



Klinik für Forensische Psychiatrie
Zentrum für Kinder- und Jugendforensik

Abschlussbericht zum Modellversuch
für das Bundesamt für Justiz

Wirksamkeit des standardisierten Therapieprogramms für Jugendliche mit Sexualdelikten (ThePaS)

**Marcel Aebi, Chiara Krause, Leonardo Vertone & Cornelia Bessler
(Gesamtleitung)**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Forensische Psychiatrie
Zentrum für Kinder- und Jugendforensik
Neptunstrasse 60 / 8032 Zürich
Tel. 043 556 40 40 / Fax 043 556 40 41
E-Mail: info.kjforensik@puk.zh.ch

31.01.2020

Eckdaten des Projekts

Projektstart: 01.04.2011

Beginn der Rekrutierung: 01.10.2011

Ende der Rekrutierung: 30.09.2017

Projektende: 30.09.2019

Schlussbericht: 15.10.2019

Projektleitung

Dr. med. Cornelia Bessler

Gesamtversuchsleitung und Versuchsverantwortlicher Zürich: lic. phil Leonardo Vertone

Versuchsverantwortliche Luzern: lic. phil. Daniela Imbach (Kooperation mit IFP Zentralschweiz)

Versuchsverantwortliche Basel-Stadt: Dr. med. Madleina Manetsch (Kooperation mit UPK Basel)

Evaluationsleitung

PD Dr. phil. Marcel Aebi

Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen:

Mag. rer. nat Gunnar Vogt (2011-2014)

Dr. phil. Steffen Barra (2014-2017)

M. Sc. Chiara Krause (ab 2017)

Supervision

Prof. Dr. Jérôme Endrass (Amt für Justizvollzug)

Dr. iur. Nicole Holderegger (Oberjugendanwaltschaft des Kantons Zürich)

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	9
2.	Theoretischer Hintergrund.....	10
2.1.	Sexuelle Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen	10
2.2.	Jugendliche mit sexualisiertem, grenzverletzendem Verhalten	10
2.3.	Sexualstraftaten im Schweizerischen Strafgesetzbuch/Übersicht über die Grundsätze des Schweizerischen Jugendstrafgesetzes	11
2.4.	Häufigkeiten von Sexualstraftaten Minderjähriger und deren Verlauf in den letzten beiden Jahrzehnten.....	12
2.5.	Jugendliche, die ein Sexualdelikt verübt haben	14
2.6.	Gesellschaftspolitische Auswirkungen der Straftaten	14
2.7.	Therapierelevante Bedingungsfaktoren	16
2.8.	Therapieansätze	17
2.9.	Historische Bemerkungen zur Wirksamkeit von Straftäterbehandlungen	18
2.10.	Wirksamkeit von spezifischen Therapien für Jugendliche mit Sexualdelikten.....	19
3.	Entwicklung und Ziele des Modellversuchs ThePaS	21
3.1.	Hintergrund.....	21
3.2.	Entwicklung des ursprünglichen ThePaS am Zentrum für Kinder- und Jugendforensik (ZKJF).....	21
3.3.	Inhaltliche Schwerpunkte des ursprünglichen ThePaS	22
3.4.	Anpassungen des Modellversuchs	24
4.	Versuchskonzept.....	27
4.1.	Entwicklung der beiden Behandlungsbedingungen ThePaS-I und ThePaS-II	27
4.2.	Aufbau von ThePaS-I: Übersicht der Sitzungen bzw. Module	28
4.3.	Module und inhaltliche Beschreibung des ThePaS-I	28
4.4.	Aufbau von ThePaS-II: Übersicht der Sitzungen bzw. Module	33
4.5.	Module und inhaltliche Beschreibung des ThePaS-II	33
4.6.	Versuchsdurchführung.....	35
5.	Evaluation: Methode	39
5.1.	Studiendesign ThePaS-Modellversuch	39
5.2.	Erhebungszeitpunkte	47
5.3.	Instrumente.....	49
5.4.	Operationalisierung der Variablen / Interraterreliabilität.....	54
5.5.	Hypothesen und Fragestellungen	57
5.6.	Auswertungsverfahren.....	59
5.7.	Methode: Beurteilung der Wirksamkeit des ThePaS-I/ThePaS-II	59
6.	Evaluation: Ergebnisse.....	60
6.2.	Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der gesamten/parallelisierten Aktenkontrollgruppe bezüglich der parallelisierten Variablen und der weiteren Kontrollvariablen	61
6.3.	Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der gesamten/parallelisierten Aktenkontrollgruppe bezüglich krimineller Rückfälle	63

6.4.	Randomisierte Gruppenzuteilung zu den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II).....	64
6.5.	Deskriptive Ergebnisse der Interventionsgruppe sowie den beiden Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) vor dem ThePaS (T0) mittels der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente / Interviews	65
6.6.	Risikobeurteilungen der Interventionsgruppe sowie den beiden Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II)	74
6.7.	Veränderungen in der Interventionsgruppe sowie den beiden Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) nach der Intervention (T1) und ein Jahr später (T2) in Bezug auf die eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente ..	74
6.8.	Risikobeurteilungen (Veränderung des J-SOAP-II, dynamische Skalen)	84
6.9.	Behandlungszufriedenheit	85
6.10.	Treatment Integrity.....	86
6.11.	Kriminalität/Deliktangaben	87
7.	Diskussion.....	95
7.1.	Jugendliche mit Sexualdelikten in der Schweiz (deskriptive Ergebnisse)	95
7.2.	Veränderungen über den Therapieverlauf des ThePaS (unabhängig von ThePaS-I oder ThePaS-II).....	99
7.3.	Ergebnisse der Aktenstudie (Vergleich parallelisierte Aktenkontrollgruppe vs. Interventionsgruppe in Bezug auf kriminelle Rückfälle)	100
7.4.	Ergebnisse der Interventionsstudie (Vergleich der beiden Therapievarianten ThePaS-I und ThePaS-II).....	103
7.5.	Gesamtbeurteilung der Wirksamkeit des ThePaS.....	112
7.6.	Teilprojekt „Messung von Kriminalität/Rückfällen“	113
7.7.	Teilprojekt „Entwicklung des RiskFakt-KJ“	115
8.	Schlussfolgerungen.....	115
8.1.	Inwiefern hat der Modellversuch ThePaS seine Ziele erreicht?.....	115
8.2.	Stärken und Schwächen des Projekts.....	116
8.3.	Vollzugs-, kriminal- und sozialpolitische Bewertung	118
9.	Empfehlungen	120
9.1.	Empfehlungen für die klinische Anwendung des ThePaS	120
9.2.	Empfehlungen für die weitere Forschung zum ThePaS	120
9.3.	Kriterienkatalog zur Übertragbarkeit.....	121
9.4.	Empfehlungen für die weitere Forschung zur Validierung von strafrechtlichen Interventionen	121
10.	Danksagung.....	123
11.	Referenzen	125

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
Art.	Artikel
BetmG	Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, SR 812.121)
BJ	Bundesamt für Justiz des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements
BMJS	Behandlungsmanual für die Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftätern
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CH	Schweiz
CHF	Schweizer Franken
<i>CI</i>	Confidence interval (Konfidenzintervall)
CSAQ	Child Sexual Abuse Questionnaire
CTQ	Child Trauma Questionnaire
<i>df</i>	Degrees of Freedom (Freiheitsgrade)
d.h.	das heisst
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
Eig.	Eigentum
EJPD	Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements
EM	Expectation Maximization (Algorithmus zum Ersetzen fehlender Werte)
ERASOR	Estimate Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
FORTIS	forensische Therapieprogramm für jugendliche Straftäter mit Gewalt- und Eigentumsdelinquenz
GA	Gutachten
GLM	General Linear Models
ICC	Intra-Class-Correlation (Intraklassen-Korrelationskoeffizient), Mass der Übereinstimmung zwischen mehreren Beurteilern bzgl. mehrerer Messobjekte.
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
IFP-Z	Institut für Forensische Psychologie Zentralschweiz
IRR	Irritabilitätsfragebogen
ISRCTN	International Standard Randomized Controlled Trial Number Register
ITT	Intention-to-treat
JS	Jugendliche mit Sexualdelikten
J-SOAP-II	Juvenile Sex Offender Assessment Protocol, 2. Version

JStG	Bundesgesetz vom 20. Juni 2003 über das Jugendstrafrecht (Jugendstrafgesetz; SR 311.1)
JTCI	Junior Temperament and Character Inventory
JUGA	Jugendanwaltschaft
JUSUS	Jugendstrafurteilsstatistik
KEK	Kantonale Ethikkommission
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KIP	Kurzinterventionsprogramm Pornographie
KORJUS	Kompetenz- und Risikoorientierung in der Jugendstrafrechtspflege
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime Version
KVT	Kognitive-Verhaltenstherapie
<i>M</i>	Mean (Mittelwert)
MCAR	Missing Completely at Random (Fehlende Verzerrung von fehlenden Werten)
MINI-KID	Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents
MSI-J	Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche
MSI-J SMK-P	Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche, Sexueller Missbrauch Kinder Fantasien
MSI-J VP	Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche, Vergewaltigungs-Fantasie
MSI-J VSB	Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche, Vertrauen in eigene sexuelle Beziehungsfähigkeit
MSI-J WÜS	Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche, Sexuelles Wissen und Überzeugungen
MST-PSB	Multisystemic Therapy - Problem Sexual Behavior
MTSE	Math Tech Sex Education Questionnaire
<i>N, n</i>	Stichprobengrösse
n.c.	not calculable (nicht berechenbar)
n.s.	nicht signifikant
OEF-jS	Opferempathiefragebogen für jugendliche Sexualstraftäter
RCT	Randomized-Controlled-Trial-Ansatz
RF	Rückfall
RiskFakt-KJ	Fragebogen über Risikofaktoren und Handlungspläne zur Vermeidung von Sexualdelikten für Kinder und Jugendliche
RNR	Risk, Need, Responsivity
<i>SD</i>	Standard Deviation (Standardabweichung)
SDJS-II	Systematisches Dokumentationssystem für Jugendliche mit Sexualstraftaten, zweite Version, Instrument zur Aktenerhebung

SNCTP	Swiss National Clinical Trials Portal
Sog.	sogenannt
SOK	Soziales Kompetenztraining für Jugendliche 13-18/20 Jahre
SORNA	Sex Offender Registration and Notification Act (Gesetz zur Registrierung und Benachrichtigung von Sexualstraftätern)
SOT	Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
SOTP	Sex Offender Treatment Study (Studie zur Behandlung von Sexualstraftätern)
SRD	Self Reported Delinquency
SSV	Störung des Sozialverhaltens
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB; SR 311.0)
StGB-FB	Fragebogen zum Wissen über das Schweizer StGB (Delikte gegen die sexuelle Integrität)
SUQ	Substance Use Questionnaire
SVG	Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958 (SR 741.01)
SVR 20	Sexual Violence Risk-20
<i>t</i>	Resultat des <i>t</i> - Tests
<i>T</i>	<i>T</i> -Wert, Normskala (basierend auf Normierungsstichprobe) mit $M = 50$ und $SD = 10$
TA	Therapieabklärung
TAU	Treatment As Usual (übliche Behandlung)
T0	Messzeitpunkt vor der Intervention (Ersterhebung)
T1	Messzeitpunkt nach der Intervention (Zweiterhebung)
T2	Messzeitpunkt ein Jahr nach der Intervention (Dritterhebung)
TEK	Training für Emotionale Kompetenzen - Jugendforensik
ThePaS	Therapieprogramm für ein angemessenes Sexualverhalten
ThePaS-I	Deliktorientierte Version des ThePaS
ThePaS-II	Kompetenzorientierte Version des ThePaS
u.Ä.	und Ähnliche(s)
UPKF	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Abteilung für Jugendforensik
usw.	und so weiter
VOSTRA	(Voll)automatisiertes Strafregister
vs.	versus
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
YPI	Youth Psychopathic Trait Inventory

YSR	Youth Self Report
ZAPPS	Zürcher Adoleszenten-Psychologie und -Psychopathologie Studie
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZKJF	Zentrum für Kinder- und Jugendforensik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

1. Ausgangslage

Strafrechtliche Eingriffe dürfen nicht einem Selbstzweck dienen, sondern deren Wirksamkeit sollte möglichst nachgewiesen sein. Daher bedürfen angeordnete Massnahmen einer Erfolgskontrolle. Dies gilt insbesondere für angeordnete forensische kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlungen, denn gerade Kinder und Jugendliche stehen unter besonderen Schutz.

Was kann nun zur Wirksamkeit von strafrechtlich angeordneten Behandlungen gesagt werden? In einer ganzen Reihe von Metaanalysen¹ konnte nachgewiesen werden, dass ganz generell die psychotherapeutische Behandlung von Straftätern² wirksam ist und dass damit die Gefahr, dass es zu erneuten Straftaten kommt, gesenkt werden kann (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 1990; Aos, Miller & Drake, 2006; Hanson et al., 2002; Hollin & Palmer, 2009; Joy Tong & Farrington, 2006; Lipsey, 1992; Lipsey & Cullen, 2007; Lipsey & Wilson, 1998; Lösel, 1995; Lösel & Schmucker, 2005; MacKenzie, 2006; McGuire, 2002; Pearson, Lipton, Cleland & Yee, 2002). Insbesondere kognitive auf Verhaltensänderung ausgerichtete Behandlungen und multisystemisch orientierte Programme sowie strukturierte therapeutische Milieus erzielen, bezogen auf erneute Rückfälligkeit, Erfolge. Allerdings haben rein sanktionierende, abschreckende und kontrollierende Interventionen keine oder sogar eine leicht ungünstige Wirkung auf die weitere Kriminalität der Straftäter. Die bis heute durchgeführten Studien zur Wirksamkeit von angeordneten Behandlungen fokussieren aber fast ausschliesslich auf Interventionen mit erwachsenen Straftätern, stammen aus dem nordamerikanischen Raum und/oder haben methodische Limitierungen. Spezifische Behandlungsprogramme und insbesondere solche mit der Zielgruppe jugendlicher Straftäter sind bis heute in Europa noch ungenügend auf ihre Wirksamkeit untersucht worden.

Jugendliche, die für sexuelle Delikte verurteilt wurden (wir benützen für sie im Folgenden die Abkürzung JS), stehen besonders im Fokus der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit. Aufgrund ihrer Straftat sind sie meist bei der Jugendstrafbehörde anhängig. Ergibt die im Untersuchungsverfahren durchgeführte Abklärung, dass der Jugendliche behandlungsbedürftig ist, so ordnet die urteilende Behörde meist auch eine Therapie an, um einer allfälligen weiteren Sexualstraftat entgegenzuwirken. Eine Überprüfung der Wirkung der angeordneten deliktpräventiven Therapien für Jugendliche, welche sexuelle Delikte begangen haben, ist im Hinblick auf die Wirkungsorientierung jedoch unerlässlich. Vor diesem Hintergrund wurde der Modellversuch „*Therapieprogramm für angemessenes Sexualverhalten*“ bei Jugendlichen (ThePaS) gestartet.

Zusammenfassend führten folgende Überlegungen zum Modellversuch ThePaS:

1. Sexualdelikte beschäftigen die Verantwortlichen der strafrechtlichen Systeme in vielen Ländern. Es zeigt sich, dass ein Freiheitsentzug in Bezug auf die Vermeidung von erneuten Sexualstraftaten wenig bringt und ein therapeutischer Umgang mit JS notwendig erscheint (Lambie & Randell, 2013). Die angeordneten psychotherapeutischen Behandlungen bedürfen aber einer wissenschaftlichen Überprüfung betreffend ihre Wirksamkeit.
2. Spezifische Behandlungsprogramme und insbesondere solche mit der Zielgruppe jugendlicher Straftäter sind bis heute in Europa noch ungenügend auf ihre Wirksamkeit untersucht worden.
3. Die wissenschaftliche Überprüfung der Wirkung von spezifischen Behandlungsprogrammen für JS ist – in Anbetracht möglicher Straftäterkarrieren und deren potentiellen Opfer – von besonderem Wert.
4. Weiterhin machen auch die hohen Kosten, die Delikte gegen die sexuelle Integrität nach sich ziehen, den Nachweis von wirksamen Interventionen notwendig (Endrass, Rossegger & Kuhn, 2012).

¹ Metaanalysen liefern eine ausführlich dokumentierte Übersicht von methodisch sehr unterschiedlichen Studien. Sie fassen die statistischen Befunde aus einer grossen Zahl von Studien mit ihren oft geringen Fallzahlen zusammen um zu robusten Effektschätzungen zu kommen. Es wird dann nach Gütekriterien des Designs, nach Zielgruppen, nach Art der Behandlung und nach Behandlungssetting differenziert.

² Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit jeweils nur die männliche Form verwendet.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Sexuelle Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen

Die sexuelle Entwicklung ist Teil des gesamten Entwicklungsprozesses eines Menschen und endet erst mit seinem Tod. Sexualität und sexuelles Interesse gehört zum Menschen, wird doch damit sein Fortbestehen garantiert. Sexualität wandelt sich aber über die Lebensspanne in ihren Erscheinungsformen. Bereits Säuglinge explorieren ihre Sinneswahrnehmungen, Kleinkinder haben Interesse an ihrem eigenen Körper und bereits vor dem Schulalter untersuchen Kinder den Körper ihrer Spielkameraden. Forschungsergebnisse zeigen auf, dass 40-85% der Kinder vor dem 13. Altersjahr sexuelles Verhalten zeigen oder in sexuelle Spiele mit anderen Kindern involviert sind. Diese Erfahrungen werden meist positiv erinnert, insbesondere wenn dies ausgeglichen und im gegenseitigen Einverständnis geschah (DeGraaf, Mouthaan & Van der Doef, 2014; Fortenberry, 2013). Die Adoleszenz aber ist eine spezifische Lebensphase, die durch eine neue aufkeimende Sexualität geprägt wird. Neben den anatomischen, hormonellen und physiologischen Veränderungen rückt die Bewusstwerdung sexueller Erregung und die Entwicklung und Ausgestaltung von sexuellen Wünschen in den Vordergrund. Die meisten Jugendlichen experimentieren mit ihren für sie neuen sexuellen Gefühlen. Sie sammeln zuerst Erfahrungen mit ihrem eigenen sich wandelnden Körper, bis sie es dann wagen, sich einem Partner zuzuwenden und intime Beziehungen auszuprobieren. Dabei testen sie Neuland und Grenzen aus und erleben sich im Beziehungsaufbau und in der intimen Interaktion mit einem Gegenüber selbst wieder neu.

Im Rahmen einer umfassenden Umfrage in der Schweiz, an welcher sich 29'350 Teilnehmer mit einer Altersspanne von 18-54 Jahren beteiligten, wurde festgehalten, dass das Durchschnittsalter bei dem ersten Geschlechtsverkehr bei Mädchen bei 17 Jahren und bei Jungen bei 18 Jahren liegt (Hermann, Nowak, Bosshardt & Milic, 2016). Das bedeutet, dass 62% der weiblichen und 48% der männlichen Teilnehmer angaben, dass sie ihren ersten Geschlechtsverkehr vor dem 18. Altersjahr und 23% der weiblichen und 19% der männlichen vor dem 16. Altersjahr hatten. Fast alle Befragten gaben an, ihren ersten Sexualkontakt vor dem 25. Altersjahr gehabt zu haben. In einer repräsentativen Studie aus Deutschland (Bode & Hessling, 2015) wurde zudem festgestellt, dass ca. 95% der Teilnehmer mit 18 Jahren in irgendeiner Form (hetero-)sexuell aktiv waren. Dabei wurde Küssen als erstaufgenommene sexuelle Aktivität benannt (ca. 75% der 14-17 Jährigen und über 95% der 18-25 Jährigen berichteten über Erfahrungen mit Küssen), gefolgt von Petting (40-50% der 14-17 Jährigen und 70-90% der 18-25 jährigen Teilnehmer berichteten über solche Aktivitäten). Ca. 10% der Teilnehmer berichteten zudem, während des letzten Jahres Kontakte mit gleichgeschlechtlichen Partnern gepflegt zu haben. Davon waren 7-12% Mädchen und 4-6% Jungen unter 18 Jahren. Insgesamt bezeichneten sich 34% der Frauen und 28% der Männer zwischen 14 und 17 Jahren als derzeit sexuell aktiv.

Eine repräsentative Studie aus den USA analysierte Selbstangaben von über 15'000 Studenten der 9.-12. Klasse (Kann et al., 2016). Insgesamt berichteten 41% der Teilnehmer (39% der Mädchen und 43% der Jungen) über sexuelle Aktivitäten (definiert als mindestens einmaliger Geschlechtsverkehr in den letzten drei Monaten). Im Vergleich zu den Vorjahren fiel aber eine Abnahme der Raten auf. 2013 gaben 47% der Studenten der 9.-12. Klasse sexuelle Aktivitäten an, 1991 waren es noch 54%. Auch die Rate der 13-Jährigen, die bereits einmal Geschlechtsverkehr hatten, hatte abgenommen. 1991 waren dies 10%, 2013 6% und 2015 noch 4%. Auch die Rate der Jugendlichen mit derzeitiger sexueller Aktivität schien geringer geworden zu sein. 1991 berichteten noch 38%, 2013 noch 34% und 2015 noch 30% darüber, aktuell sexuell aktiv zu sein. Im Kontrast zu der festgestellten Abnahme der konkreten physischen sexuellen Aktivitäten Jugendlicher weisen neuere Studien hingegen auf ein (potentiell missbräuchliches) Verhalten Adoleszenter im Internet hin, was das Herstellen, das Konsumieren und den Austausch von explizit sexuellen Bildern und/oder Videos wie auch die sexuell motivierte Unterhaltung betrifft (Ashurst & McAlinden, 2015; Mohler-Kuo et al., 2014; Wolak & Finkelhor, 2011).

2.2. Jugendliche mit sexualisiertem, grenzverletzendem Verhalten

Die Prävalenzraten der angeführten Studien betreffend sexueller Aktivitäten bei Heranwachsenden lassen den Schluss zu, dass das Thema Sexualität unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine hohe Relevanz hat. Es ist eine der prominenten Entwicklungsaufgaben der her-

anwachsenden Jugendlichen, dass sie sich mit ihren neu auftauchenden sexuellen Gefühlen auseinandersetzen, mit ihnen umgehen lernen und diese in ihre Persönlichkeit integrieren müssen. Sie müssen ein neues Verhältnis zu ihrem Körper, ihren Gefühlen und ihren neu auftauchenden Gedanken finden. Sie erleben ihr soziales Umfeld in einer ganz neuen Art und Weise und lösen auch andere Reaktionen aus. Die Jugendlichen befinden sich in dieser Lebensphase in einem tiefgreifenden biopsychosozialen Umbruch. Die heranwachsenden jungen Menschen müssen vor dem Hintergrund dieses Entwicklungsprozesses den Kompromiss zwischen dem, was sie sich wünschen, dem, was ein Gegenüber sich wünscht und dem, was zugelassen ist, neu definieren. Die dafür nötige Selbstsicherheit und das nötige Selbstvertrauen fehlen aber vielen jungen Menschen. Die Adoleszenz stellt daher gesamthaft eine Entwicklungsphase dar, welche mit einem erhöhten Risiko einhergeht, dass es auch zu sexuell missbräuchlichem Verhalten kommen kann. Die Jugendlichen verfügen noch über kein gefestigtes sexuelles Selbstkonzept. Die Integration der neu aufgetauchten sexuellen Wünsche in sozial adäquate Umgangsformen und die legalen Rahmenstrukturen kann gerade für selbstunsichere Jugendliche mit Defiziten in ihren sexuellen und sozialen Kompetenzen eine Überforderung darstellen (Bessler, 2017). Das Risiko, dass es in dieser Lebensphase auch in sexuellen Belangen vermehrt zu Grenzverletzungen und zu Straftaten kommt, liegt auf der Hand. In einer breit angelegten Untersuchung über JS im Kanton Zürich zeigte sich, dass es sich bei den Jugendlichen, die sich ein Sexualdelikt zu schulden kommen liessen, hauptsächlich um Erststraftäter, welche über wenig sexuelle Erfahrung verfügen, relativ isoliert leben und nur wenig Freundschaften eingegangen sind, handelt (M. Aebi & Bessler, 2012).

Neben den weit verbreiteten Defiziten in der Identitätsfindung und in den sozialen Fähigkeiten steht aber auch der Einfluss der quantitativen Ausweitung sexueller Erlebnismöglichkeiten im Umgang mit den Neuen Medien. Übereinstimmend mit neueren Stellungnahmen über die wachsende Prävalenz von (missbräuchlichem) sexuellem Verhalten via elektronische Medien oder Internet (Ashurst & McAlinden, 2015; Wolak & Finkelhor, 2011) identifizierten Mohler-Kuo et al. (2014) Internet basierten sexuellen Missbrauch als den häufigsten Typ der sexuellen Opfererfahrung in ihrer Untersuchungsstichprobe.

Die immer wieder heftig geführten Diskussionen sind aber dem Umstand geschuldet, dass die Unterscheidung zwischen grenzverletzendem und adäquatem sexuellem Verhalten nicht klar gezogen werden kann. Im Verlaufe der Geschichte haben sich die Normvorstellungen und Verhaltensregeln immer wieder stark gewandelt. Normvorstellungen und darauf basierende Verhaltensregeln unterscheiden sich auch von Land zu Land. So differieren auch die diesbezüglichen Gesetzgebungen und Gesetzesvorlagen von Region zu Region. Das heisst, dass nicht jedes problematische Sexualverhalten illegal ist und nicht alle Jugendlichen, die sexuell grenzverletzendes Verhalten zeigen, als JS zu stigmatisieren sind. Aber sexuelle Interaktionen ohne gegenseitiges Einverständnis bei unterschiedlichen Machtverhältnissen und/oder unter Zwang werden üblicherweise in der westlichen Welt zu Recht als Missbrauch bezeichnet und als Straftat geahndet.

2.3. Sexualstraftaten im Schweizerischen Strafgesetzbuch/Übersicht über die Grundsätze des Schweizerischen Jugendstrafgesetzes

Die strafbaren Handlungen gegen die sexuelle Integrität sind im Schweizerischen Strafgesetzbuch (StGB) im Zweiten Buch „Besondere Bestimmungen“ unter dem fünften Titel aufgelistet. Im Besonderen werden aufgeführt³:

1. *Gefährdung der Entwicklung von Minderjährigen*
 - Art. 187 Sexuelle Handlungen mit Kindern
 - Art. 188 Sexuelle Handlungen mit Abhängigen
2. *Angriffe auf die sexuelle Freiheit und Ehre*
 - Art. 189 Sexuelle Nötigung
 - Art. 190 Vergewaltigung

³ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html#a187> (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019)

- Art. 191 Schändung
- Art. 192 Sexuelle Handlungen mit Anstaltspfleglingen, Gefangenen, Beschuldigten
- Art. 193 Ausnützung der Notlage
- Art. 194 Exhibitionismus
- 3. *Ausnützung sexueller Handlungen*
 - Art. 195 Förderung der Prostitution
 - Art. 196 Sexuelle Handlungen mit Minderjährigen gegen Entgelt
- 4. *Pornografie*
 - Art. 197 Pornografie
- 5. *Übertretungen gegen die sexuelle Integrität*
 - Art. 198 Sexuelle Belästigungen
 - Art. 199 Unzulässige Ausübung der Prostitution
- 6. *Gemeinsame Begehung*
 - Art. 200 Gemeinsame Begehung

Das Bundesgesetz über das Jugendstrafrecht (Jugendstrafgesetz, JStG) regelt die Sanktionen, welche gegenüber Personen zur Anwendung kommen, die zwischen dem 10. und dem vollendeten 18. Lebensjahr eine mit Strafe bedrohte Tat begangen haben. Wegleitend für die Anwendung dieses JStG sind der Schutz und die Erziehung des Jugendlichen. Zudem müssen die Lebens- und Familienverhältnisse des Jugendlichen sowie die Entwicklung seiner Persönlichkeit besonders berücksichtigt werden. Das JStG kennt zwei Sanktionen: Schutzmassnahmen und Strafen. Unter die sogenannten Schutzmassnahmen fallen die Aufsicht, die persönliche Betreuung, die ambulante Behandlung, die Unterbringung bei Privatpersonen oder in Erziehungs- oder Behandlungseinrichtungen. Wenn es für den Entscheid über die Anordnung einer Schutzmassnahme oder Strafe erforderlich ist, klärt die zuständige Behörde gemäss Art. 9 JStG, die persönlichen Verhältnisse des Jugendlichen ab. Im Kanton Zürich wurde hierfür ein spezifischer Ansatz entwickelt (KORJUS), der auch in weiteren Kantonen⁴ Anwendung findet. Dabei wird in einem sogenannten Indikationsbericht festgehalten, ob eine Massnahme angezeigt ist und gegebenenfalls welche. Besteht indessen ein ernsthafter Anlass, an der physischen oder psychischen Gesundheit des Jugendlichen zu zweifeln, oder erscheint die Unterbringung zur Behandlung einer psychischen Störung in einer offenen Einrichtung oder die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung angezeigt, so ordnet die zuständige Behörde eine medizinische oder psychologische Begutachtung an. Ferner gilt im JStG der Primat der Schutzmassnahmen. Hat der Jugendliche eine mit Strafe bedrohte Tat begangen und ist aufgrund der Abklärung der persönlichen Verhältnisse oder auch eines Gutachtens erstellt, dass der Jugendliche einer besonderen erzieherischen Betreuung oder therapeutischen Behandlung bedarf, so ordnet die urteilende Behörde die nach den Umständen erforderlichen Schutzmassnahmen an, unabhängig davon, ob er schuldhaft gehandelt hat. Eine ambulante Behandlung wird auch oft in Kombination mit anderen Massnahmen angeordnet. Grundsätzlich sind neben der Massnahmebedürftigkeit auch die Massnahmewilligkeit- und fähigkeit erforderlich. Die angeordneten Massnahmen dauern grundsätzlich so lange, wie diese notwendig sind, und können daher viel länger dauern, als ausgefallte Strafen. Unabhängig davon, ob sie ihren Zweck erreicht haben, enden alle Massnahmen mit Vollendung des 25. Altersjahres des Jugendlichen.

2.4. Häufigkeiten von Sexualstraftaten Minderjähriger und deren Verlauf in den letzten beiden Jahrzehnten

Bezugnehmend auf die Zahl aller **polizeilich registrierten Straftaten** von Minderjährigen im Jahr 2018 belaufen sich in der Schweiz die Sexualstraftaten auf 9.3 Prozent (bei den Erwachsenen ist der prozentuale Anteil mit 5.7% geringer).

Jugendstrafurteile wegen Straftaten gegen die sexuelle Integrität ohne Pornografie wurden im Jahr 2018 im Vergleich zu den anderen Jugendstrafurteilen nur in 1.83% der Fälle ausgespro-

⁴ Die Jugendanwaltschaften der Kantone St. Gallen, Thurgau, Appenzell Ausserrhodens, Solothurn, Zug, Luzern, Schwyz, Graubünden und Obwalden arbeiten ebenfalls mit der KORJUS Methodik (siehe auch <http://kompetenzhoch3.ch/pages/methodiken/korjus.php>) (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019)

chen. Daraus wird ersichtlich, dass Jugendliche sehr viel häufiger wegen anderer Straftaten wie z.B. Ladendiebstahl, Vermögensdelikte oder Körperverletzungen, angeklagt und verurteilt werden.

Aber **Sexualstraftaten** werden prozentual häufiger von Jugendlichen verübt. Im Jahr 2018 wurden 15.8% aller durch die Polizei **offiziell registrierten Sexualstraftaten** durch Minderjährige begangen. Der Anteil von Jugendlichen bei anderen Straftaten lag bei 10.3%.

Bei den **Beschuldigtenzahlen** betreffend einer Straftat gegen die sexuelle Integrität liegt der Anteil Minderjähriger gemäss der Schweizerischen Polizeilichen Kriminalstatistik (Bundesamt für Statistik, 2019) bei 18.7%.

Bei den **Verurteilungen** gegen die sexuelle Integrität (Jugendstrafurteile versus Erwachsenenstrafurteile, ohne Pornografie) beläuft sich der prozentuale Anteil von Jugendlichen auf 24%. Dies bedeutet, dass in der Schweiz ein erheblicher Anteil der wegen eines Sexualdelikts Verurteilten minderjährig ist.

Die Anzahl der **Verurteilungen** wegen Straftaten gegen die sexuelle Integrität, wie sexuelle Handlungen mit Kindern, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung, Schändung, Ausnützung der Notlage, Exhibitionismus, Förderung der Prostitution und sexuelle Belästigungen, blieb in der Jugendstrafurteilstatistik (JUSUS⁵) seit mehr als zehn Jahren relativ konstant. Was aber angestiegen ist, sind die Verurteilungen wegen Pornografie. Dabei ist zu beachten, dass insgesamt seit 2009 die Kriminalitätsraten der Jugendlichen bis 2015 um ca. 32% gesunken sind.

Aus Deutschland, den Niederlanden und den USA werden ähnliche Zahlen berichtet. In Deutschland waren im Jahre 2016 15% aller eines Sexualdelikt Beschuldigten unter 18 Jahre alt (Bundeskriminalamt Deutschland, 2017; Bundesministerium des Inneren [Deutschland], 2017). In den Vereinigten Staaten waren im Jahr 2015 ca. 17% aller wegen einer Vergewaltigung oder einer anderen Sexualstraftat (ausser Prostitution) Inhaftierten minderjährig (Federal Bureau Of Investigation, 2016), und Finkelhor, Ormrod und Chaffin (2009) stellten fest, dass Jugendliche einen Drittel (35.6%) der Sexualstraftäter ausmachen, die an Minderjährigen sexuelle Handlungen ausführen. In den Niederlanden waren 25% aller Sexualstraftäter Jugendliche, wobei es sich vor allem um männliche Jugendliche handelt (98%), die ihr Opfer kannten (75%) (Nationaal Rapporteur, 2014). In Australien haben im Jahr 2013 Kriminalstatistiken ergeben, dass 18% aller Straftaten, die nicht gewollte sexuelle Handlungen gegenüber Jugendlichen und Erwachsenen betreffen, Jugendliche verüben (Warner & Bartels, 2015). Ähnliche Zahlen finden sich im Ausland auch hinsichtlich der relativen Straffälligkeit Jugendlicher betreffend Straftaten gegen die sexuelle Integrität, die gemäss Lussier (2017) über die Zeit, aber auch über die Länder hinweg erstaunlich stabil bleiben.

Es bleibt darüber hinaus darauf hinzuweisen, dass bereits in den offiziellen Kriminalstatistiken der Polizei die Häufigkeit der sexuellen Straftaten generell unterschätzt wird, weil nur wenige der Opfer Anzeige erstatten. Viele Opfer vermeiden eine Offenlegung ihrer Erfahrungen und es kommt daher nur selten zu einem strafrechtlichen Verfahren (Maier, Mohler-Kuo, Landolt, Schnyder & Jud, 2013). So stellten in ihrer Studie Bode und Hessling (2015) fest, dass nur ca. ¼ der Frauen, die Opfer einer sexuellen Nötigung wurden, dies jemandem erzählten. Wenn sie darüber sprachen, taten sie dies gegenüber Gleichaltrigen oder den Eltern und nur sehr selten suchen sie den Rat bei professionellen Fachleuten. Auch Mohler-Kuo et al. (2014) stellten fest, dass nur ungefähr die Hälfte der weiblichen Opfer und eine Minderheit der männlichen Opfer mit jemandem über ihre Erfahrungen sprachen. Die Polizei sei nur in 10 Fällen involviert gewesen. Das bedeutet, dass die offiziellen Polizeistatistiken nur einen kleinen Teil der verübten Sexualdelikte widerspiegeln. Noch prägnanter fällt dies bei den Strafurteilen ins Gewicht, da es oft zu keiner Verurteilung kommt. Es muss also von einer sehr viel höheren Zahl im Dunkelfeld ausgegangen werden (Cunneen & White, 2011; Wittebrood, 2006).

⁵ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/erhebungen/jusus.html> (zuletzt aufgerufen am 14.10.2019)

2.5. Jugendliche, die ein Sexualdelikt verübt haben

Die Erkenntnis, dass Sexualstraftaten auch von Kindern und Jugendlichen begangen werden, führt in der öffentlichen Diskussion immer wieder zu Kontroversen. Über die Erscheinungsformen, die Häufigkeit solcher Vergehen und über deren Ursachen und Hintergründe wird oft heftig gestritten. Einige beurteilen Sexualstraftaten von Minderjährigen als Anzeichen einer schwerwiegenden Fehlentwicklung, andere schätzen diese Delikte eher als Ausrutscher im Rahmen einer normalen Explorierverhaltens einer ansonsten altersadäquaten Sexualentwicklung ein. Einerseits wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Anzahl der von Minderjährigen begangenen Sexualstraftaten auch aufgrund des freizügigen Umgangs der Medien mit dem Thema Sexualität und der neuen Kommunikationsmöglichkeiten im Internet angestiegen sei. Andererseits wird dies aber auch bestritten, und es wird auf den oben erwähnten Rückgang der sexuellen Aktivitäten der Jugendlichen hingewiesen (siehe Kapitel 2.1). Auch wird behauptet, dass eine mögliche Zunahme der registrierten Sexualstraftaten durch die erhöhte Anzeigebereitschaft der Bevölkerung zu erklären sei. Im Weiteren besteht Uneinigkeit bei der Frage, inwiefern Kinder und Jugendliche mit grenzverletzendem sexuellem Verhalten später zu Sexualstraftätern werden.

