei den einzelnen Gruppen und Variablen.

### 3.2 Begleitende Symptome sowie komorbide Störungen bei Kindern mit sexuellen Symptomen

Bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Symptomen kommen beinahe alle anderen Arten von in der Praxis relevanten Problemlagen bzw. Symptomen<sup>5</sup> signifi-

<sup>5</sup> Für die in EVAS abgefragten, in der Praxis relevanten Problemlagen und Symptome werden wir im Folgenden nur noch den Begriff Symptome verwenden.

kant häufiger vor als bei denjenigen, die nur anders geartete Problemlagen/Symptome aufweisen (vgl. Tab. 2). Die ausgeprägtesten Unterschiede finden sich beim Bindungsverhalten und beim dissozialen Verhalten.

Die häufigsten Symptome in der ASV-Gruppe, die mindestens bei jedem zweiten Kind oder Jugendlichen festgestellt werden, sind – in der folgenden Rangreihe – dissoziales Verhalten, mangelndes/undifferenziertes Bindungsverhalten, aggressives Verhalten, soziale Unsicherheit, Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe und relative Leistungsschwäche in der Schule. Diese Symptome sind auch die häufigsten bei der KASV-Gruppe, wenn auch mit einer jeweils geringeren Häufigkeit. Nur die soziale Unsicherheit findet sich wiederum bei mindestens jedem/jeder Zweiten.

**Tabelle 2:** Anteil der Kinder und Jugendlichen mit (begleitenden) Problemlagen bzw. Symptomen in Gruppen mit und ohne sexuelle Symptome

Problemlagen bzw. Symptome (Angaben in %)	KASV <sup>1)2)</sup> n = 4110	ASV n = 685
Auffälligkeiten im Essverhalten	24,9**	32,7
Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch	17,6**	24,3
Schlafprobleme	15,3**	23,1
Einnässen/Einkoten	11,1**	15,8
Stereotypien/Tics/Zwänge	7,5**	11,4
körperl. Begleitsymptome/psychosomatische Symptome	8,8	10,7
Probleme der motorischen Funktion (funktionell)	12,3**	17,5
Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe	47,6**	53,4
aggressives Verhalten	46,5**	55,7
Delinquenz (mit formalen Sanktionen belegt)	18,4**	24,6
dissoziales Verhalten (z. B. Lügen, Schulschwänzen)	43,3**	61,3
Trennungsprobleme/Unselbständigkeit	21,3**	26,6
mangelndes/undifferenziertes Bindungsverhalten	29,4**	57,5
soziale Unsicherheit	52,4	54,4
Selbstverletzung/-beschädigung	9,9**	19,3
suizidale Handlungen	3,5	6,6
Ängste/Panikattacken (z. B. Tod, Kontrollverlust)	12,4**	16,8
depressive Verstimmungen	23,9 <sup>+</sup>	27,3
relative Leistungsschwäche in der Schule	44,8*	49,0
Schulangst (z. B. massive Prüfungsängste)	6,4**	9,2
Probleme mit Sprache/Sprechen/Artikulation	21,2 <sup>+</sup>	24,1
Lese-/Rechtschreibprobleme	23,9	26,3
Rechenprobleme	15,9*	19,6
Sonstige	8,0	8,6

<sup>1)</sup> Zur Definition der Gruppen vgl. die Angaben in Tab. 1.

<sup>2)</sup> Vergleich der Anteile mit den entsprechenden Symptomen zwischen KASV und ASV,  $\chi^2$ -Test, 2-seitig  
\*\* p  $\leq$  .001, \* p  $\leq$  .05, + p  $\leq$  .10

Bringt man die Symptome bei den beiden Gruppen jeweils in eine Rangreihe und schließt aus den Unterschieden in den Rangplätzen, welche Symptome besonders unterschiedlich charakteristisch sind, so sind wiederum das dissoziale Verhalten und das mangelnde/undifferenzierte Bindungsverhalten in der ASV-Gruppe charakteristischer (Differenz 4 Ränge), aber auch ein Symptom wie Selbstverletzung/-beschädigung (3 Ränge). Weniger wichtig sind vor allem soziale Unsicherheit und Aufmerksamkeitsdefizit/Impulsivität/motorische Unruhe (3 Ränge).

In den EVAS-Fragebogen soll auch das wichtigste Symptom markiert werden. Diese Information wird nur in 62,9 % aller Fälle gegeben; das sexuell auffällige Verhalten gilt nur in 2,8 % der Fälle, in denen eine Information vorliegt, als das wichtigste Symptom. Die Bewertung als wichtigstes Symptom streut breit über die verschiedenen Kategorien – am häufigsten wird das dissoziale Verhalten als wichtigstes Symptom angesehen (in 14,5 % der Fälle). Für die Kinder und Jugendlichen mit einer sexuellen Symptomatik gilt, dass bei 12,3 % das sexuelle Symptom das wichtigste ist.

Auch auf der Ebene der Störungen (vgl. Tab. 3) sind bestimmte Diagnosen signifikant unterschiedlich verteilt zwischen den Gruppen mit und ohne sexuelle Symptome und meist so, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit bestimmten Störungen in der Gruppe mit ASV erhöht ist. Zudem wird in der ASV-Gruppe schon grundsätzlich gesehen deutlich öfter irgendeine Störung diagnostiziert.

Unterschiede wären aufgrund der in der Literatur geschilderten Ergebnisse insbesondere bei den Bindungsstörungen, den Störungen des Sozialverhaltens und ADHS zu erwarten, lassen sich aber nur für die Bindungsstörung und das Sozialverhalten bestätigen. Bei den Bindungsstörungen besteht wohl der markanteste und zahlenmäßig am meisten ins Gewicht fallende Unterschied zwischen den Gruppen. Darüber hinaus leiden Kinder mit sexuellen Symptomen auch signifikant häufiger unter Schlafstörungen und koten bzw. nassen eher ein. Sie verfügen häufiger über ein unterdurchschnittliches Intelligenzniveau und sind eher von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotischen Störungen sowie von Tic-, Zwangs- oder stereotypen Bewegungsstörungen betroffen. Anders als erwartet, ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der ASV-Gruppe zwar absolut gesehen hoch, es bestehen jedoch keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zur KASV-Gruppe. Letzteres gilt auch für die substanzgebundenen Störungen und für die umschriebenen Entwicklungsstörungen.