Im Rahmen von Opferbefragungen können zu diesen offenen Fragen Informationen gefunden werden: Im Rahmen der bereits oben erwähnten Studie von Mohler-Kuo et al. (2014) wurde in der Schweiz eine repräsentative Teilnehmerzahl von mehr als 6'700 Schüler der 9. Klasse (Mittelwert des Alters: 15.5 Jahre) untersucht. Inklusiv Belästigung im Internet berichteten unter diesen Jugendlichen 40% der Mädchen und 17% der Jungen über erlebte Opfererfahrungen von Sexualstraftaten. So gaben 35% Mädchen und 15% der Jungen Opfererfahrungen ohne Körperkontakt an, 15% der Mädchen und 5% der Jungen berichteten über Opfererfahrungen ohne Geschlechtsverkehr und 3% der Mädchen und 1% der Jungen über Opfererfahrungen mit Penetration. Dabei war ein beträchtlicher Anteil der Täter unter 18 Jahre alt und die Opfer kannten meist die Täter, es waren Bekannte oder (frühere) Intimpartner. Basierend auf den gleichen Daten fanden M. Aebi et al. (2015), dass insgesamt 4% (1% Mädchen, 7% Jungen) der minderjährigen Teilnehmer darüber berichteten, auch selbst einmal jemanden zu sexuellen Handlungen mit Körperkontakt genötigt zu haben.

In Bezug auf Opfererfahrungen von Sexualstraftätern berichtet die Untersuchung von Seto & Lalumiere (2010) darüber, dass JS eine fünfmal höhere odds ratio betreffend sexueller Opfererfahrungen aufweisen als andere jugendliche Straftäter. Diese Ergebnisse stützen die Theorie, dass in der Entwicklung von JS der selbst erlebte sexuelle Missbrauch eine wichtige Rolle spielt (M. Aebi et al., 2015). Barra, Bessler, Landolt und Aebi (2018) untersuchten bei JS auch die Muster der erlebten Misshandlungen und stellten fest, dass belastende Kindheitserfahrungen häufiger als bei der Kontrollgruppe sind und weitreichende negative Folgen (neurobiologisch, psychologisch, sozial) auf die Entwicklung der Jugendlichen haben (Ballard et al., 2015; Felitti, 1998; Finkelhor, Shattuck, Turner & Hamby, 2015; Teicher & Samson, 2016). In einer weiteren Analyse wiesen sie zudem nach, dass auch der Zeitpunkt und die Art des erlebten Missbrauchs für die Persistenz kriminellen Verhaltens eine Rolle spielt (Barra, Bessler, Landolt & Aebi, 2017b).

2.6. Gesellschaftspolitische Auswirkungen der Straftaten

In der Diskussion um JS begegnet man immer wieder vielen Vorurteilen. Chaffin (2008) beschrieb in seinem Artikel einige der meistverbreiteten Fehlbeurteilungen. So würde meist davon ausgegangen, dass es sich bei JS um eine homogene Gruppe handle sowie dass die verübten Delikte Anzeichen einer schwerwiegenden Fehlentwicklung seien. JS würden daher als sehr gefährliche Straftäter eingeschätzt, von denen eine hohe Gefahr für Rückfälle ausgehe und welche durch Interventionen nur schwer zu beeinflussen seien.

Auch wenn es sehr gefährliche, rückfallgefährdete JS gibt, prägten generelle Vorurteile gegenüber allen JS die öffentliche Meinung und die Politik, was dazu führte, dass (insbesondere in den USA) ungeeignete Massnahmen eingesetzt wurden (wie z.B. die öffentlichen Ausschreibungen, die Straftäter-Registrierungen, die inadäquaten freiheitseinschränkenden Sicherheitsmassnahmen und Unterbringungen). Solche ungeeignete Interventionen beeinträchtigen das Selbstbewusstsein und das Selbstwerterleben der Jugendlichen und ihre weitere Entwicklung, was ihre Integration in unsere Gesellschaft, so wie dies das JStG vorsieht, erschwert. Eine Ausgrenzung

dieser Jugendlichen führt daher eher zu einem Ansteigen des Rückfallrisikos anstatt die Gesellschaft vor weiteren Straftaten zu schützen und die öffentliche Sicherheit zu garantieren (Chaffin, 2008; Harper, Hogue & Bartels, 2017).

In den USA haben viele Fachleute den aktuell offiziellen Umgang mit JS kritisiert (Übersicht über die Entwicklung der Kritik gegen die einschlägige Politik in den U.S. siehe Harris & Socia, 2016; Lehrer, Letourneau, Pittman, Rumenap & Leversee, 2016; Zgoba & Ragbir, 2016). Erhebliche Bedenken wurden vor allem gegenüber den in den USA im Jahr 2006 beschlossenen Adam Walsh Child Protection and Safety Act geäussert, speziell mit der darin aufgenommenen öffentlichen Anzeige- und Registrierungspflicht der Sexualstraftäter (SORNA). Gemäss dieser Politik werden Individuen (inklusive Jugendliche), die Sexualstraftaten begangen haben, bezugnehmend auf die Schwere des begangenen Delikts der Gruppe der gefährlichen Straftäter zugeordnet und als solche registriert. Zudem können Informationen über diese Personen (je nach Staat in unterschiedlichem Ausmass) via Internet öffentlich eingesehen werden (für Details siehe bspw. Zgoba & Ragbir, 2016). Der öffentliche Zugang zu persönlichen Daten über Sexualstraftäter führt aber zu einer Verschärfung ihrer Stigmatisierung und behindert diese im Aufbau von unterstützenden sozialen Beziehungen, welche sie vor weiteren Straftaten schützen. Die öffentliche Registrierung der Sexualstraftäter geht daher mit einer negativen Wirkung auf die Entwicklung der Straftäter einher, verschärft das Rückfallrisiko und verfehlt dadurch ihre Zielsetzung, die öffentliche Sicherheit zu wahren. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass nebst, dass sich die Risiko-Kategorien von SORNA als ungeeignet für die Vorhersage von Rückfällen erwiesen haben, auch die Anwendung solcher politischer Strategien nicht zu einem Rückgang der Rückfälle geführt hat (Caldwell, Ziemke & Vitacco, 2008; Zgoba & Ragbir, 2016). Verschiedene Länder (England, Deutschland und Frankreich) kennen eine Art von Registrierung, aber generell sind private Informationen der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Zgoba und Ragbir (2016) fordern, dass im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten, Kanada und Europa die Privatsphäre der Menschen, die ein Sexualdelikt verübt haben, geschützt werden müsse.

Auch in der Schweiz wurden immer wieder Grundsätze hinsichtlich des Umgangs mit Menschen, die Sexualstraftaten verübt hatten, diskutiert⁶. Als Beispiel kann hier die Initiative "Pädophile sollen nicht mehr mit Kindern arbeiten dürfen" vom 18. Mai 2014 angeführt werden. Infolge der Annahme der Volksabstimmung können Täter, die sich ein Sexualdelikt zu schulden kommen liessen, nicht nur mit einem – wenn nötig – lebenslangen Berufsverbot, sondern mit einem Verbot auch für ausserberufliche Tätigkeiten belegt werden. Ein Verbot von beruflichen oder ausserberuflichen Tätigkeiten kann auch ausgesprochen werden, wenn der Täter die Anlasstat nicht in Ausübung der betreffenden Tätigkeit begangen hat. Zudem führen bestimmte Sexualstraftaten gegen Unmündige zwingend zur Verhängung eines Tätigkeitsverbots. Dass solche gesetzlichen Bestimmungen im Umgang mit JS, die grösstenteils minderjährige Opfer missbrauchten, Probleme bereiten, liegt auf der Hand. Das lebenslange Berufsverbot kann gerade bei JS keine Option darstellen. Daher wurde auch die Forderung gestellt, dass Jugendliche von einem solchen lebenslangen Verbot verschont bleiben gemäss den wegleitenden Grundsätzen JStG (wegleitend für die Anwendung dieses Gesetzes sind der Schutz und die Erziehung des Jugendlichen siehe Kapitel 2.6) und der Zielsetzung des JStG (Förderung der (Re-)Integration der Täter). Auch wenn Straftaten registriert werden müssen, sollten die Strafregister nicht von der Öffentlichkeit einsehbar sein. Vielmehr sollte bei der Stellensuche, in welchen mit Kindern oder Jugendlichen gearbeitet wird, der potentielle Arbeitgeber einen Strafregisterauszug des Bewerbers verlangen.

Der oft inadäquate Umgang mit JS, die dadurch verursachten ökonomischen und sozialen Kosten und letztlich auch die nachgewiesenen schädlichen Folgen für die Opfer machen es deutlich, wie wichtig es ist, mehr darüber zu erfahren, wie mit diesen jungen Menschen adäquat umgegangen werden soll und wie sie behandelt werden können, um weitere einschlägige Straftaten zu

⁶ Diese Diskussionen und Updates sind im Detail auf der Webseite des Bundesamtes für Justiz zu finden <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/sicherheit/gesetzgebung/archiv/berufsverbot.html> (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019)

vermieden. Daher sind wissenschaftlich fundierte Untersuchungen zur Behandlung von Jugendlichen, die eine Sexualstraft verübt haben, notwendig.

2.7. Therapierrelevante Bedingungsfaktoren

Sexuell grenzverletzendes Verhalten Jugendlicher wurde in den 1970er Jahren im Rahmen der (sozialen) Lerntheorien (Bandura, 1977; Pavlov, 1927; Skinner, 1974) als erlerntes Verhalten beurteilt. Daher ging man konsequenterweise auch davon aus, dass dieses auch wieder durch adäquate Konsequenzen und prosoziale Einflussnahme verlernt werden kann. Tatsächlich unterstützen auch neuere Forschungsergebnisse einen möglichen Lernaspekt insofern, als dass Jugendliche, die sich ein Sexualdelikt zu schulden kommen liessen, häufiger mit Pornografie in Kontakt kamen und im familiären Rahmen häufiger sexuelle Gewalt zu finden ist (Awad & Saunders, 1991; Grabell & Knight, 2009; Veneziano, Veneziano & LeGrand, 2000). Auch gibt es Hinweise, dass die Jugendlichen selbst häufiger sexuell missbraucht wurden wie anderweitig straffällige und nicht straffällige Jugendliche (M. Aebi et al., 2015; Barra, Bessler, Landolt & Aebi, 2017a; Burton, 2008; Fanniff & Kimonis, 2014; Leibowitz, Burton & Howard, 2012; Seto & Lalumière, 2010; Teicher & Samson, 2016). Aversive Konsequenzen auf inadäquates Sexualverhalten und abnormes Arousal und die Unterstützung und Förderung von adäquatem Sexualverhalten wurden daher zu den regelmässig angewendeten korrektiven Basisinterventionen bei Minderjährigen, die ein Sexualdelikt verübt hatten.

Die Entwicklungstheorien (Eriksson, 1968; Freud, 1965; Piaget, 1928) stellen ganz allgemein dysfunktionales Verhalten von Jugendlichen in Zusammenhang mit aversiven Erlebnissen im frühen Kindesalter. Diese frühen Kindheitserfahrungen unterstützen aber nicht nur die Entwicklung von dysfunktionalem Verhalten, so wie das die Lerntheorie annimmt, sondern führen zu tiefgreifenden Entwicklungsverzögerungen. Man geht davon aus, dass diese Entwicklungsverzögerungen Auswirkungen auf die individuelle Fähigkeit haben, komplexen Aufgaben gerecht zu werden, wie z.B. sich auf eine intime Beziehung einzulassen und diese fortzuführen. Aus diesem Grund wird egozentrisches, verletzendes Sexualverhalten und fehlende Empathie in der Adoleszenz auch als Resultat einer Fehlentwicklung und als Folge eines gravierenden Defizits in den sozio-emotionalen Kompetenzen beurteilt (Baarsma et al., 2016; Veneziano & Veneziano, 2002). Daher sollte in der Behandlung mit JS die Aneignung altersadäquater sozio-emotionaler Fähigkeiten trainiert werden und fester Teil einer adäquaten Behandlung der Jugendlichen mit problematischem Sexualverhalten sein.

Gemäss der Bindungstheorie von Ainsworth (1989) und Bowlby (1966, 1991) werden die ersten Beziehungserfahrungen in Form von inneren Mustern (kognitive und affektive Repräsentationen) abgelegt, welche dann im späteren Leben das Selbstbild, den Selbstwert und die gegenseitigen Erwartungen prägen. Bei einem frühen Trauma wird im Rahmen der Bindungstheorie aufgezeigt, welche Mechanismen zum Tragen kommen, sodass sich rigide zwischenmenschliche Verhaltensmuster entwickeln und tiefgreifende Defizite in der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung entstehen. Basierend auf diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass selbstbezogene, übergriffige und verletzende Interaktionsmuster sich dann entwickeln, wenn kindliche Grundbedürfnisse nicht befriedigt oder verletzt wurden (Hoeve et al., 2012). In der psychotherapeutischen Behandlung, die sich auf die Bindungstheorie bezieht, wird daher Gewicht auf die Wiedergewinnung des Vertrauens, etwa durch die therapeutische Allianz, gelegt. Dadurch soll in der psychotherapeutischen Behandlung das Defizit im Selbstbild und im Selbstwert des Jugendlichen behoben und die rigiden Interaktionsmuster bearbeitet werden. Die Forschungsarbeiten von M. H. Miner et al. (2010), M.H. Miner, Swinburne Romine, Robinson, Berg und Knight (2016) und J.L. Miner und Clarke-Stewart (2008) hinsichtlich Bindungsstile von Jugendlichen mit grenzüberschreitendem Sexualverhalten zeigen, dass ängstliche Bindungsstile vermehrt auftreten und diese – wenn auch indirekt – in Zusammenhang mit grenzverletzendem Sexualverhalten von Jugendlichen gegenüber Kindern stehen. Jugendliche mit grenzverletzendem Sexualverhalten haben zudem, wie bereits erwähnt, selbst auch häufiger Missbrauch und Vernachlässigung (Prädiktoren für Bindungsprobleme) erfahren und beschreiben häufiger (soziale) Ängste als delinquente Jugendliche ohne grenzverletzendem Sexualverhalten (M. Aebi et al., 2015; Barra et al., 2017a; Leibowitz et al., 2012; Seto & Lalumière, 2010; Teicher & Samson, 2016). Daher kann festgehalten werden, dass bei Jugendlichen mit sexuell grenzverletzendem Verhalten, die Opfer

von (sexuellem) Missbrauch oder Vernachlässigung geworden sind, die Wiederherstellung von Vertrauen und Nähe im Rahmen einer therapeutischen Beziehung die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Zielerreichung der forensischen Therapie ist.

2.8. Therapieansätze

Die kognitiven Theorien (Yochelson & Samenow, 1976) prägten die Ansätze der Straftäterbehandlung und insbesondere die Sexualstraftäterbehandlung entscheidend. Ganz generell beziehend auf grenzverletzendes Verhalten ergänzen die kognitiven Theorien, dass Denkfehler und Verzerrungen bei der Ausübung und Aufrechterhaltung von übergriffigem Verhalten eine wichtige Rolle spielen. Diese Denkfehler und Verzerrungen lassen problematisches Verhalten als akzeptabel, gerechtfertigt bzw. als harmlos erscheinen und dienen dazu, dieses Verhalten aufrechtzuerhalten. Abel et al. (1989) konnten zeigen, dass bei sexuellem Kindesmissbrauch vermehrt auf diese Denkmuster und Verzerrungen zurückgegriffen wird. Die Identifizierung, die Konfrontation und die Umstrukturierung dieser falschen Denkmuster und kognitiven Verzerrungen sind daher Basiselemente der kognitiven deliktorientierten Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit problematischem Sexualverhalten. Insbesondere im Gruppensetting sind diese Elemente in der Therapie von grosser Bedeutung.

Gemäss Ward, Polaschek und Beech (2006) resultiert grenzverletzendes Sexualverhalten aus dem Zusammenspiel von biologischen, emotionalen, kognitiven und verhaltensbedingten Faktoren. Im Rahmen der KVT wird das grenzverletzende Sexualverhalten Adoleszenter als ein unter biologischen, aber auch lebensgeschichtlichen Einflussfaktoren aus den Fugen geratenes Sozialverhalten beurteilt, das durch das soziale Umfeld geprägt und durch dieses aufrechterhalten wird. Die Kognitive-Verhaltenstherapie umfasst daher mehrere Therapieverfahren, die einerseits auf die individuellen Bedürfnisse der Jugendlichen eingehen, andererseits aber auch deren spezifischen sozialen Kontext berücksichtigen.

Suchtbezogene Theorien weisen darauf hin, dass aus dem angeborenen Streben, körperliche Bedürfnisse zu befriedigen (Erregung, Orgasmus und Spannungsreduktion), sich auch ein zwanghaftes, ritualisiertes Verhalten entwickeln kann. Ein solches zwanghaftes Verhalten kann sich dann z.B. auch im Rahmen einer sogenannten Hypersexualität manifestieren (Carnes, 1983). Strategien der Suchtbehandlung (z.B. die Implementierung eines sogenannten „Heissen Stuhls“ im Rahmen von Peer-Group Therapien) wurden als nützlich beschrieben, um den Sucht- und Zwangszyklus zu durchbrechen. Allerdings wurden bezüglich eines allzu plakativen konfrontativen Ansatzes auch kritische Stimmen laut, da dies eher zu einer Scheinanpassung und nicht zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Fehlverhalten führe. Dennoch fand die konfrontative Auseinandersetzung mit dem gezeigten Verhalten Eingang in den Behandlungsansatz von jugendlichen Straftätern. Ein solcher Behandlungsansatz kommt seither auch in der Behandlung von Jugendlichen mit grenzverletzendem Sexualverhalten zum Zuge.

Beim sozial-ökonomischen Behandlungsansatz (Bronfenbrenner, 1979) wird bei Jugendlichen mit grenzverletzendem Sexualverhalten das Umfeld der Jugendlichen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt, in welchem diese eingebettet sind (z.B. Schule/Arbeit/Peergruppe, Familie). Bronfenbrenner (1979) betont, dass es wichtig ist, dass das Umfeld der jugendlichen Sexualdelinquenten in die Behandlung miteinbezogen wird und der Fokus der Therapie nicht nur auf die Veränderung bei dem Jugendlichen selbst eingeschränkt bleibt. Daher wurden bei grenzverletzendem Sexualverhalten von Jugendlichen auch Behandlungsansätze unter Einbezug des gesamten sozialen Kontextes entwickelt. Eines dieser wenigen von der Universität von Colorado („Blueprints for healthy youth development“) als effektiv eingestuft und empfohlenen Programme ist die Multisystemische Therapie für Jugendliche mit problematischem Sexualverhalten (Multisystemic Therapy - Problem Sexual Behavior; MST-PSB; Borduin et al. 2005). MST-PSB ist ein sehr intensives familien- und umfeldbasiertes Interventionsprogramm, welches multiple Ursachen von schwerwiegendem, antisozialem Verhalten aufgreift, welche im Umfeld des Jugendlichen verankert sind (Familie, Peers, Schule, Nachbarschaft). Die spezifische Variante für JS fokussiert zudem auf die bei dem Jugendlichen vorhandenen dysfunktionalen sexuellen Problemverhaltensweisen, auf die Verleugnung des Sexualdelikts und deren Folgen und auf die Verhaltensweisen, die zum sexuell übergriffigen Verhalten beigetragen haben. Zudem werden der Aufbau von

Freundschaften gefördert, die sozialen Kompetenzen gestärkt, prosoziale Einstellungen verbessert und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme ausgebaut. Die Therapie erfolgt im Umfeld des Jugendlichen, wobei 24 Stunden und 7 Tage pro Woche ein Coach verfügbar ist.

Ein weiteres Prinzip, das in der Behandlung von JS von Bedeutung ist, ist das Good Life Model (deutsch: ein gutes Lebensmodell), welches auf der positiven Psychologie basiert (Ward, 2002). Grundlegend für die Therapie ist – vereinfacht gesagt – gemäss dem Good Life Model die Befähigung eines Straftäters, ein gutes Leben führen zu können. Das Good Life Model greift vorwiegend den Punkt auf, dass die Jugendlichen im Hinblick auf eine bessere Lebensführung angesprochen werden. Gerade dieser Fokus wurde auch entsprechend kritisiert: Das verübte Delikt und die kriminogenen Faktoren würden zu wenig Beachtung finden (Andrews, Bonta & Wormith, 2011).

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, dass eine ressourcenorientierte Fokussierung auf eigene Stärken mit dem Ziel, das eigene Wohlergehen zu verbessern, von zentraler Bedeutung ist, damit ein jugendlicher Sexualstraftäter überhaupt in eine Therapie einsteigen kann. Die konsequente Fokussierung auf positive Lebensziele in der Therapie sollte daher bei JS Berücksichtigung finden, sehen sie sich im Rahmen des Strafverfahrens doch vielen aversiven Konsequenzen gegenüber. Häufig wurden Sexualdelikte von Jugendlichen aus dem Grund begangen, dass sie ihre Wünsche nach einer sexuellen bzw. intimen Beziehung mit ihren bisherigen Mitteln nicht erfüllen konnten. Das Aufzeigen von neuen, angemessenen bzw. deliktfernen Möglichkeiten, wie der JS dieses Ziel erreichen kann, kann daher für die Therapiemotivation und damit in der Folge für die Gestaltung eines zukünftig deliktfreien Lebens entscheidend sein.

2.9. Historische Bemerkungen zur Wirksamkeit von Straftäterbehandlungen

In den USA wollte man in den 50er und 60er Jahren den Strafvollzug in einen Resozialisierungsvollzug umgestalten. Damit einhergehend entwickelte sich eine grosse Bandbreite von unterschiedlichsten Behandlungsexperimenten. Mit der Einstellung „everything works“ bemühte man sich um die straffällig gewordenen Jugendlichen. Der Strafvollzug sollte dann aber evidenzbasiert reformiert werden. Der Bundesstaat New York beauftragte R. Martinson, den damaligen Dekan der soziologischen Abteilung der Universität von New York damit, die Wirksamkeit der verschiedenen Straftäterbehandlungen zu überprüfen. Er und seine Mitarbeiter erarbeiteten die bis dahin wohl gründlichste Sekundäranalyse über alle verfügbaren englischsprachig dokumentierten Behandlungsexperimente inner- und ausserhalb des Strafvollzugs. Den durch die Forschergruppe um Martinson (Martinson, Lipton, & Wilks, 1974) geforderten methodischen Anforderungen genügten aber nur die wenigsten der publizierten Studien. Von den verbleibenden Studien zeigten nur wenige die erwarteten positiven Effekte. Die Behandlungsansätze, mit denen methodisch abgesicherte Erfolge erzielt werden, waren „few and isolated exceptions“. Aber in der Rezeption des Berichtes der Forschergruppe um Martinson (Martinson, Lipton & Wilks, 1974) wurde aus der Frage „what works“ sodann der plakative Slogan „nothing works“, der den Umgang mit den Straffälligen nicht nur in den USA nachhaltig prägte. Die Forderung der Forschergruppe um Martinson, dass aufgrund der wenigen erfolgreichen Behandlungskonzepte mehr methodisch aussagekräftige Evaluationen nötig seien, wurde jedoch seitens der Politik überhört. Die fundierte Sekundäranalyse von Martinson et al. (1974) wurde zum Vorbild einer ganzen Reihe von methodisch verfeinerten Sekundäranalysen der inzwischen weiter angewachsenen Zahl von Straftäterbehandlungen. So haben Lösel und Schmucker (2014) die Befunde aus einer sekundäranalytischen Auswertung von mehr als 1'600 Einzelstudien zusammengestellt. Die Effektstärken lagen im Mittel in einem Bereich von etwa .20, was bedeutet aus einer grossen Zahl von Studien mit kleinen Fallzahlen, abhängig von der jeweiligen Basisrate (Rückfallrate) im Vergleich zu einer unbehandelten Gruppe, eine Reduzierung der Rückfallrate um etwa ein Fünftel erreicht wurde. Das sind keine spektakulären Effekte, aber sie widerlegen jedenfalls den therapeutischen Nihilismus des „nothing works“ der 70er und 80er Jahre.

Es zeigte sich, insbesondere bei den Risikogruppen von Gewalt- und Sexualstraftätern, dass es nicht egal ist, ob behandelt oder einfach nur weggesperrt wird. Zudem ist es nicht egal, wer behandelt wird, denn interessanterweise fanden sich günstigere Effekte bei Gruppen mit mittleren bis hohen Risikoausprägungen und nicht etwa bei Tätern mit geringem Risiko, d.h. es wurden

bessere Ergebnisse erzielt, wenn die Behandlungen durch Risikomarker indiziert waren. Es ist auch nicht egal, wie behandelt wird. Für die wenig strukturierten Behandlungen ohne ein definiertes Behandlungskonzept fand sich überwiegend kein positiver Effekt. Rein punitive, sanktionierende Interventionen gingen sogar mit einer Erhöhung der Rückfallraten einher.

Unter den Programmen mit einem definierten Behandlungskonzept zeigten sich insbesondere solche als wirksam, die auf anerkannte sozialtherapeutische, kognitiv-behaviorale Behandlungsprinzipien beruhen. Zudem fand die kanadische Forschergruppe von Andrews und Bonta (2006) in ihren Metaanalysen Behandlungsprinzipien, die sich als besonders trennscharf erwiesen. Die sogenannten RNR-Prinzipien, Risk, Need and Responsivity, stellen kein geschlossenes Behandlungskonzept dar. Die RNR-Prinzipien entsprechen eher einem aus den Sekundäranalysen gewonnenen Katalog von Behandlungsprinzipien, die sich bei den als wirksam bewerteten Programmen identifizieren liessen. Andrews et al. (1990) sowie Andrews und Bonta (2006) zeigten auf, dass die Effekte, d.h. die Reduzierung der Rückfallraten, durch spezifische Behandlung davon abhängig sind, ob den RNR-Prinzipien, also dem Risikoprinzip (Risk), dem Bedarfsprinzip (Need) und dem Ansprechbarkeitsprinzip (Responsivity) Rechnung getragen wird. Das **Risikoprinzip** (Risk) fordert, dass die Intensität der psychosozialen Intervention sorgfältig auf die Höhe des Rückfallrisikos, welches vom Straftäter ausgeht, abgestimmt wird, bzw. sollte der Beeinträchtigung durch die eventuell vorliegende psychische Störung des Straftäters, die die Höhe des Rückfallrisikos mitbedingt, Rechnung getragen werden. Je höher das Rückfallrisiko bzw. der Grad der Erkrankung beurteilt wird, desto intensiver sollte die Betreuung/Behandlung sein, um rückfallpräventiv zu wirken. Das **Bedarfsprinzip** (Need) impliziert, dass die inhaltliche Arbeit mit den Straffälligen im Rahmen der Behandlung auf die jeweilig vorliegenden spezifischen kriminogenen Faktoren abzielen sollte. Das heisst, dass der Behandlungsansatz die individuellen psychosozialen Ursachen für straffälliges Verhalten beeinflussen muss, um rückfallpräventiv zu wirken. Das **Ansprechbarkeitsprinzip** (Responsivity) sagt aus, dass einerseits die Wirksamkeit der zum Zuge kommenden Interventionsform belegt sein muss, andererseits aber auch dem konkreten Denk- und Lernstil des Jugendlichen sowie dessen persönlichen Eigenarten entsprechen muss (Andrews & Bonta, 2006; McGuire, Mason & O’Kane, 2000).

2.10. Wirksamkeit von spezifischen Therapien für Jugendliche mit Sexualdelikten

Trotz der insgesamt optimistischeren Ausgangslage für die generelle Wirksamkeit von deliktpräventiven Therapien sind aktuell die wenigsten Behandlungsprogramme für Jugendliche mit Sexualdelikten im ambulanten oder stationären Rahmen wissenschaftlich evaluiert (Dopp, Borduin & Brown, 2015; Letourneau & Borduin, 2008; Ter Beek et al., 2018). Dies stellt ein ethisches Problem dar, da die Therapien meist in einem Zwangskontext stattfinden, welchem sich die Jugendlichen nicht entziehen können (Chaffin & Bonner, 1998; Letourneau & Borduin, 2008). Die im deutschsprachigen Raum verfügbaren Therapieprogramme, wie z.B. das von Mielke (2009) herausgegebene „Behandlungsmanual für die Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftätern“ (BMJS), basieren zwar wie auch das ThePaS auf theoretisch fundierten und etablierten Behandlungsansätzen, haben aber bisher keinerlei Wirkungsnachweis bezüglich der Verhinderung weiterer (sexueller) Straftaten.

Es gibt mehrere Metaanalysen, welche spezifisch die Fragestellung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei Jugendlichen mit Sexualdelikten untersuchen (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Hanson et al., 2002; Kettrey & Lipsey, 2018; Lösel & Schmucker, 2005; Reitzel & Carbonell, 2006; Schmucker & Lösel, 2015; Ter Beek et al., 2018; Walker, McGovern, Poey & Otis, 2004; Winokur, Rozen, Batchelder & Valentine, 2006). Leider ist die Anzahl von Originalstudien, die Daten zur Wirksamkeit der spezialisierten Behandlung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe beinhalten, sehr begrenzt. Die neuste Metaanalyse fand gerade acht Studien mit einer vergleichbaren Kontrollgruppe (Kettrey & Lipsey, 2018). Basierend auf dieser sehr beschränkten Datenlage fanden die Autoren keine signifikanten Behandlungseffekte von spezialisierten Behandlungsprogrammen auf sexuelle Rückfälle von JS. Der Effekt der Therapien auf Rückfälle im Allgemeinen war jedoch signifikant. Andere Metaanalysen fokussierten nicht nur auf kriminelle Rückfälle, sondern auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus von JS (Ter Beek et al., 2018) und fanden erfolversprechende Ergebnisse. Kettrey und Lipsey (2018) weisen aber auch darauf hin, dass die Studienlage sehr dünn ist und es an metho-

disch gut kontrollierten Studien mangelt. Insbesondere fehlen randomisiert-kontrollierte Untersuchungen, also Studiendesigns, welche die Teilnehmer nach Zufallskriterium einer Interventionsgruppe oder einer Kontrollgruppe zuweisen. Nur damit kann einer systematischen Verzerrung entgegengewirkt und wirklich vergleichbare Gruppen geschaffen werden (Letourneau & Borduin, 2008).

Ausgehend von den bisherigen Befunden konnten bisher keine Therapieeffekte von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen auf die sexuelle Rückfälligkeit bei JS nachgewiesen werden. Dies obschon eine Vielzahl solcher Programme weltweit Verwendung findet. Neben den obengenannten Schwierigkeiten der Therapievalidierung im strafrechtlichen Setting ist hier zusätzlich die Heterogenität der verschiedenen Therapieprogramme selbst zu nennen. Diese Komplexität erschwert eine Überprüfung. Neben der Förderung von sexuellen und sozialen Kompetenzen beinhalten einige der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätze weiter häufig eine „Deliktorientierung“ auf die begangenen eigenen Straftaten. Im Rahmen der Therapie werden die sexuellen Delikte „aufgearbeitet“, im dem Sinne, dass der Täter sein Deliktverhalten reflektiert und analysiert, Verantwortung für die Taten übernimmt und (mehr) Opferempathie entwickelt. Konkret werden meist die Motivation und die auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Faktoren des Delikts unter verschiedenen Perspektiven angeschaut und entsprechende Risikofaktoren für weitere Delikte identifiziert. Schliesslich werden Handlungspläne erarbeitet, welche dem Jugendlichen ermöglichen, besser mit Risiken umzugehen und weitere Delikte zu vermeiden. Der deliktorientierte Therapieansatz ist in forensischen Institutionen und auch bei forensisch ausgebildeten Therapeuten in der Deutschschweiz und im deutschen Sprachraum verbreitet. Die Konzeption dieses Therapieansatzes wurde in den letzten 20 Jahren von Frank Urbaniok (Urbaniok, 2003) entwickelt und hat heute in der Behandlung von Straftätern eine grosse Bedeutung (Suhling & Endres, 2016). Die Bedeutung der Deliktorientierung ist aber auch umstritten: So kritisieren Suhling und Endres (2016), dass der Fokus der Therapie auf dem vergangenen Fehlverhalten liege und vorwiegend negative Aspekte der Person thematisiere, was demotivierend sein könne und schädliche Effekte auf einige Täter habe. Zudem gebe es nicht genügende wissenschaftliche Evidenz für die Wirkung von deliktorientierten Therapien.

Aktuell sind einzig Ansätze der Multisystemischen Therapie mit einem genügend starken Forschungsansatz validiert worden (Dopp et al., 2015). Dieser Therapieansatz (MST-PSB) zeigt nachweislich eine Verminderung von sexuellen und anderen Delikten sowie eine Einsparung von Kosten (Borduin & Dopp, 2015; Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2009).

Vor diesem Hintergrund sind auch die ernüchternden Ergebnisse einer der grössten Studie bei erwachsenen Sexualstraftätern zu beurteilen: Die vom britischen Justizministerium geleitete „Sex Offender Treatment Study“ (SOTP) bei erwachsenen Gefängnisinsassen (2'562 Probanden mit Behandlung, 13'219 Kontrollen) fand keine deliktpräventiven Effekte der deliktorientierten Therapie und zeigte sogar, wenn auch nicht signifikant, leicht höhere Raten von sexuellen Rückfällen bei den behandelten Straftätern (10.0% vs. 8.0%) (Mews, Di Bella & Purver, 2017). Allerdings konnte auch bei dieser sehr grossen Studie kein randomisiert-kontrolliertes Design zur Überprüfung eingesetzt werden. Trotz der zahlreichen kontrollierten Variablen kann nicht ausgeschlossen werden, dass bereits zuvor bestehende Unterschiede in den Gruppen für die Ergebnisse verantwortlich gemacht werden können.

Zusammenfassend ist die Wirkung von spezifischen therapeutischen Behandlungsansätzen für JS auf sexuelle Rückfälle derzeit nicht erwiesen. Auch kognitiv-verhaltenstherapeutische und insbesondere deliktorientierte Programme sind zwar verbreitet, aber wissenschaftlich wenig untersucht. Methodisch fundierte Ansätze mit einer randomisierten Zuteilung zu vergleichbaren Gruppen wären notwendig, um Behandlungseffekte umfassend zu erheben. Diese Designs sind aber aufgrund von ethischen und methodischen Problemen in der Praxis kaum umzusetzen. Im vorliegenden Modellversuch (bzw. den Anpassungen nach der ursprünglichen Einreichung) wurde daher versucht, durch ein randomisiertes Design mit zwei verschiedenen Therapiebedingungen (eine deliktorientierte Therapie vs. eine kompetenzorientierte Therapie) und einer parallelierten, d.h. möglichst vergleichbaren Kontrollgruppe, eine umfassende Analyse bezüglich verschiedener Wirksamkeitsparameter zu ermöglichen.

3. Entwicklung und Ziele des Modellversuchs ThePaS

3.1. Hintergrund

Vor dem Hintergrund der oben dargelegten Erkenntnisse wurden seit der Gründung des Zentrums für Kinder- und Jugendforensik (ZKJF) in Zürich im Jahre 2004 durch das ZKJF selbst verschiedene Behandlungsprogramme für den Umgang mit straffälligen Jugendlichen entwickelt.

Das Ministerkomitee des Europarates hat bereits im Jahre 2003 den Regierungen empfohlen: „[...] die Jugendstrafrechtspflege sollte sich so weit wie möglich auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützen, was wirkt, bei wem und unter welchen Umständen [...]“⁷

Die therapeutischen Interventionen, die zu diesem Zeitpunkt in der Region Zürich, aber auch in anderen Teilen der Schweiz bei Jugendlichen eingesetzt wurden, waren bezüglich ihrer Wirksamkeit jedoch nur mangelhaft überprüft. Es war daher zwingend, neue Entwicklungen deliktorientierter, rückfallpräventiver Interventionsprogramme für Jugendliche umfassend zu evaluieren. Ziel war es daher, das neu entwickelte „*Therapieprogramm für angemessenes Sexualverhalten*“ bei Jugendlichen (ThePaS) bezüglich seiner Wirksamkeit bei Jugendlichen mit Sexualdelikten zu überprüfen. Diese Ausgangslage führte dazu, dass 2010 der Modellversuch ThePaS beim Bundesamt für Justiz (BJ) eingereicht wurde.

3.2. Entwicklung des ursprünglichen ThePaS am Zentrum für Kinder- und Jugendforensik (ZKJF)

Das Therapieprogramm für angemessenes Sexualverhalten bei Jugendlichen (ThePaS) ist eine strukturierte, multimodale, verhaltensorientierte, deliktpräventive Intervention für Jugendliche mit problematischem Sexualverhalten⁸. Ziel war es, ein Programm zur Bearbeitung der Defizite in der Sexualentwicklung sowie der damit verbundenen mangelhaften Fertigkeiten im sozialen, kognitiven und Selbstkontrollbereich für JS anbieten zu können, welches im Einzel- oder Gruppentherapeutischen Setting durchgeführt werden kann.

Das ThePaS wurde bezugnehmend auf den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz entwickelt und mit zusätzlichen verhaltenstherapeutischen, pädagogischen, systemischen und supportiven Elementen versehen. Bereits etablierte Interventionsprogramme für erwachsene Sexualstraftäter (Beech & Mann, 2002) mit klassischen Elementen einer deliktorientierten, rückfallprophylaktischen Sexualstraftätertherapie sowie anglo-amerikanische Therapieprogramme für Jugendliche mit Sexualdelikten, welche sich in früheren Studien als wirksam erwiesen haben (Shaw, 1999; Walker et al., 2004; Worling & Curwen, 2000), dienten als Grundlage.

Einerseits wurden themenspezifische Module entwickelt, anhand derer eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, mit den Wertevorstellungen, dem Delikt und den damit verbundenen Verhaltensmustern erfolgen kann. Dabei sollte durch Erkennen des problematischen Verhaltens und durch das Einüben neuer Verhaltensstrategien auch eine Wissensvermittlung erfolgen. Der Jugendliche sollte sich vertieft mit Themen auseinandersetzen, die mit dem gezeigten problematischen Sexualverhalten in Verbindung stehen. Andererseits wurden Module zu sozialen Kompetenzen, zur eigenen Sexualität, zum eigenen Fehlverhalten, aber auch zur Wissensvermittlung betreffend die relevanten strafrechtlichen Bestimmungen ausgearbeitet. Zur Risikoverminderung wurden die Deliktanalyse, das Aufdecken von Verhaltensdefiziten, das Trainieren von Problemlö-

⁷ Empfehlung Rec (2003) 20 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zu neuen Wegen im Umgang mit Jugenddelinquenz und der Rolle der Jugendgerichtsbarkeit, II.5 (Abdruck in deutscher Übersetzung in: BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ, 2004, S.211 ff.; Bestellbar unter: <http://jugendstrafvollzug.net/veroeffentlichungen/schriftenreihe> (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019))

⁸ Weitere am ZKJF entwickelte Interventionen sind das „Forensische Therapieprogramm für jugendliche Straftäter mit Gewalt- und Eigentumsdelinquenz“ (ForTiS) (Best, Aebi & Bessler, 2015), das „Training für Emotionale Kompetenzen“ (TEK-JF) (Imbach, Vertone & Bessler, 2008), das „Soziale Kompetenztraining für Jugendliche 13-18/20 Jahre“ (SOK) (Stieger, Herdener-Pinnekamp, Vertone & Bessler, 2008) und das „Kurzinterventionsprogramm Pornografie“ (KIP) (Vertone, Best, Imbach & Bessler, 2006).

sestrategien und das Entwickeln von Verhaltensplänen zur Rückfallvermeidung in die Module aufgenommen. Eine erste, noch nicht vollständig manualisierte Version des ThePaS wurde 2007 entwickelt.

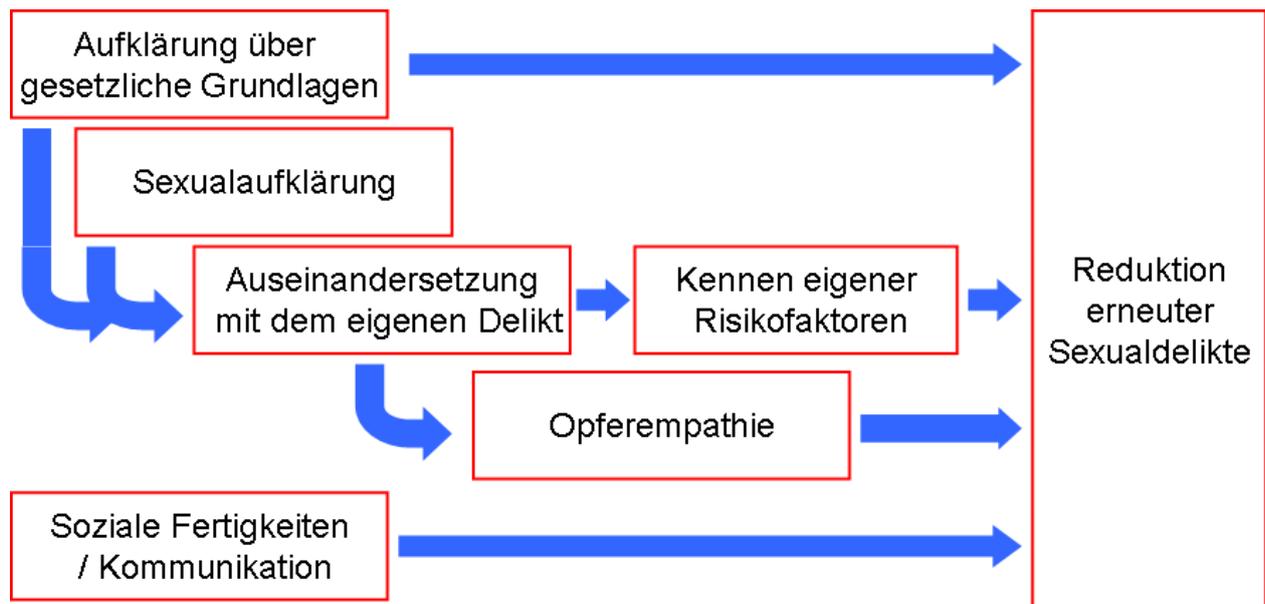
Das ThePaS wurde für den Einsatz mit Kindern und Jugendlichen im strafmündigen Alter (ab 10 Jahren) entwickelt. Durch den modularen Aufbau und die Manualisierung des Therapieprogramms war das ThePaS auch in anderen Regionen der Schweiz einsetzbar. Sollte das ThePaS aber auch in anderen Ländern zum Einsatz kommen, bedarf es aufgrund der Ausrichtung auf das Schweizerische (Jugend-)Strafrecht einer Anpassung an das Rechtssystem des entsprechenden Landes.

3.3. Inhaltliche Schwerpunkte des ursprünglichen ThePaS

Im Folgenden werden nun die einzelnen Therapieelemente und ihren Zusammenhang mit den Wirksamkeitserwartungen diskutiert sowie mit der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur untermauert. Das entwickelte Behandlungsprogramm ThePaS basiert auf folgenden Schwerpunkten: Einerseits geht es um sexualpädagogische Inhalte sowie um Sexualaufklärung, aber auch um Wissensvermittlung über relevante Gesetzesbestimmungen. Es wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit den (sexuellen) Einstellungen, Ideen und Fantasien der Teilnehmer angestrebt. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung, auch auf alltägliche Begebenheiten und Interaktionen eingehen zu können. Das ambulante Setting soll in dem Sinne genutzt werden, dass das Gelernte direkt im Alltag angewendet und eingeübt wird. Die gemachten Erfahrungen bedürfen sodann im Rahmen des Therapieprogramms einer regelmässig durchgeführten kritischen Diskussion. Die Analyse des eigenen Fehlverhaltens ist ein weiterer Schwerpunkt im Behandlungsprogramm ThePaS. Die Auseinandersetzung mit dem Ablauf der einzelnen Handlungen steht dabei im Zentrum. Es muss ein Verständnis für das Geschehene in allen Einzelheiten entwickelt werden. In einem nächsten Schritt werden darauf basierend relevante Risikofaktoren und rückfallprophylaktische Handlungspläne erarbeitet. Opfer- sowie situationsspezifische Empathie-Defizite und temporäre Suppressionsmechanismen müssen aufgedeckt werden. Diese Therapieelemente werden auf der Basis einer therapeutischen Haltung von Verständnis, Wertschätzung und unterstützendem Coaching bei gleichzeitig klarer Konfrontation mit dem fehlerhaften Verhalten durchgeführt. Klare Regeln und Strukturen bilden den Rahmen des Behandlungsprogramms (Verantwortung, Absprache, Zeitstruktur, Aufgaben, und Sanktionen). Die sozialen Fertigkeiten und kommunikativen Ressourcen sollen dabei genutzt werden, weiter erprobt und verbessert werden. Im Weiteren bedarf es des Einbezugs des Umfelds, in dem sich der sexualdelinquente Jugendliche aufhält (Eltern, gleichaltrige Kollegen, Schule etc.). Der Einfluss der Eltern auf ihre Kinder ist ganz allgemein von Bedeutung. Es konnte gezeigt werden, dass Eltern einen günstigen Einfluss auf den weiteren Verlauf und somit auf allfällige Rückfälle haben, wenn sie der Intervention positiv gegenüber stehen. Z.B. wirken die Unterstützung und die Erinnerung durch die Eltern über das Interventionsprogramm zeitlich hinaus positiv (Zankman & Bonomo, 2004).

Im Folgenden werden nun die einzelnen Therapieelemente und ihren Zusammenhang mit den Wirksamkeitserwartungen (siehe Grafik 1) anhand der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur diskutiert.

Grafik 1: Therapieelemente und deren Wirksamkeitserwartungen



3.3.1 Kenntnisse der schweizerischen Gesetzgebung bezüglich Sexualdelikte

Insbesondere Jugendliche sind mit den Ausführungen des StGB normalerweise wenig vertraut. Gleichzeitig sind Jugendliche aufgrund ihres explorativen Sexualverhaltens besonders gefährdet, gegen geltende Gesetze zu verstossen. Insbesondere das Schutzalter von 16 Jahren gemäss StGB und der Umgang mit Pornografie stellen hohe Anforderungen an den Jugendlichen im Umgang mit seiner Sexualität. Durch die Thematisierung der relevanten Gesetzgebung erhält der Jugendliche auf eine altersgemässe Art Wissen vermittelt, welches ihm im Umgang mit seiner neu aufkeimenden Sexualität Hilfestellung bietet. Das Wissen über die gültigen Gesetze und Regeln im zwischenmenschlichen Umgang ist somit ein wichtiger Faktor, welcher sich günstig auf die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Sexualdelikte auswirken sollte. Obschon die Legalaufklärung Teil vieler Präventions- und Interventionsprogramme von JS darstellt, existieren dazu bisher keine wissenschaftlichen Befunde.

3.3.2 Sexualaufklärung

Die Aufklärung über die biologischen, kognitiven und psychologischen Veränderungen während der Pubertät und die Aneignung von Wissen über körperliche und psychische Vorgänge im Zusammenhang mit der Sexualität ist eine grundlegende Voraussetzung für den Aufbau eines angemessenen Sexualverhaltens (Shaw, 1999). Viele JS besitzen lediglich rudimentäres Wissen über sexuelle Vorgänge (Whittaker, Brown, Beckett & Gerhold, 2006). Meist haben die Jugendlichen aus kulturellen oder anderen Gründen keine angemessene Sexualaufklärung erhalten, und in der Schule werden vorwiegend biologische Zusammenhänge erörtert, die sozialen und psychologischen Aspekte der Sexualität jedoch werden oft vernachlässigt (Schepker et al., 2006). Durch die Wissensvermittlung zur Sexualität wird im ThePaS auch eine adäquate Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität eingeleitet. Auch wenn durch die Vermittlung von Sexualwissen bisher kein direkter Einfluss auf zukünftige Sexualdelikte nachgewiesen werden konnte (Fanniff & Becker, 2006), so ist doch von einer indirekten Wirkung über die Verbesserung des Selbstwertgefühls auszugehen. Weiter weisen insbesondere Jugendliche, welche sexuelle Handlungen mit Kindern begehen, Defizite in ihrer psychosexuellen Entwicklung auf (Hart-Kerkhoffs, Doreleijers, Jansen, Van Wijk & Bullens, 2009).

3.3.3 Auseinandersetzung mit dem eigenen Sexualdelikt/Kennen eigener Risikofaktoren

Die systematische Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt ist eine häufig durchgeführte, aber bisher wenig evaluierte Technik bei forensischen Therapien (Suhling & Endres, 2016). Verhalten, Gedanken und Gefühle des Täters werden vor, während und nach der Tat nach verhaltenstherapeutischen Grundsätzen herausgearbeitet. Dabei werden dem Klienten die Zusammen-

hänge zwischen Verhalten, Gedanken und Gefühlen aufgezeigt und systematisch Risikofaktoren erarbeitet, welche mit dem Tatverhalten zusammenhängen. Die deliktorientierte Arbeit verfolgt verschiedene Ziele. Für eine umfassende Darstellung wird auf die aktuelle Fachliteratur verwiesen (z.B. Nedopil, 2007). Im Hinblick auf die vorliegende Studie wird davon ausgegangen, dass die Jugendlichen durch die Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Sexualdelikt bessere Kenntnisse über ihre individuellen Risikofaktoren erhalten, das heisst Situationen, welche ein erneutes Sexualdelikt begünstigen, besser ausweichen können. Mögliche deliktrelevante Risikofaktoren wären z.B. eine erlebte Zurückweisung, der Gedanke, „ein Versager“ zu sein, Alkoholkonsum oder das Zusammensein mit delinquenten Peers. In der Literatur von erwachsenen Sexualstraftätern erweist sich der Zusammenhang und die Kenntnis über Risikofaktoren, Tatverhalten und die erlebten Konsequenzen („ABC Schema“; Antecedents, Behaviors, Consequences) als wirksam bezüglich erneuter Sexualdelikte (Beech, Fisher & Thornton, 2003). Bei der Behandlung Jugendlicher, welche ein Sexualdelikt verübt haben, sind die deliktrelevanten Therapieprozesse in Bezug auf ihre Wirksamkeit zur Verhinderung erneuter Sexualstraftaten noch wenig erforscht (Worling & Curwen, 2000).

3.3.4 Opferempathie

Die Einnahme der Opferperspektive und die Erfassung der Auswirkung ihrer Delikte beim Opfer sollen im Rahmen des ThePaS beim Jugendlichen verbessert werden. Jugendliche weisen aufgrund der sich in Entwicklung befindenden Moralentwicklung (Kohlberg, 1995) bezüglich ihrer Empathiefähigkeit oft Defizite auf. Aus der Literatur bei erwachsenen Sexualstraftätern ist bekannt, dass diese sich nur ungenügend in ihre Opfer einfühlen können (Carich, Metzger, Baig & Harper, 2003; Fernandez & Marshall, 2003). Auch bei Jugendlichen, welche ein Sexualdelikt verübt haben, wird davon ausgegangen, dass eine Steigerung der Opferempathie dazu beiträgt, dass der Jugendliche sich in erneuten deliktnahen Situationen nicht oder weniger übergriffig verhält, da er sich besser in das Gegenüber einfühlen kann und Zurückhaltung verspürt, Handlungen gegen den Willen eines anderen durchzuführen (Varker, Devilly, Ward & Beech, 2008).

3.3.5 Verbesserung der sozialen Fertigkeiten im Kontaktverhalten

Jugendliche, welche Sexualdelikte verüben, weisen häufig Defizite in ihren sozialen Fertigkeiten auf (Barbaree, Marshall & McCormick, 1998; Van Wijk et al., 2006; Van Wijk, Vreugdenhil, Van Horn, Vermeiren & Doreleijers, 2007). Weiter sind autistische Symptome und andere eingeschränkte kommunikative und soziale Fertigkeiten, vermehrt bei Jugendlichen, welche Sexualdelikte verübt haben, zu finden (Hart-Kerkhoffs et al., 2009). Jugendliche, welche Sexualdelikte an Kindern verübt haben, weisen zudem häufig emotionale Probleme auf und sind sozial isoliert (M. H. Miner & Munns, 2005). Das ThePaS beinhaltet die Förderung sozialer Kompetenzen, dabei lernen die Jugendlichen ein angemessenes Kontaktverhalten aufzubauen und soziale Signale adäquat zu deuten. Weiter werden gängige Stereotypen von männlichem und weiblichem Rollenverständnis hinterfragt und ein sozial adäquates Frauenbild eingeführt.

3.4. Anpassungen des Modellversuchs

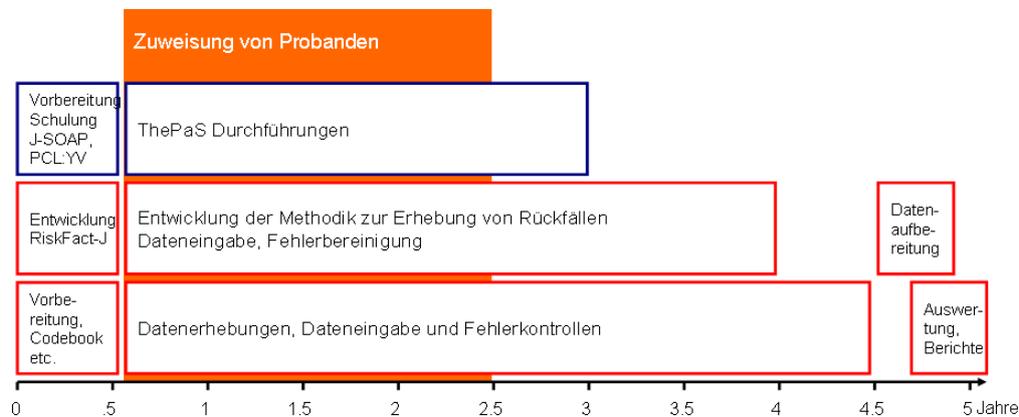
3.4.1 Ursprüngliches Design

Im ersten und ursprünglichen Design des Modellversuchs sollte mittels eines Quasi-Kontrollgruppendesigns die Effekte des ThePaS gegenüber einer Kontrollgruppe, deren Teilnehmer eine übliche Behandlung bekamen (Treatment As Usual; TAU), verglichen werden. Die ursprüngliche Rekrutierung sollte durch die Jugendanwaltschaften erfolgen. Geplant war, dass nach der Eröffnung des Strafverfahrens und der Ermittlung des strafrechtlichen Sachverhalts die Mitarbeiter der Jugendanwaltschaften die potentiellen Probanden und deren Eltern über die Ziele und Abläufe der Studie informieren, sie zur Teilnahme einladen und anschliessend die schriftliche Studieneinwilligung an die Forschungsabteilung des ZKJF weiterleiten. Gegebenenfalls sollten die Jugendanwaltschaften die Jugendlichen für das ThePaS (oder zu TAU bei anderen Therapeuten) angemeldet werden. Die Anordnung der Therapie (ThePaS oder TAU) sollte dabei von der Jugendanwaltschaft entschieden werden (ein randomisiertes Design, wonach die Probanden

zufällig dem ThePaS oder einer anderen Therapie (TAU) zugewiesen worden wären, wurde abgelehnt)⁹.

Die geplante Studie war auf einen Zeitraum von fünf Jahren ausgerichtet. Die Grafik 2 gibt eine Übersicht über die ursprünglich geplanten Abläufe. Nach einer sechsmonatigen Vorbereitungs-, Entwicklungs- und Schulungsphase sollten die Datenerhebungen und die ThePaS-Durchführungen beginnen. Alle Probanden mit einem Sexualdelikt (ohne Pornografiedelikte), welche in den folgenden zwei Jahren zugewiesen wurden, sollten in die Studie eingeschlossen werden. Die Datenerhebungen (siehe auch Grafik 5) sollten zu drei Messzeitpunkten erfolgen: Erstens nach der Zuweisung durch die Jugendanwaltschaft (T0), zweitens nach der Interventions- oder Kontrollphase sechs Monate nach der Zuweisung (T1) und drittens zwei Jahre nach der Zuweisung (T2). Bei der letzten Erhebung sollten neben der Befragung der Probanden die Auswertung der Untersuchungs- und Massnahmenvollzugsakten und die Auswertung von offiziellen Kriminalitätsdatenbanken vorgenommen werden.

Grafik 2: Ablauf der Evaluation (blau = Therapiedurchführungsstelle, rot = Forschungsabteilung).



Basierend auf der Jugendstrafurteilsstatistik und den bisherigen Zuweisungen zum ThePaS wurde eine Gesamtstichprobe von 80 Studienteilnehmern angestrebt, wovon ca. die Hälfte das ThePaS am ZKJF absolvieren sollte. Es wurde mit einer Anzahl von Probandenausfällen gerechnet. Es wurde aber versucht, die Anzahl der Nichtteilnehmer und die Ausfälle während der Studie (Drop-Outs) möglichst klein zu halten, indem Massnahmen ergriffen wurden (schriftliche und telefonische Erinnerungen).

3.4.2 Anpassungen des Designs

Erweiterung der Interventionsgruppe mit zwei Versionen des ThePaS: Im ursprünglichen Design mit einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe (ohne kontrollierte oder randomisierte Zuteilung) zeigte sich, dass aufgrund der Zuweisungsart der Jugendlichen, aufgrund der unterschiedlichen Deliktformen und aufgrund der hohen Anzahl von Verweigerungen in der Kontrollgruppe die Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe nicht vergleichbar war. Aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit von Interventions- und Kontrollgruppe wären bei diesem Design nur eingeschränkt Schlüsse in Bezug auf die Wirksamkeit des ThePaS möglich gewesen. Diese Bedenken wurden auch vom Fachausschuss und vom wissenschaftlichen Begleiter des Modellversuchs, Herrn Prof. Dr. phil. J. Endrass, geteilt.

Es wurde daher eine Erweiterung des Designs mittels der Einführung einer weiteren Interventionsgruppe angestrebt. Auf Grundlage der bestehenden wissenschaftlichen Literatur wurden zwei Therapiebedingungen des ThePaS entwickelt, welche in der Folge als ThePaS-I (deliktorientierte Version) und ThePaS-II (kompetenzorientierte Version) bezeichnet werden. Dadurch sollte es möglich werden, eine spezifisch deliktorientierte Intervention (Fokus auf der individuellen Ausei-

⁹ Ein solches Design wurde mit der Jugendanwaltschaft des Kantons Zürich diskutiert. Aufgrund juristischer Aspekte und der Verantwortung der Jugendstrafrechtsbehörden war ein solches (methodisch überlegeneres) Design nicht möglich.

nersetzung mit dem eigenen Delikt) und eine allgemein deliktorientierte Intervention (Fokus auf Sozialkompetenzen) miteinander zu vergleichen. ThePaS-I und ThePaS-II sind aufgrund der Evidenzlage zur Wirksamkeit von Therapieprogrammen sowie auch bezüglich Dauer und Intensität als gleichwertig anzusehen (siehe auch Kapitel 2.9 & 2.10 und 4.2-4.5).

Die Zuteilung der Studienteilnehmer zu ThePaS-I bzw. ThePaS-II konnte dadurch nun neu randomisiert erfolgen. Auf dieser Basis sind nun Schlüsse betreffend Effektivitätsunterschiede zwischen kompetenzorientierter vs. spezifischer deliktorientierter Therapie möglich. Mit dieser Anpassung des Studiendesigns wurde eine relativ hohe wissenschaftliche Stringenz im Sinne der Maryland Scale of Scientific Rigor (Sherman et al., 1998) erreicht. Den Mitarbeitern der Evaluationsabteilung war bis zum Abschluss der Datenerhebung nicht bekannt, ob ein Studienteilnehmer ThePaS-I oder ThePaS-II absolvierte.

Umwandlung der bisherigen Kontrollgruppe in eine Aktenkontrollgruppe: Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Deliktschwere, der unterschiedlichen Deliktformen und der hohen Anzahl von Verweigerungen wurde es aber auch offensichtlich, dass die Kontrollgruppe nicht ohne erhebliche Verzerrung mit den Interventionsgruppen vergleichbar gewesen wäre. Infolgedessen wurde, auch vor dem Hintergrund von Kosten-/Nutzenanalysen, in Betracht gezogen, die Rekrutierung der Kontrollgruppe einzustellen und stattdessen eine Kontrollgruppe auf Basis von Akteninformationen in die Studie einzubeziehen. Ein diesbezüglich ausführlicher Austausch fand an der Sitzung zum Modellversuch ThePaS mit Vertretung der Jugendanwaltschaft und des Fachausschusses am 31. Oktober 2012 statt. Ein entsprechender Ergänzungsantrag wurde dann seitens des ZKJF am 07.11.2012 dem Bundesamt für Justiz nachgereicht. Das Bundesamt für Justiz des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements EJPD hiess den Antrag am 11.03.2013 gut.

Ausweitung zur multizentrischen Studie und Verlängerung des Rekrutierungszeitraums: Die Überprüfung der Wirksamkeit des ThePaS sollte unter wissenschaftlichen Bedingungen und unter möglichst hoher Kontrolle weiterer Faktoren, die auf die Ergebnisse Einfluss nehmen könnten, durchgeführt werden. Geplant war für die Studie, alle Jugendlichen mit Sexualdelikt (ohne Pornografiedelikte) im Kanton Zürich zu berücksichtigen. Allerdings waren Schwierigkeiten hinsichtlich der kleinen Stichprobe und der damit eingeschränkten statistischen „Power“ sowie der in der Literatur beschriebenen geringen Basisrate von einschlägigen Rückfällen bei Jugendlichen mit Sexualdelikten zu erwarten. Infolgedessen wurde die Durchführung der Studie auf weitere Standorte ausgeweitet und nach bewilligten Ethikanträgen mit den Standorten Basel (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Jugendforensik, Versuchsverantwortliche Frau Dr. med. Madleina Manetsch) und Luzern (Institut für Forensische Psychologie, IFP-Z, Versuchsverantwortliche Frau lic.phil. Daniela Imbach) zusammengearbeitet. Aufgrund der weiterhin geringen Quote an Zuweisungen wurde am 23.07.2014 ein Antrag auf Verlängerung des Modellversuchs um drei Jahre bis 2019 an das BJ gestellt, welcher am 25.09.2014 bewilligt wurde.

4. Versuchskonzept

4.1. Entwicklung der beiden Behandlungsbedingungen ThePaS-I und ThePaS-II

Am ZKJF wurden im Rahmen des Modellversuchs und aufgrund der oben dargelegten Überlegungen, ausgehend vom ursprünglichen ThePaS, zwei separate Programme entwickelt, das ThePaS-I und das ThePaS-II. Beide enthalten die Module zum Wissen über Gesetze und Sexualität und die Entwicklung der Fertigkeiten zum Beziehungsaufbau. Während das ThePaS-I auf die Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt fokussiert, steht im ThePaS-II die Verbesserung sozialer Fertigkeiten im Vordergrund. Nicht mehr enthalten sind im ThePaS-II die spezifischen Elemente, welche die Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt beinhalten, so auch die daraus erfolgende Analyse von individuellen Risikofaktoren und die Erarbeitung von Handlungsplänen. Im ThePaS-II werden stattdessen allgemeine soziale Kompetenzen, welche theoretisch hergeleitet deliktpräventiv wirken, erlernt. Das ThePaS-II enthält Elemente aus anderen am ZKJF entwickelten Therapiemodulen, welche die Erlernung sozialer Fertigkeiten und damit eine allgemeine Deliktprävention zum Ziel haben. Diese Therapiemodule wurden als sog. „fakultative Wahlmodule“ im Forensischen Therapieprogramm für jugendliche Straftäter (ForTiS) (Best, Aebi, & Bessler, 2015) eingesetzt. Sie beinhalten die Förderung der sozialen Kompetenzen, wie den Umgang mit eigenen Gefühlen, die Verbesserung der inneren Achtsamkeit, ein Problemlösetraining, die Abgrenzung gegenüber delinquenten Peers und die Verbesserung von Kommunikationsstrategien (Konfliktlösungstraining). Da insbesondere JS oft vielfältige Defizite in ihren sozialen Fertigkeiten aufweisen (Bessler, 2008; Daversa & Knight, 2007; Hart-Kerkhoffs et al., 2009), wurden Trainings sozialer Fertigkeiten auch mit JS empfohlen und durchgeführt (Becker, 1990; Geary, Lambie, & Seymour, 2011; Graves, Openshaw, & Adams, 1992; Shaw, 1999). Es wurde davon ausgegangen, dass beide Formen, ThePaS-I bzw. ThePaS-II, deliktpräventiv wirken.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Therapieprogramm für Jugendliche mit Sexualdelikten ThePaS nach der Anpassung des Evaluationsdesigns im Rahmen des Modellversuchs in zwei Varianten durchgeführt wurde. In ThePaS-I wurde die begangene Straftat bzw. das gezeigte Fehlverhalten des Jugendlichen im Detail analysiert. Dabei ging es um die Auseinandersetzung mit den getroffenen Entscheidungen, die der Straftat bzw. dem Fehlverhalten vorausgingen und die Aufarbeitung der einzelnen Handlungen während der Taten. Es wurde angestrebt, dass die Teilnehmer ein Verständnis für das Geschehene in allen Einzelheiten entwickeln. In einem nächsten Schritt wurden relevante Risikofaktoren, die die Handlungen bedingten und darauf basierend rückfallprophylaktische Handlungspläne erarbeitet. Opfer- sowie situationsspezifische Empathie-Defizite und temporäre Suppressionsmechanismen wurden aufgedeckt. Die beschriebenen Elemente wurden mit den Teilnehmern auf der Basis einer therapeutischen Haltung von Wertschätzung und Respekt dem Jugendlichen gegenüber und unterstützendem Coaching bei gleichzeitig klarer Konfrontation mit dem fehlerhaften Verhalten durchgeführt. Beim ThePaS-II wurde die deliktorientierte Arbeit, die auf der Auseinandersetzung des Teilnehmers mit seinem verübten Delikt bzw. Fehlverhalten basiert, durch den Erwerb von sozialen Kompetenzen ersetzt. Insbesondere die Achtsamkeit, der Umgang mit schwierigen Situationen und den damit verbundenen negativen Gefühlen, die Selbstkontrolle und das Sich-abgrenzen-Können von Gruppendynamiken bereiten den JS Schwierigkeiten. Im Folgenden finden sich jeweils zu ThePaS-I und ThePaS-II eine Übersicht der Module und Sitzungen sowie eine Beschreibung des jeweiligen Inhalts.

4.2. Aufbau von ThePaS-I: Übersicht der Sitzungen bzw. Module¹⁰

	Sitzung	Modul	Inhalt
Klärungs- & Motivationsphase	Sitzung 1	Modul 1	Einführung, Kennenlernen
		Modul 2	Einführung ins Rechtssystem
	Sitzung 2	Modul 3	Gesetzeslage
	Sitzung 3	Modul 4	Darstellung der begangenen Grenzverletzungen bzw. Delikte
	Sitzung 4	Modul 5	Analyse der Grenzverletzung bzw. des Delikts
	Sitzung 5	Modul 6	Bilanzierung der begangenen Grenzverletzungen bzw. Delikte und Entscheidung
		Modul 7	Meine Lebenspläne, Lebensziele/Fähigkeiten und Stärken
Sitzung 6	Modul 8	Teilnehmer in den Veränderungsmodus bringen	
Trainingsphase	Sitzung 7	Modul 9	Sexualität
		Modul 10	Sexualaufklärung
	Sitzung 8	Modul 11	Flirten ohne Grenzen zu verletzen
		Modul 12	Beziehungen aufbauen
	Sitzung 9	Modul 13	Gefühle und Top 5
	Sitzung 10	Modul 14	Opferempathie
Umsetzungsphase	Sitzung 11	Modul 15	Rückfallprophylaxe I
	Sitzung 12	Modul 16	Rückfallprophylaxe II
	Sitzung 13	Modul 17	Rückfallvermeidungspläne
	Sitzung 14	Modul 18	Abschlussprüfung
		Modul 19	Zertifizierung
Sitzung 15	Modul 20	Auffrischungssitzung	

4.3. Module und inhaltliche Beschreibung des ThePaS-I

4.3.1 Klärungs- und Motivationsphase

Ziel der Klärungsarbeit ist es, dem Teilnehmer, sowohl bereits eingetretene als auch künftig zu erwartende Folgen von Fehlverhalten bzw. straffälligem Verhalten im sexuellen Bereich bewusst zu machen, sodass er bei seinem zukünftigen Handeln diese in Rechnung stellen kann. In der Regel gelingt es den Jugendlichen im Alltag nur schwer, die später eintretenden Folgen ihres Verhaltens zu berücksichtigen. Relevante Faktoren der späteren Folgen bleiben meist ausgeblendet und im Hinblick auf den sofortigen persönlichen Nutzen eingeeengt. Der Jugendliche soll sich in der Klärungs- und Motivationsphase des ThePaS-I / ThePaS-II bewusst werden, wie er sich seine Zukunft wünscht und wissen, wie er sich zu verhalten hat, um seine Ziele auch zu erreichen. Er soll in der Lage sein, moralische, finanzielle, beziehungsbezogene usw. Aspekte in seiner Handlungsplanung zu berücksichtigen.

Modul 1: Begrüssung und gegenseitige Vorstellungsrunde. Inhalt, Ziel, Termine und Regeln des ThePaS werden vermittelt. Zielsetzung: Aufbau einer förderlichen Arbeitsatmosphäre. Die Teil-

¹⁰ Grau hinterlegt sind Module, welche sich vom ThePaS-II unterscheiden.

nehmer kennen Sinn und Zweck der Intervention. Die Teilnehmer kennen die wichtigsten organisatorischen Rahmenbedingungen.

Modul 2: Kenntnisvermittlung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie deren gesellschaftliche Bedeutung: Über die Vermittlung des Wissens über die relevanten Gesetzesbestimmungen und deren gesellschaftliche Bedeutung sollen rückfallprophylaktische Kompetenzen erarbeitet werden. In diesem Modul sollen die JS zu Experten betreffend die eigenen Verfehlungen bzw. betreffend die von ihnen verübten Delikt werden. Auch stärkt die Vermittlung den kompetenten Umgang mit Risikosituationen. Zielsetzung: Grundzüge sowie der Sinn und Zweck der relevanten Gesetzesbestimmungen und die Zuständigkeiten der Justizbehörde sind bekannt.

Modul 3: Gesetzeslage: Gesetzesbestimmungen betreffend die Delikte gegen die sexuelle Integrität werden bekannt gemacht und ihr Sinn und Zweck erarbeitet. Die den Strafnormen zugrundeliegenden Wertvorstellungen werden reflektiert und gemeinsam diskutiert. Zielsetzung: Die Teilnehmer wissen, welche ihrer Verhaltensweisen strafbar sind und welche nicht und kennen die strafrechtlichen Folgen erneuter Delinquenz.

Modul 4: Darstellung der begangenen Grenzverletzungen bzw. Delikte: Mithilfe einer detaillierten Rekapitulation des eigenen Fehlverhaltens bzw. der verübten Straftat wird das problematische Verhalten analysiert. Bei der Darlegung vor der Gruppe müssen kritische Fragen beantwortet werden, was eine vertiefte Auseinandersetzung fördert. Dadurch wird das abweichende Verhalten benannt und erneuten Bagatellisierungstendenzen Einhalt geboten. Des Weiteren fällt es dem Teilnehmer durch das erlangte vertiefte Verständnis einfacher, risikoreiche Gedanken, Emotionen und Handlungen zu erkennen. Daraus können dann in einem weiteren Schritt individuell verschiedene Risikofaktoren definiert werden. Zielsetzung: Begangene Grenzverletzungen bzw. Delikte der Teilnehmer wurden in der Gruppe benannt. Erste Denkprozesse in Bezug auf eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt wurden angestoßen.

Modul 5: Analyse der Grenzverletzung bzw. des Delikts: Hintergrundbedingungen der begangenen Grenzverletzung bzw. des Delikts werden beleuchtet. Auslöser und Ablauf der begangenen Grenzverletzung bzw. des Delikts werden aufgedeckt. Dabei geht es darum, zu erarbeiten, warum die Grenzverletzungen bzw. die Delikte verübt wurden, um anschliessend alternative Möglichkeiten, wie Ziele dennoch erreicht werden können, zu erarbeiten. Zielsetzung: Hintergrundfaktoren der begangenen Grenzverletzung bzw. des Delikts wurden erkannt und der Zusammenhang mit der begangenen Grenzverletzung bzw. der Straftat erarbeitet. Allgemeine und persönliche Motive der begangenen Grenzverletzung bzw. des Delikts wurden bewusst gemacht und mögliche alternative Herangehensweisen erarbeitet.

Modul 6: Bilanzierung der begangenen Grenzverletzungen bzw. Delikte und Entscheidung: Die Vorteile, die der Täter durch die begangenen Grenzverletzungen bzw. Delikte erzielen konnte, werden den nachteiligen Folgen gegenübergestellt. Dabei werden insbesondere die kurzfristig erlangten Gewinne den langfristigen Konsequenzen der Grenzverletzungen bzw. Delikte gegenübergestellt. Ebenso werden die Auswirkungen auf die eigene Lebensgestaltung diskutiert. Zielsetzung: Grundlagen für eine Bilanzierung konnten durch das gleichzeitige Wahrnehmen der positiven, aber auch der negativen Folgen gelegt werden. Ein Bewusstsein für die langfristigen negativen Konsequenzen des Fehlverhaltens wurde geschaffen.

Modul 7: Meine Lebenspläne, Lebensziele/Fähigkeiten und Stärken: Fähigkeiten und Stärken der Gruppenteilnehmer werden benannt und anerkannt. Darauf basierend werden Lebenspläne und Lebensziele mithilfe der Gruppenteilnehmer erarbeitet. Die dafür notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten werden realitätsnah diskutiert. Auch der notwendige Weg, der zurückgelegt werden muss, um diese Lebenspläne zu verwirklichen und um die Lebensziele zu erreichen, wird aufgezeigt. Zielsetzung: Die Jugendlichen prosoziale Zukunftspläne aufbauen und festigen, wodurch die Motivation für deliktfreie Verhaltensweisen erhöht wird.

Modul 8: Teilnehmer in den Veränderungsmodus bringen: Mit den Gruppenteilnehmern wird erarbeitet, welche Ziele sie wann zukünftig erreichen wollen. Dabei geht es darum, die schlechten Gewohnheiten, die einem davon abhalten die eigenen Ziele zu verfolgen, zu benennen. In diesem Modul wird ein Modell vorgestellt, wie Verhaltensänderungen erreicht werden können. Die Teilnehmer setzen sich mit den verschiedenen Phasen des Modells auseinander. Zielsetzung:

Bewusstmachung der Auswirkungen künftiger grenzverletzender Verhaltensweisen bzw. zukünftiger Straftaten auf die Erfüllung von persönlichen Zielen. Die Teilnehmer nehmen delinquentes Verhalten als veränderbare Gewohnheit wahr. Die Entscheidung zur Verhaltensänderung stellt den Anfangs- und nicht den Endpunkt eines Veränderungsprozesses dar. Dieses Modul markiert den Abschluss der Klärungsarbeit.

In den bis jetzt bearbeiteten Modulen des Therapieprogramms ThePaS-I wurden die relevanten Faktoren, welche für eine bewusste Entscheidung, wie die Teilnehmer sich in Zukunft im sexuellen Bereich verhalten möchten, erarbeitet. Die Verantwortungsübernahme für das eigene zukünftige Verhalten wurde dadurch gestärkt und damit eine stabile Motivation zur Verhaltensänderung etabliert, worauf in den folgenden Modulen Bezug genommen wird.

4.3.2 Trainingsphase

In der Trainingsphase werden dem Teilnehmer Bewältigungsstrategien an die Hand gegeben, die ihm helfen sollen, seine guten Vorsätze betreffend das zukünftige sexuelle Verhalten zu realisieren. Ebenso wird in den bewältigungsorientierten Modulen immer wieder auf den selbst gefällten Entscheid der Verhaltensänderung Bezug genommen.

Modul 9: Sexualität: Die Sexualentwicklung wird in diesem Modul von verschiedenen Gesichtspunkten her beleuchtet und verschiedene Modelle werden erarbeitet. Allen Modellen gemeinsam ist die Tatsache, dass es sich um ein Zusammenspiel verschiedener sich gegenseitig mehr oder weniger beeinflussender Faktoren handelt. Letztlich sollen biologische, psychische, soziale und emotionale Faktoren der Sexualität erarbeitet und diskutiert werden. Es gibt keine „richtige“ oder „falsche“ Sexualität. Es gibt nur die eigene Sexualität. Zielsetzung: Die Teilnehmer haben sich mit verschiedenen Bereichen der Sexualität und mit der eigenen Sexualität auseinandergesetzt.