Beurteilt man wiederum anhand der Unterschiede in den Rangplätzen, welche Störungen für die beiden Gruppen besonders unterschiedlich charakteristisch sind, so sind in der ASV-Gruppe Bindungsstörungen wichtiger (Differenz 3 Rangplätze). Weniger wichtig sind dagegen vor allem substanzgebundene Störungen (4 Rangplätze) und umschriebene Entwicklungsstörungen, aber auch Störungen, die von der Häufigkeit her keine Unterschiede zeigen – die phobischen Störungen/Angststörungen (3 Rangplätze).

Bei der Bewertung der in Tabelle 3 ausgewiesenen Prozentzahlen ist zu beachten, dass zum Zeitpunkt der Erhebung des Aufnahmebogens den Einrichtungen und Diensten häufig noch keine Bescheinigungen von Psychologen oder Medizinern



vorliegen, weswegen dann keine Diagnosen angegeben werden können. Dies betrifft 1.008 Fälle der KASV-Gruppe (24,5 %) und 153 Fälle der ASV-Gruppe (22,4 %). Da Informationen in beiden Gruppen nahezu gleich häufig fehlen, stellt dies wohl keine die Vergleichbarkeit einschränkende Fehlerquelle dar.

**Tabelle 3:** Anteil der Kinder und Jugendlichen mit diagnostizierten Störungen in Gruppen mit und ohne sexuelle Symptome

Störung <sup>3)</sup> (Angaben in %)	KASV <sup>1)2)</sup> n = 3102	ASV n = 531
Keine Störung vorliegend	31,1**	16,9
Phobische Störung/Angststörung (F40/F41)	2,2	2,6
Bindungsstörung (F94.1/F94.2)	7,4**	18,6
Essstörung (F50)	3,4	4,9
Schlafstörung (F51)	1,3**	3,6
Störung des Sozialverhaltens (F91)	24,4**	34,8
Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch (F10.x/F55.x)	5,7	4,9
Einnässen/Einkoten (F98.0/F98.1)	4,6**	9,2
Tic-/Zwangsstörung/stereotype Bewegungsstörung (F95/F42/F98.4)	2,0*	3,6
unterdurchschnittliches Intelligenzniveau (IQ < 85)	9,0**	15,1
umschriebene Entwicklungsstörung (z. B. Sprachstörung) (F80-F83)	14,2	13,9
tief greifende Entwicklungsstörung (z. B. Autismus) (F84)	1,2**	2,6
emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters (F93)	15,6**	21,7
Depressive Störung (F32)	5,5	5,8
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (F90.x)	27,3	26,9
Persönlichkeitsstörung (z. B. Borderline) (F60-F62)	2,3**	5,5
psychotische Störungen, Schizophrenie (F2)	,9**	3,0
Sonstige	12,6**	17,5

<sup>1)</sup> Zur Definition der Gruppen vgl. die Angaben in Tab. 1. Die niedrigeren Gruppengrößen (n) ergeben sich aufgrund noch fehlender Informationen zu den Diagnosen im Aufnahmebogen.

<sup>2)</sup> Vergleich der Anteile mit den entsprechenden Symptomen zwischen KASV und ASV;  $\chi^2$ -Test, 2-seitig  
\*\*  $p \leq .001$ , \*  $p \leq .05$ , +  $p \leq .10$

<sup>3)</sup> Die Diagnosestellung erfolgte in der Regel durch einzelne Fachärzte oder Fachpsychologen.

Im Zusammenhang mit der Frage nach den Störungen soll in EVAS auch die Hauptstörung markiert werden; eine solche Information wird in 71,3 % der Fälle gegeben. Eine Störung des Sexualverhaltens ist nur bei 2,3 % der Fälle, bei denen eine Information vorliegt, die Hauptstörung; in den meisten Fällen ist dies ADHS (26,1 %). Für die Kinder und Jugendlichen mit einer sexuellen Störung gilt, dass bei 39,4 % die sexuelle Störung im Vordergrund steht.

### 3.3 Belastung mit Symptomen und Störungen

Da Kinder und Jugendliche mit sexuellen Problemen oft sehr grundlegende Defizite in ihrer sozialisierenden Umgebung erfahren haben, gehen wir davon aus, dass sie eine ausgeprägtere Belastung aufweisen als andere, die ebenfalls Symptome zeigen, jedoch keine sexuellen. Diese Hypothese bestätigt sich bei Berechnungen mit einer Reihe verschiedener Indikatoren. So liegt die durchschnittliche Zahl der Symptome höher, ebenso wie der üblicherweise in EVAS verwendete Symptomindex<sup>6</sup> (vgl. Tab. 4 (a), (b)).

Nach unserer Erwartung sollten missbrauchte Kinder und Jugendliche mit sexuellen Symptomen eine höhere Belastung aufweisen als nicht missbrauchte. Diese Annahme bestätigt sich jedoch nicht bzw. es gilt sogar das Gegenteil (vgl. Tab. 4 (c), (d)).

**Tabelle 4:** Unterschiede in der Symptombelastung, Störungsbelastung und Gesamtbelastung bei Gruppen mit und ohne sexuelle Symptome

Indikator	Vergleichsgruppen <sup>1)</sup>	n	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwerte T (T-Test)	Varianzen F (Levene)
(a) Anzahl Symptome	KASV	4110	5,26	2,80	17,64**	61,35**
	ASV	685	7,75	3,50		
(b) Symptomindex	KASV	4110	60,27	34,81	17,93**	3,73 <sup>+</sup>
	ASV	685	86,06	35,09		
(c) Anzahl Symptome	ASV und Missbr.	103	7,03	3,46	2,33*	,47
	ASV kein Missbr.	579	7,90	3,49		
(d) Symptomindex	ASV und Missbr.	103	80,04	36,83	1,96*	,85
	ASV kein Missbr.	579	87,37	34,59		
(e) Anzahl Diagnosen	KASV	4055	1,07	1,31	6,49**	92,85**
	ASV	674	1,69	2,43		
(f) Diagnoseindex	KASV	4055	34,15	40,81	6,47**	16,17**
	ASV	674	45,95	44,32		
(g) Gesamtauffälligkeit	KASV	4036	1,86	,65	8,82**	,48
	ASV	679	2,09	,65		
(h) Defizitindex	KASV	4110	46,30	23,20	13,90**	,23
	ASV	685	59,56	22,54		

<sup>1)</sup> Zur Definition der Gruppen vgl. die Angaben in Tab. 1.

\*\*  $p \leq .001$ , \*  $p \leq .05$ , <sup>+</sup>  $p \leq .10$

<sup>6</sup> Bei der Berechnung des Symptomindex für ein Kind werden seine individuellen Symptome zweifach multiplikativ gewichtet – einerseits durch den angegebenen Schweregrad der Symptome (Variation von 1 bis 3), andererseits durch einen globalen Gewichtungsfaktor, der für jedes Symptom vorab von Experten festgelegt wurde (Variation von 1 bis 4). Die Werte bei den einzelnen Symptomen werden dann aufsummiert und dieser Wert wird in den vorgesehenen Bereich transformiert.

Bei Fällen mit ASV werden auch signifikant mehr Störungen diagnostiziert als bei Fällen mit anderen Symptomen. Der Diagnoseindex<sup>7</sup> kommt zum gleichen Ergebnis (vgl. Tab. 4 (e), (f)). In Frage 31 wird von den Beurteilern eine zusammenfassende Einschätzung (Gesamtauffälligkeit) im Hinblick auf die Items 30 und 31 verlangt. Die Beurteilung erfolgt ebenso wie bei den Symptomen mit einem Wert zwischen 0 (kein Symptom/keine Störung) und 3 (schwere Ausprägung). Die Kinder und Jugendlichen mit ASV sind signifikant belasteter als die mit anderen Symptomen (vgl. Tab. 4 (g)).

Für einen übergeordneten Defizitindex (psychische Gesamtbelastung) werden in EVAS die Werte aus dem Symptom-, dem Diagnoseindex und dem Schweregrad der Gesamtauffälligkeit zusammengefasst.<sup>8</sup> Die Kinder und Jugendlichen mit ASV sind signifikant belasteter als solche mit anderen Symptomen (vgl. Tab. 4 (h)).

### 3.4 Ressourcen und Grad der psychosozialen Anpassung

In Frage 28 wurde nach den „Ressourcen/Schutzfaktoren des Kindes/Jugendl.“ gefragt. Die Ressourcen werden auf 10 Skalen eingeschätzt (vgl. Tab. 5). Es können Werte zwischen 1 und 7 vergeben werden; 7 steht für die höchsten Ressourcen.<sup>9</sup> Für die Berechnungen zu den Ressourcen wird der Mittelwert der Skalen gebildet, aber es werden auch die Aussagen der einzelnen Skalen betrachtet. Neben dem Vergleich zwischen Kindern und Jugendlichen mit ASV und solchen mit anderen Symptomen, bei dem sich zeigt, dass erstere über signifikant schlechtere Ressourcen verfügen (vgl. Tab. 6 (a)), bietet sich hier die kleine Gruppe (n = 228) ohne jegliche Symptome oder Störungen als Vergleichsgruppe (keine Symptome/Störungen) an. Diese sind im klinischen Sinne die „gesunden“ Kinder und Jugendlichen in der Jugendhilfe. Sie verfügen über signifikant bessere Ressourcen als die mit ASV (vgl. Tab. 6 (b)) und auch als Kinder und Jugendliche mit anderen Symptomen, worauf wir hier jedoch nicht weiter eingehen. Letztere liegen sozusagen von ihren Ressourcen her zwischen der ASV-Gruppe und der „gesunden“ Gruppe (s. auch Tab. 5).

Betrachtet man die Mittelwerte der „Gesunden“ auf den einzelnen Ressourcen-Skalen, so liegen sie in allen Fällen zwischen 4 und 5, sind also ebenfalls noch unterdurchschnittlich im Sinne der Bezeichnungen der Rating-Skalen. Die Mittelwerte variieren zwischen 4,42 (Selbstkonzept und Selbstsicherheit) und 4,85

<sup>7</sup> Beim Diagnoseindex werden die angegebenen Störungen eines Kindes mit einem globalen Gewicht (Variation von 1 bis 4, nach Expertenurteil) versehen und aufsummiert und dann in den vorgesehenen Wertebereich transformiert.

<sup>8</sup> Dazu werden zunächst noch die Werte aus dem Schweregrad der Gesamtauffälligkeit transformiert (0 = „keine Symptomatik, keine Störungen“ in 0; 1 = „leicht“ in 25; 2 = „mittel“ in 50; und 3 = „schwer“ in 100 Punkte). Aus den Werten des Symptom- und des Diagnoseindex und der transformierten Gesamtauffälligkeit wird der Mittelwert gebildet.

<sup>9</sup> 7 = überdurchschnittlich, 5 = durchschnittlich, 1 = extrem unterdurchschnittlich. Die Beurteiler sollten sich nicht an der „typischen Jugendhilfeklientel“, sondern an der „Norm der Gleichaltrigen in Deutschland“ orientieren.

(körperliche Gesundheit). Die Mittelwerte der ASV-Gruppe variieren zwischen 2,88 (Selbstkonzept und Selbstsicherheit) und 4,24 (körperliche Gesundheit), die der Gruppe mit anderen Symptomen zwischen 3,18 (Überzeugungen und Bewältigungsstrategien) und 4,41 (körperliche Gesundheit). Die Werte für Überzeugungen und Bewältigungsstrategien und Selbstkonzept und Selbstsicherheit liegen bei allen drei Gruppen jeweils nahe zusammen und sind immer die niedrigsten Werte unter den 10 Skalen.

**Tabelle 5:** Unterschiede in den Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne sexuelle Symptome und solchen, die keinerlei Symptome oder Störungen aufweisen

Ressourcen <sup>1)</sup>	KASV <sup>2)3)</sup>	ASV	keine Symp./ Störungen <sup>2)</sup>
	AM	AM	AM
Soziale Integration	3,55	3,21	4,71
Soziale Attraktivität	3,80	3,51	4,83
sozial-kommunikative Kompetenzen	3,54	3,28	4,60
besondere Fähigkeiten/Leistungen	3,94	3,71	4,67
Interessen/Aktivitäten/Freizeitbeschäftigung	3,78	3,58	4,64
Überzeugungen/Bewältigungsstrategien	3,18	2,91	4,46
Selbstkonzept/Selbstsicherheit	3,21	2,88	4,42
Autonomie	3,78	3,53	4,72
Funktion in der Familie/Gruppe	3,55	3,16	4,55
körperliche Gesundheit	4,41	4,24	4,85

<sup>1)</sup> Die Stichproben variieren bei den einzelnen Ressourcenskalen zwischen 4.047 und 3.929 bei KASV, zwischen 658 und 681 bei ASV und zwischen 180 und 194 bei „keine Symptome/Störungen“.