Modul 10: Sexuaufklärung: Es wird Grundlagenwissen über die Anatomie von Mann und Frau vermittelt. Die Körperentwicklung von Jungs und von Mädchen wird in diesem Modul erklärt und Informationen über Verhütung und sexuell übertragbare Krankheiten gegeben. Zielsetzung: Informationen über Sexualentwicklung und über die Funktion der Sexualität bei Männern und Frauen wurden vermittelt. Damit wurde Kompetenz im Umgang mit potentiellen (Geschlechts-)Partnern gefördert.

Modul 11: Flirten ohne Grenzen zu verletzen: Jeder Teilnehmer wird an seine attraktiven Seiten und auch an seine Stärken in Bezug auf eine(n) potentielle(n) Partnerin/Partner herangeführt und lernt, sich selbst attraktiver zu präsentieren. Auch die eigenen Wünsche an eine(n) potentielle(n) Partnerin/Partner werden reflektiert, um sich dann mit verschiedenen Formen der respektvollen Kontaktaufnahme zu einer(einem) potentielle(n) Partner(in)auseinanderzusetzen. Zielsetzung: Die Teilnehmer wissen, was sie an einer (einem) potentiellen Partnerin/Partner anzieht, kennen Möglichkeiten, sich selbst attraktiv zu präsentieren und haben Methoden zum Flirten, ohne Grenzen zu verletzen, kennengelernt.

Modul 12: Beziehungen aufbauen: Vorstellungen und Charakteristiken von Freundschafts- und Intimbeziehung werden gesammelt und diskutiert, um anschliessend auf den Aufbau einer Freundschafts- und Intimbeziehung ohne Verletzung von Grenzen einzugehen. Der Aufbau einer Freundschafts- und Intimbeziehung wird anhand des „32 Schritte Spiels“ dargestellt (Fotos zum Beziehungsaufbau korrekt sortieren). Zielsetzung: Eigene Vorstellungen über Kennzeichen einer Intimbeziehung wurden erarbeitet. Wie Grenzen im Aufbau einer Intimbeziehung beachtet werden können, wurde vermittelt.

Modul 13: Gefühle und Top Five: Einerseits geht es in diesem Modul darum, Gefühle zu erkennen und zu benennen, andererseits sollen aber auch Strategien vermittelt werden, wie diese Gefühle beeinflusst und gesteuert werden können. Vorerst wird versucht, dass die Teilnehmer einen Zugang zur eigenen Gefühlswelt bekommen, anschliessend soll auch auf Wahrnehmung der Gefühlswelt des Gegenübers eingegangen werden. Es werden auch Bagatellisierungs- und Abspaltungstendenzen benannt und die Perspektivenübernahme hinsichtlich des Opfers des eigenen Fehlverhaltens/der eigenen Straftat gefördert. Im zweiten Teil des Moduls „hilfreiche Gedanken und Top Five“ sollen Strategien zur Gefühlskontrolle erlernt werden. Neben den bereits erlernten Verhaltensweisen sollen nun auch sogenannte „hilfreiche Gedanken“ (kognitive Hilfsmit-

tel) erarbeitet werden und zur Anwendung kommen. Zielsetzung: Vermittlung eines Zugangs zu eigenen Gefühlen und zu Gefühlen anderer. Zudem wurden Gedanken, die zur Rückfallprophylaxe dienen, erarbeitet, so die „Top Five“ der hilfreichen Gedanken.

Modul 14: Opferempathie: Der Sinn und Zweck dieses Moduls ist es, dass es den Teilnehmern gelingt, sich in die Situation der Personen hineinzusetzen, die ihren Grenzverletzungen bzw. Straftaten ausgesetzt war. Es wird angestrebt, dass die Jugendlichen die Seiten wechseln und den Vorfall, weswegen sie von der Behörde zugewiesen wurden, aus der Perspektive des Opfers nochmals nacherleben. Diese Perspektive soll den Teilnehmern helfen, sich in Opfer von Grenzverletzungen bzw. Sexualstraftaten hineinzusetzen. Es hat sich bewährt, dass dieses Modul von einer externen Person durchgeführt wird. Damit wird klar gemacht, dass zwischen Täterbehandlung und Opferarbeit zu unterscheiden ist und dies nicht vom selben Dienst übernommen werden kann. Zielsetzung: Erlernen der Perspektivenübernahme betreffend Auswirkungen der eigenen Handlungen auf andere.

Dieses Modul markiert den vorläufigen Abschluss der Trainingsphase. Es wurden dem Teilnehmer Bewältigungsstrategien an die Hand gegeben, die ihm helfen sollen, seine guten Vorsätze betreffend sein zukünftiges sexuelles Verhalten zu realisieren.

4.3.3 Umsetzungsphase

Die neu erworbenen Fertigkeiten werden in der Umsetzungsphase anhand von individuell bis ins Detail ausgearbeiteten Handlungsplänen im Alltag der Jugendlichen verankert. In der Umsetzungsphase werden die Jugendlichen aufgefordert, erlernte Strategien in ihren Alltag einzubringen und ihre Erfahrungen damit zu reflektieren.

Modul 15: Rückfallprophylaxe I: Zur Vermeidung von einschlägigen Rückfällen ist es wichtig, den genauen Ablauf der verübten grenzverletzenden Handlung bzw. Straftaten gegen die sexuelle Integrität zu kennen. Erst auf der Grundlage dieser Kenntnis ist es möglich, die Chancen, welche einen Ausstieg aus dem Handlungsablauf ermöglicht hätten, zu erkennen. Dieses Wissen erleichtert es dem Jugendlichen, in Zukunft diese Chancen zu erkennen und zu ergreifen und keine weiteren Verfehlungen mehr zu begehen. Zielsetzung: Das gesamte Geschehen der vergangenen Verfehlungen wurde aufgearbeitet und verpasste Möglichkeiten zum „Ausstieg“ aufgezeigt.

Modul 16: Rückfallprophylaxe II: Eine wirkungsvolle Rückfallprophylaxe basiert auf einer Verschärfung der Aufmerksamkeit in Bezug auf mögliche Risikosituationen und lauernde Verführungssituationen. Neben hilfreichen Strategien, die man einsetzen kann, und neben Verhaltensübungen, die man erlernen kann, hat auch eine realistische Einschätzung des eigenen zukünftigen Verhaltens in Gefahrensituationen zu erfolgen. Zielsetzung: Nach der Einschätzung des eigenen Rückfallrisikos werden nochmals die Folgen eines Rückfalls in den Fokus gestellt, aber auch die Schutzfaktoren, die helfen, Rückfälle zu verhindern, wurden benannt.

Modul 17: Rückfallvermeidungspläne: Die Teilnehmer werden für Risikosituationen sensibilisiert. Risikosituationen werden durch einen oder mehrere Risikofaktoren konstatiert. Den Jugendlichen werden dann ganz konkrete Handlungspläne an die Hand gegeben, um zu wissen, wie sie sich in schwierigen Situationen in Zukunft verhalten können, ohne Probleme zu bekommen. Zielsetzung: Mit der Unterstützung der Therapeuten erarbeiteten die Teilnehmer persönliche Rückfallvermeidungspläne.

Modul 18: Abschlussprüfung: Das Wissen jedes Teilnehmers über die Inhalte des Therapieprogramms wird geprüft. Die Dauer der mündlichen Prüfung beträgt pro Teilnehmer ca. 10 Minuten. Das Prüfungsritual soll zur Erhöhung der wahrgenommenen Wichtigkeit des gesamten Therapieprogramms und zur Verankerung der Lerninhalte beitragen. Zielsetzung: Überprüfung des Wissens über die Inhalte des Therapieprogramms.

Modul 19: Zertifizierung: Bei der Zertifizierung geht es darum, einen positiven Abschluss zu finden, allenfalls im Beisein der Eltern, indem der Einsatz und das Durchhaltevermögen jedes einzelnen Teilnehmers anerkannt wird. Um dies zu unterstreichen, erhält jeder Teilnehmer zum erfolgreichen Abschluss des Therapieprogramms ein Zertifikat mit einer Auflistung aller bearbeiteten Themen und den Unterschriften der Therapeuten überreicht. Wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass der Teilnehmer die Abschlussprüfung des Therapieprogramms bestanden hat; d.h. er ver-

fügt nun über Fertigkeiten, in Zukunft rückfallfrei durchs Leben gehen zu können. Das Abschlusszertifikat kann mit dem Erhalt des Führerscheins verglichen werden. Der Teilnehmer verfügt nun über die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten, aber, ob er nun unfallfrei durchs Leben geht, liegt in seiner Verantwortung. Zielsetzung: Überreichung des Abschlusszertifikats.

4.3.4 Abschluss des ThePaS-I

Mit dieser letzten Sitzung ist das ThePaS-I abgeschlossen und die Teilnehmer werden persönlich verabschiedet.

Modul 20: Auffrischungssitzung: Die Auffrischungssitzung dient dazu, den weiteren Verlauf der Lebensgeschichten der Jugendlichen nach Abschluss des Therapieprogramms, wenigstens über drei Monate, nachzuverfolgen. Für die Sicherung der Nachhaltigkeit (des Haftenbleibens der Inhalte und im Sinne der Rückfallprophylaxe) ist es wichtig, ob und welche erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten die Jugendlichen einsetzen und wie sie mit Risikosituationen umgehen konnten. Die Auffrischungssitzung soll aber auch dazu dienen, nochmals die wichtigsten Inhalte des Therapieprogramms in Erinnerung zu rufen, im Sinne einer Verstärkung und Verankerung. Zielsetzung: Das ThePaS und seine Nützlichkeit im Leben der Jugendlichen wurden überprüft.

4.4. Aufbau von ThePaS-II: Übersicht der Sitzungen bzw. Module¹¹

	Sitzung	Modul	Inhalt
Motivationsphase	Sitzung 1	Modul 1	Einführung, Kennenlernen
		Modul 2	Einführung ins Rechtssystem
	Sitzung 2	Modul 3	Gesetzeslage
	Sitzung 3	Modul 4	Mein Körper
	Sitzung 4	Modul 5	Sexualität
		Modul 6	Sexualaufklärung
	Sitzung 5	Modul 7	Innere Achtsamkeit
	Sitzung 6	Modul 8	Umgang mit Gefühlen
Sitzung 7	Modul 9	Selbstkontrolle durch Gedanken	
Trainingsphase	Sitzung 8	Modul 10	Lösungen für mühsame Situationen
	Sitzung 9	Modul 11	Umgang mit Konflikten
	Sitzung 10	Modul 12	Nein sagen
	Sitzung 11	Modul 13	Moralisches Urteilen
	Sitzung 12	Modul 14	Flirten ohne Grenzen zu verletzen
		Modul 15	Beziehungen aufbauen
Umsetzungsphase	Sitzung 13	Modul 16	Meine Lebenspläne, Lebensziele/Fähigkeiten und Stärken
	Sitzung 14	Modul 17	Abschlussprüfung
		Modul 18	Zertifizierung
	Sitzung 15	Modul 19	Auffrischungssitzung

4.5. Module und inhaltliche Beschreibung des ThePaS-II

4.5.1 Klärungs- und Motivationsphase

Modul 1, 2 und 3: Diese Module entsprechen den Modulen 1, 2 und 3 in ThePaS-I (siehe Kapitel 4.3.1).

Modul 4: Mein Körper: In diesem Modul wird die bewusste Wahrnehmung auf den eigenen Körper gelenkt. Dabei geht es um eine differenzierte sensorische und motorische Wahrnehmung des Körpers und die Erarbeitung der Zusammenhänge zur Emotion. Zielsetzung: In diesem Modul werden den Teilnehmern Raum gegeben, damit diese in Kontakt mit dem eigenen Körper kommen, diesen in Ruhe, aber auch in Bewegung spüren, akzeptieren und wertschätzen lernen. Der eigene Körper ist die äussere Erscheinungsform des „Ich“ und damit Teil der Identität. Mit dem eigenen Körper wird der Bezug zur Aussenwelt hergestellt.

¹¹ Module, welche sich vom ThePaS-I unterscheiden.

Modul 5 und 6: Diese Module entsprechen den Modulen 9 und 10 in ThePaS-I (siehe Kapitel 4.3.2.)

Modul 7: Innere Achtsamkeit: In diesem Modul werden die bewusste Wahrnehmung, die Bewertung der Sinneseindrücke und die Steuerung von Handlungen geübt. Es geht darum, die Wahrnehmung auch für das Detail zu schärfen, bewusst zu registrieren und die eigenen Handlungen zu reflektieren. Zu diesen drei Themen werden verschiedene Übungen gemacht. Zielsetzung: In diesem Modul stehen die Integration verschiedener Sinneseindrücke, die Selbstwahrnehmung und Steuerung im Fokus der Behandlung, denn all diese Themen spielen auch in der Sexualität eine wichtige Rolle.

Modul 8: Umgang mit Gefühlen: In diesem Modul sollen die Teilnehmer sich mit ihrer Gefühlswelt auseinandersetzen. Gefühle sind ein wichtiger Bestandteil des Menschseins, nur wissen viele Menschen darüber zu wenig Bescheid. Gefühle informieren uns über Situationen und uns selbst. Über Gefühle kommunizieren wir mit anderen. Gefühle führen uns zu unseren Handlungen. Durch Gefühle fühlen wir uns lebendig. Die sog. emotionale Intelligenz ist für den Menschen überlebenswichtig. Aber insbesondere in der Sexualität spielen Gefühle eine tragende Rolle. Zielsetzung: Die Jugendlichen lernen, Gefühle zu erkennen und zu benennen und wurden sich deren Funktionen bewusst. Zudem wissen die Teilnehmer, wie Gefühle erzeugt, verstärkt, aber auch gesteuert werden können.

4.5.2 Trainingsphase

Modul 9: Selbstkontrolle durch Gedanken: Dieses Modul hat sich für Jugendliche, die eine Sexualstraftat verübt oder grenzverletzendes Verhalten gezeigt haben, als sehr hilfreich erwiesen. Es bietet der häufigen Erfahrung Jugendlicher, in ungünstige Situationen hineinzugeraten und auf Bedrohungssituationen, Gruppeneinflüsse oder Emotionen bloss zu reagieren, eine neue Möglichkeit: Die Erhöhung der Selbstkontrolle und die autonome Steuerung eigener Verhaltensweisen. Viele Fehler im Verhalten werden unter dem Einfluss von starken, schwer zu kontrollierenden Gefühlen begangen, etwa unter Wut, Ärger oder Angst. Deswegen wird den Jugendlichen eine Methode beigebracht, mit der sie ihre Gefühle auch in schwierigen Situationen besser steuern können. Zielsetzung: Das kognitive Modell „Gedanken, Gefühle, Handlung“ wurde vermittelt und die Selbststeuerungsfähigkeit der Teilnehmer (internale Kontrollüberzeugung) gestärkt.

Modul 10: Lösungen für mühsame Situationen: Das Modell „Lösen von mühsamen Situationen“ bezieht sich auf problematische Ausgangssituationen, zu deren Bewältigung ein planerisches Vorgehen notwendig ist. Angestrebt beim Lösen solcher Situationen wird ein bewusster Schritt-für-Schritt-Entscheidungsvorgang. Dieser umfasst eine Problemdefinition, Zieldefinition sowie das Sammeln und Bewerten von Lösungsoptionen. Geeignete Beispiele für mühsame Situationen, die auf diese Weise gelöst werden können, sind banal und täglich. Zum Beispiel, wenn man den Zug verpasst, aber pünktlich zur Verabredung mit einer wichtigen Person kommen möchte. Was soll man dann tun? Zielsetzung: Mühsame Situationen können die Jugendlichen als etwas Alltägliches und Normales akzeptieren und erkennen die Wichtigkeit des Findens von adäquaten Lösungen. Dafür wurde ihnen das Vier-Schritte-Lösungsmodell (D'Zurilla & Goldfried, 1971) an die Hand gegeben.

Modul 11: Umgang mit Konflikten: Konflikte bringen Problemstellungen an die Oberfläche. Damit werden diese sichtbar und spürbar. Daher ist der Umstand, dass es Konflikte gibt, etwas Positives, denn nur wenn Probleme bewusst wahrgenommen werden, kann man sie auch angehen und lösen. Um Konflikte aber adäquat lösen zu können, sind Kommunikationsstrategien notwendig, die geübt werden müssen. Die 3B-Methode (Beobachtung/Bedeutung/Bitte) (Best et al., 2015) bildet dafür die Grundlage. Zielsetzung: Ziel des Moduls ist es, dass die Teilnehmer eine positive Bewältigungserfahrung in Bezug auf den Einsatz kommunikativer und gewaltfreier Strategien für die Bewältigung von Konflikten erleben. Die wichtigsten verbalen und nichtverbalen Kommunikationsregeln wurden vorgestellt und geübt. Die 3B-Methode für den Umgang mit Konflikten wurde vermittelt.

Modul 12: Nein sagen: Viele sexuelle Straftaten bzw. Grenzverletzungen Jugendlicher werden nicht alleine, sondern in Gruppen verübt. Die Jugendlichen beteiligen sich an solchen Straftaten

oder Grenzverletzungen, obwohl sie das gar nicht wollen oder es ihnen nicht bewusst ist, dass sie durch ihr Dabeisein und Nicht-Eingreifen sich mitschuldig machen. Jugendliche können sich oft nicht abgrenzen und „Nein, da mache ich nicht mit“ sagen. Daher ist es wichtig, mit den Jugendlichen herauszufinden, in welchen Situationen ihnen das Nein-Sagen schwerfällt, und mit ihnen Strategien erlernen, wie es ihnen dennoch gelingen kann, sich abzugrenzen. Zielsetzung: Die Relevanz, in delikt-nahen Situationen deliktfrei zu bleiben und sich von Gleichaltrigen abgrenzen zu können, muss erkannt werden. Es wurden Strategien erlernt und im Rollenspiel eingeübt.

Modul 13: Moralisches Urteilen: Die Teilnehmer werden nicht indoktriniert oder von „richtigen“ Wertvorstellungen überzeugt, vielmehr geht es darum, dass sich die Jugendlichen der eigenen Überzeugungen bewusst werden. Wertevorstellungen wie Gerechtigkeit, Hilfestellung, Eigentum, Strafe, Ehre, Arbeit, Respekt, Zusammenleben und moralische Dilemmas werden diskutiert. Der Austausch im Rahmen einer Diskussion soll dies das flexible Denken anregen. Zudem sind Gruppendiskussionen generell eine gute Übung für das Training von Sozialkompetenz. Zielsetzung: Die Bedeutung prosozialer moralischer Grundsätze für ein deliktfreies Handeln wurde mit den Jugendlichen herausgearbeitet. Die Teilnehmer haben sich mit ihren eigenen moralischen Grundsätzen und Werten auseinandergesetzt und diese in einer Gruppendiskussion kritisch hinterfragt.

Modul 14, 15: Diese Module entsprechen den Modulen 11 und 12 des ThePaS-I (siehe Kapitel 4.3.2).

Modul 16: Entspricht dem Modul 7 des ThePaS-I (siehe Kapitel 4.3.1).

4.5.3 Umsetzungsphase

Modul 17, 18 und 19: Diese Module entsprechen den Modulen 18, 19 und 20 in ThePaS-I. (siehe Kapitel 4.3.3)

4.6. Versuchsdurchführung

Im Folgenden werden die Erfahrungen in der Durchführung der Therapieprogramme ThePaS-I und ThePaS-II über den gesamten Durchführungszeitraum von 2012 bis Ende 2018 beschrieben:

4.6.1 Formelles/Statistik

Im gesamten Berichtszeitraum wurden an allen Standorten (Zürich, Basel und Luzern) elf Gruppentherapien (35 Teilnehmer) durchgeführt: Vier Gruppen mit zwei Teilnehmern; zwei Gruppen à drei Teilnehmer; vier Gruppen à vier Teilnehmer, und eine Gruppe mit der Maximalteilnehmerzahl von fünf. 30 Teilnehmer absolvierten ihr Therapieprogramm im Einzelsetting.

4.6.2 Form und Inhalt der Modulhandbücher und Teilnehmerhefte

Für jedes der beiden Interventionsprogramme ThePaS-I und ThePaS-II bestanden je ein Modulhandbuch für die Therapeuten und jeweils entsprechende Arbeitshefte für die Teilnehmer. Das ThePaS-I umfasste 20 Module, das ThePaS-II beinhaltete 19 Module. Die jeweiligen Modulhandbücher beinhalteten eine allgemeine Einleitung zum Wesen des jeweiligen Programms sowie konkrete und detaillierte Anleitungen zu jedem der einzelnen Module, in welchen jeweils Inhalt, Zielsetzungen, die notwendigen Arbeitsmaterialien und die dazugehörigen Hausaufgaben beschrieben wurden.

4.6.3 Testphase, Optimierung des Manuals

In einer Testphase konnte die Durchführung geübt und getestet und die Manuale sowohl auf ihre Eignung als auch auf Fehler überprüft werden. Auf der Basis der Rückmeldungen der Therapeuten und der Teilnehmer wurden die Abläufe optimiert und Anpassungen an den Manualen vollzogen. Die Überarbeitung der Manuale und der Arbeitshefte nahm viel Zeit in Anspruch, da sehr viele und verschiedene kleinere bis mittlere Detailarbeiten gemacht werden mussten (Form, Layout, Verständlichkeit, korrekte Nummerierung, Abstimmung der Arbeitsblätter je Modul u.Ä.). Die Anpassungen wurden dementsprechend erst nach Beginn des ersten Durchführungsjahres abgeschlossen. Nach zwei halbjährlichen Anpassungen standen ab Anfang 2013 für beide ThePaS-Varianten die definitiven Manuale für die Therapeuten und die definitiven Arbeitshefte für die

Version vom 31.01.2020

Teilnehmer zur Verfügung. Die bedeutsamste, weil inhaltliche Anpassung, betraf das Programm ThePaS-II, in welchem noch expliziter auf den Umgang mit sexuellen Gefühlen fokussiert wurde. Die Änderung veränderte das Wesen des ganzen Programms aber nicht. Ansonsten wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen.

4.6.4 Vorbereitung, Absprachen, Terminfindung

Die Terminfindung und -planung gestaltete sich – da ambulant – in den Gruppen anspruchsvoll. Dank langjähriger klinischer Erfahrung der jeweiligen Verantwortlichen wurde dies aber gut gelöst. Sorgfältig und frühzeitig wurden die Termine vorbesprochen und bekanntgegeben (Terminplan ausgehändigt) sowie mit den Teilnehmern, deren Erziehungsberechtigten und der Jugendanwaltschaft koordiniert.

4.6.5 Therapeuten

Die klinisch arbeitenden forensischen Therapeuten der Kinder- und Jugendforensik wurden in die Handhabung der Manuale eingeführt. Dabei wurde der Fokus auf die Manualtreue gelegt. Es wurde darauf geachtet, dass – wenn möglich – jeweils eine Frau und ein Mann die Gruppen-Coleitungen übernahmen. Über die gesamte Zeitdauer des Modellversuchs hinweg standen die Hauptverantwortlichen für die Durchführung an den jeweiligen Standorten (L. Vertone in Zürich, D. Imbach in Luzern sowie M. Manetsch in Basel) als direkte klinische Fall- und Durchführungs-Supervisoren oder als direkte Durchführer zur Verfügung. Dies ermöglichte eine Konsistenz der Durchführungsqualität. Die Durchführung erfolgte durch ausgebildete Psychologen und/oder Ärzte an den Standorten. Nie kam es innerhalb eines Programmdurchlaufs zu einem Therapeutenwechsel.

4.6.6 Durchführungsart und -erfolg

Die Programme wurden grundsätzlich chronologisch modulbezogen und nach den allgemeinen Richtlinien der vorliegenden Manuale durchgeführt. Die Behandlungsprogramme konnten bis auf wenige Ausnahmen (siehe Kapitel 4.6.7/6.10) ohne schwerwiegende Probleme, mehrheitlich wie geplant, und überwiegend gut durchgeführt werden.

4.6.7 Kooperation und Rezeption der Teilnehmenden

Insgesamt zeigten sich eine ausreichend bis gute Kooperation und Mitarbeit der jeweiligen Teilnehmer. Diese zeigten sich vorwiegend angepasst, bezüglich Termineinhaltung und Kooperation stabil und hinreichend verlässlich. Die Interventionsinhalte wurden grundsätzlich ausreichend bis gut, in wenigen Fällen sehr gut aufgenommen. Dazu trug die konkrete, themenbezogene edukative, sprachlich so einfach wie möglich gehaltene Grundkonzeption der Programme bei, sodass sich auch solche Teilnehmer abgeholt fühlten, die mit therapeutischen Settings nicht vertraut waren. Die Teilnehmer zeigten ein ausreichend bis gutes, typischerweise gegen Ende der jeweiligen Durchläufe zunehmendes, teilweise gar grosses Interesse an den Themeninhalten. Tendenziell waren sie in der Gruppe aktiver. Indizierte Fälle waren dahingehend im Einzelsetting gut (wohl besser als in der Gruppe) erreichbar. Es kam lediglich zu einem Therapieabbruch im ThePaS-II (erneute Inhaftierung), im ThePaS-I zu keinem Therapieabbruch. Kein einziger Teilnehmer brach von sich aus die jeweilige Behandlung ab. Die geringe Abbruchrate und das insgesamt ausreichend bis gute Interesse und Mitmachen der Teilnehmer machen deutlich, dass die Aufgleisung der Durchläufe (Übergabe der Klienten von den für die Abklärung und Therapieindikation zuständigen Mitarbeiter des ZKJF zur Jugendanwaltschaft, teilweise über die Eltern und wieder zurück ins ZKJF zu den ausführenden Therapeuten) gut ablief. Der Inhalt und die Art und Weise, wie die Module aufgebaut waren und wie die Inhalte den Jugendlichen präsentiert wurden, sprach diese zudem an. Oft fanden die Teilnehmer in ihrem Alltagsleben aktuelle Bezüge zu den Themen, auch wenn mehrere die dem Realitätstransfer dienenden Hausaufgaben nicht machten. Die erarbeiteten Materialien zeigten sich insgesamt gut einsetzbar und die Therapieinhalte als sinnvoll und adäquat. Insbesondere die Module über die Gesetzesbestimmungen, aber auch die Module über die Sexualaufklärung wurden von den Jugendlichen als hilfreich empfunden und sehr gut auf- und angenommen.

4.6.8 Schwierigkeiten

Im Rahmen der eng konzipierten Durchführungsvorgabe der Therapieprogramme waren die Therapeuten mit einigen Schwierigkeiten konfrontiert. Dies setzte ein umsichtiges Vorgehen der Verantwortlichen sowie eine hohe Flexibilität und ein hohes Engagement der Therapeuten voraus. Nur dadurch konnten die Schwierigkeiten stets im Sinne der ausreichenden Modul- und Programmtreue bzw. des letztlich regelkonformen Abschlusses und einer – klinisch eingeschätzten – guten Therapieintegrität (siehe Kapitel 6.10) überwunden werden:

Von Seiten der Teilnehmenden

- Terminfindung, -planung und -einhaltung der Gruppensitzungen (vereinzelt auch der Einzelsitzungen) waren aufgrund der verschiedenen Variablen von Patientenseite (langer Anfahrtsweg, eingeschränkte Mobilität, keine Begleitmöglichkeiten, schulische und berufliche Sachzwänge, punktuelle Ausfälle etc.) anspruchsvoll. Einige wenige Durchläufe wurden deshalb teilweise als Blockkurs (mehr Module als vorgesehen in einer Sitzung), teilweise samstags und einmalig – aufgrund des langen Anreiseweges eines ausserkantonalen Teilnehmers – vor Ort in den Räumlichkeiten der lokalen Jugendanwaltschaft durchgeführt. Es zeigte sich aber, dass beide Therapieprogramme auch als Blockkurse gut durchführbar sind. Es bildete sich dabei gar eine positive, intensivere Gruppenkohäsion und eine aufgelockerte Stimmung. Zudem war auch ein intensiveres Arbeiten an den jeweiligen Thematiken möglich. Allerdings fehlte bei der Durchführung von Blockkursen ein Längsschnittverlauf. Ebenso konnten dabei die Hausaufgaben nicht aufgetragen und ausgeführt werden.
- Teilweise bis vereinzelt war es nötig, Anpassungen an der Durchführung aufgrund Eigenheiten/Verhalten der Teilnehmer vorzunehmen: Wiederholung der gesamten Intervention aufgrund zu vieler Absenzen; gesonderte Behandlung einer während der Therapie festgestellten pädosexuellen Ansprechbarkeit; flexible gesonderte Thematisierung eines einschlägigen Rückfalls inkl. neues Strafverfahren; Ändern der Reihenfolge der Modulabhandlung aufgrund der unmittelbaren Bedürftigkeit einzelner Klienten; zwischenzeitliche Sistierung des Programms und/oder längere Bearbeitungsdauer der Module und des Programms (mehr Sitzungen) zugunsten des Auffangens akuter persönlicher Probleme und psychosozialer Belastungsfaktoren der Klienten; zur Sicherstellung einer minimalen Funktions- und Therapiefähigkeit, um die akute Gefährlichkeit der Klienten in anderen Deliktategorien zu adressieren; aufgrund des sehr jungen Alters eines Teilnehmers (12-jährig); aufgrund eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit (IQ 70 bis 85); aufgrund einer komplexen Psychopathologie und/oder um überhaupt die Funktionsfähigkeit des Klienten zu stabilisieren und seine nachhaltige Teilnahme am Programm zu sichern. Pragmatische Weiterführung der Module, obwohl es einigen Teilnehmern trotz geduldiger und wiederholender Instruktion nicht möglich war, den Sinn gewisser Übungen (besonders im ThePaS-II) in vollem Umfang nahe zu bringen.
- Da es somit aus inhaltlichen bzw. teilnehmerbezogenen Gründen notwendig war, die Modalitäten der Durchführung anzupassen, variierte die Durchführungsdauer von ThePaS-I und ThePaS-II.

Von Seiten der Therapeuten, des Modulaufbaus, des Designs und Konzepts der zwei Varianten

- Die hohe Qualität der therapeutischen Betreuung konnte aufgrund von Kündigungen erfahrener und geschulter Therapeuten nicht durchgehend aufrechterhalten werden. Nicht immer konnte die Durchführung durch Fachpsychologen und Fachärzte durchgeführt werden. Zwischenzeitlich und zuletzt führten auch therapeutisch unerfahrenere Psychologen und Ärzte die Programme durch. Diese jeweils neuen Therapeuten packten die Aufgabe aber entschlossen und motiviert an und machten ihre mangelnde Erfahrung mit frischem Elan und Enthusiasmus wett.
- Seitens der Therapeuten wurde zum Teil der enge Zeitplan kritisiert. So wurden Module zugunsten einer stimmigen Durchführung pragmatisch auf das Wesentliche gekürzt, vereinzelt Unteraspekte und Teilaufgaben weggelassen, das Besprechen von Hausaufgaben zugunsten produktiver, spezifischer, von den Therapeuten als gewinnbringender einge-

schätzten Diskussionen und übergeordnet zugunsten der Einhaltung der fix abgemachten Anzahl Sitzungen (insb. in der Gruppe) sehr reduziert oder gar weggelassen.

- Design ThePaS-I: Die zwingende Bearbeitung der deliktfokussierten Module bereitete einigen Teilnehmern Schwierigkeiten. Es wurden folgende Argumente vorgebracht: „es beschämt mich“, „ich habe bereits auf der Polizei/Jugendanwaltschaft darüber gesprochen“, „ich will damit abschliessen und die ganze Sache nicht nochmals aufwärmen“, „ich will nicht, dass alle anderen Teilnehmer von meinem Delikt wissen“ u.Ä. Die gravierendsten Fälle waren dadurch gekennzeichnet, dass Teilnehmer den Sachverhalt und somit das eigene Tatverhalten nicht anerkannten, was die Bearbeitung der darauf bezogenen Module stark behinderte bis vereinzelt auch verhinderte.
- Design ThePaS-II: Vereinzelt Teilnehmer hatten das Bedürfnis, über ihr Tatverhalten zu sprechen, obwohl das Design dies explizit nicht erlaubte. Auch die Therapeuten erachteten es vereinzelt als notwendig, dass spezifisch auf das straffällige Verhalten eingegangen werden sollte. Durch die Verantwortlichen wurde dies aber strikt unterbunden, was die Identifizierung der Therapeuten mit dem Modellversuch und das Verständnis der Teilnehmer schwächte.
- Weitere geäußerte Kritik von Seiten der Therapeuten: Evtl. bestehe eine differentielle Indikation für ThePaS-I und ThePaS-II, u.a. je nach Level der vorhandenen Sozialkompetenzen der Klienten; es sei hilfreich, dass sich die Teilnehmenden Wissen aneigneten, allerdings sehe das Programm demgegenüber für das Üben, z.B. der deliktpräventiven Handlungspläne, zu wenig Zeit vor.

Von Seiten der Jugendanwaltschaft (Auftraggeber)

- Auch die Auftraggeber beeinflussten die Bedingungen der Durchführung z.T. stark mit, formal, strukturell und finanziell.
- Es hätte mehr mögliche Teilnehmer gegeben, wären diese nicht anderen Stellen zur Behandlung zugewiesen worden.
- Vereinzelt engten Kostendächer die Flexibilität der Durchführung ein.
- Vereinzelt wurde dezidiert verlangt, dass im Rahmen der angeordneten Behandlung mit dem Straftäter spezifisch auf das begangene Delikt eingegangen werden soll. Es kam auch vor, dass nachgelagert spezifisch bezüglich der Deliktbearbeitung nachgefragt wurde. Im Rahmen des Modellversuches war aber aufgrund des randomisierten Designs eine solche Handhabung der Therapievarianten nicht möglich. Diesbezügliche Aufforderungen wurden jeweils mit dem Verweis auf den Modellversuch und auf die grundsätzliche deliktpräventive Ausrichtung beider Varianten beantwortet.
- Vereinzelt drängte die Zeit der Durchführung deshalb, weil aus juristischen Gründen Aufenthalte der Teilnehmer im Gefängnis oder Verlegungen und Umplatzierungen nötig waren.

5. Evaluation: Methode

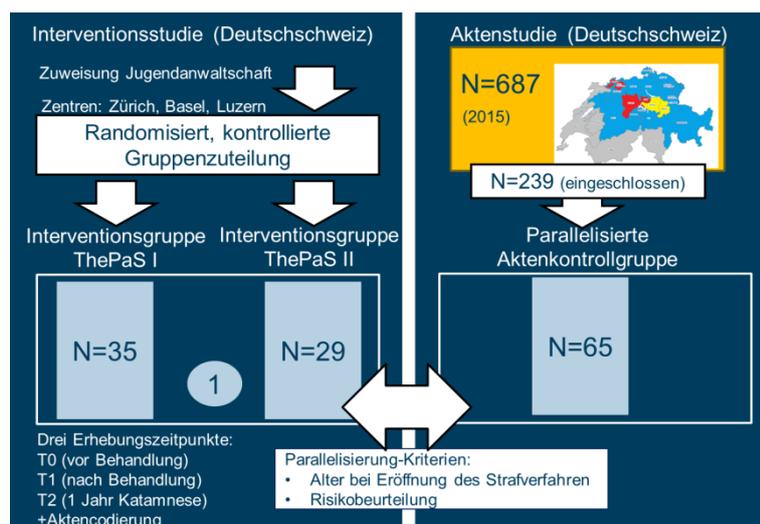
Die Konzeption der vorliegenden Studie wurde aufgrund von formalen und inhaltlichen Kriterien mehrmals angepasst (siehe Kapitel 3.4). Nachfolgend werden die definitive Version des Studiendesigns, die Definition und die Rekrutierung der Stichproben, die Erhebungszeitpunkte und die verwendeten Instrumente/Variablen, die Fragestellungen und die darauf basierenden Ergebnisse beschrieben. Eine kurze Beurteilung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Forschungsliteratur wird jeweils direkt anschliessend vorgenommen (gekennzeichnet als blauer Block).

5.1. Studiendesign ThePaS-Modellversuch

5.1.1 Übersicht

Die Gesamtstudie besteht aus einer Interventionsstudie und einer Aktenstudie (Grafik 3). Die Interventionsstudie wurde als multizentrische Studie mit drei Durchführungszentren (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zentrum für Kinder- und Jugendforensik (ZKJF); Institut für Forensische Psychologie Zentralschweiz (IFP-Z); Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Abteilung für Jugendforensik (UPKF), mit drei Erhebungszeitpunkten (T0 = vor der Intervention; T1 = nach der Intervention; T2 = 12 Monate nach der Intervention) und mit einer randomisiert-kontrollierten Zuweisung der Probanden zu zwei Behandlungsbedingungen (ThePaS-I und ThePaS-II) geplant (Schulz, Altman & Moher, 2010). Trotz Vorbehalte betreffend Vergleichbarkeit der Interventionsgruppe mit der Aktenkontrollgruppe wurde, basierend auf einer umfassenden Aktenhebung der Untersuchungs- und der Massnahmenverlaufsakten bei den Jugendanwaltschaften/ Jugendstrafbehörden, eine Kontrollgruppe gebildet. Anhand einer Parallelisierung (Matching) wurde aus dieser Erhebung eine gleich grosse, möglichst vergleichbare Stichprobe von Probanden gezogen, um diese mit der gesamten Interventionsgruppe (ThePaS-I und ThePaS-II) zu vergleichen.

Grafik 3: Design der Gesamtstudie: Die linke Seite der Graphik zeigt die Interventionsstudie mit 65 Teilnehmern, welche entweder ThePaS-I ($n = 35$) oder ThePaS-II ($n = 29$) absolvierten (ein Proband erhielt aufgrund eines Fehlers einige Module beider Varianten und konnte deshalb keiner Therapiebedingung zugeordnet werden). Die rechte Seite der Graphik zeigt die Aktenstudie, welche auf einer umfassenden Erhebung von 687 Probanden beruht (hellblaue Kantone), von welchen 239 in die Studie eingeschlossen werden konnten (rote Kantone waren nicht bereit, an der Aktenstudie teilzunehmen, gelbe Kantone hatten im Zeitraum keine Probanden mit Sexualdelikten).