<sup>2)</sup> Alle Mittelwertvergleiche (T-Test) zwischen KASV und ASV und zwischen ASV und „kein Symptom/Störung“ sind hoch signifikant bei einer  $p \leq .000$ .

<sup>3)</sup> Zur Definition der Gruppen vgl. die Angaben in Tab. 1.

In EVAS wird auch eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung abgefragt, die die Aspekte einbeziehen soll, die bereits bei den Ressourcen berücksichtigt wurden. Das Rating orientiert sich an den Skalen in den multiaxialen Klassifikationssystemen MAS und DSM-IV.<sup>10</sup> Für die hier durchgeführten Berechnungen gilt, dass ein Wert von 8 für „eine hervorragende oder gute psychosoziale Anpassung auf allen Gebieten“ steht, ein Wert von 0 für „braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)“. Kinder mit ASV sind psychosozial beträchtlich schlechter angepasst als Kinder und Jugendliche mit anderen Symptomen und als die „Gesunden“ in der Jugendhilfe (vgl. Tab. 6 (c), (d)).

<sup>10</sup> Die Skala umfasst 8 Werte, wobei im Fragebogen 0 für die beste Anpassung und 8 für die schlechteste steht. Eine Beurteilung entfällt in manchen Fällen, z. B. bei Kleinkindern.

Die Einschätzung der Ressourcen und der psychosozialen Anpassung wird wiederum in einem Ressourcenindex zusammengefasst.<sup>11</sup> Auch hier schneiden die Kinder und Jugendlichen mit ASV signifikant schlechter ab als die mit anderen Symptomen und als die „Gesunden“ (vgl. Tab 6 (e), (f)).

**Tabelle 6:** Unterschiede in der psychosozialen Anpassung und in den Ressourcen bei Gruppen mit und ohne sexuelle Symptome

Indikator	Vergleichsgruppen	n	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwerte T (T-Test)	Varianzen F (Levene)
(a) Ressourcen	KASV	4087	3,68	,85	7,67**	,15
	ASV	684	3,40	,86		
(b) Ressourcen	ASV	684	3,40	,86	23,00**	33,73**
	keine Sympt./ Stör.	206	4,67	,64		
(c) Psychosoz. Anpassung	KASV	3996	4,48	1,56	10,24**	10,10**
	ASV	676	3,74	1,76		
(d) Psychosoz. Anpassung	ASV	676	3,74	1,76	28,24**	47,06**
	keine Sympt./ Stör.	179	6,72	1,08		
(e) Ressourcenindex	KASV	4093	42,55	24,03	9,32**	,02
	ASV	684	33,30	24,02		
(f) Ressourcenindex	ASV	684	33,30	24,02	25,35**	22,45**
	keine Sympt./ Stör.	208	73,50	18,65		

<sup>11</sup> Zur Definition der Gruppen vgl. die Angaben in Tab. 1.

\*\*  $p \leq .001$ , \*  $p \leq .05$ , +  $p \leq .10$

### 3.5 Aufnahmearlässe

Unter der Vielzahl der kind- bzw. eltern- und umweltbezogenen Aufnahmearlässe, die in EVAS abgefragt werden, haben wir uns besonders für den sexuellen Missbrauch interessiert. Verschiedene Formen des Missbrauchs, vor allem aber der sexuelle gelten als wesentliche Einflussfaktoren auf die Entstehung von problematischem sexuellen Verhalten. Leider sind körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch in EVAS nicht zu trennen, da sie in einem Item unter den „Vorwiegenden Aufnahmearlässen“ erfasst werden (Frage 24, max. 4 Nennungen möglich). In dieser Stichprobe ist von 377 (7,4 %,  $n = 5.095$ ) Kindern und Jugendlichen bekannt,

<sup>11</sup> Hierfür werden sowohl die Werte auf den 10 Ressourcen/Schutzfaktoren-Skalen als auch die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung auf Werte zwischen 0 und 100 umkodiert, wobei 100 jeweils den positiven Endpunkt der Skala darstellt. Zunächst wird der Mittelwert aus den Ressourcen/Schutzfaktorenskalen gebildet und dann wiederum der Mittelwert daraus und der psychosozialen Anpassung.

dass sie eine entsprechende Erfahrung gemacht haben. Werden nur die Fälle verglichen, bei denen sowohl bezüglich der Missbrauchsproblematik als auch bezüglich der sexuellen Symptomatik Informationen vorliegen ( $n = 4.780$ ), so fällt zunächst auf, dass der Anteil derjenigen mit sexuellen Symptomen bei den missbrauchten Kindern und Jugendlichen etwas mehr als doppelt so hoch ist (29,3 %) wie bei den nicht missbrauchten (13,1 %) ( $\chi^2 = 69.84$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ). Von den missbrauchten Kindern und Jugendlichen weisen 12,4 % eine Störung auf, von den nicht missbrauchten nur 3,7 % ( $n = 2573$ ) ( $\chi^2 = 25.91$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ). Auch Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung finden sich bei den missbrauchten Kindern und Jugendlichen wesentlich häufiger (27,3 %) als bei denen ohne Missbrauchserfahrung als Aufnahmeanlass (6,6 %;  $n = 1013$ ;  $\chi^2 = 25.91$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ).

### 3.6 Bisherige Jugendhilfemaßnahmen

Kinder und Jugendliche mit sexuellen Symptomen haben häufiger als solche mit anderen Symptomen betreuungsintensive Maßnahmen durchlaufen, bevor sie in die in EVAS dokumentierte Maßnahme aufgenommen werden. Es handelt sich um Jugendhilfemaßnahmen nach § 32 (Tagesgruppe), 33 (Vollzeitpflege/Pflegefamilie) oder 34 (Heimerziehung/vollbetreute Gruppe) oder um stationäre Behandlung in der Psychiatrie (vgl. Tab. 7, folgende Seite). Rangreihen der Häufigkeiten der durchlaufenen Maßnahmen fallen relativ ähnlich aus; nur Vollzeitpflege/Pflegefamilie steht an höherer Stelle bei den Probanden mit sexuellen Symptomen (Differenz 3 Ränge), während dies Erziehungsbeistandschaft/Betreuungshelfer bei den Probanden mit anderen Symptomen sind (3 Ränge).