5.1.2 *Einschlusskriterien für Interventions- und Kontrollgruppe*

Als Einschlusskriterien wurden folgende Punkte definiert:

- a) Behördliche Überweisung wegen eines Delikts gegen die sexuelle Integrität (Ausnahme Verstoss gegen Art. 197 Pornografie)¹² zum ThePaS (zwischen 01.10.2011 und 30.09.2017) für die Probanden der Interventionsgruppe;
- b) Verurteilung wegen eines Delikts gegen die sexuelle Integrität (Ausnahme Verstoss gegen Art. 197 Pornografie) in einem Deutschschweizer-Kanton¹³ zwischen 01.01.2007 und 30.09.2014 für die Probanden der Aktenkontrollgruppe;
- Alter zwischen 10-18 Jahren (zum Zeitpunkt des Sexualdelikts).

5.1.3 *Ausschlusskriterien für Interventions- und Kontrollgruppe*

Als Ausschlusskriterien wurden für die Interventions- und Aktenkontrollgruppe folgende Punkte definiert:

- Hinweise auf eine Intelligenzminderung (IQ<70);
- Hinweise auf fehlende Deutschkenntnisse;
- Hinweise auf weitere schwere Delikte (Verurteilung wegen Tötung (StGB Art. 111), Mord (StGB Art. 112), Totschlag (StGB Art. 113), Tötung auf Verlangen (StGB Art. 114), Schwere Körperverletzung (StGB Art. 122) oder jeweils Versuch derselben);
- Hinweise auf eine substanzgebundene Abhängigkeit (ausser Nikotin/Tabak);
- Hinweise auf eine schizophrene Störung;
- Hinweise auf eine schwere Depression/Suizidalität;
- Hinweise auf eine Störung der Sexualpräferenz;
- Hinweise auf eine neurologische Erkrankung;
- Absolvierung des ThePaS (oder Teile davon) vor der aktuellen Studie.

Interventionsgruppe: Die Prüfung der Ausschlusskriterien erfolgte für die Probanden der Interventionsgruppe im Rahmen der Gutachterstiftung / Therapieplanung bzw. durch den fallführenden Therapeuten im Vorgespräch zum ThePaS nach klinischen Kriterien. Bei Unsicherheiten wurden gegebenenfalls weitere Abklärungen vorgenommen (IQ-Testung, Abklärung der sexuellen Orientierung etc.). Falls bei einem Jugendlichen Ausschlussgründe vorhanden waren, erfolgte keine Anfrage zur Teilnahme der Studie.

Aktenkontrollgruppe: Die Prüfung der Ausschlusskriterien erfolgte für die Probanden der Aktenkontrollgruppe durch die Definition entsprechender Kriterien im Systematischen Dokumentationsystem für Jugendliche mit Sexualstraftaten – II (SDJS-II) (M. Aebi, Bessler & Barra, 2014). Bei der Codierung der Untersuchungsakten wurden entsprechende Hinweise vermerkt. Die erhobenen Variablen zur Prüfung der Ausschlusskriterien sind im Anhang 01, Tabelle 02, aufgeführt.

5.1.4 *Bewilligung der Studie durch die Kantonalen Ethikkommissionen (KEK; KEK-Nr. 2010-0483)*

Die vorliegende Studie wurde bei der Ethikkommission des Kantons Zürich eingereicht und am 05.05.2011 erstmals bewilligt. Ein Amendment wurde aufgrund des veränderten Untersuchungssettings (die Einführung von zwei Interventionsgruppen mit randomisierter Zuteilung und einer Aktenkontrollgruppe) fällig und wurde am 17.11.2011 von der Ethikkommission des Kantons Zürich gutgeheissen. Aufgrund der Rekrutierung in verschiedenen Kantonen musste das multizentrische Projekt (Lead: Ethikkommission Kanton Zürich) auch der Ethikkommission des Kantons Luzern und der Ethikkommission beider Basel vorgelegt und von diesen genehmigt werden. Die entsprechenden Bewilligungen wurden am 05.04.2013 (Luzern) und am 21.08.2013 (beide Basel) erteilt. Die Durchführung der Studie geschah somit in Übereinstimmung mit den ethischen

¹² Ursprünglich wurde eine Überweisung einer Jugendanwaltschaft als Einschlusskriterium definiert. Dieses Kriterium wurde aufgrund der Rekrutierungsprobleme auf andere Behörden (z.B. KESB, Vormundschaftsbehörden) ausgeweitet.

¹³ Drei Kantone konnten wegen fehlender Zustimmung zur Akteneinsicht bei den Jugendanwaltschaften nicht einbezogen werden (Kantone Basel-Land, Luzern und Zug).

Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen gemäss der Deklaration von Helsinki 1964 und der nachfolgenden Revisionen.

5.1.5 *Interventionsstudie: Randomized-Controlled-Trial Ansatz*

Als Goldstandard für experimentelle Studien gilt der Randomized-Controlled-Trial Ansatz (kurz: RCT). Dabei werden Probanden zufällig einer Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugewiesen (K.F. Schulz & D.A. Grimes, 2002). Durch die zufällige Zuteilung von Probanden auf die experimentellen Bedingungen werden systematische Verzerrungen in der Zuteilung der Probanden verhindert (Selektionsbias). Zusätzlich sind alle un(bekannt)en Einflussfaktoren gleichmässig verteilt, sodass Schlüsse hinsichtlich der Kausalität der Intervention auf das Outcome gezogen werden können. Diese Form der Randomisierung eignet sich für experimentelle klinische Studien mit $N > 100$. Bei kleineren Stichproben kann die einfache Zufallszuteilung jedoch dazu führen, dass die Gruppen hinsichtlich für die Studie zentraler Kovariaten (bspw. Geschlecht) unausgeglich sind. Für diese Fälle eignet sich die sog. covariate-adaptive randomization, wo zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit der Gruppen in der Randomisierung die in die Behandlungsbedingungen ausgewählten Kovariaten berücksichtigt werden (siehe bspw. Suresh, 2011).

Für die Interventionsstudie des ThePaS wurde das Vorgehen der covariate-adaptive randomization gewählt und die Kovariaten Gruppengrösse, Alter (bei T0), ausländische Nationalität sowie Risiko (anhand des J-SOAP-II Gesamtwerts) in der Randomisierung mitberücksichtigt (siehe 5.2.2). Die Registrierung als RCT bei dem von der WHO anerkannten Register (International Standard Randomized Controlled Trial Number Register [ISRCTN; <https://doi.org/10.1186/ISRCTN38356086>]), und bei der Swiss National Clinical Trials Portal (SNCTP; SNCTP000003397) erfolgte im Jahr 2011.

Für die Interventionsstudie wurde somit der bestmögliche methodische Ansatz für einen Wirksamkeitsvergleich gewählt (Farrington, Gottfredson, Sherman & Welsh, 2003). Das vorliegende RCT-Design entspricht dem Level 5 der „The Maryland Scientific Methods Scale“ (Farrington et al., 2003).

5.1.6 *Interventionsstudie: Geplante Stichprobengrösse der Interventionsgruppe*

Bei der durchgeführten Analyse zur Effektivitätsprüfung der notwendigen Stichprobengrösse („Power-Analyse“) wurde von mittleren Effektstärken ausgegangen und eine Stichprobengrösse von 72 als ausreichend ermittelt. Es wurde, basierend auf den Erfahrungen des ZKJF und aufgrund der Jugendstrafurteilsstatistik, mit einer Stichprobengrösse von 80 Probanden (je 40 Probanden in ThePaS-I und ThePaS-II) gerechnet. In dem ursprünglich vorgesehenen Rekrutierungszeitraum von zwei Jahren war trotz des Einbezugs des IFP-Z (Luzern) ab Frühjahr 2013 und der UPKF (Basel) ab August 2013 dieses Ziel nicht zu erreichen, weshalb nach entsprechendem Antrag eine Erweiterung des Rekrutierungszeitraums von weiteren drei Jahren vorgenommen wurde. Trotz grosser Anstrengungen (Informationsveranstaltungen, Flyer etc.) konnte innerhalb der fünf Jahre die gewünschte Zahl von 80 Probanden dennoch nicht ganz erreicht werden. Die finale Stichprobe der Interventionsgruppe umfasste 65 Probanden (siehe Kapitel 6.1.1).

5.1.7 *Interventionsstudie: Rekrutierung der Teilnehmer*

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe wurden nach Überweisung und Anmeldung zur Therapie 1) an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Zentrum für Kinder- und Jugendforensik (ZKJF); 2) am Institut für Forensische Psychologie Zentralschweiz (IFP-Z) und 3) an der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Abteilung für Jugendforensik, (UPKF) rekrutiert. Die Überweisung erfolgte durch die Jugendanwaltschaften bzw. deren Amtsstellen in den Kantonen der Deutschschweiz (Ausnahme: in drei Fällen erfolgte die Anmeldung über die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde, KESB). Die Prüfung der Einschlusskriterien erfolgte auf der Basis der zuvor in den entsprechenden Kliniken durchgeführten Abklärungen bzw. der bereits aktenkundigen Informationen. Die Prüfung wurde durch den Versuchsleiter bzw. die versuchsverantwortliche Person vorgenommen und mit dem Evaluationsleiter jeweils abgesprochen.

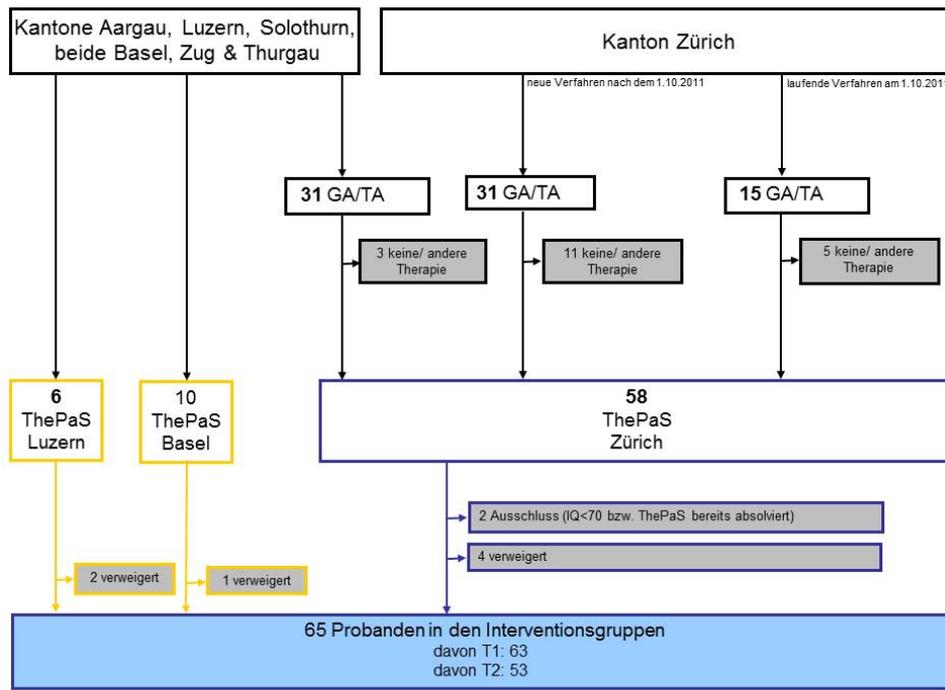
Die Anfrage zur Teilnahme an der Studie wurde im ZKJF durch die Mitarbeiter der Evaluationsabteilung vorgenommen, welche in Bezug auf die Durchführung des ThePaS unabhängig waren. Im IFP-Z und in der UPKF wurde die Anfrage jeweils durch die Versuchsleitung oder den zuständigen Therapeuten übernommen, welcher teilweise auch das ThePaS mit dem Teilnehmer anschliessend durchführte. Die Anfragen wurden während des Therapiegesprächs vorgenommen, zu dem der Jugendliche in Begleitung seiner Eltern oder Bezugspersonen kam. Die Jugendlichen und ihre Eltern bzw. ein sorgeberechtigter Elternteil bzw. die Bezugspersonen wurden über die Studie mündlich und schriftlich informiert. Die Jugendlichen und Eltern unterschrieben, wenn sie mit der Teilnahme an der Studie einverstanden waren, eine schriftliche Einwilligungserklärung. Wenn kein sorgeberechtigter Elternteil oder Vormund bei dem Vorgespräch anwesend war, wurden diese im Anschluss telefonisch kontaktiert, und es wurde ihnen das Informationsblatt zur Studie und das Einwilligungsschreiben zugeschickt. Die Probanden erhielten für die Teilnahme an der Studie pro Messzeitpunkt bar CHF 50 (für die Teilnahme an allen drei Messzeitpunkten also CHF 150).

Die Zuweisungen der potentiellen Probanden zur Durchführung des ThePaS in Luzern (IFP-Z), Basel (UPKF) und Zürich (ZKJF) bzw. die Rekrutierung im Rahmen der Interventionsgruppe ist in der Grafik 4 ersichtlich.

Zürich (ZKJF): Hauptzuweiser waren, wie erwartet, die Jugendanwaltschaften des Kantons Zürich (die Oberjugend-anwaltschaft des Kantons Zürich unterstützte das Projekt inhaltlich, organisatorisch und finanziell). Am Stichtag des 01.10.2011 (Beginn der Rekrutierung) konnten 15 laufende Verfahren identifiziert werden, bei welchen aufgrund eines Sexualdelikts ein Gutachten (GA) oder eine Therapieabklärung (TA)¹⁴ am Zentrum für Kinder- und Jugendforensik erstellt oder in Auftrag gegeben wurde. In 10 Fällen erfolgte eine Zuweisung zum ThePaS am ZKJF Zürich. Im Laufe der Rekrutierung wurden bis zum 30.09.2017 weitere 30 Jugendliche von den Jugendanwaltschaften des Kantons Zürich und 1 Proband von der KESB bzw. Sozialbehörden zu GA/TA an das ZKJF überwiesen. Von diesen kam es in 20 Fällen zu einer ThePaS-Anmeldung im ZKJF. Ein weiterer relevanter Teil der Probanden am ZKJF wurde aus anderen Kantonen rekrutiert. 31 Anmeldungen zu einem GA/TA am ZKJF (30 Jugendliche von den Jugendanwaltschaften, 1 Jugendlicher von der KESB bzw. Sozialbehörden) kamen aus anderen Kantonen, aus welchen schliesslich 28 Jugendliche zu einem ThePaS am ZKJF angemeldet wurden. Insgesamt wurden somit 58 Jugendliche zum ThePaS am ZKJF angemeldet. Zwei der Probanden wurden allerdings nicht für die Teilnahme an der Studie angefragt, da relevante Ausschlussgründe vorlagen (ein Proband hatte einen IQ<70; ein Proband hatte das ThePaS bereits zu einem früheren Zeitpunkt absolviert). Alle anderen Jugendlichen erfüllten die Kriterien für die Aufnahme in die Studie (Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien).

¹⁴ Eine Therapieabklärung am ZKJF beinhaltet eine psychologisch-psychiatrische und forensische Diagnostik in Bezug auf die Beurteilung einer Therapieindikation.

Grafik 4: Flowchart Zuweisungen zu der Interventionsgruppe



Luzern (IFP-Z): Am IFP-Z in Luzern wurden im Zeitraum der Rekrutierung (ab Frühjahr 2013 bis 30.09.2017) 6 Jugendliche mittels eines ThePaS behandelt. Es lagen keine Informationen über weitere vorhergehende GA/TA vor. Alle Probanden wurden von den Jugendanwaltschaften zum ThePaS überwiesen. Alle Jugendliche erfüllten die Kriterien für die Aufnahme in die Studie (Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien).

Basel (UPKF): Am UPKF in Basel wurden im Zeitraum der Rekrutierung (ab August 2013 bis 30.09.2017) 10 Jugendliche mittels eines ThePaS behandelt. 9 Jugendliche wurden von Jugendanwaltschaften überwiesen, 1 Jugendlicher von der KESB bzw. Sozialbehörde. Es lagen keine Informationen über weitere vorhergehende GA/TA vor. Alle Jugendlichen erfüllten die Kriterien für die Aufnahme in die Studie (Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien).

Rekrutierungsquote: Insgesamt wurden somit 72 Probanden und ihre Eltern (oder ein Elternteil) schriftlich zur Teilnahme an der Studie angefragt. 7 potentielle Probanden (bzw. deren sorgeberechtigten Elternteile) lehnten die Teilnahme an der Studie ab. Von den restlichen 65 Probanden wurde eine schriftliche Einverständniserklärung ausgefüllt, und es wurden die Fragebogendaten vom Zeitpunkt T0 erhoben. Die Rekrutierungsquote betrug **92,3%**. Von den 7 Probanden, die sich entschieden haben, nicht an der Studie teilzunehmen, wurden 4 in Zürich, 1 in Basel und 2 in Luzern angefragt. Die Begründungen für die sieben Nichtteilnahmen waren unterschiedlich (z.B. Aufwand, Misstrauen bezüglich Datensicherheit etc.) und wurden nicht systematisch erfasst.

Interpretation: Die Rekrutierungsquote bzw. die Teilnahmequote von **92,3%** der angefragten Jugendlichen und Eltern ist als sehr gut zu beurteilen. In einer vergleichbaren und methodisch sehr gut kontrollierten Studie aus den USA, welche die Multisystemische Therapie für 11-18 jährige Jugendliche mit Sexualstraftaten überprüfte, konnte eine Teilnehmerquote von 74% erreicht werden (Letourneau et al., 2009). Die hohe Rekrutierungsquote ist vor dem Hintergrund des Studiendesigns und der Durchführung am ZKJF Zürich zu beurteilen, da die Probanden und deren Eltern von denjenigen Evaluationsmitarbeitern zur Teilnahme angefragt wurden, welche zuvor bereits die Abklärungen durchgeführt hatten und damit die Familien bereits kannten.

Analyse der Nichtstudienteilnehmer: Trotz der Nichtteilnahme an der Studie absolvierten alle 7 Jugendliche ein ThePaS-Programm (entweder ThePaS-I oder ThePaS-II), welches von den Jugendanwaltschaften angeordnet wurde. Es konnten jedoch keine Daten über den Therapieverlauf erhoben werden (z.B. Selbstergebnisse, Therapeuteninformationen). Basierend auf den erhobenen

Akten- und offiziellen Daten konnte aber ein Vergleich der 7 Nichtteilnehmer (Verweigerer) mit den 65 Teilnehmern vorgenommen werden. Die Ergebnisse dieser Analysen sind im Anhang 01, Tabelle 01, aufgeführt. Es ergaben sich bei den durchgeführten Vergleichen von demografischen Angaben und den Deliktmerkmalen des Anlassdelikts (Sexualdelikte) sowie den Vordelikten keine signifikanten Unterschiede. Bei der Erhebung der kriminellen Rückfälle zeigte sich bei der aktenbasierten Auswertung, dass die Gruppe der Teilnehmer häufiger generelle kriminelle Rückfälle aufwies als die Gruppe der Verweigerer.

Interpretation: Aufgrund der Analyse kann geschlossen werden, dass die Verweigerer der Studie weitgehend mit den Teilnehmern vergleichbar waren. Die Daten über die Rückfälle lassen erkennen, dass die Verweigerer gemäss Akteninformation geringere generelle Rückfallraten hatten oder sich von der Teilnehmergruppe bezüglich kriminelle Rückfälle nicht unterschieden. Somit handelt es sich bei den Verweigerern nicht um eine schwerere delinquente oder kriminell auffälligere Gruppe von Jugendlichen. Aufgrund der geringen Stichprobengrösse sollten die Befunde aber mit Vorsicht interpretiert werden. Weitere Analysen zur Repräsentativität der Interventionsgruppe wurden durch die Vergleiche mit der Aktenkontrollgruppe durchgeführt (siehe Kapitel 6.2).

Analyse der Drop-Outs (diejenigen, die die weitere Teilnahme am zweiten und/oder dritten Messzeitpunkt während des Studienverlaufs verweigerten): Von den 65 Studienteilnehmern haben alle die Datenerhebung T0 absolviert. Bei der Datenerhebung T1 waren die Selbstberichtsdaten von 63 Probanden verfügbar. 2 Teilnehmer waren nach dem ThePaS-Programm nicht mehr bereit, weiter an der Studie teilzunehmen. Die **Teilnahmerate zum Zeitpunkt T1** betrug somit **96.9%**. Von allen 65 Teilnehmern lagen jedoch Informationen zur Durchführung von den Therapeuten vor (Treatment Integrity, Risikobeurteilung mittels J-SOAP-II). Ein Jahr nach der Therapie zum Zeitpunkt T2 konnten 53 der ursprünglich 65 Probanden schriftlich befragt werden. Die **Teilnahmerate zum Zeitpunkt T2** betrug somit **81.5%**. Neben den zwei Bisherigen, verweigerten 6 weitere Probanden die weitere Teilnahme an der Studie. 1 Proband konnte nicht mehr aufgefunden werden und 3 Probanden reagierten nicht auf die mehrfachen Kontaktversuche. Von allen 65 Probanden lagen die Daten der Aktenanalyse und die offiziellen Daten zu den kriminellen Rückfällen vor.

Interpretation: Die Teilnahmequote im Studienverlauf von **96.9%** nach Therapie (T1) und **81.5%** nach einem Jahr (T2) sind als sehr gut bzw. als gut zu beurteilen. Vergleichbare Studien, in welchen Jugendliche mit sexuellen Delikten über den Therapieverlauf hinweg mehrfach standardisiert schriftlich befragt wurden, existieren nicht. Die Untersuchung von Letourneau et al. (2009), bei welcher telefonische Interviews mit den Jugendlichen und ihren Bezugspersonen nach 18 und 24 Monaten ab Beginn der Behandlung geführt wurden, erreichten leicht bessere Teilnahmequoten von 93% (18 Monate) und 92% (24 Monate).

Im Rahmen der Untersuchung wurde ein Intention-to-treat (ITT) Ansatz verfolgt und alle zugewiesenen Probanden unabhängig von Durchführungsproblemen des ThePaS einbezogen (die Ergebnisse zur Durchführbarkeit des ThePaS werden unter Kapitel 6.10 berichtet). Die Analyse der Drop-Outs beschränkte sich auf die Therapiebedingung, auf demografische Angaben und selbstberichtete Auffälligkeiten zum Zeitpunkt T0 und umfasste keine Deliktmerkmale/Rückfälle. Ein Vergleich der 53 Probanden mit allen drei Erhebungen („Verbleibern“) und den 12 Drop-Outs (zu T2) zeigte in Bezug auf die Therapiebedingung (ThePaS-I vs. ThePaS-II) sowie in Bezug auf selbstberichtete psychische Auffälligkeiten keine Unterschiede. Die 53 „Verbleiber“ waren jedoch signifikant jünger als die 12 Drop-Outs der Studie.

Interpretation: Die Ergebnisse der Drop-Out Analysen zeigen keine Hinweise auf eine Verzerrung der Selbstangaben in Bezug auf psychische Auffälligkeiten. Der Befund, dass vor allem ältere Jugendliche im Verlauf der Studie nicht mehr mitmachten, ist erklärbar. Aufgrund der verbesserten Selbstständigkeit und der Ablösung von der Familie waren diese Jugendlichen bei der Folgeerhebung T2 schwieriger zu erreichen und sich für eine weitere Teilnahme zu motivieren. Weiter war die Entschädigung von CHF 50 für ältere Jugendliche weniger attraktiv.

5.1.8 *Interventionsstudie: Randomisiert-kontrollierte Zuweisung in der Interventionsgruppe (Kontrolle von Gruppengrösse, Alter, ausländische Nationalität und Risikoscore)*

Die Zuweisung der Probanden zu den beiden Therapiebedingungen erfolgte randomisiert (nach dem Zufallsprinzip), wobei einige Kriterien bei der Zuteilung kontrolliert wurden. Es ist bei einer zufälligen Zuteilung zu den beiden Interventionsbedingungen aufgrund der kleinen Stichprobengrösse nicht auszuschliessen, dass sich die beiden Gruppen in Bezug auf relevante Merkmale zufällig unterscheiden. Deshalb wurde ein Computerprogramm erstellt, welches bei der Zuteilung die folgenden Variablen kontrollierte:

1. Gruppengrösse
2. Alter (bei T0)
3. Ausländische Nationalität
4. Rückfallrisiko (J-SOAP-II-Gesamtscore) (Prentky & Righthand, 2003)

Die Zuteilung wurde durch Frau Gabriela Lazzeri (Sekretariat ZKJF) vorgenommen, nachdem die Probanden und deren Eltern in die Studie eingewilligt (siehe Kapitel 3.4.1) und die Probanden die Erhebung zu T0 bereits absolviert hatten. Dazu wurden die für die Zuteilung notwendigen Kontrollvariablen von dem zuständigen Evaluationsmitarbeiter, der die Datenerhebung durchgeführt hatte, an Frau G. Lazzeri weitergeleitet. Die Zuteilung zu ThePaS-I oder ThePaS-II erfolgte für einen neuen Teilnehmer oder eine neue Gruppe von Teilnehmern vor dem Hintergrund der Angaben der zuvor eingeteilten Probanden. Das Programm gibt, basierend auf interferenzstatistischen Modellen, an, ob die beiden Gruppen tendenziell ($p < 0.20$) in Bezug auf Grösse, Alter, Nationalität oder Risikoscore abweichen. Neue Probanden werden in erster Linie nun so zugewiesen, dass die Unterschiede ausgeglichen werden. Nur wenn die beiden Gruppen tendenziell keine Unterschiede aufweisen, wird die Gruppenzuteilung zufällig vorgenommen. Dann kommt die „Funktion Zufallsbereich“ in Excel¹⁵ zur Anwendung und der neue Proband wird gemäss einem Zufallsalgorithmus einer der beiden Therapiebedingungen zugeordnet.

5.1.9 *Interventionsstudie: Intention-to-treat-Ansatz*

Für die Interventionsstudie wurde nach dem Intention-to-treat (ITT) Ansatz vorgegangen (Gupta, 2011), bei welchem alle Probanden, die die Einschlusskriterien erfüllen und bei welchen keine Ausschlusskriterien vorhanden sind und die ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu Beginn der Studie schriftlich geäussert haben, in die Analysen einbezogen werden. Es wurden somit alle Probanden, welche randomisiert zu den beiden Interventionsbedingungen zugeteilt wurden, in die Analyse eingeschlossen, unabhängig z.B. von einer folgenden Verweigerung bei den weiteren Erhebungen (Drop-Outs), von nachfolgend auftretenden Schwierigkeiten bei der Therapiedurchführung (siehe Kapitel 4.6.8) oder von einem nachfolgenden Therapieabbruch. Die Durchführbarkeit und Zielerreichung der ThePaS-Therapien wurde von den Behandlern mittels des Treatment Integrity Fragebogens festgehalten.

5.1.10 *Interventionsstudie: Verblindung der Evaluationsmitarbeiter bezüglich der Therapiebedingung*

Um sicherzustellen, dass die Datenerhebung unabhängig von der Durchführung der Intervention erfolgte, wurden die Mitarbeiter der Evaluation bezüglich Therapiedurchführung verblindet. Nach der Zustimmung der Probanden/Eltern zur Teilnahme an der Studie und nach der Datenerhebung T0 gaben die Evaluationsmitarbeiter die Informationen zur Randomisierung an die zuständige Person (Frau G. Lazzeri, Sekretariat) weiter, welche dann auf der Basis des erstellten Excel-Programms die Behandlungsbedingungen zuordnete, ohne dass die Evaluationsmitarbeiter darüber in Kenntnis gesetzt wurden (siehe Kapitel 3.4.2). Die Mitarbeiter der Evaluation hatten in der Folge bei allen weiteren Erhebungen keine Kenntnisse über die durchgeführte Therapiebedin-

¹⁵ Siehe <https://support.office.com/de-de/article/zufallsbereich-funktion-4cc7f0d1-87dc-4eb7-987f-a469ab381685> (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019).

gung (ThePas-I oder ThePaS-II). Die Verblindung wurde nach Abschluss der Datenerhebung aufgehoben.

5.1.11 Aktenstudie: Geplante Stichprobengrösse der Aktenkontrollgruppe

Die Kontrollgruppe umfasst alle Jugendlichen in der Deutschschweiz, welche zwischen dem 01.01.2007 und dem 30.09.2014 ein Delikt gegen die sexuelle Integrität (ohne Pornografiedelikte) begangen haben. Es sollte ein rechtskräftiges Urteil (Strafbefehl, Gerichtsurteil) vorliegen. Für den Einschluss in die Aktenstudie mussten weiter ein psychiatrisches bzw. psychologisches Gutachten, eine Therapieabklärung, ein psychiatrischer bzw. psychologischer Therapiebericht und/oder ein sozialarbeiterischer Indikationsbericht vorliegen und die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft werden. Es wurde davon ausgegangen, dass eine Stichprobe von ca. 240 Probanden verfügbar sei. Daraus sollte eine gleich grosse Stichprobe wie die der Gesamtinterventionsgruppe gezogen werden (geplant waren $n = 80$).

5.1.12 Aktenstudie: Rekrutierung der Teilnehmer der Aktenkontrollgruppe

Grundlage zur Erhebung der Kontrollgruppe war eine umfassende Aktenerhebung von allen Jugendlichen in der Deutschschweiz, welche wegen eines Sexualdelikts zwischen dem 01.01.2007 und dem 30.09.2014 verurteilt wurden. Zur Rekrutierung der Teilnehmer der Kontrollgruppen wurden an alle Jugendstrafbehörden/Jugendanwaltschaften der Deutschschweiz ein Antrag auf Einsicht in die Strafuntersuchungs- und Massnahmenverlaufsakten minderjähriger Straftäter mit Delikten gegen die sexuelle Integrität (ohne Art. 197 Pornografie) im Zeitraum zwischen 01.01.2007 bis 30.09.2014 gestellt. Drei Kantone waren nicht bereit, Akteneinsicht zu gewähren (teilweise wegen des Datenschutzes und fehlender schriftlicher Einwilligung der Probanden der Aktenkontrollgruppe). 15 kantonale Jugendstrafbehörden/Jugendanwaltschaften erteilten uns die Bewilligung zur Akteneinsicht (bei Einhaltung entsprechender Datenschutzrichtlinien und einer anonymisierten Auswertung der Ergebnisse). Zwei kantonale Jugendstrafbehörden/Jugendanwaltschaften (Obwalden und Schwyz) gaben an, in diesem Zeitraum keine entsprechenden Fälle geführt zu haben. 13 kantonale Jugendstrafbehörden/Jugendanwaltschaften (Aargau, Appenzell-Innerrhoden, Appenzell-Aussenroden, Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri, Zürich) erstellten eine Liste mit den geführten Fällen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Delikte gemäss StGB, Eröffnung, Entscheidung). Nach Ausschluss von nicht gültigen Fällen (mehrfache Fälle eines Jugendlichen, Einstellungen, Nichtanhandnahme, Mediationen, Akten bei Gericht, Akten nicht auffindbar) konnten insgesamt die Akten von 687 Probanden gesichtet werden. Zur Sicherung der Datenqualität, besonders hinsichtlich der für die Risikobewertung wichtigen Entwicklungs- und Kriminalitätsanamnese, wurde beschlossen, dass für das Matching nur die Fälle berücksichtigt werden, bei denen die Akten ein psychiatrisches bzw. psychologisches Gutachten, eine Therapieabklärung, einen psychiatrischen bzw. psychologischen Therapiebericht und/oder einen sozialarbeiterischen Indikationsbericht beinhalteten ($n = 322$). Von diesen Jugendlichen erfüllten 83 (25.8%) mindestens ein Kriterium, das den Ausschluss aus der finalen Kontrollgruppe bedingte (Anhang 01, Tabelle 02). Da auch die bisherige Therapie mit einem ThePaS als Ausschlusskriterium definiert wurde, wurden keine Teilnehmer der Interventionsstudie in die Aktenkontrollgruppe einbezogen. Die finale Kontrollgruppe umfasste somit nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien 239 Jugendliche.

5.1.13 Parallelisierung der Aktenkontrollgruppe mit der Interventionsgruppe

Die Parallelisierung erfolgte anhand zweier relevanter Merkmale, nämlich dem Alter bei Beginn der Strafuntersuchung und des Gesamtwertes des Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II; siehe Kapitel 5.3.16). Die 239 Jugendlichen der Aktenstudie wurden mit der Interventionsgruppe ($n = 65$) bezüglich der für das Matching relevanten Merkmale verglichen (siehe Anhang 01, Abschnitt 2.1). Das Alter bei Beginn der Strafuntersuchung wurde in vier Altersstufen unterteilt (10.00 bis 11.99 Jahre; 12.00 bis 13.99 Jahre; 14.00 bis 15.99 Jahre und 16.00 bis 18.99 Jahre), und der Gesamt-Risikoscore des J-SOAP-II wurde in Quartile unterteilt (0-14; 15-19; 20-25 und 26+). In einem nächsten Schritt wurde eine vier-mal-vier Tabelle mit beiden Merkmalen erstellt und die Anzahl der Probanden in der Interventionsgruppe ($n = 65$) und der gesamten Aktenkontrollgruppe ($n = 239$) in jeder Kategorie erstellt (siehe Anhang 1, Tabelle 07). Es lässt sich, ausser in einer Kategorie, jedem Interventionsgruppenteilnehmer mindestens ein Kon-

Version vom 31.01.2020

trollgruppenteilnehmer zuordnen. Für die Kategorie der 16.00 bis 18.99-Jährigen mit einem J-SOAP-II Gesamtwert von 20 bis 25 waren nicht genügend Probanden aus der Kontrollgruppe verfügbar. Es wurde deshalb ein Kontrollgruppenteilnehmer aus der nächst höheren Risikokategorie zugeordnet. Von den verfügbaren Probanden der Kontrollgruppe in allen Kategorien wurde per Zufallsprinzip die notwendige Anzahl ausgewählt, sodass jede Gruppe die gleiche Anzahl von Probanden aus der Interventions- und der Kontrollbedingung umfasste. Die Parallelisierung erfolgte auf Basis der errechneten Kategorien mittels Excel-Zufallsgenerator (Funktion Zufallsbereich¹⁵).

Interpretation: Die 239 Probanden, welche in die Aktenkontrollgruppe aufgenommen werden konnten, stellen eine genügend grosse Stichprobe für die Parallelisierung dar.

5.2. Erhebungszeitpunkte

5.2.1 Interventionsgruppe

Die Daten der Interventionsgruppe wurden mittels Selbst- und Fremdauskünften im Verlauf über mehrere Messzeitpunkte erhoben. Eine Übersicht über die Erhebungszeitpunkte für die Probanden der Interventionsgruppe ist in der [Grafik 5](#) ersichtlich.

Selbstbefragungen der Probanden im Längsschnitt: Um Veränderungen über den Therapieverlauf zu erfassen, wurden die Probanden der Interventionsgruppe zu drei Messzeitpunkten schriftlich befragt:

Die **Datenerhebung T0** fand vor der Intervention (ThePaS-I oder ThePaS-II) statt und war die umfassendste Erhebung mittels Interviews und Fragebögen zu verschiedenen Bereichen (demographische Angaben, Angaben zur Familie, Angaben zur Schulsituation, Angaben zu Kollegen und Freizeit, Sexualität, Substanzkonsum, Trauma, psychische Störungen (Diagnosen), Charakter und Temperament, psychopathische Persönlichkeitszüge, Irritabilität, psychische Auffälligkeiten, Wissen zu Sexualität und StGB, Opferempathie, Bewusstsein über Risikofaktoren zur Sexualdelinquenz). Die Erhebungen fanden mit den Jugendlichen einzeln in den jeweiligen Institutionen (ZKJF Zürich; IFP-Z Luzern; UPKF Basel) statt. Ein Fachpsychologe oder ein Doktorand unter Anleitung eines Fachpsychologen instruierte die Probanden und unterstützte sie bei der Bearbeitung, falls dies notwendig war (Erklärung von Begriffen, Vorlesen von Fragen). Bei psychischen Schwierigkeiten während der Bearbeitung konnten sich die Probanden jeweils an die Betreuer wenden.

Die **Datenerhebung T1** fand nach der Intervention (ca. 6 Monate nach T0) statt und umfasste eine geringere Anzahl von Fragebögen zu psychischen Auffälligkeiten, Wissen über Sexualität und StGB, Opferempathie und dem Bewusstsein über Risikofaktoren zur Sexualdelinquenz. Zusätzlich wurde die Behandlungszufriedenheit mit dem durchgeführten ThePaS erhoben. Die Datenerhebung fand wiederum einzeln in den Räumlichkeiten der Institutionen unter Aufsicht eines Fachpsychologen bzw. eines Doktoranden statt.

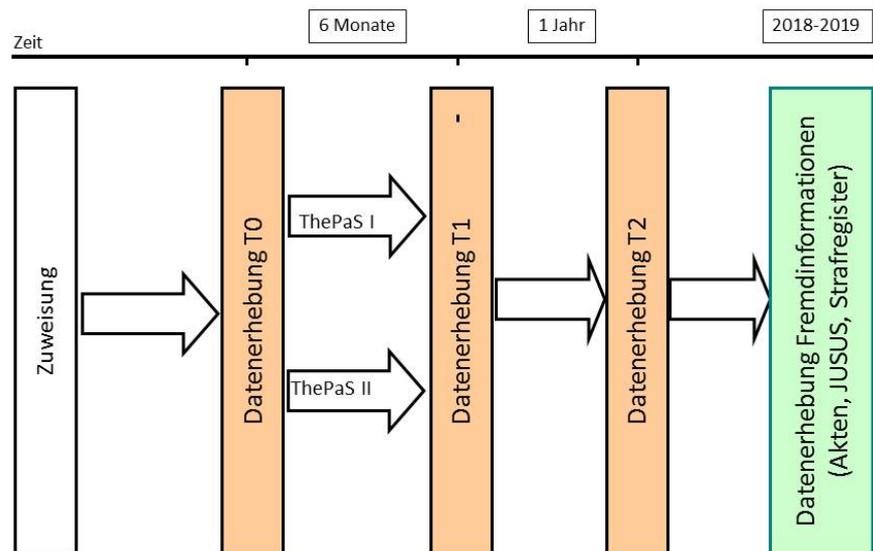
Die **Datenerhebung T2** fand ca. ein Jahr nach der Intervention (ca. 18 Monate nach T0) statt und umfasste die gleichen Fragebögen zu psychischen Auffälligkeiten, Wissen über Sexualität und StGB, Opferempathie und dem Bewusstsein über Risikofaktoren zur Sexualdelinquenz wie zu T1. Zusätzlich wurden selbstberichtete kriminelle Verhaltensweisen mittels eines pseudonymisierten Fragebogens retrospektiv über die Zeit erfasst. Die Datenerhebung fand wiederum einzeln in den Institutionen oder bei den Probanden zu Hause unter Aufsicht eines Fachpsychologen bzw. Doktoranden statt. Ein spezielles Vorgehen wurde für die Kriminalitätserfassung vorgenommen: Vor dem Ausfüllen wurde den Probanden eine achtstellige Zufallsnummer zugewiesen, welche sie auf einem Antwortcouvert vermerkten. Auf dem Kriminalitätsfragebogen wurden keine persönlichen Angaben erfasst. Dieser wurde nach der alleinigen Bearbeitung durch den Probanden in das Antwortcouvert gesteckt und verschlossen. Es wurde dem Probanden mitgeteilt, dass der Kriminalitätsfragebogen erst am Ende des Modellversuchs im Jahre 2019 angeschaut und ausgewertet wird. Eine Schlüsseldatei mit der achtstelligen Zufallsnummer und der Identifikationsnummer des Probanden in der Studie wurden vom Evaluationsleiter passwortgeschützt aufbewahrt.

Therapeutenbefragung/Fremdrating Risiko: Vor der Therapie wurde durch die Evaluationsmitarbeiter (Fachpsychologe, Doktorand unter Aufsicht des Fachpsychologen) auf der Grundlage der erfolgten Abklärung und/oder der Akten und Berichte eine Einschätzung des Rückfallrisikos mittels J-SOAP-II und ERASOR durchgeführt. Der Gesamtwert des J-SOAP-II diente auch als Kontrollvariable bei der zufälligen Zuteilung zu den beiden Therapiebedingungen. Nach der erfolgten Therapie wurde durch den behandelnden Therapeuten erneut eine Einschätzung des J-SOAP-II vorgenommen (nur die beiden Skalen mit dynamischen Variablen). Weiter wurde während des ThePaS von den zuständigen Therapeuten für jeden Probanden und jedes Modul mittels des Treatment Integrity Fragebogens eine Einschätzung zur Durchführbarkeit und zur Zielerreichung vorgenommen. Die Treatment Integrity Fragebögen wurden, da sie spezifisch für ThePaS-I und ThePaS-II konzipiert wurden, erst nach Aufhebung der Verblindung der Evaluationsmitarbeiter (nach Abschluss der Datenerhebung) ausgewertet.

Datenerhebung Fremdinformationen (Akten, Jugendstrafurteilsstatistik, Strafregister): Von allen Probanden in der Interventionsgruppe ($n = 65$) sowie von den Studienverweigerern ($n = 7$) wurde eine systematische und umfassende Aktenerhebung der verfügbaren Untersuchungsakten und der Massnahmenverlaufsakten durchgeführt. Es wurde dazu das gleiche Instrument eingesetzt (SDJS-II), welches zuvor für die Erhebung der Aktenkontrollgruppe zum Einsatz kam (siehe Kapitel 5.3.1 und 5.2.2). Die Datenerhebung wurde von Mai bis September 2018 von den Mitarbeitern der Evaluation direkt auf den Jugendanwaltschaften oder nach dem Zusenden der Akten im ZKJF Zürich vorgenommen. Für Probanden mit noch laufenden Therapien oder ausstehenden T2-Datenerhebungen wurden bis März 2019 Nacherfassungen der Akten oder Ergänzungen vorgenommen.

Die Anfrage zur Einsicht in die Daten der Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS) beim Bundesamt für Statistik wurde am 06.03.2019 gestellt. Nach verschiedenen Abklärungen konnte schliesslich am 14.06.2019 ein „Vertrag über die einmalige Lieferung und Verwendung von verknüpften Einzeldaten“ abgeschlossen werden. Die JUSUS-Daten (mit Urteilen bis Ende Dezember 2018) wurden am 15.07.2019 elektronisch zugestellt.

Die Anfrage an das BJ für einen erweiterten aktuellen Strafregisterauszug zu Forschungszwecken gemäss dem [voll]automatisierten Strafregister, VOSTRA (siehe Schweizerische Eidgenossenschaft, 2006) wurde am 06.03.2019 gestellt. Am 12.03.2019 konnte eine entsprechende Vereinbarung zum Datenschutz von der Projektleitung und der Evaluationsleitung unterschrieben werden. Die pseudonymisierten Strafregister wurden per Post zugesandt und konnten anschliessend eingegeben und ausgewertet werden.

Grafik 5: Übersicht über die Datenerhebungen in der Interventionsgruppe

5.2.2 Kontrollgruppe (Aktenerhebung und Kriminalitätsregister)

Die Daten der Kontrollgruppe wurden mittels einer umfassenden Aktenanalyse sowie einer Abfrage der Jugendstrafurteilsstatistik und Strafregisterauszüge erhoben. Aufgrund des Designs der Studie konnten keine Selbstbefragungen der Probanden der Aktenkontrollgruppe und keine Befragungen der involvierten Therapeuten bzw. Fachpersonen vorgenommen werden.

Die systematische Aktenerhebung der Strafuntersuchungs- und Massnahmenverlaufsakten der 687 Probanden der Kontrollgruppe erfolgte durch den Evaluationsleiter, einen Doktoranden und einen studentischen Mitarbeiter zwischen Februar und Dezember 2015 auf den einzelnen Jugendanwaltschaften.

Die Jugendstrafurteilsdaten (JUSUS) der Aktenkontrollgruppe erfolgte nach einem schriftlichen Austausch und einer Präsentation der Studie im Bundesamt für Statistik auf der Grundlage eines beidseitig unterzeichneten Datenschutz- und Verknüpfungsvertrages (vom 30.01.2017) am 13.02.2017 via einer verschlüsselten WebFTP-Datei und umfasste die Verurteilungen bis zum 31.12.2016.

Einsicht in die Strafregisterdaten für die 687 Probanden der Kontrollgruppe wurde am 30.05.2016 schriftlich angefragt und am 14.06.2016 bewilligt. Mit den Stichtagen von 20.06. bis 30.06.2016 wurden dem ZKJF die Strafregisterauszüge der verzeichneten Personen schriftlich pseudonymisiert zugestellt.

5.3. Instrumente

5.3.1 Systematisches Dokumentationssystem für Jugendliche mit Sexualstraftaten – II (SDJS-II) (eingesetzt in Aktenstudie und Interventionsstudie)

Wir haben dazu das zuvor bereits erfolgreich eingesetzte Instrument „Systematisches Dokumentationssystem für Jugendliche mit Sexualstraftaten, SDJS“ (M. Aebi & Vogt, 2009) entsprechend auf die Vorgaben des aktuellen Modellversuchs angepasst. Das überarbeitete Codierungssystem (SDJS-II) ist als Anhang zu diesem Bericht beigefügt (M. Aebi et al., 2014). Es beinhaltet eine Aufzählung aller erhobenen Items und eine Beschreibung der Codierungskriterien bzw. Richtlinien. Basierend auf dem SDJS-II wurde ein entsprechender Fragebogen entwickelt, auf welchem die kodierten Informationen schriftlich festgehalten werden. Auf dem Fragebogen können zusätz-

lich zu den kodierten Items auch weitere Notizen zum Fall bzw. zur Akte festgehalten werden. Der Aufbau des SDJS und des entsprechenden Fragebogens können der Tabelle 1 entnommen werden. Um das Deliktverhalten möglichst genau zu erfassen, wurde der Child Sexual Abuse Questionnaire (CSAQ) (Mohler-Kuo et al., 2014) entsprechend der Täterperspektive angepasst und in das SDJS-II übernommen. Dies ermöglicht eine genaue Beschreibung der Taten und ein Vergleich von Opfererlebnissen, früheren Delikten, Tatverhalten und Rückfallverhalten.

Tabelle 1: Aufbau des SDJS-II

Nr.	Kapitel	Inhalt
A) UNTERSUCHUNGSAKTE		
1	Administrative Angaben	Information zu Inhalten der Akte und ob Verurteilung erfolgt ist
2	Demographische Angaben	Information zur Identifikation (Name, Vorname, Name der Eltern), Geburtsdatum, Nationalität, Schule/Beruf, Ausbildung/Beruf der Eltern
3	Aktuelle Anlassdelikte	Datum, Geständigkeit, StGB, Deliktschwere, Opferdaten, Deliktverhalten angepasst an den CSAQ und StGB (anhand Sachverhalt)
4	Deliktanalyse des Anlassdelikts	Substanzeinfluss, Gewalteinsetz, Progredienz
5	Delikte in der Vorgeschichte	Angepasst an CSAQ (Sexualdelikte) und StGB (Sexualdelikte und andere Delikte)
6	Sexting in der Vorgeschichte	Sexting mit Opfer und allgemein im Vorlauf des Delikts
7	Biografie und Familie	Gewalt, Kriminalität, psychische Störungen in der Familie
8	Allgemeine und sexuelle Entwicklung	Auffälligkeiten bezüglich Schule, Verhalten, Sexualität, Beziehungen, psychische Störungen
9	Stresserfahrungen in der Kindheit	Erlebte allgemeine Stressoren sowie physische, emotionale und sexuelle Gewalt / Vernachlässigung
10	Gutachten	Inhalt, Prognose, Empfehlung
11	Urteil	Strafen und Massnahmen
12	Ausschlusskriterien Kontrollgruppe	IQ<70, Deutschkenntnisse, schwere Straftaten, neurologische Erkrankung, vorherige Teilnahme am ThePaS
13/14/15	Risikobeurteilung	J-SOAP-II (siehe 5.3.16) ERASOR (siehe 5.3.17)
B) MASSNAHMENVERLAUFAKTE		
16	Verlauf der Massnahme	Therapien, Unterbringungen
17	Rückfälle	Angepasst an CSAQ (Sexualdelikte) und StGB (Sexualdelikte und andere Delikte)

5.3.2 *Angaben zu Familie, Schulsituation, Kollegen und Freizeitverhalten (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Der am ZKJF entwickelte Fragebogen umfasst differenzierte Angaben zu Familie, Schulsituation, Kollegen und Freizeitverhalten.

5.3.3 *Angaben zur Sexualität (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Der am ZKJF entwickelte Fragebogen umfasst differenzierte Angaben zur deskriptiven Beschreibung von Liebe und Sexualität, sexuelle Aufklärung und sexuelle Orientierung, zur Masturbation und zu sexuellen Gedanken, Konsum von Pornografie und zu sexuellen Erfahrungen bzw. Liebesbeziehungen.

5.3.4 *Substance Use Questionnaire (SUQ) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Der in deutscher Sprache vorhandene SUQ wurde von Müller und Abbet (1991) in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen der Zürcher Adoleszenten-Psychologie und -Psychopathologie Studie (ZAPPS) entwickelt (Eschmann, Zimprich, Metzke & Steinhausen, 2011) und dient zur Erhebung des selbstberichteten Medikamenten-, Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsums der Klienten selber und ihrer Familie, Freunden und Bekannten. Das Instrument beinhaltet 24 Fragen.

5.3.5 *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Die deutschsprachige Version des CTQ (Bader, Hännly, Schäfer, Neuckel & Kuhl, 2009) dient zur Erfassung von selbstberichteten Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit und Jugend. Das Instrument beinhaltet eine 5-stufige Likert-Skala mit 28 Fragen, welche den fünf Skalen „Emotionaler Missbrauch“, „Körperlicher Missbrauch“, „Sexueller Missbrauch“, „Emotionale Vernachlässigung“ und „Körperliche Vernachlässigung“ sowie einer Offenheitsskala zugeordnet werden. Das Instrument stellt ein reliables und valides Screening-Instrument zur retrospektiven Erfassung von Kindesmisshandlungen dar (Bader et al., 2009; Wingenfeld et al., 2010).

5.3.6 *Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Das Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID, Version 6.0) ist ein strukturiertes, klinisch diagnostisches Interview, zur Erfassung von psychischen Störungen nach dem multiaxialen Klassifikationsschema nach DSM-IV und ICD-10 bei Kindern und Jugendlichen (Sheehan et al., 2010). Folgende Störungskategorien werden dabei untersucht: Affektive Störungen, Angststörungen, Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörung und Substanzmissbrauchsstörungen. Im Rahmen dieser Bereiche werden als relevante kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen Dysthymien, Depressionen, Panikstörungen, Angststörungen inklusive Trennungsängstlichkeit und generalisierte Angststörung, post-traumatische Belastungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, oppositionelles Trotzverhalten, Aufmerksamkeitsstörungen sowie Alkohol- und andere Drogenabhängigkeit erfasst. Der MINI-KID zeigte eine gute Reliabilität und Übereinstimmungsvalidität im Vergleich mit dem Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Sheehan et al., 2010).

5.3.7 *Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI 12-18 R) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Das in deutscher Sprache vorliegende JTCI 12-18 R (Goth & Schmeck, 2009) dient zur Erfassung der selbstberichteten Persönlichkeit nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1998) bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren. Das Instrument beinhaltet eine 5-stufige Likert-Skala mit 103 Items, womit vier Temperamentsfaktoren (Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit und Beharrungsvermögen) und drei Charaktereigenschaften (Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität und Selbsttranszendenz) erfasst werden. Die interne Konsistenz ist weitgehend zufriedenstellend und die Konstrukt-

validität wird von einer guten Übereinstimmung der JCTI Dimensionen mit verwandten Konstrukten gestützt (Schmeck, Goth, Poustka & Cloninger, 2001).

5.3.8 *Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Die deutsche Version des YPI (Köhler, Kuska, Schmeck, Hinrichs & Fegert, 2010) ist ein multidimensionales Verfahren zur Erfassung selbstberichteter psychopathischer Persönlichkeitseigenschaften im Alter zwischen 12 und 25 Jahren. Der Fragebogen beinhaltet eine 4-stufige Likert-Skala mit 50 Items, welche auf einer Likert Skala von 1-4 eingeschätzt werden. Es ergeben sich daraus 10 Subskalen, die den drei Faktoren, nämlich (1) einem interpersonalen Faktor (grandios/manipulative Eigenschaften), (2) einem affektiven Faktor (gefühllos/unemotionale Eigenschaften) und (3) einem behavioralen Faktor (impulsiv/unverantwortliche Eigenschaften) zugeordnet sind. Der YPI-Gesamtwert für Psychopathie basiert auf allen 50 Items. Internationale Studien (Andershed, Kerr, Stattin & Levander, 2002; Dolan & Rennie, 2006; Poythress, Dembo, Wareham & Greenbaum, 2006; Skeem & Cauffman, 2003) konnten eine zufriedenstellende Reliabilität sowie Belege für die Konstruktvalidität und Faktorenstruktur finden.

5.3.9 *Irritability Scale (IRR) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Unsere eigene Übersetzung der IRR (Caprara et al., 1985) dient zur Erfragung selbstberichteter Eigenschaften, Gewohnheiten und Probleme. Die entwickelte Skala Reizbarkeit (IRR) wurde in erster Linie für die Erforschung individueller Unterschiede hinsichtlich der Manifestation impulsiver Aggression vorgeschlagen. Das Instrument beinhaltet eine 6-stufige Likert-Skala mit 30 Fragen. Die Reliabilität (interne Konsistenz, Retest-Reliabilität und Split-Half-Reliabilität) ist zufriedenstellend (Caprara, 1983) und die Konstruktvalidität konnte bestätigt werden (Caprara et al., 1985).

5.3.10 *Youth Self Report (YSR) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0, T1 und T2)*

Die schweizerisch normierte Version (Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1996) der deutschen Fassung des YSR (Achenbach, 1991) erfasst selbstberichtete Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme und körperliche Beschwerden bei Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren. Aus 113 Items, die auf einer 3-stufigen Likert-Skala bewertet werden, wird ein Gesamtwert gebildet (YSR Total Score). Der YSR enthält acht Subskalen: „sozialer Rückzug“, „körperliche Beschwerden“, „Angst/Depressivität“, „Delinquenz“, „Aggression“, „soziale Probleme“, „schizoid/zwanghaft“, „Aufmerksamkeit“. Die Formulierung der einzelnen Items ist sehr einfach gehalten, sodass sie auch von Jugendlichen mit geringem Bildungsniveau beantwortet werden können. Das Instrument besitzt adäquate psychometrische Voraussetzungen und wird weltweit in epidemiologischen und klinischen Untersuchungen eingesetzt (Edelbrock & Costello, 1988; Jensen, Salzberg, Richters & Watanabe, 1993; Steinhausen, Metzke, Meier & Kannenberg, 1997).

5.3.11 *Math Tech Sex Education Test (MTSE) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0 und T1)*

Der MTSE (Kirby, 1998), welcher von den Referenten ins Deutsche übersetzt wurde, dient zur Erfassung von Wissen zum Thema Sexualität bei Jugendlichen. Im Rahmen der vorliegenden Studie soll das Instrument einen Wissenszuwachs während des ThePaS erfassen. Der Wissenstest umfasst 34 Items, welche in Form von Multiple-Choice-Fragen dargestellt werden. Der Wissenstest weist eine gute Test-Retest Reliabilität auf und die Inhaltsvalidität ist gegeben (Kirby, 1998). Weiterhin wurde das Instrument erfolgreich im Rahmen der Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie für JS eingesetzt (Kaplan, Becker & Tenke, 1991).

5.3.12 *Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche (MSI-J) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0, T1 und T2)*

Der MSI-J (Gruber, Waschlewski & Deegener, 2003) ist die deutsche Version für Jugendliche des ursprünglich für erwachsene Sexualstraftäter konstruierten MSI (Nichols & Molinder, 1984). Der Fragebogen dient zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei sexuell auffälligen Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren. Für die vorliegende Studie werden zur Erfassung von sexueller Devianz die Items „Sexueller Missbrauch, Kinderfantasien“ (MSI-J SMK-P), „Vergewaltigung“

gungsfantasien“ (MSI-J VP) und die beiden Skalen „Vertrauen in die sexuelle Beziehungsfähigkeit“ (MSI-J VSB) und „Wissen und Überzeugungen zu Sexualität“ (MSI-J WÜS) eingesetzt. Die Skala „Vertrauen in die sexuelle Beziehungsfähigkeit“ und die Skala „Wissen und Überzeugungen zu Sexualität“ werden in der Selbstbeurteilung anhand von 32 Items respektive 24 Items mit dichotomen Fragen gemessen. Der MSI weist für die meisten Skalen akzeptable bis sehr gute interne Konsistenzen auf und die Konstruktvalidität wird im Wesentlichen belegt (Kalichman, Henderson, Shealy & Dwyer, 1992).

5.3.13 Fragebogen zum Wissen über das StGB (StGB-FB) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0 und T1)

Basierend auf dem StGB wurden Wissensfragen zu den Artikeln 187 (sexuelle Handlungen mit Kindern), 189 (sexuelle Nötigung), 190 (Vergewaltigung), 191 (Schändung), Artikel 197 (Pornografie) und 198 (sexuelle Belästigung) entwickelt. Zu jeder Bestimmung wurden Fallbeispiele kreiert. Der Proband wurde dann gefragt, ob die Kriterien für eine entsprechende Straftat erfüllt sind. Es wurde der Anteil richtiger Antworten erhoben.

Beispiel (sexuelle Nötigung): Laila ist im Ausgang. Als sie aus dem Club will, sagt ihr der Türsteher, dass sie nur aus dem Club raus könne, wenn sie ihn oral befriedigt (Oral-Sex). Laila muss unbedingt nach Hause und hat Angst, dass der Türsteher sonst gewalttätig wird. Also macht sie, was der Türsteher von ihr verlangt, obwohl sie das überhaupt nicht will. Hat der Türsteher eine strafbare sexuelle Nötigung begangen?

5.3.14 Opferempathiefragebogen für jugendliche und heranwachsende Sexualdelinquente (OEF-jS) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0, T1 und T2)

Das im deutschen Sprachraum entwickelte OEF-jS (Eckardt & Hosser, 2005) dient zur Erfassung der selbstberichteten Opferempathie bei Jugendlichen und ist für Gewalt- und für Sexualdelinquente einsetzbar. Der Fragebogen orientiert sich an einem Prozessmodell der Empathie (Marshall, Hudson, Jones & Fernandez, 1995) für Sexualstraftäter. Das Instrument beinhaltet die zwei Skalen „Eigenes Delikt/Opfer-Gefühle“ (OEF-jS Gefühle, 16 Items) und „Eigenes Delikt/Opfer-Verhalten“ (OEF-jS Verhalten, 8 Items), welche auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0-3) beurteilt werden. Der Fragebogen weist weitgehend gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf und erweist sich als ausreichend valid und sensibel bezüglich therapeutischer Interventionen (Eckardt & Hosser, 2005).

5.3.15 Fragebogen über Risikofaktoren und Handlungspläne zur Vermeidung von Sexualdelikten für Kinder und Jugendliche (RiskFakt-KJ) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0, T1 und T2)

Der in deutscher Sprache vorliegende RiskFakt-KJ dient zur Erfassung von selbstberichteten Risikofaktoren und Plänen zur Vermeidung von Sexualdelikten bei Kindern und Jugendlichen. Da kein Instrument derzeit existiert, welches das Wissen über mögliche Risikofaktoren bei jugendlichen oder erwachsenen Klienten erfasst, wurde im Rahmen dieses Modellversuchs ein Katalog von Risikosituationen entwickelt. Das in der Schweiz entwickelte Forensisch-Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluationssystem (Urbaniok, 2007) diente als Hilfestellung für die Fragebogenentwicklung. Das Instrument berücksichtigt 14 Risikofaktoren (Gefühle, Gedanken, Fantasien und Situationen). Die Probanden schätzten jeweils ein, welche Risikofaktoren bei ihnen vorhanden sind (Anzahl objektive Risikofaktoren), welche von diesen für weitere zukünftige Sexualdelikte für sie selber von Bedeutung sind (Anzahl subjektiver Risikofaktoren) und für welche von diesen sie risikovermindernde Strategien besitzen (Anzahl dazugehöriger Strategien zur Risikosenkung). Die 14 Risikofaktoren wurden basierend auf einer Expertenbefragung und den Ergebnissen von empirischen Studien bei JS (Prentky & Righthand, 2003; Worling, 2004) entwickelt.

5.3.16 Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II (J-SOAP-II) (eingesetzt in Aktenstudie und Interventionsstudie zu T0 und T1)

Die deutsche Fassung (Schmelzle, 2004) des J-SOAP-II (Prentky & Righthand, 2003) wird als Risikobeurteilungsinstrument bei männlichen Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren in der Fremdbeurteilung eingesetzt. Das Instrument umfasst statische und dynamische Risikofaktoren

für die Begehung erneuter Sexualdelikte. Der Fragebogen beinhaltet eine 3-stufige Likert-Skala mit 28 Items, welche den vier Primärskalen „tatbezogene Items/Sexualität“, „impulsives/antisoziales Verhalten“, „behandlungsbezogene Items“ und „Stabilität im Lebensumfeld/Anpassung“ zugewiesen werden. Die ersten beiden Primärskalen bilden die statischen Items ab (J-SOAP-II Statische Items), die letzten beiden die dynamischen Items (J-SOAP-II Dynamische Items). Der Gesamtwert J-SOAP-II Summenscore basiert auf der Summe von allen 28 Items. Es wurde eine gute interne Konsistenz und eine adäquate Interrater-Reliabilität des J-SOAP-II festgestellt (S. Righthand et al., 2005). Eine neuere Studie bestätigt auch eine gute prädiktive Validität der J-SOAP-II Skalen in Bezug auf erneute einschlägige und nicht einschlägige Delikte und auf die Behandlungs-Compliance (Martinez, Flores & Rosenfeld, 2007).

5.3.17 *The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T0)*

Der von Schmelzle (2003) ins Deutsche übersetzte ERASOR (Worling & Curwen, 2001) dient zur Einschätzung des Rückfallrisikos bei JS im Alter von 12 bis 18 Jahren, die vorgängig eine sexuelle Misshandlung begangen haben. Der ERASOR wurde in Anlehnung an den Sexual Violence Risk-20 (SVR 20) (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997) entwickelt. Das Instrument erfragt anhand einer 4-stufigen Likert-Skala mit 25 Fragen 16 dynamische und 9 statische Risikofaktoren. In der vorliegenden Studie wurde der ERASOR Summenscore basierend auf der Summe aller Items verwendet. Es wurde festgestellt, dass vorausgehende psychometrische Eigenschaften (d.h. Interrater-Reliabilität, Item-Trennschärfe, interne Konsistenz) die Reliabilität und die Item-Zusammensetzung des Instruments unterstützen (Worling, 2004).

5.3.18 *Self Reported Delinquency (SRD) (eingesetzt in Interventionsstudie zu T2)*

Die gekürzte Fassung des standardisierten und ins Deutsche übersetzte Instruments, welches im Rahmen der International SRD-Befragungen (Killias, Aebi, Lucia, Herrmann & Dilitz, 2007; Killias, Patrice & Rabasa, 1994) entwickelt wurde, dient zur Erhebung selbstberichteter erneuter Delikte. Bei den International SRD-Befragungen (Killias et al., 2007; Killias et al., 1994) wurden Jugendliche in der Schweiz und in zahlreichen anderen Ländern zu selbstberichteter Delinquenz befragt. Das für die vorliegende Studie angewandte Instrument beinhaltet 22 Items zu den Bereichen Eigentumsdelikte, Gewaltdelikte, Sexualdelikte, Drogendelikte und andere Delikte. Untersuchungen haben gezeigt, dass selbstberichtete Delinquenz eine valide Messung von Kriminalität bei Jugendlichen ist (M. F. Aebi, 2006).

5.3.19 *Treatment Integrity Fragebogen für ThePaS-I / ThePaS-II*

Die Durchführbarkeit und Zielerreichung des ThePaS-I oder ThePaS-II wurden von dem fallführenden Therapeuten für jeden Probanden für jedes Modul auf einer Skala von 1 (nicht durchführbar / Ziele nicht erreicht) bis 4 (vollständig durchführbar, Ziele voll erreicht) beurteilt. Neben der individuellen Auswertung der einzelnen Module wurden für jeden Probanden durchschnittliche Werte für Durchführbarkeit und Zielerreichung über alle Module hinweg berechnet.

5.4. Operationalisierung der Variablen / Interraterreliabilität

Die verwendeten Variablen basieren auf den unter Kap. 5.3 beschriebenen Instrumenten. Für die verwendeten Variablen aus dem SDJS-II und für die Experteneinschätzungen der Risikobeurteilungen mittels J-SOAP-II wurde eine Interraterreliabilitätserhebung durchgeführt. Basierend auf den verfügbaren Probanden der Aktenkontrollgruppe wurden 30 Fälle ausgewählt und unabhängig sowie blind gegenüber der Ersteinschätzung erneut kodiert. Es wurden Cohens Kappa (für nominale Variablen) und ICC (two-way random effects model in SPSS Version 25) für dimensionale Variablen berechnet. Ein Wert von .60 wurde für die Cohens Kappa- und ICC-Werte als Mindestmass für eine substantielle Übereinstimmung definiert (Fleiss, 1981; Landis & Koch, 1977).

Weiter wurde eine Interraterreliabilität für die Treatment Integrity (ICC one-way random effects model in SPSS Version 25) berechnet (siehe Kap. 6.10 und Anhang 02, Tabelle 98). Damit kann die Übereinstimmung der Einschätzungen der Durchführbarkeit der Module und der Zielerreichung durch die Therapeuten mit dem unabhängiger Rater verglichen werden. Hierzu wurde auf

der Grundlage der Videoaufnahmen der Therapien der Treatment Integrity Fragebogen durch studentische Mitarbeiter der Evaluationsabteilung ebenfalls ausgefüllt.

Die folgenden operationalisierten Variablen wurden für die Prüfung der Hypothesen und Fragestellungen (siehe Kap. 5.5) in der Aktenstudie und der Interventionsstudie eingesetzt:

5.4.1 Unabhängige Variablen

Aktenstudie: ThePaS vs. Parallelisierte Kontrollgruppe

Probanden des ThePaS = alle Probanden, welche im Rahmen der Studie das ThePaS absolviert haben (gemäss Ein- und Ausschlusskriterien, unabhängig von fehlenden Sitzungen und Behandlungsabbrüchen gemäss Intention-to-treat-Ansatzes).

Probanden der (parallelisierten) Aktenkontrollgruppe = alle Probanden der (parallelisierten) Kontrollgruppe mit vorhandenen Berichten (siehe Kap. 5.1.3 gemäss Ein- und Ausschlusskriterien).

Interventionsstudie: Behandlungsbedingung ThePaS-I vs. ThePaS-II)

Behandlungsbedingung ThePaS-I = alle Probanden, welche im Rahmen der Studie das ThePaS-I absolviert haben (gemäss Ein- und Ausschlusskriterien, unabhängig von fehlenden Sitzungen und Behandlungsabbrüchen gemäss Intention-to-treat-Ansatzes).

Behandlungsbedingung des ThePaS-II = alle Probanden, welche im Rahmen der Studie das ThePaS-I absolviert haben (gemäss Ein- und Ausschlusskriterien, unabhängig von fehlenden Sitzungen und Behandlungsabbrüchen gemäss Intention-to-treat-Ansatzes).

5.4.2 Abhängige Variablen

Sexuelle Rückfälligkeit (drei Variablen: während der Therapie, T1+365 Tage oder maximaler Rückfallzeitraum) = in der Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS), im Strafregister (VOSTRA) oder in den Verlaufsakten¹⁶ registrierte Delikt(e) gegen die sexuelle Integrität gemäss StGB. Interraterreliabilität: Kappa basierend auf Registerdaten .89; Kappa basierend auf Aktendaten .79.

Zeit bis zum Auftreten sexueller Rückfälligkeit nach T1 (maximaler Rückfallzeitraum) = Zeit in Tagen bis zum ersten Delikt gegen die sexuelle Integrität gemäss StGB in der Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS), im Strafregister (VOSTRA) oder in den Verlaufsakten¹⁶ nach T1. Wenn der erste Rückfall während der Therapie erfolgte, wurde die Variable = 0 gesetzt (als sofortiger Rückfall gewertet).

Gewalttätige Rückfälligkeit (drei Variablen: während der Therapie, T1+365 Tage oder maximaler Rückfallzeitraum) = Delikt(e) gegen Leib und Leben gemäss StGB in der Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS), im Strafregister (VOSTRA) oder in den Verlaufsakten¹⁶. Interraterreliabilität: Kappa basierend auf Registerdaten 1.00; Kappa basierend auf Aktendaten .60.

Zeit bis zum Auftreten gewalttätiger Rückfälligkeit nach T1 (maximaler Rückfallzeitraum) = Zeit bis zum ersten Delikt gegen Leib und Leben gemäss StGB in der Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS), im Strafregister (VOSTRA) oder in den Verlaufsakten¹⁶ nach T1.

Generelle Rückfälligkeit (drei Variablen: während der Therapie, T1+365 Tage oder maximaler Rückfallzeitraum) = Delikt gemäss StGB, SVG oder BetmG in der Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS), im Strafregister (VOSTRA) oder in den Verlaufsakten¹⁶. Interraterreliabilität: Kappa basierend auf Registerdaten 1.00; Kappa basierend auf Aktendaten .80.

Zeit bis zum Auftreten genereller Rückfälligkeit nach T1 (maximaler Rückfallzeitraum) = Zeit bis zum ersten Delikt gemäss StGB, SVG oder BetmG in der Jugendstrafurteilsstatistik, im Strafregister (VOSTRA) oder in den Verlaufsakten¹⁶.

Psychische Auffälligkeiten (fünf Variablen) = Rohwerte der „Youth Self Report“ (YSR) Skalen sozialer Rückzug, soziale Probleme, internalisierende und externalisierende Probleme und Gesamtauffälligkeiten (YSR Total Score).

¹⁶ Gemäss SDJS-II basierend auf StGB und CASQ unabhängig von einer erfolgten Anzeige, Strafverfahren oder Urteil.

Wissen über Sexualität (zwei Variablen) = Rohwerte (Anzahl richtiger Antworten) der Skala „Wissen und Überzeugungen zu Sexualität“ des Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche (MSI-J) und Rohwerte (Anzahl richtiger Antworten) des Math Tech Sex Education Tests (MTSE). Letzterer wurde in Bezug auf die Bedeutung geringer gewichtet, da das Instrument aus dem nord-amerikanischen Raum stammt und teilweise kulturspezifisches Wissen beinhaltet.

Wissen über StGB (sexuelle Integrität) = Rohwerte (Anzahl richtiger Antworten) des „Fragebogens zum Wissen über das Schweizer StGB“ (StGB-FB).

Sexuelle Auffälligkeiten (drei Variablen) = Rohwerte der Skala „Sexueller Missbrauch, Kinderfantasien“ (MSI-J SMK-P), Rohwerte der Skala „Vergewaltigungsfantasien“ (MSI-J VP) und Rohwerte der Skala „Vertrauen in die sexuelle Beziehungsfähigkeit“ (MSI-J VSB).

Opferempathie (zwei Variablen): Rohwerte der Skala „Eigenes Delikt/Opfer-Gefühle (OEF-jS Gefühle) und Rohwerte der Skala „Eigenes Delikt/Opfer-Verhalten (OEF-jS Verhalten) gemäss „Opferempathiefragebogen für jugendliche und heranwachsende Sexualdelinquente“ (OEF-jS).

Bewusstsein / Strategien über Risikofaktoren (zwei Variablen): Rohwerte (Anzahl subjektiver Risikofaktoren) und Rohwerte (Anzahl dazugehöriger Strategien zur Risikosenkung) aus dem Fragebogen „Risikofaktoren und Handlungspläne zur Vermeidung von Sexualdelikten für Kinder und Jugendliche“ (RiskFakt-KJ).

5.4.3 Kontrollvariablen / Kovariaten

Alter = Alter zum Zeitpunkt T0 (basierend auf Geburtsdatum gemäss SDJS-II und Datum der T0-Erhebung).

Ausländische Nationalität = keine Schweizer Staatsbürgerschaft gemäss SDJS-II (kodiert von den Untersuchungsakten). Interraterreliabilität: ICC = 1.00.

Niedrige soziale Schicht = Operationalisiert anhand der beruflichen Qualifikation der mütterlichen und väterlichen Bezugspersonen im SDJS-II gemäss Einteilung nach ISCO-08¹⁷. Eine niedrige soziale Schicht wurde als vorhanden beurteilt, wenn beide elterlichen Bezugspersonen als ungelernete Arbeiter (ISCO-08 Stufe 9) oder als erwerbslos beurteilt wurden, oder wenn über eine Bezugsperson keine Angaben verfügbar waren und die andere Bezugsperson in Stufe 9 oder als erwerbslos eingeteilt war. Interraterreliabilität: ICC = .79.

Rückfallrisiko (J-SOAP-II) = Rohwert basierend auf dem Summenscore des J-SOAP-II zum Zeitpunkt T0. Interraterreliabilität: ICC = .74.

Sexuelles Vordelikt = Vorhandensein eines Delikts gegen die sexuelle Integrität gemäss StGB basierend auf SDJS-II. Interraterreliabilität: Kappa = .79.

Deliktschwere = Schweregrad des schwersten sexuellen Anlassdelikts basierend auf dem SDJS-II gemäss einer 7-stufigen Skala (M. Aebi, Plattner, Steinhausen & Bessler, 2011; Aylwin et al., 2000): 1 = obszöne Anrufe etc.; 2 = streicheln mit Kleider, Voyeurismus; 3 = streicheln ohne Kleider, Penetration mit Finger, Masturbation, Exhibitionismus, Frotteurismus; 4 = versuchter oder durchgeführter Oralsex und simulierter Geschlechtsverkehr; 5 = versuchter oder durchgeführter vaginaler Geschlechtsverkehr; 6 = versuchter oder durchgeführter analer Geschlechtsverkehr, Gruppenvergewaltigung; 7 = Anwendung heftiger Gewalt (z.B. Festbinden, Demütigung, Waffen). Interraterreliabilität: ICC = .79.

Treatment Integrity (Durchführbarkeit und Zielerreichung, zwei Variablen) = Gemäss Treatment-Integrity Fragebogen Durchschnittswerte über alle Module der Durchführbarkeit und der Zielerreichung. Interraterreliabilität: Durchführbarkeit ThePaS-I: ICC = .74, Durchführbarkeit ThePaS-II: ICC = .84. Zielerreichung ThePaS-I: ICC = .63, Zielerreichung ThePaS-II: ICC = .78.

Irritabilität = Rohwert (Summenscore) der Irritability Scale (IRR).

¹⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/nomenclaturen/isco08.html> (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019).

YPI (Psychopathie) = Gesamtwert des Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI).

Vorliegen einer psychischen Störung = Vorhandensein einer MINI-KID Diagnose zum Zeitpunkt T0.

5.5. Hypothesen und Fragestellungen

Die ursprünglichen Fragestellungen und Hypothesen, wie sie in den Ergänzungsanträgen formuliert wurden, mussten aufgrund des veränderten Designs der Studie nachträglich angepasst werden.

5.5.1 Vergleich der parallelisierten Aktenkontrollgruppe und der gesamten Interventionsgruppe

Hypothese H1: Die Probanden des ThePaS zeigen im Vergleich zur parallelisierten Aktenkontrollgruppe eine geringere sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit in den 365 Tagen nach der Therapie (nach T1) bzw. in einem äquivalenten Zeitraum für die Aktenkontrollgruppe.

Es wird davon ausgegangen, dass das ThePaS insgesamt (unabhängig von der Behandlungsbedingung) im Vergleich zu anderen oder keinen Therapieinterventionen zu einer Abnahme des kriminellen Rückfallrisikos führt.