Der in EVAS berechnete Jugendhilfekarriere-Index<sup>12</sup>, in den die Hilfen vor der Aufnahme in die aktuell dokumentierte Maßnahme eingehen, zeigt einen signifikant höheren Wert für Kinder mit sexuellen Symptomen (ASV: AM = 8,09, SD = 4,96) im Vergleich zu Kindern mit anderen Symptomen (KASV: AM = 6,96, SD = 4,57) ( $T = 5,180$ ,  $df = 790,812$ ,  $p < .001$ ).

## 4 Diskussion

Eine Sekundärauswertung von Daten, die im Rahmen von EVAS, einem fragebogen-gestützten Verfahren zur Qualitätsentwicklung in der Jugendhilfe, gewonnen wurden, erlaubt in Deutschland erstmalig eine Einschätzung, in wie weit das Fachpersonal in der Jugendhilfe mit sexuellen Verhaltensproblemen konfrontiert ist. Vorteile dieses Datensatzes liegen darin, dass er in einer großen Zahl von Einrichtungen

<sup>12</sup> Für den Jugendhilfekarriere-Index werden die verschiedenen Hilfearten nach ihrer Schwere mit einem Wert von 1 bis 5 gewichtet. Der Wert für ein Kind oder einen Jugendlichen ergibt sich als Summe aus den Werten der verschiedenen, bisher in Anspruch genommenen Hilfearten.

in verschiedenen Bundesländern gewonnen wurde, eine große Zahl von Kindern umfasst und dass das Augenmerk nicht auf die sexuelle Problematik konzentriert ist. Dies führt wahrscheinlich eher zu einer Unterschätzung der Problematik im Vergleich mit kleineren Studien mit explizit sexualthematischem Schwerpunkt, bei denen Daten oft von Fachpersonal erhoben werden, das dafür besonders sensibilisiert ist (vgl. dazu Heiman et al., 1998). Gleichzeitig liegen auch unmittelbar die Daten von Kindern und Jugendlichen mit anderen Verhaltensproblemen vor, die eine klinische Vergleichsgruppe (KASV-Gruppe) bilden bzw. von Kindern und Jugendlichen ohne psychische Symptome bzw. Störungen („gesunde“ Gruppe).

**Tabelle 7:** Die Verteilung der Jugendhilfemaßnahmen vor der Aufnahme in die hier erfasste Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne sexuelle Symptome

Bisherige Jugendhilfemaßnahmen (Angaben in %)	KASV <sup>1)2)</sup> n = 3389	ASV n = 601
Unbekannt, mangelnde Information	4,1 <sup>+</sup>	2,5
Hort (§ 22 SGB VIII)	9,5	10,5
Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII)	14,2	14,6
Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII)	1,7	2,0
Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§ 30 SGB VIII)	11,5	9,8
Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)	24,6	23,0
Erziehung in Tagesgruppe (auch HPT; § 32 SGB VIII)	17,6 <sup>*</sup>	22,0
Tages-/Kurzzeitpflege (§ 23 SGB VIII)	2,4	1,8
Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII)	14,5	16,1
Vollzeitpflege/Pflegefamilie (§ 33 SGB VIII)	11,2 <sup>**</sup>	15,6
Heimerziehung/vollbetreute Gruppe (§ 34 SGB VIII)	29,7 <sup>**</sup>	38,6
Sonstige (teil-)betreute Wohnformen (§ 34 SGB VIII)	3,0	2,5
Intensive soz.päd. Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII)	3,4	3,2
Psychiatrie (stationär)	27,3 <sup>**</sup>	33,8
Mutter/ Vater-Kind-Einrichtungen (§ 19 SGB VIII)	1,5	0,8
Sonstige	11,5	13,1

<sup>1)</sup> Zur Definition der Gruppen vgl. die Angaben in Tab. 1.

<sup>2)</sup> Vergleich der Anteile mit den entsprechenden Symptomen zwischen KASV und ASV;  $\chi^2$ -Test, 2-seitig

\*\*  $p \leq .001$ , \*  $p \leq .05$ , +  $p \leq .10$

#### 4.1 Operationalisierung des Untersuchungsgegenstandes und Datengüte

Ein Nachteil der Daten aus EVAS ist, dass die im Aufnahmebogen abgefragten Kategorien „Auffälligkeiten im sexuellen Verhalten“ und „sexuelle Störungen“ jeweils recht heterogene Verhaltensweisen bzw. Störungsbilder zusammenfassen, die in der vorliegenden Analyse nicht mehr getrennt werden können. Den Begriff des „sexuellen Symptoms“ haben wir als Kürzel verwendet für die Problemlage/das Symptom „Auffälligkeiten sexuellen Verhaltens“. Vom ausfüllenden Personal in den Einrich-



tungen wurde hier sicher auch Verhalten subsumiert, das in psychiatrischen Klassifikationssystemen (zumindest für Kinder) nicht als Symptom für Störungen firmiert. Während in der Regel in Studien die gemessenen Variablen auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes operationalisiert werden, ist dies bei unserer Sekundäranalyse nicht möglich. Die Daten wurden hauptsächlich zum Zweck der Qualitätssicherung und mit einem Instrument erhoben, das über längere Zeit stabil sein sollte, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Der eingangs referierte Forschungsstand liefert jedoch Hypothesen und Vergleichsdaten für die hier durchgeführte Analyse. Möglich wäre es sicherlich, bei einer Revision der Erhebungsinstrumente, das auffällige sexuelle Verhalten im EVAS-Glossar zukünftig etwas anders aufzuschlüsseln.

Die Qualität der aus dem EVAS-Verfahren zur Verfügung gestellten diagnostischen Daten konnte keiner eigenständigen Prüfung unterzogen werden. So war es bspw. nicht möglich, die Diagnosen durch Hinzuziehung mehrerer Fachärzte oder -psychologen systematisch zu validieren. Dabei soll nicht ausgeschlossen werden, dass im Einzelfall sehr wohl mehrere diagnostische Gutachten eingeholt wurden. Eine zuverlässige diagnostische Abklärung im Vorfeld der Hilfe liegt im fachlichen Interesse der Einrichtungen und Dienste. Auch im Hinblick auf die Einschätzungen der pädagogischen Fachkräfte zu Art und Ausprägung bestimmter Symptome ist es nicht unüblich, deren Zuverlässigkeit im Rahmen von Teamdiskussionen oder anderen Formen des fachlichen Austauschs zu verbessern.