5.5.2 Zeitlicher Verlauf der gesamten Interventionsgruppe, Vergleich ThePaS-I und ThePaS-II

Basierend auf dem allgemeinen Wirkungsmodell und den spezifischen Inhalten von ThePaS-I und ThePaS-II können Hypothesen zu Veränderungen im zeitlichen Verlauf und zu Unterschieden zwischen den Behandlungsbedingungen aufgestellt werden:

Hypothese H2: Psychische Auffälligkeiten (sozialer Rückzug, soziale Probleme, internalisierende und externalisierende Probleme und Gesamtauffälligkeiten) nehmen über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe ab. Es zeigen sich Unterschiede in den Behandlungsbedingungen: Probanden des ThePaS-II zeigen eine stärkere Abnahme von psychischen Auffälligkeiten als Probanden des ThePaS-I.

Diese Hypothese beruht auf den spezifischen Inhalten des ThePaS-II zu sozialen Kompetenzen und verbessertem Umgang mit psychischen Problemen. Es wird angenommen, dass sich eine Verbesserung im Verlauf allgemein und spezifisch bei den Probanden des ThePaS-II abbilden lässt. *Eingesetzte Instrumente:* YSR Total Score, YSR Internalisierende Probleme, YSR Externalisierende Probleme, YSR Soziale Probleme und YSR Sozialer Rückzug (T0-T1-T2).

Hypothese H3: Das Wissen über Sexualität und das Wissen über das StGB (Wissen über Delikte gegen die sexuelle Integrität) nimmt bei der gesamten Interventionsgruppe über den Interventionszeitraum (T0-T1) zu. Es ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen.

Diese Hypothese beruht auf den spezifischen Inhalten des ThePaS zu der sexuellen und gesetzlichen Aufklärung. Es wird angenommen, dass sich ein Wissenszuwachs im Verlauf abbilden lässt. Da diese Inhalte in beiden Behandlungsbedingungen vermittelt werden, wird davon ausgegangen, dass sich keine Unterschiede in den Gruppen zeigen. *Eingesetzte Instrumente:* MTSE (T0-T1), MSI-J WÜS (T0-T1-T2) und StGB-FB (T0-T1).

Hypothese H4: Sexuelle Auffälligkeiten nehmen über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe ab. Es ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen.

Diese Hypothese beruht auf den allgemeinen bzw. unspezifischen Effekten des ThePaS zu einem verbesserten Umgang mit Sexualität und dem dadurch postulierten Abbau von problematischen Verhaltensweisen. Es wird davon ausgegangen, dass sich keine Unterschiede in den Gruppen zeigen. *Eingesetzte Instrumente:* MSI-J VSB (T0-T1-T2), MSI-J SMK-P (T0-T1-T2) und MSI-J VP (T0-T1-T2).

Hypothese H5: Die Opferempathie (in Bezug auf die Gefühle und das Verhalten des Opfers des eigenen Delikts) nimmt über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe zu. Es zeigen sich Unterschiede in den Behandlungsbedingungen: Probanden des ThePaS-I zeigen eine höhere Zunahme als Probanden des ThePaS-II.

Diese Hypothese beruht auf den spezifischen Inhalten des ThePaS-I zur Opferempathie. Es wird angenommen, dass sich eine Verbesserung im Verlauf allgemein und spezifisch bei den Probanden des ThePaS-I abbilden lässt. *Eingesetzte Instrumente:* OEF-JS Gefühle (T0-T1-T2) und OEF-JS Verhalten (T0-T1-T2).

Hypothese H6: Das Bewusstsein über Risikofaktoren zur Sexualdelinquenz (Anzahl subjektiver Risikofaktoren) und die risikovermindernden Strategien (Anzahl Strategien zur Risikosenkung) nehmen über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe zu. Es zeigen sich Unterschiede in den Behandlungsbedingungen: Probanden des ThePaS-I zeigen eine höhere Zunahme als Probanden des ThePaS-II.

Diese Hypothese beruht auf den spezifischen Inhalten des ThePaS-I zu Risikofaktoren und Handlungsplänen. Es wird angenommen, dass sich eine Verbesserung im Verlauf allgemein und spezifisch bei den Probanden des ThePaS-I abbilden lässt. *Eingesetzte Instrumente:* RiskFakt-KJ (T0-T1-T2).

Weitere Fragestellungen:

Fragestellung F4: Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen auf die sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit während der Therapie?

Fragestellung F5: Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen auf die sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit (Einbezug des maximalen Rückfallzeitraums) nach der Therapie?

Fragestellung F6: Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen auf das zeitliche Auftreten des Vorkommens von sexueller, gewalttätiger und genereller Rückfälligkeit nach der Therapie (Einbezug des maximalen Rückfallzeitraums)?

Fragestellung F7: Ist die Behandlungsbedingung weiter prädiktiv für die sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit (Einbezug des maximalen Rückfallzeitraums), wenn zusätzliche theoriegeleitete Faktoren (inkl. Kontrollvariablen Alter, ausländische Nationalität, niedrige soziale Schicht) mitberücksichtigt werden?

1. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung und Rückfallrisiko (J-SOAP-II).
2. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und kriminellen Merkmalen (sexuelles Vordelikt, Deliktsschwere).
3. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und Treatment Integrity (Durchführbarkeit und Zielerreichung) und ThePaS-Durchführung (Einzel vs. Gruppe).
4. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und Irritabilität und YPI (Psychopathie).
5. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und psychischen Störungen (Vorliegen einer MINI-KID Diagnose).
6. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und einer Zunahme zwischen T0 und T1 bezüglich Risikostrategien (RiskFakt-KJ Anzahl Strategien zur Risikosenkung) sowie einer Abnahme bezüglich psychischer Auffälligkeiten zwischen T0 und T1 (YSR Total Score).

Neben den hier aufgeführten Hypothesen wurden weitere explorativen Vergleiche zwischen ThePaS und parallelisierter Aktenkontrollgruppe sowie zwischen ThePaS-I und ThePaS-II vorgenommen. Neben den Veränderungsfaktoren psychische Auffälligkeiten (fünf Variablen), Wissen über Sexualität (zwei Variablen), Wissen über StGB (sexuelle Integrität), sexuelle Auffälligkeiten (drei Variablen), Opferempathie (zwei Variablen), Bewusstsein/Strategien über Risikofaktoren

(zwei Variablen) und den kriminellen Rückfällen wurden auch die Therapiefaktoren Behandlungszufriedenheit (drei Variablen), Treatment Integrity (zwei Variablen) und Risikoverminderung beurteilt und durch den Therapeuten (Veränderung der dynamischen Items des J-SOAP-II zwischen T0 und T1) untersucht.

5.6. Auswertungsverfahren

Im vorliegenden Modellversuch wurden zu den Vergleichen der Stichproben und zur Überprüfung der Hypothesen folgende Methoden eingesetzt:

Chi²-Tests, Fishers Exact Tests, *t*-Tests, General Linear Models (GLM) mit und ohne Messwiederholungen, Kaplan Meier Verfahren und Cox-Regressionen. Zur Überprüfung und Ersetzung von fehlenden Werten in den Längsschnittdaten wurde ein Estimation Maximization (EM) Algorithmus eingesetzt. Alle Analysen wurden basierend auf den tatsächlich vorhandenen Daten und zusätzlich mit dem EM (McLachlan & Krishnan, 2007; Schafer, 1997) geschätzten Daten gerechnet. Alle Analysen wurden in IBM SPSS Version 25 (IBM Corp., 2017) durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ beurteilt (es wurden aber auch signifikante Tendenzen $p < .10$ in den Ergebnissen berichtet).

5.7. Methode: Beurteilung der Wirksamkeit des ThePaS-I/ThePaS-II

Basierend auf den Ergebnissen der statischen Analysen sowie den statischen Trends und der Richtung der Verläufe (zeitliche Veränderungen) in den Behandlungsbedingungen wurde eine übergreifende Beurteilung der möglichen Wirkung vorgenommen:

- *Grün* lässt darauf schließen, dass die Therapiebedingung mit einer bedeutsamen positiven Veränderung dieses Faktors für die Probanden einhergeht.
- *Orange* lässt auf potentiell bedeutsame Verbesserungen schließen. Orange wird dann beurteilt, wenn die Therapiefaktoren sich nicht bedeutsam verändern, weil sie bereits zu Beginn als sehr hoch eingeschätzt werden oder aber potentielle Veränderungen vorhanden waren, aber in den durchgeführten Analysen möglicherweise aufgrund methodischer Einschränkungen nicht signifikant wurden.
- *Rot* wurde dann gegeben, wenn keine signifikanten Veränderungen vorhanden waren und auch keine Hinweise auf mögliche positive Veränderungen feststellbar waren.

6. Evaluation: Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie sind detailliert im **Anhang 01** (Drop-Out Analyse, Parallelisierung der Aktenkontrollgruppe und Vergleich der ThePaS-Interventionsgruppe ($N = 65$) mit der Aktenkontrollgruppe ($N = 239$)/parallelisierte Aktenkontrollgruppe ($n = 65$) sowie im **Anhang 02** (Vergleiche ThePaS-I vs. ThePaS-II: Auswertung der Selbstbeurteilungsinstrumente / Diagnosen / Risikoinstrumente) ersichtlich. Die nachfolgenden Abschnitte beschränken sich auf die Beschreibung und die graphische Darstellung der wichtigsten Befunde.

6.1.1 Interventionsgruppe

Die endgültige Stichprobe umfasste 65 männliche Probanden (Anhang 01, Tabelle 12). Die Probanden waren im Durchschnitt zum Zeitpunkt der Datenerhebung T0 16.13 Jahre alt (Altersrange: 11.90 bis 21.50 Jahre, Anhang 02, Tabelle 01). Bei der Eröffnung des Strafverfahrens waren die Probanden durchschnittlich 15.47 Jahre alt (Altersrange 11.68 bis 18.36 Jahre). Bei der Begehung des ersten aktenkundigen Sexualdelikts waren die Probanden durchschnittlich 14.67 Jahre alt (Altersrange 8.31 bis 17.99 Jahre). 30.8% der Teilnehmer waren ausländische Staatsbürger. Die Anlassdelikte¹⁸ (Anhang 01, Tabelle 18) umfassten bei 55.4% sexuelle Handlungen mit Kindern nach Art. 187 StGB, bei 38.5% sexuelle Nötigung nach Art. 189 StGB, bei 13.8% Vergewaltigung nach Art. 190 StGB, bei 4.6% Schändung nach Art. 191 StGB, bei 6.4% Exhibitionismus nach Art. 194 StGB, bei 20.0% Pornografie gemäss Art. 197 StGB, bei 6.2% sexuelle Belästigung gemäss Art. 198 StGB und bei 1.5% andere Delikte gegen die sexuelle Integrität.

Bei jeweils 5% lautet der Hauptvorwurf Vergewaltigung nach Art. 190 StGB resp. Exhibitionismus nach Art. 194 StGB, bei 3% Schändung nach Art. 191 StGB und bei 1% sexuelle Belästigung nach Art. 198 StGB.

6.1.2 Gesamte Kontrollgruppe

Die endgültige Stichprobe der Kontrollgruppe umfasste 239 männliche Probanden (Anhang 01, Tabelle 12). Bei der Eröffnung des Strafverfahrens waren die Probanden durchschnittlich 14.74 Jahre alt (Altersrange 11.68 bis 18.36 Jahre). Bei der Begehung des ersten aktenkundigen Sexualdelikts waren die Probanden durchschnittlich 14.13 Jahre alt (Altersrange 8.31 bis 18.52 Jahre). 28.0% der Teilnehmer waren ausländische Staatsbürger. Die Anlassdelikte (Anhang 01, Tabelle 18) umfassten bei 47.7% sexuelle Handlungen mit Kindern nach StGB Art. 187, bei 40.0% sexuelle Nötigung nach Art. 189 StGB, bei 9.2% Vergewaltigung nach Art. 190 StGB, bei 4.6% Schändung nach Art. 191 StGB, bei 3.1% Exhibitionismus nach Art. 194 StGB, bei 6.2% Pornografie gemäss Art. 197 StGB, bei 18.5% sexuelle Belästigung gemäss Art. 198 StGB und bei 1.5% andere Delikte gegen die sexuelle Integrität¹⁹.

6.1.3 Parallelisierte Kontrollgruppe

Die parallelisierte Stichprobe der Kontrollgruppe umfasste 65 männliche Probanden (Anhang 01, Tabelle 12). Bei der Eröffnung des Strafverfahrens waren die Probanden durchschnittlich 15.27 Jahre alt (Altersrange 10.95 bis 18.73 Jahre). Bei der Begehung des ersten aktenkundigen Sexualdelikts waren die Probanden durchschnittlich 14.54 Jahre alt (Altersrange 10.6 bis 18.37 Jahre). 24.6% der Teilnehmer waren ausländische Staatsbürger. Die Anlassdelikte (Anhang 01, Tabelle 18) umfassten bei 47.7% sexuelle Handlungen mit Kindern nach Art. 187 StGB, bei 40.6% sexuelle Nötigung nach Art. 189 StGB, bei 9.6% Vergewaltigung nach StGB Art. 190 StGB, bei 5.0% Schändung nach Art. 191 StGB, bei 3.8% Exhibitionismus nach Art. 194 StGB, bei 6.3% Pornografie gemäss Art. 197 StGB, bei 17.2% sexuelle Belästigung gemäss Art. 198 StGB und bei 0.4% andere Delikte gegen die sexuelle Integrität.

¹⁸ Da ein Proband gleichzeitig gegen mehrere Deliktkategorien verstossen haben konnte, lassen sich die Prozentzahlen nicht auf 100% summieren. Pornografiedelikte wurden nur dann berücksichtigt, wenn ein Proband gleichzeitig ein weiteres Delikt gegen die sexuelle Integrität begangen hatte.

¹⁹ Da ein Proband gleichzeitig gegen mehrere Deliktkategorien verstossen haben konnte, lassen sich die Prozentzahlen nicht auf 100% summieren. Pornografiedelikte wurden nur dann berücksichtigt, wenn ein Proband gleichzeitig ein weiteres Delikt gegen die sexuelle Integrität begangen hatte.

6.2. Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der gesamten/parallelisierten Aktenkontrollgruppe bezüglich der parallelisierten Variablen und der weiteren Kontrollvariablen

Es wurden das Alter zum Zeitpunkt der Verfahrenseröffnung und der J-SOAP-II Gesamtwert als Kriterien für die Parallelisierung definiert. Vor der Parallelisierung war das Alter zum Zeitpunkt der Verfahrenseröffnung in der Interventionsgruppe signifikant höher (15.47 Jahre) als in der gesamten Kontrollgruppe (14.74 Jahre, Anhang 01, Tabelle 03). Der Mittelwert des J-SOAP-II Gesamtwerts unterschied sich jedoch nicht zwischen den beiden genannten Gruppen (Anhang 01, Tabelle 05). Wie erwartet waren die Unterschiede nach der Parallelisierung für das Alter (15.46 vs. 15.27) und für den J-SOAP-II Gesamtwert (19.69 vs. 19.66) nicht (mehr) signifikant (Anhang 01, Tabelle 08/09).

Bezüglich methodischer Vergleiche (Anhang 01, Tabelle 10) zeigte sich, dass sich die durchschnittliche Dauer des Beobachtungszeitraums nach T1 (in Tagen) zwischen der Interventionsgruppe und der parallelisierten Aktenkontrollgruppe signifikant unterscheidet. Somit war der maximale Rückfallzeitraum in der Interventionsgruppe länger als in der parallelisierten Kontrollgruppe. Weiter war in der Interventionsgruppe häufiger ein Therapiebericht vorhanden als in der parallelisierten Aktenkontrollgruppe. Obschon mehr Massnahmenverlaufsakten und/oder Vollzugsakten in der Interventionsgruppe vorhanden waren, zeigten sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Interpretation: Insgesamt kann gefolgert werden, dass die Parallelisierung in Bezug auf die berücksichtigten Variablen gelungen ist. Es zeigen sich aber trotzdem relevante Unterschiede in methodischen Aspekten: Aufgrund des längeren Beobachtungszeitraums und der besseren Dokumentation mit Therapieberichten sind die beiden Gruppen beschränkt vergleichbar. Die bessere Informationslage in den Daten der Interventionsgruppe erlaubt eine detailliertere Erhebung von kriminellen Rückfällen (siehe Diskussion 7.3).

In einer Reihe weiterer Analysen wurden die Gruppen miteinander in Bezug auf demographische Variablen, familiäre Belastungsfaktoren, Entwicklungsauffälligkeiten und psychische Störungen, Behandlungen und therapeutische Interventionen sowie Kriminalität und Deliktangaben miteinander verglichen. Vor der Parallelisierung sowie auch danach zeigten sich Unterschiede bezüglich des Aufwachsens in der Stadt vs. auf dem Land (Anhang 01, Tabelle 12): Probanden der Interventionsgruppe waren häufiger in der Stadt (46.2%) aufgewachsen als Probanden der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe (28.0%/23.1%).

Interpretation: Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass die Zuweisung zum ThePaS häufiger für Jugendliche vorgenommen wurde, welche in einem städtischen Umfeld aufwuchsen und lebten. Dies ist wahrscheinlich dadurch bedingt, dass das Therapieprogramm ThePaS bisher nur in Städten (Zürich, Luzern, Basel) angeboten wurde. Jugendliche aus ländlicher Umgebung wurden evtl. aufgrund des Anfahrtswegs/des Zeitaufwandes häufiger einer anderen (z.B. niedergelassene Therapeuten in örtlicher Nähe) bzw. keiner Behandlung zugewiesen.

Keine Unterschiede zeigten sich bezüglich familiärer Belastungen zwischen den Gruppen (Anhang 01, Tabelle 13). In Bezug auf Entwicklungsauffälligkeiten (Anhang 01, Tabelle 14) zeigten die Probanden in der Interventionsgruppe häufiger als die Probanden in der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe Auffälligkeiten in der körperlichen/sexuellen Entwicklung (30.8% vs. 14.2%/13.8%). Weiter wurden Probanden in der Interventionsgruppe häufiger als Probanden in der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe einer Begutachtung oder Therapieabklärung unterzogen (95.4% vs. 60.3%/61.5%). Bezüglich weiterer Entwicklungsauffälligkeiten, dem Vorhandensein einer psychischen Störung oder der Durchführung einer Begutachtung alleine zeigten sich keine Unterschiede in den Gruppen.

Interpretation: Es kann aufgrund dieser Befunde davon ausgegangen werden, dass die Probanden der Interventionsgruppe bezüglich körperlicher und sexueller Entwicklung auffälliger waren. Möglicherweise führten diese Auffälligkeiten häufiger zur Anordnung eines ThePaS als einer sonstigen Therapie. Eine Auswirkung dieses Unterschieds auf die Therapiewirksamkeit wird in der Folge diskutiert.

Die Probanden der Interventionsgruppe wurden zuvor fast immer einer forensischen Abklärung (Gutachten oder Therapieabklärung) unterzogen. Dies ist am ZKJF Zürich und dem IFP-Z Luzern eine Standardprozedur. Bei Probanden in der Kontrollgruppe wurde eine vorhergehende Abklärung weniger häufig durchgeführt. Dieses Ergebnis steht im Zusammenhang mit den standardisierten diagnostischen Abläufen in den involvierten Zentren des Modellversuchs.

In Bezug auf Behandlungen und therapeutische Interventionen (Anhang 1, Tabelle 15) zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der früheren Therapien/Therapieabbrüche zwischen den Gruppen. Auch in Bezug auf die elterliche Unterstützung der Therapie oder auf die Veränderungsmotivation des Probanden nach dem Anlassdelikt zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Jedoch ergaben sich bezüglich der durchgeführten Therapien/Interventionen signifikante Unterschiede. Probanden der Interventionsgruppe bekamen häufiger als Probanden der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe eine Therapie infolge des Delikts (100% vs. 66.5/70.8%). Dies zeigte sich auch spezifisch bei den Gruppentherapien infolge des Delikts (64.6% vs. 26.4/29.1%). Umgekehrt wurden Probanden der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe häufiger in Familien untergebracht als Probanden der Interventionsgruppe (29.9%/33.8% vs. 15.4%). Bezüglich weiterer Interventionen infolge des Delikts zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (z.B. bezüglich medikamentöser Behandlung, sozialpädagogischer oder psychiatrischer Unterbringungen).

Interpretation: Nicht alle Kinder/Jugendliche, welche ein Sexualdelikt begangen hatten, erhielten eine psychotherapeutische Behandlung infolge des Delikts. Während in der Interventionsgruppe alle Teilnehmer mittels ThePaS behandelt wurden, erfolgte in der Kontrollgruppe bei ca. zwei Drittel der Probanden eine anderweitige therapeutische Intervention. Letztere beinhaltete seltener eine Gruppentherapie (wie sie standardisiert meist nur von grösseren Institutionen angeboten werden kann). Leider kann aufgrund fehlender Informationen keine Aussage zu den therapeutischen Inhalten bzw. den Therapieprozessen (Therapiekonzept/Länge/Intensität/Kooperation) in der Kontrollgruppe gemacht werden. Die Therapien in der Kontrollgruppe können andere im deutschsprachigen Raum verfügbare forensische Ansätze beinhalten (z.B. Mielke, 2009) und/oder in spezialisierten Institutionen durchgeführt worden sein (z.B. Forensisches Institut Ostschweiz).

Bezüglich der Vordelikte (vor dem sexuellen Anlassdelikt, Anhang 01, Tabelle 16) ergaben sich wenige signifikante Unterschiede in den Gruppen. Die Probanden der Interventionsgruppe zeigten häufiger als die der gesamten Kontrollgruppe ein angezeigtes sexuelles Vordelikt (13.8% vs. 5.0%). Nach der Parallelisierung zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied mehr. Die Probanden in der parallelisierten/gesamten Kontrollgruppe zeigten häufiger als die Interventionsgruppe eine Sachbeschädigung als Vordelikt 7.7% vs. 18.8%/21.5%). Bei allen anderen Deliktkategorien (z.B. Diebstahl, Gewaltdelikte, Drogendelikte, Verkehrsdelikte) zeigten sich keine Hinweise auf Gruppenunterschiede bezüglich angezeigten oder anderweitig erfassten Delikten.

Interpretation: Die Gruppen sind bezüglich Vordelikte weitgehend vergleichbar. Die höhere Anzahl der angezeigten sexuellen Vordelikte in der Interventionsgruppe hat möglicherweise methodische Gründe, da in der Kontrollgruppe angezeigte sexuelle Vordelikte nur dann erfasst wurden, wenn diese vor dem Erhebungszeitraum (vor 2007) angezeigt wurden.²⁰ Die Unterschiede bezüglich der zuvor begangenen Sachbeschädigungen sind aufgrund der Deliktschwere als wenig relevant zu beurteilen.

In Bezug auf die sexuellen Anlassdelikte ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede. Bei den Probanden der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe war bei 98.5%/99.1% ein Urteil vorhanden während bei der Interventionsgruppe nur bei 84.6% ein Urteil vorhanden war (Anhang 01, Tabelle 17).

Interpretation: Dieses Ergebnis ist vorwiegend auf die unterschiedlichen methodischen Zugänge bei der Rekrutierung zurückzuführen. Der Einbezug der Probanden für die Kontrollgruppe erfolgte

²⁰ Aufgrund der Definition der Kontrollgruppe wurde das erste Sexualdelikt als Anlassdelikt in die Analyse einbezogen.

erst nach einer entsprechenden Verurteilung (ausser in einem Fall, bei welchem ein Sachverhalt gesichert war, aber kein Urteil erfolgte). Hingegen erfolgte der Einbezug der Probanden der Interventionsgruppe auch schon vor einer Verurteilung nach einer entsprechenden Zuweisung zur Therapie. Die Therapien wurden teilweise im Rahmen einer provisorischen Massnahme angeordnet. Bei drei Jugendlichen der Interventionsgruppe erfolgte eine Zuweisung durch die KESB d.h. ohne Jugendstrafverfahren/-urteil.

Auch in Bezug auf weitere Deliktmerkmale ergaben sich bedeutsame Unterschiede (Anhang 01, Tabelle 17). Die Probanden der Interventionsgruppe begingen sexuelle Übergriffe häufiger gegenüber mehr als einem Opfer (35.3% vs. 21.8%) und zeigten häufiger mehr als eine Tathandlung (Tatkomplex; 66.2% vs. 52.3%) als Probanden der gesamten Kontrollgruppe. Nach der Parallelisierung waren diese Unterschiede nicht mehr signifikant. Probanden der Interventionsgruppe zeigten aber weiterhin signifikant häufiger mehr als 10 Tathandlungen (26.2% vs. 15.1/12.3%) als die gesamte/parallelisierte Kontrollgruppe. Keine Unterschiede ergaben sich bezüglich weiterer Opfermerkmale (weibliches, männliches, unbekanntes Opfer), bezüglich der Geständigkeit der Probanden und bezüglich der Deliktschwere (gemäss M. Aebi et al., 2011; Aylwin et al., 2000).

Interpretation: Die gefundenen Unterschiede in den Deliktmerkmalen der Anlassdelikte weisen auf eine höhere „sexuelle Kriminalität“ der Interventionsgruppe hin. Bei den weiteren Ergebnissen sollte der Einfluss der höheren Anzahl Opfer und der Tathandlungen >10 diskutiert werden.

Die Probanden der Interventionsgruppe und der gesamten / parallelisierten Kontrollgruppe unterschieden sich nicht in Bezug auf die sexuellen Anlassdelikte gemäss den Strafbestimmungen des StGB bei den sexuellen Handlungen mit Kindern (StGB Art. 187), sexueller Nötigung (StGB Art. 189), Vergewaltigung (StGB Art. 190), Schändung (StGB Art. 181) und Exhibitionismus (StGB Art. 184). Die Probanden der Interventionsgruppe begingen aber häufiger zusätzlich zu anderen Delikten gegen die sexuelle Integrität²¹ ein Pornografiedelikt (StGB Art. 197) im Vergleich zur gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe (20.0% vs. 6.3%/6.2%). Demgegenüber begingen die Probanden der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe häufiger eine sexuelle Belästigung als die Probanden der Interventionsgruppe (17.2%/18.5% vs. 6.2%).

Interpretation: Bezüglich der relevanten und massivsten Delikte („sexuelle Handlungen mit Kindern“, „sexuelle Nötigung“ und „Vergewaltigung“) zeigten sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Vergleichbarkeit bezüglich der Anlassdelikte zwischen den Gruppen ist somit gegeben.

6.3. Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der gesamten/parallelisierten Aktenkontrollgruppe bezüglich krimineller Rückfälle

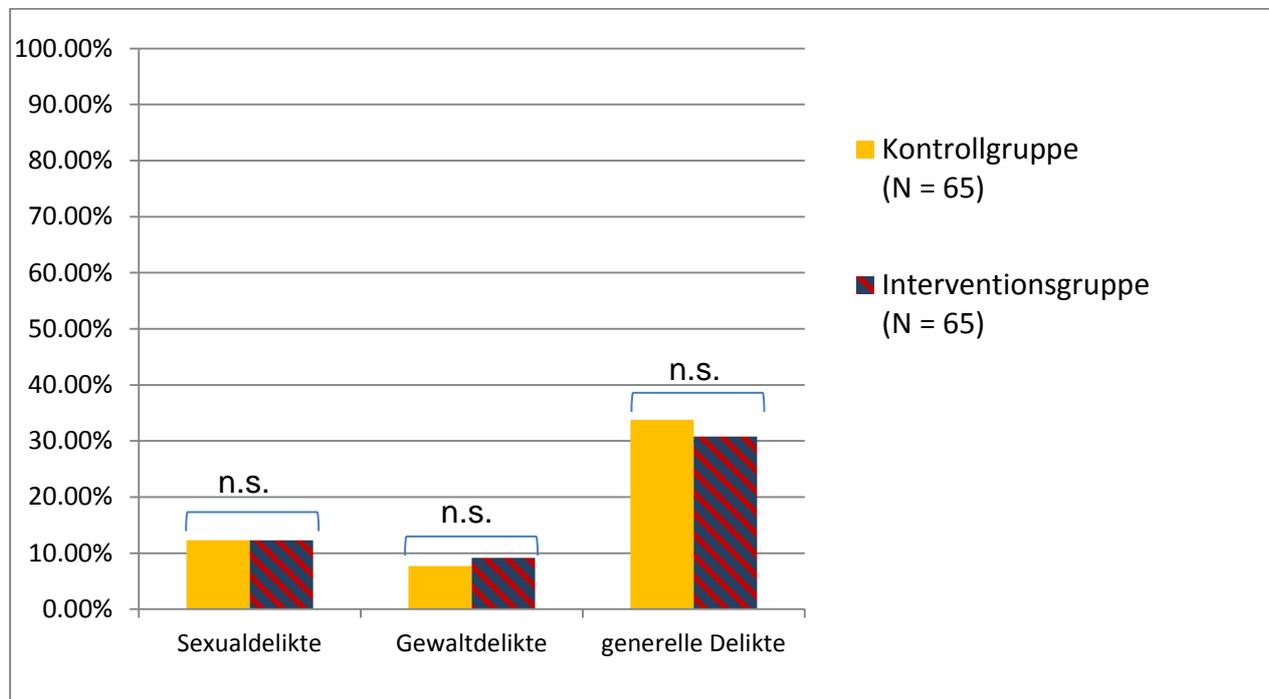
Um die Vergleichbarkeit zwischen der Interventionsgruppe und der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe zu gewährleisten, wurden vergleichbare Rückfallzeiträume für die Kontrollgruppe und für die Interventionsgruppe definiert. Dazu wurde die durchschnittliche Anzahl der Tage von der Eröffnung des Strafverfahrens bis T0, T1 und T1+365 Tage der Interventionsgruppenteilnehmer errechnet und diese Zeiträume als Mass für die Kontrollgruppe übernommen (Anhang 01, Abschnitt 4.3.1). Aufgrund der unterschiedlichen Dauer der Therapien sind die erhobenen Rückfälle zwischen T1 und T1+365 Tage zwischen den Gruppen am besten vergleichbar. Es wurden Angaben zu sexuellen Rückfällen (Delikte gegen die sexuelle Integrität gemäss StGB), Gewalt-rückfällen (Delikte gegen Leib und Leben gemäss StGB) und generellen Rückfällen (alle Delikte gegen StGB, BetmG, SVG) auf Basis der Verlaufsakten (angezeigte und nicht angezeigte Delikte, inklusive deliktnahe Situationen) der Strafregisterauszüge des Bundesamts für Justiz und der Jugendstrafurteilsstatistik einbezogen.

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden der Interventionsgruppe und der gesamten/parallelisierten Kontrollgruppe bezüglich sexueller, gewalttätiger und genereller Rückfälligkeit (Anhang 01, Tabellen 19-30). Die Grafik 6 zeigt die Häufigkeiten von

²¹ Ein Pornografiedelikt alleine genügt nicht für den Einschluss in die Studie.

sexueller, gewalttätiger und genereller Rückfälligkeit im Zeitraum T1+365 Tage für die Interventionsgruppe und die parallelisierte Kontrollgruppe, basierend auf allen verfügbaren Informationen.

Grafik 6: Häufigkeit von sexueller, gewalttätiger und genereller Rückfälligkeit im Zeitraum T1+365 Tage für die Interventionsgruppe und die parallelisierte Kontrollgruppe, basierend auf allen verfügbaren Informationen.



Interpretation: Das Resultat, dass sich die Gruppen hinsichtlich Rückfälle innerhalb eines Jahres ab T1 nicht unterscheiden, ist nicht unerwartet und kann auf verschiedenen Erklärungen begründet (ausführliche Diskussion unter Kapitel 7.3). Festzuhalten ist, dass durch das Design der Studie mit einer Aktenkontrollgruppe statt einer klassischen Kontrollgruppe die Aktenkontrollgruppe und die Interventionsgruppe nur beschränkt vergleichbar sind. Zentral ist bspw., dass die Informationsgrundlage zur Erfassung von Rückfällen bei der Interventionsgruppe signifikant besser war als bei der Aktenkontrollgruppe.

6.4. Randomisierte Gruppenzuteilung zu den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II)

Die Interventionsgruppe umfasste 35 Probanden, welche das ThePaS-I absolvierten und 29 Probanden, welche das ThePaS-II absolvierten. Ein weiterer Proband erhielt aufgrund eines Missverständnisses zusätzlich zum ThePaS-II Elemente des ThePaS-I. Dieser musste aus den Gruppenvergleichen ThePaS-I vs. ThePaS-II ausgeschlossen werden.

Die Probanden der beiden Behandlungsbedingungen sind alle männlich und unterscheiden sich erwartungsgemäss **nicht** in Bezug auf die Variablen, welche bei der Randomisierung kontrolliert wurden: Gruppengrösse (ThePaS-I = 35; ThePaS-II = 29; Abweichung von erwarteter Verteilung 32-32, $\chi^2 = 0.28$, n.s.). Alter bei T0 (ThePaS-I $M = 16.08$, $SD = 2.01$; ThePaS-II $M = 16.29$, $SD = 2.33$, $t = -0.41$, n.s., Angang 02, Tabelle 01). Ausländische Nationalität in % (ThePaS-I = 31.4%; ThePaS-II = 31.0%, $\chi^2 = -0.01$, n.s., Angang 02, Tabelle 01). J-SOAP-II Gesamtscore (ThePaS-I $M = 19.94$, $SD = 7.03$; ThePaS-II $M = 19.69$, $SD = 7.51$, $t = 0.14$, n.s., Angang 02, Tabelle 80).

Interpretation: Ein Proband musste aufgrund eines Durchführungsfehlers ausgeschlossen werden. Ansonsten konnte die Zuteilung zwischen den Behandlungsbedingungen erfolgreich randomisiert-kontrolliert durchgeführt werden. Die unterschiedlichen Gruppengrössen von 35 und 29 sind statistisch nicht signifikant von der erwarteten Verteilung abweichend und ist gemäss der

wissenschaftlichen Literatur kein Problem für die folgenden Auswertungen (K. F. Schulz & D. A. Grimes, 2002).

6.5. Deskriptive Ergebnisse der Interventionsgruppe sowie den beiden Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) vor dem ThePaS (T0) mittels der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente / Interviews

Im Rahmen der T0-Erhebung konnten mittels der eingesetzten Instrumente Selbst- und Interviewangaben zur familiären Situation, zur Schulsituation, zu Kollegen und Freizeit, zur Sexualität, zum Substanzkonsum, zu Traumaerfahrungen, zu psychischen Störungen, zu Temperament und Charakter, zu Psychopathie und zu Irritabilität erhoben werden. Weiter werden die Ergebnisse zu psychischen Auffälligkeiten (YSR), Wissen zu Sexualität und StGB, Opferempathie und dem Bewusstsein für Risikofaktoren (Risk-Fakt-KJ) vor dem ThePaS berichtet.

6.5.1 Familie, Schulsituation, Kollegen und Freizeitverhalten

In Bezug auf die familiäre Situation (Anhang 02, Tabelle 02) berichteten 50.8% der Probanden, dass ihre Eltern getrennt leben, dass bei 95.4% eine mütterliche Bezugsperson und bei 72.3% eine väterliche Bezugsperson verfügbar war. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I- und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Der Anteil an getrennt-lebenden Eltern ist mit 50.8% als eher hoch zu beurteilen. Gemäss einer aktuellen Studie (Stutz & Bischof, 2018) steigt die Wahrscheinlichkeit mit dem Alter an, nicht mehr mit beiden biologischen Eltern zu leben. Von den 12-17-Jährigen im Raum Zürich leben 22% nicht mehr mit beiden biologischen Eltern. Gemäss der Bevölkerungsstatistik waren bei den über 15-Jährigen in der Stadt Zürich 41.2% der Familien Einelternfamilien (Stadt Zürich, 2018). Die Angaben der Probanden weisen auf eine leicht höhere Anzahl von Familienkonstellation ohne beide biologische Eltern hin als in der Normalbevölkerung.

Bezüglich der Schulsituation (Anhang 02, Tabelle 03) gab die Mehrheit der Probanden (50.8%) an, bereits einen Schulabschluss bei Beginn der Therapie zu haben. Jedoch gaben 56,9% der Probanden Besonderheiten im Schulverlauf an (verspätete Einschulung, Sonderbeschulung, Abstufung). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Probanden der Interventionsgruppe wie auch andere kriminelle Jugendliche (Plattner et al., 2016) häufiger schulische Schwierigkeiten aufwiesen, als andere Jugendliche.

Bezüglich der Angaben zu Kollegen und Freizeit (Anhang 02, Tabelle 04) zeigte sich, dass die Angaben zur Anzahl Kollegen/innen und guten Kollegen/innen stark variieren. Die Probanden der Interventionsgruppe gaben an, im Durchschnitt 53.08 ($SD = 136.68$) Kollegen/Kolleginnen und 22.82 ($SD = 95.01$) gute Kollegen/Kolleginnen zu haben. 29.7% gaben an, Kollegen mit Drogenproblemen zu haben und 40.0% gaben an, Kollegen mit Problemen mit der Polizei/Jugendanwaltschaft zu haben. Bezüglich des Freizeitverhaltens gaben die Jugendlichen am meisten an, im Internet zu surfen oder fernzusehen oder einem Hobby nachzugehen, am wenigsten sich zu langweilen oder in einem Verein aktiv zu sein. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Die grosse Anzahl ist jedoch auf einige wenige Probanden zurückzuführen, welche sehr hohe Angaben machten (bis 900 Kollegen). Einflüsse von drogen- oder delikt-nahen Jugendlichen sind teilweise vorhanden.