Schnicker et al. (2001) konnten belegen, dass EVAS im Bereich der Defizit- und Ressourcendiagnostik eine respektable Beurteilerübereinstimmung von 80,2 % erreicht, im Bereich der leichter objektivierbaren Daten zu Straftaten oder Verurteilungen sogar bis zu 94,8 %. Der notwendige, für das pädagogische Arbeitsfeld ungewöhnlich hohe Standardisierungsgrad wird durch ein detailliertes Glossar mit den notwendigen Operationalisierungen und Handlungsanweisungen sowie durch eine begleitende Qualifikation bzw. Weiterbildung der beteiligten pädagogischen Fachkräfte erreicht.

Die Problematik der sexuellen Auffälligkeit wird ebenso wie andere Assessmentbereiche in EVAS wahrscheinlich eher unterschätzt, da das Verfahren eine konservative Beurteilungsstrategie verfolgt, die im Zweifelsfall eher vom Nicht-Zutreffen eines Merkmals ausgeht bzw. die Wahl eines niedrigeren Schweregrads nahe legt. Für Vergleiche innerhalb des Verfahrens ist dies wohl relativ unkritisch.

## 4.2 Häufigkeit von problematischem sexuellen Verhalten

In den Hilfen nach § 34 muss nach den vorliegenden Ergebnissen mit einer höheren Zahl sexuell auffälliger Kinder und Jugendlicher gerechnet werden als in denen nach § 32 – es handelt sich um 14,9 % in der Heimerziehung bzw. vollbetreuten Gruppen gegenüber 8,4 % in (heilpädagogischen) Tagesgruppen. Die sexuelle Symptomatik geht möglicherweise häufiger mit besonders prekären Lebenssituationen in den Herkunftsfamilien einher, so dass Kinder aus ihrer Familie genommen werden müssen. Darauf deuten verschiedene Ergebnisse hin: Kinder und Jugendliche mit

sexuellen Auffälligkeiten stammen häufiger als die der klinischen Vergleichsgruppe aus Familien mit einer ungesicherten finanziellen Situation, in der der Lebensunterhalt nicht durch Arbeitseinkommen, sondern durch Transferleistungen verschiedener Art gedeckt wird. Auch liegt das Sorgerecht häufiger nicht bei beiden leiblichen Elternteilen, sondern nur bei der Mutter oder bei einem Vormund. Sexueller Kindesmissbrauch und körperliche Misshandlung häufen sich als Aufnahmeanlässe bei diesen Kindern und Jugendlichen.

Zur niedrigeren Zahl sexuell auffälliger Kinder und Jugendlicher in den Tagesgruppen kann auch das Alter beitragen. Diejenigen, die Hilfen nach § 32 erhalten, sind im Durchschnitt jünger als die in Hilfen nach § 34. Bei jüngeren Personen ist die sexuelle Problematik möglicherweise noch nicht so ausgeprägt bzw. wird noch nicht so sehr als Problem wahrgenommen. Wie eingangs erwähnt, wird gerade in der nordamerikanischen Literatur im Zusammenhang mit der sexuellen Übergriffigkeit teilweise eine Unterbewertung bei jungen Personen beklagt.

Ungefähr jedes siebte Kind (13,4 %) in einer teil- oder stationären Erziehungshilfe zeigt eine sexuelle Symptomatik. Dieser Wert liegt in dem Bereich, der in einer US-amerikanischen Studie für nicht therapeutisch ausgerichtete Jugendhilfeeinrichtungen genannt wird. Wie häufig die sexuelle Symptomatik die wichtigste ist, kann nur teilweise festgestellt werden, da in vielen Fällen keine entsprechende Beurteilung abgegeben wird. Nach den vorliegenden Informationen ist die sexuelle Symptomatik bei ca. jedem achten Kind oder Jugendlichen die wichtigste.

Zwischen den Probanden mit einer sexuellen Auffälligkeit und denen mit einer sexuellen Störung besteht eine vollständige Überschneidung; alle bei denen eine Störung diagnostiziert wurde, weisen auch auffälliges sexuelles Verhalten auf. Da bei den sexuellen Störungen nur die Kategorien F52 (nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen) und F64 bis F66 (Störungen der sexuellen Identität, der Sexualpräferenz und der sexuellen Entwicklung und Orientierung) abgefragt werden, besteht die Möglichkeit, dass noch mehr Kinder und Jugendliche mit sexuellen Auffälligkeiten wegen dieses Verhaltens auch eine Diagnose aufweisen, die aber dann entweder unter „Sonstiges“ oder unter die „Störung des Sozialverhaltens“ subsumiert worden wäre.

#### 4.3 Art und Grad der Belastung mit Symptomen und Störungen

Interventionsbedürftige psychische und psychosoziale Problemlagen sind sehr häufig in der hier berücksichtigten Jugendhilfeklientel. Sie finden sich bei ca. 94 % der Kinder und Jugendlichen; meist liegen sogar mehrere Problemlagen vor. Bei ca. 71 % wird auch eine psychische Störung diagnostiziert. Schmid (2007) ermittelt für Heime in Baden-Württemberg eine Prävalenzrate von ca. 60 %. Möglicherweise wird in EVAS die Prävalenz überschätzt, weil bei einer Reihe von Kindern noch eine Information zu Diagnosen fehlt.

Wir konnten auch untersuchen, welche Symptome besonders charakteristisch im Zusammenhang mit sexuellen Auffälligkeiten sind. Der größte Teil der abgefragten

Symptome kommt in der Gruppe der sexuell auffälligen Kinder und Jugendlichen häufiger vor als in der klinischen Vergleichsgruppe. Im Vergleich mit der klinischen Gruppe sind Symptome in Bezug auf das Bindungsverhalten und das dissoziale Verhalten bei sexuell auffälligen jungen Menschen signifikant bedeutsamer. Dies entspricht Befunden von Pithers et al. (1998b) und Burk und Burkhart (2003).

Bei den sexuell auffälligen jungen Menschen findet sich von vornherein ein größerer Anteil mit diagnostizierten Störungen. Die Unterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Symptomen und solchen, bei denen sich ausschließlich andere Symptome finden, setzen sich in ähnlicher Weise bei den tatsächlich diagnostizierten Störungen fort. Dort, wo sich Unterschiede finden, deuten sie immer auf eine stärkere Häufung von Störungen bei den Kindern mit sexuellen Auffälligkeiten hin. Besonders bedeutsam ist die Bindungsstörung.

Einige der in der ASV-Gruppe verstärkt vorliegenden Symptome und Störungen werden in der Literatur auch als kurz- und langfristige Folgen sexuellen Missbrauchs hervorgehoben (vgl. Lehmkuhl, 2006; Friedrich et al., 2003). Leider lassen sich in EVAS verschiedene Formen des Missbrauchs als Aufnahmegründe nicht trennen. Aber auch in der vorliegenden Analyse sind sexuelle Symptome bei den missbrauchten Kindern und Jugendlichen doppelt so häufig wie bei den anderen. Andererseits gilt, dass 85 % derjenigen mit sexuellen Symptomen wahrscheinlich keinen Missbrauch erfahren haben. Möglicherweise wird die Bedeutung des Missbrauchs jedoch unterschätzt, weil ja nicht gefragt wurde, ob die Probanden überhaupt diese Erfahrung gemacht haben; es geht lediglich um den Aufnahm Anlass und dabei auch nur um vier mögliche Gründe.

Aus der Spezifität von Symptomen und Störungen für unterschiedliche Gruppen von Kindern und Jugendlichen können sich Hinweise sowohl für die Modellierung von Krankheitsursachen und -verläufen als auch für die Prioritätensetzung bei therapeutischen und pädagogischen Interventionen ergeben (vgl. z. B. Burk u. Burkhart, 2003; Pithers et al., 1998b).

Kinder und Jugendliche mit sexuellen Symptomen bilden in der Jugendhilfe eine besonders mit Symptomen und Störungen belastete Gruppe, die deutlicher belastet ist als Kinder und Jugendliche mit anderen Auffälligkeiten. Eine Reihe von Indikatoren weist eine signifikant höhere Belastung der ASV-Gruppe im Vergleich mit der KASV-Gruppe aus. Im Mittel werden bei Kindern mit sexuellen Symptomen in dieser Studie etwas weniger diagnostizierte Störungen angegeben als bei Pithers et al. (1998b; 1,69 zu 2,09), wobei sich dies natürlich auch aus der unterschiedlichen Erhebungsgrundlage ergeben könnte (Diagnosen nach DSM-IV zu in Anlehnung an die ICD-10 formulierten Kategorien).

#### 4.4 Ressourcen und psychosoziale Anpassung

Die kindlichen Ressourcen und Schutzfaktoren werden in EVAS auf 10 Skalen eingeschätzt, wobei die Rater dabei die Norm der Gleichaltrigen in Deutschland als Vergleichsmaßstab heranziehen sollen. Die Gruppe mit den sexuellen Auffäl-

igkeiten verfügt auf allen 10 Skalen über signifikant niedrigere Ressourcen als die klinische Vergleichsgruppe und diese liegt wiederum signifikant unterhalb einer kleinen Gruppe von Kindern und Jugendlichen, in deren Aufnahmebogen keinerlei Symptome oder Störungen vermerkt sind und die hier als die „gesunden“ Kinder und Jugendlichen bezeichnet werden. Bemerkenswert ist jedoch, dass alle Gruppen im Mittel auf allen Skalen noch unter dem Mittelwert der Skala angesiedelt sind, der als durchschnittlich bezeichnet ist und bei 5 liegt.

Eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, bei der die Beurteiler sich wiederum an den 10 Skalen orientieren sollen, zeigt wiederum signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen – die „gesunden“ Kinder und Jugendlichen sind besser angepasst als die Kinder mit nicht-sexuellen Symptomen und diese wiederum besser als die mit sexuellen Symptomen. Alle drei Gruppen haben ihre größten Ressourcen im Bereich der körperlichen Gesundheit und ihre niedrigsten bei Selbstkonzept/Selbstsicherheit und Überzeugungen/Bewältigungsstrategien.

#### 4.5 Bisherige Jugendhilfemaßnahmen

Die Kinder und Jugendlichen mit sexuellen Symptomen haben bereits zu einem höheren Anteil betreuungsintensive Erziehungshilfen (Heimerziehung/vollbetreute Gruppe, Psychiatrie/stationär, Erziehung in einer Tagesgruppe und Vollzeitpflege/Pflegefamilie) durchlaufen als die Kinder und Jugendlichen mit anderen Symptomen.

Besonders die Vollzeitpflege/Pflegefamilie nimmt bei den ASV-Kindern und Jugendlichen einen höheren Stellenwert ein. Dies spricht evtl. dafür, dass hier mehr Betreuungsverhältnisse abgebrochen wurden, weil die Kinder eine besondere Herausforderung darstellen. In den amerikanischen Jugendhilfestudien wird problematisches sexuelles Verhalten als eine bedeutsame Bedrohung für Pflegeverhältnisse angesehen. Der wiederkehrende Wechsel der Betreuungsverhältnisse wiegt bei diesen Klienten der Jugendhilfe besonders schwer, wenn man bedenkt, wie viele unter ihnen von einer Bindungsstörung (Burk u. Burkhart, 2003) betroffen sind. Aus der Sicht der Bindungstheorie wäre es für sie therapeutisch notwendig, stabile und feinfühligke Beziehungen über einen langen Zeitraum zu machen.

#### 4.6 Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse weisen die Kinder und Jugendlichen mit sexuellen Symptomen in (teil-)stationären Erziehungshilfen als eine besonders belastete Gruppe aus. Am bedeutsamsten sind Bindungsprobleme und dissoziale Verhaltensweisen. Leider verfügen diese Kinder und Jugendlichen auch über wenige Ressourcen und eine schlechte psychosoziale Anpassung und blicken auf vergleichsweise ausgedehnte Jugendhilfekarrieren zurück. Als Klienten stellen sie das Fachpersonal der Jugendhilfe vermutlich vor große Herausforderungen, die in der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden sollten.

## Literatur

- Arnold, J. (2007). Effekte von erzieherischen Hilfen – Ausgewählte Befunde aus EVAS. In T. Hermesen, M. Macsenaere (Hrsg.), *Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendhilfe* (S. 189-212, Bd. 2). St.Otilien: EOS-Verlag.
- Baker, A. J. L., Schneiderman, M., Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of youth in the New York City child welfare system: Estimates of problem, impact on services, and need for training. *J. of Child Sexual Abuse*, 10, 67-80.
- Barabas, F. K. (2006). *Sexualität und Recht. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter, Pädagoginnen, Juristen, Jugendliche und Eltern* (2. überarb. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Baumgart, J., Pollok, C., Scholten, H. (2006). *Sexualpädagogik in einer Gruppe für sexuell grenzüberschreitende Jungen – Am Beispiel der Otmar-Alt-Gruppe im Raphaelshaus. Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 5, 161-167.
- Burk, L., Burkhart, B. R. (2003). Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance. Developmental experience and the motivation for sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 487-511.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L., Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34, 1033-1042.
- Deegener, G. (1999). Sexuell aggressive Kinder und Jugendliche – Häufigkeiten und Ursachen, Diagnostik und Therapie. In S. Höfling, D. Drewes, I. Eppe-Waigel (Hrsg.), *Auftrag Prävention. Offensive gegen sexuellen Kindesmissbrauch* (S. 352-382). Sonderausgabe Politische Studien. Hanns Seidel Stiftung.
- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. (1994). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Elz, J. (2004). Sexuell deviante junge Menschen – zum Forschungsstand. In IKK-Nachrichten, 1-2: Sexualisierte Gewalt durch Minderjährige (S. 2-6). [<http://www.dji.de/ikk>: 28.1.07].
- Friedrich, W.N. (2003). Studies of sexuality of nonabused children. In J. Bancroft (Hrsg.), *Sexual Development in Childhood* (S. 107-120). Bloomington, Indiana.
- Friedrich, W. N., Baker, A., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L., Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sexual Abuse: A J. of Research and Treatment*, 17, 391-406.
- Friedrich, W. N., Davies, H., Feher, E., Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. Developmental, ecological, and behavioral correlates. In R. A. Prentky, E. S. Janus, M. C. Seto (Hrsg.), *Sexually coercive behavior: Understanding and management*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 95-104.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A., Wright, J. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6, 37-49.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., Beilke, R.L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456-464.
- Gil, E., Johnson, T. C. (1993). *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*. Rockville, MD: Lauch Press.
- Hall, D. K., Mathews, F., Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26, 289-312.

- Hall, D., Mathews, F. (with Pearce, J., Sarlo-McGarvey, N., Gavin, D.) (1996). The development of sexual behaviour problems in children and youth. Summary Report. Toronto.
- Hall, S. (2006). Children with harmful sexual behaviors – What promotes good practice? A study of one social services department. *Child Abuse Review*, 15, 273-284.
- Heiman, M. L., Leiblum, S., Esquilin, S. C., Palitto, L. M. (1998). A comparative study of beliefs about “normal” childhood sexual behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 22, 289-304.
- Jonson-Reid, M., Way, I. (2001). Adolescent sexual offenders: Incidence of childhood maltreatment, serious emotional disturbance, and prior offenses. *Am. J. of Orthopsychiatry*, 71, 120-130.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., Finkelhor, D. (1998). Die Folgen von sexuellem Missbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In G. Amann, R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (2. Aufl., S. 151-186). Tübingen.
- Långström, N., Grann, M., Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 343-350.
- Larsson, I. (2001). Sexual abuse of children. Child sexuality and sexual behaviour (Expert report). Socialstyrelsen, The National Board of Health and Welfare.
- Lehmkuhl, G. (2006). Sexueller Missbrauch im Kindesalter. *Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 5, 55-73.
- Machlitt, K. (2004). Perspektiven der Behandlung sexuell grenzverletzender Jugendlicher – Überlegungen zu einem integrativen Behandlungskonzept. *IKK-Nachrichten*, 1-2: Sexualisierte Gewalt durch Minderjährige (S. 11-17), [<http://www.dji.de/ikk>: 28.1.07].
- Macsenaere, M. (2004). EVAS – Mit dokumentierter Diagnostik zur Qualitätsentwicklung. In M. Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch* (S. 153-164). Gelsenkirchen: Verlag Soziale Theorie und Praxis.
- Macsenaere, M., Knab, E. (Hrsg.) (2004). *Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS) – Eine Einführung*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Meyer-Deters, W. (2003). Minderjährige sexuelle Missbraucher – Eine Herausforderung für die Jugendhilfe. In G. Braun, M. Hasebrink, M. Huxoll (Hrsg.), *Pädosexualität ist Gewalt. (Wie) Kann die Jugendhilfe schützen?* (S. 79-102). Weinheim: Beltz.
- Miner, M. H., Munns, R. (2005). Isolation and normlessness: Attitudinal comparisons of adolescent sex offenders, juvenile offenders, and nondelinquents. *Int. J. of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 491-504.
- Nowara, S., Pierschke, R. (o.J.). Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Erzieherische Hilfen für jugendliche Sexual(straf)täter“. Institut für Rechtspsychologie, Waltrop. [<http://www.callnrw.de/broschuerenservice/download/1161/Erzieherische-Hilfen.pdf>: 16.2.07]
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. (1998a): Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 2, 129-141.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. (1998b): Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3, 384-406.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV* (5. Aufl.). Bern: Huber.

- Ryan, G., Blum, J. (1993). Understanding and responding to the sexual behaviors of children: A primary prevention project, revised curriculum. Denver: Kempe Children's Center.
- Ryan, G., Miyoshi, T. J., Metzner, J. L., Krugman, R. D., Fryer, G. E. (1996). Trends in a national sample of sexually abusive youths. *J. A. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 17-25.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, M. (Hrsg.) (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevision- (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Schnicker, K., Gamer, M., Macsenaere, M. (2001). EVAS-Auswertung: Objektivitätsrating Aufnahmebogen. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.
- Schuhrke, B. (2004). Sexuelle Entwicklung im Kindes- und Jugendalter: Normalität und Störung. In W. Körner, A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch*. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte (S. 169-191). Göttingen: Hogrefe.
- Schuhrke, B. (2005). Sexuelles Verhalten von Kindern – zwischen Normalität und Abweichung. In B. Burian-Langegger (Hrsg.), *Doktorspiele. Die Sexualität des Kindes* (S. 34-62). Wien: Picus.
- Shaw, J. A., Lewis, J. E., Loeb, A., Rosado, J., Rodriguez R. A. (2000). Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1591-1600.
- Shaw, J. A., the Work Group on Quality Issues (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *J. A. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 12, Supplement.
- Steinhausen, H.-C. (2002). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (5. überarb. Aufl.). München.
- Wiesner, R. (2003). Der Kostendruck frisst die Qualität auf. *Neue Caritas*, 104, 10-15.

### **Korrespondenzanschriften:**

Prof. Dr. Bettina Schuhrke, Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt; E-Mail: schuhrke@efh-darmstadt.de  
Dipl.-Psych. Jens Arnold, Institut für Kinder- und Jugendhilfe, Saarstr. 1, 55122 Mainz; E-Mail: arnold@ikj-mainz.de

*Bettina Schuhrke*, Evangelische Fachhochschule Darmstadt; *Jens Arnold*, Institut für Kinder- und Jugendhilfe, Mainz.