6.5.2 Sexualität

Bezüglich der Angaben zur Sexualität (Anhang 02, Tabellen 05-09) gaben die meisten Probanden bezüglich ihres Pubertätsstands an, fortgeschrittene (44.6%) oder volle (40.0%) Schambehaarung zu haben. Nur ein geringer Anteil von Probanden war noch nicht geschlechtsreif (7.8% gaben an, noch keinen Samenerguss zu haben). Fast alle (95.4%) gaben an, dass ihre sexuelle Orientierung auf Mädchen/Frauen ausgerichtet sei und nur sehr wenige gaben an, bezüglich ihrer

Orientierung unsicher zu sein (3.1%) oder homosexuell orientiert zu sein (1.5%). Weiter gaben die meisten Probanden (87.5%) an, jemals masturbiert zu haben. In Bezug auf die Masturbationshäufigkeit in der letzten Woche vor der T0 Erhebung gaben die meisten Probanden (44.4%) an, nicht masturbiert zu haben, während nur sehr wenige (6.4%) angaben, täglich masturbiert zu haben. Bezüglich des Konsums von Pornografie gaben nur wenige Probanden an, täglich (3.1%) oder wöchentlich (10.8%) Pornografie zu konsumieren. 51.6% hatten bereits sexuelle Kontakte mit einem Mädchen bzw. einer Frau, 36.9% hatten bereits Geschlechtsverkehr mit einer Frau ausgeübt (die Delikte sind bei diesen Angaben nicht berücksichtigt). Keiner der Probanden gab an, sexuelle Kontakte mit einem Jungen/Mann zu haben. Bezüglich aller sexuellen Angaben zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Aufgrund des grossen Altersspektrums der Interventionsgruppe von 11-21 Jahren und damit einhergehenden Entwicklungsaspekten sind die Ergebnisse zur Sexualität sehr unterschiedlich und somit schwierig vergleichbar. Insgesamt ist der Anteil Probanden, die geschlechtsreif waren (92.2%), und die Angaben zur Masturbationshäufigkeit vergleichbar mit anderen männlichen Jugendlichen im deutschen Sprachraum (Bode & Hessling, 2015). Auch der von den Probanden angegebene Pornografiekonsum entspricht ungefähr den Angaben der männlichen Jugendlichen im Alter von 14-20 Jahren einer aktuellen repräsentativen Befragung aus Deutschland (Quandt & Vogelgesang, 2018), wo 12% wöchentlich und 9% täglich Pornografie konsumieren. Der Anteil der Jugendlichen mit sexuellen Kontakten ist mit 51.6% ähnlich wie die Zahlen zu Sexualkontakten von 14- bis 17-Jährigen aus Deutschland (Bode & Hessling, 2015). In Bezug auf den Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs sind die Angaben ebenfalls vergleichbar, wo 30% der 14- bis 17-Jährigen von mindestens einem Geschlechtsverkehr berichten (ThePaS: 36.9%). Im Unterschied zu den Angaben der Probanden, welche keine gleichgeschlechtlichen sexuellen Erfahrungen angaben, wurden solche von 4%-7% der männlichen Jugendlichen im Alter von 14-20 Jahren angegeben. In Bezug auf die sexuelle Orientierung gaben in den Altersgruppen der 16- bis 17-Jährigen und 17- bis 18-Jährigen jeweils 2% an, homosexuell orientiert zu sein (ThePaS: 1.5%).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Probanden hinsichtlich ihrer sexuellen Entwicklung und Erfahrung insgesamt nicht bedeutsam von anderen Jugendlichen abweichen.

6.5.3 Substanzkonsum

Bezüglich der Angaben zum Substanzkonsum gemäss des SUQ (Müller & Abbet, 1991) (Anhang 02, Tabelle 10) gaben 36,9% an, täglich zu rauchen, 15,4% in den letzten Monaten mehrmals betrunken gewesen zu sein, 21,5% jede Woche Alkohol zu konsumieren, 9,2% im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben und 6,2% harte Drogen konsumiert zu haben. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Die Angaben zum Substanzkonsum sind vor dem Hintergrund der grossen Altersspanne der Probanden mit Vorsicht zu beurteilen. Im Vergleich zu den Daten von Suchtmonitoring Schweiz bei 15- bis 19-Jährigen (Gmel, Kuendig, Notari & Gmel, 2017) ist der Anteil der Probanden der Interventionsgruppe, die täglich Tabak konsumieren (36.9%), höher als bei anderen Jugendlichen in der Schweiz (10.7%). Bezüglich wöchentlichen Alkoholkonsums/Betrunkenheit, Cannabiskonsums im letzten Monat und den Erfahrungen mit weiteren Drogen ergeben sich keine Hinweise auf eine höhere Belastung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung bei 15- bis 19-Jährigen.

6.5.4 Traumatisierung (Vernachlässigung und Missbrauch in der Kindheit)

Die Angaben zu Trauma wurden mittels des CTQ (Bader et al., 2009) (Anhang 02, Tabelle 11) erhoben und kategorial (ein Item >1) sowie dimensional (Mittelwerte von Summenscores) ausgewertet. Es ergaben sich bei 53.8% Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung (z.B. Nicht-Zutreffen von: „Es gab jemanden in meiner Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig oder besonders zu sein.“); 32.3% Hinweise auf eine körperliche Vernachlässigung (z.B. Zutreffen von „Ich

hatte nicht genug zu essen“); bei 24.6% Hinweise auf einen emotionalen Missbrauch (z.B. Zutreffen von „Mitglieder meiner Familie bezeichneten mich als ‚dumm‘, ‚faul‘, ‚hässlich‘ oder Ähnliches“); bei 15.9% Hinweise auf einen körperlichen Missbrauch (z.B. Zutreffen von „Ich wurde von einem Familienmitglied so heftig geschlagen, dass ich einen Arzt aufsuchen oder ins Krankenhaus gehen musste“) und bei 9.2% Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch (z.B. Zutreffen von „Jemand versuchte, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder anzusehen“). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Die hier erhobenen kategorialen Prävalenzdaten zu Traumatisierungshinweisen sind sehr hoch, weil die Kategorien bereits als vorhanden beurteilt wurden, wenn ein Proband angab, ein einzelnes Item treffe „einige Male zu“. Die Daten umfassen somit auch weniger extreme Formen von Vernachlässigung/Trauma. Beurteilt man den CTQ dimensional und vergleicht die Daten mit der Schweregrad-Einteilung von Häuser, Schmutzer, Brähler und Glaesmer (2011), basierend auf einer deutschen Normstichprobe (Tabelle 2), ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 2: Hinweise auf Traumatisierungen (Vernachlässigung und Missbrauch) in der Interventionsgruppe mittels CTQ Skalen

CTQ Skalen	Nicht bis minimal	Gering bis mässig	Mässig bis schwer	Schwer bis extrem
Emotionale Vernachlässigung	39 (60.0%)	14 (21.5%)	4 (6.2%)	8 (12.3%)
körperliche Vernachlässigung	50 (76.9%)	7 (10.8%)	7 (10.8%)	1 (1.5%)
Emotionaler Missbrauch	53 (81.5%)	12 (18.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Körperlicher Missbrauch	55 (84.6%)	5 (7.7%)	2 (3.1%)	3 (4.6%)
Sexueller Missbrauch	53 (81.5%)	8 (12.3%)	2 (3.1%)	2 (3.1%)

Interpretation: Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Probanden der Interventionsgruppe von allen Formen von Vernachlässigung und Missbrauch als „nicht bis minimal“ betroffen zu beurteilen ist. Jedoch weisen jeweils 4-7 (6.2%-10.8%) Probanden mässig bis schwere Formen und 1-8 (1.5-12.3%) Probanden gar schwere bis extreme Formen von Vernachlässigung auf. Weiter weisen 0-2 (0.0-3.1%) mässig bis schwere Formen und 0-3 (0.0-4.6%) schwere bis extreme Formen von Missbrauch auf.

Insgesamt muss ein kleiner Teil der Probanden in der Interventionsgruppe als emotional/körperlich vernachlässigt oder körperlich/sexuell missbraucht beurteilt werden.

6.5.5 Psychische Störungen

Es zeigten sich gemäss dem standardisierten Interview MINI-KID (Sheehan et al., 1998) (Anhang 02, Tabelle 12) bei 36.9% Probanden eine oder mehrere vorhandene psychische Störungen. Am häufigsten zeigten sich Verhaltensstörungen (24.6%), welche Störungen des Sozialverhaltens (18.5%) und Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten (13.8%) umfassen. Bei 20% der Probanden war eine Aufmerksamkeitsstörung vorhanden (z.B. eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung, ADHS) und bei 7.7% eine Substanzgebundene Störung vorhanden (z.B. einen schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden). 15.4% gaben Hinweise auf eine Suizidalität an. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Vergleicht man die standardisiert erhobenen Häufigkeiten von psychischen Störungen mit den Daten aus der Allgemeinbevölkerung von Kindern und Jugendlichen aus dem Kanton Zürich (Steinhausen, Metzke, Meier & Kannenberg, 1998) und einer weltweiten Metaanalyse (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015) zeigen sich höhere Prävalenzen von irgendeiner psychischen Störung, ADHS, Verhaltensstörungen und Substanzbezogene Störungen bei den Probanden der Interventionsgruppe. Keine höheren Prävalenzraten sind bezüglich

Angststörungen und affektiven Störungen festzustellen (Tabelle 3). Ein relevanter Anteil berichtet von suizidalen Gedanken/Impulsen, was möglicherweise auf die Belastung der Strafuntersuchung zurückzuführen ist.

Tabelle 3: Häufigkeiten von psychischen Störungen in der Interventionsgruppe bei Kindern und Jugendlichen aus dem Kanton Zürich sowie in Metaanalysen

Psychische Störung (Kategorie)	Interventionsgruppe (ThePaS)	Steinhausen et al. (1998) Kinder und Jugendliche im Kt. Zürich	Polanczyk et al. (2015) Metaanalyse K+J weltweit	Boonman et al. (2015) Metaanalyse Jugendliche mit Sexualdelikten
Angststörung	4.6%	11.4%	6.5%	18%
Affektive/Depressive Störung	1.5%	0.7%	2.6%	9%
ADHS	20.0%	5.3%	3.4%	14%
Verhaltensstörung	24.6%	6.5%	5.7%	38%
Substanzbezogene Störung	7.7%	0.3%	k.A.	30%
Paraphilie	0% ²²	k.A.	k.A.	32%
Irgendeine psychische Störung	36.9%	22.5%	13.4%	69%

Weiter wurden die Prävalenzdaten mit einer Metaanalyse von jugendlichen Straftätern, welche Sexualdelikte begangen haben (Boonmann et al., 2015), verglichen (Tabelle 3, rechte Spalte). Die Gesamtprävalenzen für irgendeine Störung sowie auch die Prävalenzen für die einzelnen Störungskategorien sind bei den ThePaS Probanden geringer als bei anderen Jugendlichen mit Sexualdelikten.

Insgesamt ist bei mehr als einem Drittel der Probanden der Interventionsgruppe eine psychische Störung vorhanden. Vorwiegend handelt es sich dabei um Verhaltensstörungen, ADHS und Substanzgebundene Störungen.

6.5.6 Psychische Auffälligkeiten

Neben den interviewbasierten und klinisch beurteilten Störungen wurden psychische Auffälligkeiten im Selbstreport mittels YSR (Steinhausen et al., 1996) erhoben (diese Daten wurden auch im Längsschnitt in Bezug auf die Wirkung des ThePaS-I vs. ThePaS-II beurteilt, siehe Kapitel 6.7.1). Die Mittelwerte der Subskalen, der externalisierenden und internalisierenden Skalen und des Total Scores (Rohwerte und der T-Werte) sind im Anhang 02, Tabelle 17, ersichtlich. Es zeigt sich eine höhere Belastung in Bezug auf Aufmerksamkeitsprobleme bei den Probanden in der ThePaS-II Bedingung im Vergleich zur ThePaS-I Bedingung (5.76 vs. 4.06, $t = 6.02$, $p = .017$). Bezüglich aller anderen Skalen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Die Subskalen, internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten und der Total Score wurden vor dem Hintergrund einer Schweizer Normstichprobe (Steinhausen et al., 1996) beurteilt. Gemäss dem Manual können die Skalen als grenzwertig zur Auffälligkeit und als auffällig beurteilt werden. Die Tabellen 4 und 5 zeigen die Anteile der Probanden, welche bezüglich der Subskalen und der übergreifenden Skalen als grenzwertig und auffällig eingestuft wurden.

²² Ausschlusskriterium bei der ThePaS Studie, klinisch beurteilt (nicht Teil des MINI-KID).

Tabelle 4: Psychische Auffälligkeiten in der Interventionsgruppe gemäss YSR Subskalen

YSR Subskalen	Durchschnitt (<T 67)	Grenzbereich T 67-T 69	Auffällig >T 69
YSR sozialer Rückzug	61 (93.8%)	3 (4.6%)	1 (1.5%)
YSR körperliche Beschwerden	60 (92.3%)	3 (4.6%)	2 (3.1%)
YSR Angst/Depressivität	59 (90.8%)	5 (7.7%)	1 (1.5%)
YSR Delinquenz	59 (90.8%)	1 (1.5%)	5 (7.7%)
YSR Aggression	62 (95.4%)	1 (1.5%)	2 (3.1%)
YSR Soziale Probleme	55 (84.6%)	6 (9.2%)	4 (6.2%)
YSR schizoid zwanghaft	60 (92.3%)	2 (3.1%)	3 (4.6%)

Tabelle 5: Psychische Auffälligkeiten in der Interventionsgruppe gemäss YSR übergreifenden Skalen

YSR übergreifende Skalen	Durchschnitt (<T 60)	Grenzbereich T 60-T 62	Auffällig >T 62
YSR Internalisierend	53 (81.5%)	4 (6.2%)	8 (12.3%)
YSR Externalisierend	50 (76.9%)	3 (4.6%)	12 (18.5%)
YSR Gesamt Score	49 (75.4%)	5 (7.7%)	11 (16.9%)

Es zeigte sich bei den Subskalen ein geringer Anteil von Probanden mit Auffälligkeiten in den jeweiligen Problembereichen. Probanden mit (grenzwertigen) Auffälligkeiten im Bereich der sozialen Probleme sind am häufigsten (insgesamt 15.4%). Bei den übergreifenden Skalen zeigen sich übereinstimmend mit den interviewbasierenden Diagnosen etwas mehr externalisierende als internalisierende Auffälligkeiten. Bezüglich des Gesamtwertes zeigten sich etwas weniger Probanden im Auffälligkeitsbereich, verglichen mit den Häufigkeiten der interviewbasierten Störungen.

Die Häufigkeiten zu psychischen Auffälligkeiten fallen in den Fragebogendaten etwas geringer aus, wenn man die definierten Cut-Offs für Auffälligkeiten als Grundlage nimmt, als in den interviewbasierten Diagnosedaten (siehe MINI-KID; Kapitel 5.3.6). Insgesamt zeigten 16.9% der Probanden Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Bei weiteren Jugendlichen scheinen subklinische Probleme in verschiedenen Bereichen (z.B. soziale Probleme, delinquentes Verhalten) vorzuliegen.

6.5.7 Temperament und Charakter (Persönlichkeit)

Die Rohwerte und die T-Werte der, mittels des JTCl (Goth & Schmeck, 2009), erhobenen Temperamentskalen (Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit und Beharrungsvermögen) und Charakterskalen (Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität, Selbsttranszendenz) sind im Angang 02, Tabelle 13, ersichtlich. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Auf der Basis des Testmanuals von Goth und Schmeck (2009) wurden die Probanden in Bezug auf die vier Temperamentsskalen und die drei Charakterskalen beurteilt (Tabelle 6). Es zeigt sich, dass sich die meisten Probanden bezüglich dieser Persönlichkeitseigenschaften durchschnittlich beurteilten. Jeweils 6% bis 28% beurteilten sich bezüglich einzelner Eigenschaften als unterdurchschnittlich, jeweils 4% bis 28% beurteilten sich bezüglich einzelner Eigenschaften als überdurchschnittlich.

Tabelle 6: Temperament und Charakter in der Interventionsgruppe gemäss JTCI Skalen

JTCI Skalen	unter Durchschnitt (<T40)	Durchschnitt (T40-60)	über Durchschnitt >T60
Neugierverhalten	13 (20.0%)	49 (85.4%)	3 (4.6%)
Schadensvermeidung	18 (27.7%)	42 (64.6%)	5 (7.7%)
Belohnungsabhängigkeit	4 (6.2%)	54 (83.1%)	7 (10.8%)
Beharrungsvermögen	5 (7.7%)	49 (75.4%)	11 (16.9%)
Selbstlenkungsfähigkeit	10 (15.4%)	37 (56.9%)	18 (27.7%)
Kooperativität	6 (9.2%)	45 (69.2%)	14 (21.5%)

Interpretation: Hervorzuheben ist, dass 27.7% der jugendlichen Probanden sich bezüglich der Temperamenteigenschaft „Schadensvermeidung“ als unterdurchschnittlich beurteilten und sich damit im Vergleich zur Norm als „sorglos-ungehemmt“ einstufen. Weiter beurteilten sich auch 27.7% der jugendlichen Probanden bezüglich der Charaktereigenschaft „Selbstlenkungsfähigkeit“ als überdurchschnittlich und stufen sich damit als „kompetent und selbstsicher“ ein. Möglicherweise überschätzen sich einige Jugendliche bezüglich ihrer Kompetenzen.

Ein Teil der Probanden der Interventionsgruppe zeigt akzentuierte Persönlichkeitszüge in Form von Temperaments- oder Charakterauffälligkeiten.

6.5.8 Psychopathische Persönlichkeitseigenschaften

Es zeigten sich bezüglich der mittels des YPI (Köhler et al., 2010) erhobenen Psychopathiefaktoren (Interpersonaler Faktor, Affektiver Faktor, Behavioraler Faktor) keine Hinweise auf Auffälligkeiten bei den Probanden (gemäss den berechneten Mittelwerten, Angang 02, Tabelle 14). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Die Primärskalen und der Gesamtwert wurden vor dem Hintergrund einer Schweizer Normstichprobe (Stadlin, Pérez, Schmeck, Di Gallo & Schmid, 2015) beurteilt (Tabelle 7). Gemäss den Autoren soll ein Wert, welcher 1.5 Standardabweichungen über dem Mittelwert der Normstichprobe hat (T 65), als auffällig beurteilt werden. Ein Grenzbereich wurde definiert für Werte, welche zwischen 1-1.5 Standardabweichungen lagen. Die Verteilung der Probanden zeigt folgendes Bild:

Tabelle 7: Psychopathische Persönlichkeitseigenschaften in der Interventionsgruppe gemäss YPI Skalen

YPI Skalen	Durchschnitt (<T 60)	Grenzbereich T 60-T 65	über Cut-OFF >T 65
YPI Interpersonaler Faktor	62 (95.4%)	3 (4.6%)	0 (0.0%)
YPI Affektiver Faktor	55 (84.6%)	9 (13.8%)	1 (1.5%)
YPI Behavioraler Faktor	65 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
YPI Total Score	64 (98.5%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)

Gemäss Stadlin et al. (2015) muss für eine psychopathische Auffälligkeit der Gesamtwert sowie auch die drei Skalenwerte im Auffälligkeitsbereich liegen. Dies war bei keinem der Probanden der Interventionsgruppe der Fall. Nur ein Proband zeigte im affektiven Bereich (z.B. mangelnde Empathie, Gefühlskälte, oberflächlicher Affekt) Auffälligkeiten über dem definierten Cut-Off. Es wurde ein Grenzauffälligkeitsbereich mit t -Werten zwischen 60-65 definiert. Nur ein kleiner Teil der Probanden zeigt grenzwertige Auffälligkeiten in Bezug auf den affektiven Bereich (z.B. mangelnde Empathie, Gefühlskälte, oberflächlicher Affekt) und/oder auf den interpersonellen Bereich (z.B. manipulative Eigenschaften).

Bei keinem der Probanden der Interventionsgruppe zeigten sich Hinweise auf manifeste psychopathische Persönlichkeitseigenschaften. Ein kleiner Teil der Probanden zeigte subklinische affektive und/oder interpersonelle Auffälligkeiten.

6.5.9 Irritabilität

Die berechneten Mittelwerte der IRR (Caprara et al., 1985) sind im Anhang 02, Tabelle 15, ersichtlich. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Interpretation: Die Rohwerte der Irritabilitätsskala können vor dem Hintergrund einer klinisch-forensischen Vergleichsstichprobe am ZKJF beurteilt werden (Konsekutivstichprobe von 98 männlichen Jugendlichen zwischen 12-20 Jahren). Im Vergleich zu dieser Vergleichsstichprobe wurden Jugendliche mit einer Standardabweichung über dem Mittelwert als auffällig und Jugendliche mit zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert als stark auffällig beurteilt (Tabelle 8).

Tabelle 8: Irritabilität in der Interventionsgruppe gemäss IRR

Beurteilung gemäss ZKJF (interne Normen)	Irritabilität Gesamtwert
unterdurchschnittlich oder unauffällig (<T 60)	54 (83.1%)
Auffällig (T 60-T 70)	9 (13.8%)
Stark auffällig (>T 70)	2 (3.1%)

Es zeigen sich bei einem kleinen Teil der Stichprobe Hinweise auf Auffälligkeiten in Form einer erhöhten Irritabilität.

6.5.10 Wissen über Sexualität und StGB

Die Ergebnisse (mittlere Anzahl richtiger Antworten von 0 [keine Fragen richtig] bis 1 [alle Fragen richtig]) der eingesetzten Instrumente zum Wissen über Sexualität (MTSE; Kirby, 1998) / (MSI-J WÜS; Gruber et al., 2003) und den Fragen zu Delikten gegen die sexuelle Integrität gemäss StGB zum Zeitpunkt T0 sind im Anhang 02, Tabelle 32, ersichtlich. Zur besseren Verständlichkeit wurden die durchschnittlichen %-Richtigen für die weiteren Auswertungen berechnet: Insgesamt wurden durchschnittlich über alle Probanden **45%** der MTSE Fragen, **67%** der MSI-J-WÜS Fragen und **83%** der Fragen zum StGB richtig beantwortet. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Ältere Probanden über 16 Jahre (ü16) weisen im Vergleich zu jüngeren Probanden unter 16 Jahre (u16) im Durchschnitt mehr Wissen über Sexualität und das StGB auf: MTSE: ü16 $M = 47.6\%$, $SD = 12.94\%$, u16, $M = 40.7\%$, $SD = 12.28\%$, $t = -2.18$, $df = 63$, $p = .033$; MSI-J WÜS: ü16 $M = 70.3\%$, $SD = 11.41\%$, u16, $M = 62.4\%$, $SD = 14.96\%$, $t = -2.42$, $df = 63$, $p = .019$; STGB: ü16 $M = 85.3\%$, $SD = 8.00\%$, u16, $M = 80.3\%$, $SD = 6.82\%$, $t = 2.68$, $df = 63$, $p = .009$.

Interpretation: Beim MTSE und bei den Fragen zu Delikten gegen die sexuelle Integrität gemäss StGB bestehen keine Vergleichsangaben von anderen Studien zur Häufigkeit der richtigen Antworten. Der MTSE ist im amerikanischen Raum entwickelt worden und ist aufgrund der differenzierten Antwortmöglichkeiten pro Item als relativ schwierig zu beurteilen. Die Fragen konnten von den Probanden daher nur teilweise richtig beantwortet werden. Demgegenüber konnten die eigens für die Studie entwickelten Fragen zum StGB von sehr vielen Jugendlichen richtig beantwortet werden. Möglicherweise wurden die Probanden des ThePaS bereits im Rahmen der Straf-

untersuchung über die Gesetzeslage aufgeklärt. Beim MSI-J WÜS bestehen Normdaten von 98 Jugendlichen mit Sexualstraftaten im Alter von 14-21 Jahren (Gruber et al., 2003). Der Anteil von Probanden, der eine Standardabweichung unter dem Mittelwert der Vergleichsstichprobe liegt, ist in der [Tabelle 9](#) ersichtlich. Der Mittelwert der Anzahl Richtigen in % der Probanden ist etwas höher im Vergleich mit den Daten der Vergleichsstichprobe ($M = 66.7\%$, $SD = 13.6\%$ vs. $M = 58.0\%$, $SD = 14.0\%$).

Tabelle 9: Wissen über Sexualität und StGB in der Interventionsgruppe gemäss MSI-J WÜS

Beurteilung gemäss MSI Manual (Vergleich mit Jugendlichen, welche sexuelle Delikte begangen haben)	MSI-J WÜS
unterdurchschnittlich (PR > 15.87)	4 (6.2%)
durchschnittlich oder besser (PR > 15.87)	61 (93.8%)

Für den MSI-J WÜS können Jugendliche aus einer Normpopulation zwischen 14-16 Jahren aus einer englischen Studie mit der entsprechenden englischsprachigen Version des MSI-J zum Vergleich herangezogen werden (Whittaker et al., 2006). Die 55 Schüler einer Oberstufe zeigten im Durchschnitt **72.0%** richtige Antworten im MSI-J WÜS. Aufgrund des breiteren Altersranges der Probanden in der vorliegenden Studie sind die Daten aber nur bedingt vergleichbar.

Insgesamt schneiden die Probanden in der vorliegenden Studie ähnlich oder gar leicht besser ab als die unbehandelten Jugendlichen mit Sexualstraftaten aus Deutschland. Ein Teil der Jugendlichen hat Defizite im Wissen zur Sexualität. Das Wissen über die geltenden Strafgesetze ist überwiegend vorhanden.

6.5.11 Opferempathie

Die Opferempathie wurde mittels des OEF-JS (Eckardt & Hosser, 2005) erhoben. Dieser Fragebogen umfasst zwei Skalen zum eigenen Delikt, welche die Auswirkungen auf die Gefühle des Opfers und das Verhalten des Opfers erfassen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung (Anhang 2, Tabelle 62).

Interpretation: Da der Fragebogen bisher nur im Rahmen von Forschungsprojekten eingesetzt wurde, bestehen keine detaillierten Normen zur Opferempathie. Als Vergleichsgruppe können einzig die von Eckardt und Hosser (2005) publizierten Vergleichsdaten von unbehandelten Jugendlichen mit Sexualdelikten herangezogen werden. Diesbezüglich zeigen die Probanden der vorliegenden Studie zum Zeitpunkt T0 eine etwas geringere Opferempathie als die Vergleichsgruppe von Eckardt und Hosser (2005) bezüglich der Auswirkung auf die Gefühle ($M = 18.8$, $SD = 12.6$ vs. $M = 23.0$, $SD = 14.0$) und eine vergleichbare Opferempathie bezüglich der Auswirkung auf das Verhalten ($M = 7.6$, $SD = 6.8$ vs. $M = 6.8$, $SD = 6.2$).

Die bestehenden Daten weisen darauf hin, dass die Probanden des Modellversuchs ähnliche Einschränkungen in der Opferempathie zeigen wie andere Jugendliche mit Sexualdelikten in Deutschland.

6.5.12 Bewusstsein über Risikofaktoren zur Sexualdelinquenz

Mittels des im Rahmen des Modellversuchs entwickelten RiskFakt-KJ wurden die von Probanden eingeschätzte Wahrscheinlichkeit weiterer Straftaten, die Anzahl objektiver Risikofaktoren (wie viele von 14 vorgegebenen Risikofaktoren sind vorhanden) und die Anzahl subjektiver Risikofaktoren (wie viele von 14 vorgegebenen Risikofaktoren beurteilt der Proband als relevant) sowie die Anzahl dazugehöriger Strategien zur Risikosenkung (bei wie vielen der als subjektiv relevant erhobenen Risikofaktoren hat der Proband eine Strategie zur Risikosenkung) erhoben (Anhang 02, Tabelle 77). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in der ThePaS-I und ThePaS-II Bedingung.

Die Probanden gaben im Durchschnitt das Vorhandensein von 3.86 Risikofaktoren an („objektive Risikofaktoren“ von insgesamt 14 Risikofaktoren). Die Probanden gaben im Durchschnitt 0.74 Risikofaktoren an, welche für sie für weitere Sexualdelikte von Relevanz sind („subjektive Risikofaktoren“ von insgesamt 14 Risikofaktoren). Bei im Durchschnitt 0.38 Risikofaktoren gaben sie

an, entsprechende Strategien zu haben, um das Risiko zu vermindern. In der Tabelle 10 sind die Häufigkeiten für die 14 im RiskFakt-KJ vorgegebenen Risikofaktoren abgebildet. Objektiv am häufigsten (>40%) haben die Probanden „Probleme, von welchen sie sich ablenken wollen“, „jüngere Kinder oder Geschwister“, „Ausgangsorte“ und „Impulsivität“ angegeben. Deutlich geringer schätzen sie die Faktoren für weitere zukünftige Sexualdelikte ein: Als subjektiv bedeutsame Faktoren werden am häufigsten „Impulsivität“ und „Alkohol/Substanzen“ genannt. Bei Letzteren werden auch am häufigsten vorhandene Strategien angegeben, wie die Probanden das Risiko senken können.

Tabelle 10: Bewusstsein über eigene Risikofaktoren für weitere Sexualdelinquenz in der Interventionsgruppe gemäss RiskFakt-KJ

RiskFakt-KJ	vorhanden (Objektiver Risikofaktor)	Relevant für zukünftiges Sexualdelikt (Subjektiver Risikofaktor)	Strategie zur Risikoverminderung vorhanden
Alkohol / Substanzen	25 (38.5%)	5 (7.7%)	3 (4.6%)
Probleme, die mich belasten und von denen ich mich ablenken will	29 (44.6%)	2 (3.1%)	1 (1.5%)
Kollegen und andere Jugendliche, die mich in Delikte hineinziehen können	14 (21.5%)	3 (4.6%)	3 (4.6%)
Sexuelle Gewaltfantasien/-gedanken	3 (4.6%)	2 (3.1%)	1 (1.5%)
Sexuelle Fantasien/Gedanken in welche Kinder involviert sind	5 (7.7%)	3 (4.6%)	1 (1.5%)
Starke sexuelle Bedürfnisse	8 (12.5%)	3 (4.6%)	0 (0.0%)
Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme mit möglichen Sexualpartner/innen	15 (23.1%)	3 (4.6%)	2 (3.1%)
Jüngere Geschwister oder Kinder, die ich gut kenne	29 (44.6%)	3 (4.6%)	0 (0.0%)
Ausgangsorte (Clubs, Partys)	27 (41.5%)	4 (6.2%)	2 (3.1%)
Schlechte oder minderwertige Gefühle	4 (6.2%)	3 (4.6%)	2 (3.1%)
Mädchen/Frauen (abwertendes Frauenbild)	20 (30.8%)	4 (6.2%)	1 (1.5%)
Einsamkeit und Langeweile	24 (36.9%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)
Wut und Aggression	22 (33.8%)	3 (4.6%)	0 (0.0%)
Impulsivität	26 (40.0%)	9 (13.8%)	7 (10.8%)

Interpretation: Es bestehen keine vergleichbaren Befunde in der Wissenschaft zu selbst eingeschätzten Risikofaktoren bei Jugendlichen.

Obschon objektiv eine Anzahl von Risikofaktoren bei den Probanden vorhanden ist, werden nur wenige davon als risikorelevant für zukünftige Sexualdelikte erkannt. Die meisten Jugendliche erachten Impulskontrollprobleme, bzw. vorher nicht nachgedacht zu haben, als risikorelevant für weitere Delikte. Problematische sexuelle Gedanken und Impulse werden nur von wenigen Jugendlichen angegeben und als risikorelevant beurteilt.

6.6. Risikobeurteilungen der Interventionsgruppe sowie den beiden Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II)

6.6.1 J-SOAP-II und ERASOR

Die Ergebnisse des J-SOAP-II in Bezug auf den Summenscore, die statischen Items, die dynamischen Items und die Subskalen sind im Anhang 02, Tabelle 92, ersichtlich. Es zeigten sich bei keiner der Skalen signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen. Die Ergebnisse des ERASOR Summenscores sind im Anhang 02, Tabelle 92, ersichtlich. Da bezüglich des J-SOAP-II und des ERASOR keine Normwerte bzw. Cut-Offs verfügbar sind, wurde eine Einteilung der Summenscores in T-Werte, basierend auf der Studie von Barra et al. (2018), vorgenommen (Tabelle 11).

Tabelle 11: Risikobeurteilungen in der Interventionsgruppe gemäss J-SOAP-II und ERASOR

Risikobeurteilungsinstrumente	<T40 (gering)	T40-T49 (gering-mittel)	T50-T59 (mittel-hoch)	>T60 (hoch)
J-SOAP-II Summenscore	4 (6.2%)	33 (50.8%)	21 (32.3%)	7 (10.8%)
ERASOR Summenscore	13 (20.0%)	21 (32.3%)	26 (40.0%)	5 (7.7%)

Interpretation: Die meisten Probanden der Interventionsgruppe zeigen ein mittleres Ausmass an Risiken für weitere sexuelle Delikte. Wie aufgrund der randomisiert-kontrollierten Zuteilung erwartet, unterscheiden sich die Gruppen nicht in Bezug auf die eingesetzten Risikoinstrumente.

6.7. Veränderungen in der Interventionsgruppe sowie den beiden Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) nach der Intervention (T1) und ein Jahr später (T2) in Bezug auf die eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente

Zur Analyse der Veränderungen wurden General Linear Models (GLM) mit Messwiederholungen eingesetzt²³. Wie im Anhang 02, Kapitel 3, ersichtlich, ergaben sich aufgrund der Drop-Outs im Verlauf des Modellversuchs entsprechend fehlende Werte (für T1 zwei fehlende Probanden, für T2 zwölf fehlende Probanden). Im Anhang 02, Kapitel 3, finden sich die Analysen mit den Ausschlüssen von fehlenden Werten (listwise exclusion) sowie die mittels eines „Estimation Maximization (EM) Algorithmus“ ersetzten fehlenden Werten. Gemäss den statistischen Lehrbüchern (McLachlan & Krishnan, 2007; Schafer, 1997) ist die letztere Variante die bessere Methode, mit fehlenden Werten umzugehen. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Analysen mit den ersetzten fehlenden Werten. Weitere Analysen, welche nicht berichtet werden (Analyse mit „listwise exclusion“ der fehlenden Werte und Analyse der Veränderung T0-T1), finden sich im Anhang 02, Kapitel 3.

6.7.1 Youth Self Report (Veränderung von psychischen Auffälligkeiten)

Die Ergebnisse zur Analyse der YSR-Variablen sozialer Rückzug, soziale Probleme, internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten sowie des Gesamtwertes sind im Anhang 02, Tabellen 17-31, ersichtlich.

Effekte in Bezug auf eine zeitliche Veränderung: Die Grafik 7 zeigt die Verläufe der Rohwerte der genannten Skalen über die drei Messzeitpunkte hinweg für die gesamte Interventionsgruppe ($n = 65$). Es zeigt sich bei allen Skalen eine signifikante Abnahme der Probleme über den Therapieverlauf und den Katamnesezeitraum hinweg (Anhang 02, Tabelle 26/27): YSR Sozialer Rückzug $T_0 = 3.02$; $T_1 = 2.31$; $T_2 = 2.68$. $F = 3.66$, $p < .028$. YSR Soziale Probleme $T_0 = 3.02$; $T_1 = 2.28$; $T_2 = 1.61$. $F = 13.24$, $p < .001$. YSR Internalisierende Probleme $T_0 = 9.62$; $T_1 = 6.9$; $T_2 = 7.07$. $F = 11.49$, $p < .001$. YSR Externalisierende Probleme $T_0 = 12.21$; $T_1 = 10.92$; $T_2 = 9.02$. $F = 8.58$, $p < .001$. YSR Total Score $T_0 = 37.72$; $T_1 = 30.29$; $T_2 = 27.20$. $F = 14.03$, $p < .001$.

²³ Wenn die statistischen Voraussetzungen entsprechend erfüllt waren.

Grafik 7: Veränderungen von psychischen Auffälligkeiten in der Interventionsgruppe gemäss YSR Subskalen und YSR Gesamtwert

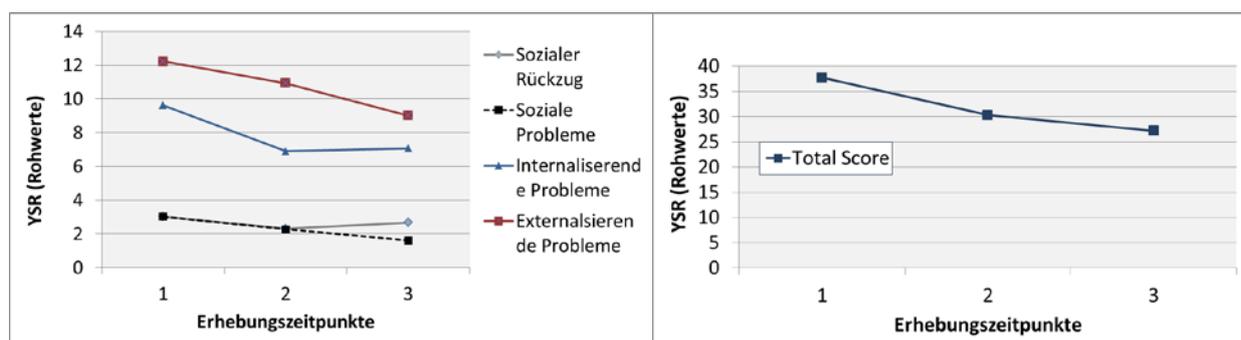


Tabelle 12: Veränderungen von psychischen Auffälligkeiten in der Interventionsgruppe gemäss YSR Subskalen und YSR Gesamtwert (Total Score)

YSR Skalen	T0 Grenz- bereich	T0 Auffällig- keits- bereich	T1 Grenz- bereich	T1 Auffällig- keits- bereich	T2 Grenz- bereich	T2 Auffällig- keits- bereich
YSR sozialer Rückzug	3 (4.6%)	1 (1.5%)	0 (0.0)	3 (4.6%)	3 (4.6%)	2 (3.1%)
YSR soziale Probleme	6 (9.2%)	4 (6.2%)	2 (3.1%)	3 (4.6%)	3 (4.6%)	1 (1.5%)
YSR Internalisierend	4 (6.2%)	8 (12.3%)	1 (1.5%)	5 (7.7%)	2 (3.1%)	6 (9.2%)
YSR Externalisierend	3 (4.6%)	12 (18.5%)	4 (6.2%)	6 (9.2%)	0 (0.0%)	4 (6.2%)
YSR Total Score	5 (7.7%)	11 (16.9%)	5 (7.7%)	4 (6.2%)	5 (7.7%)	3 (4.6%)

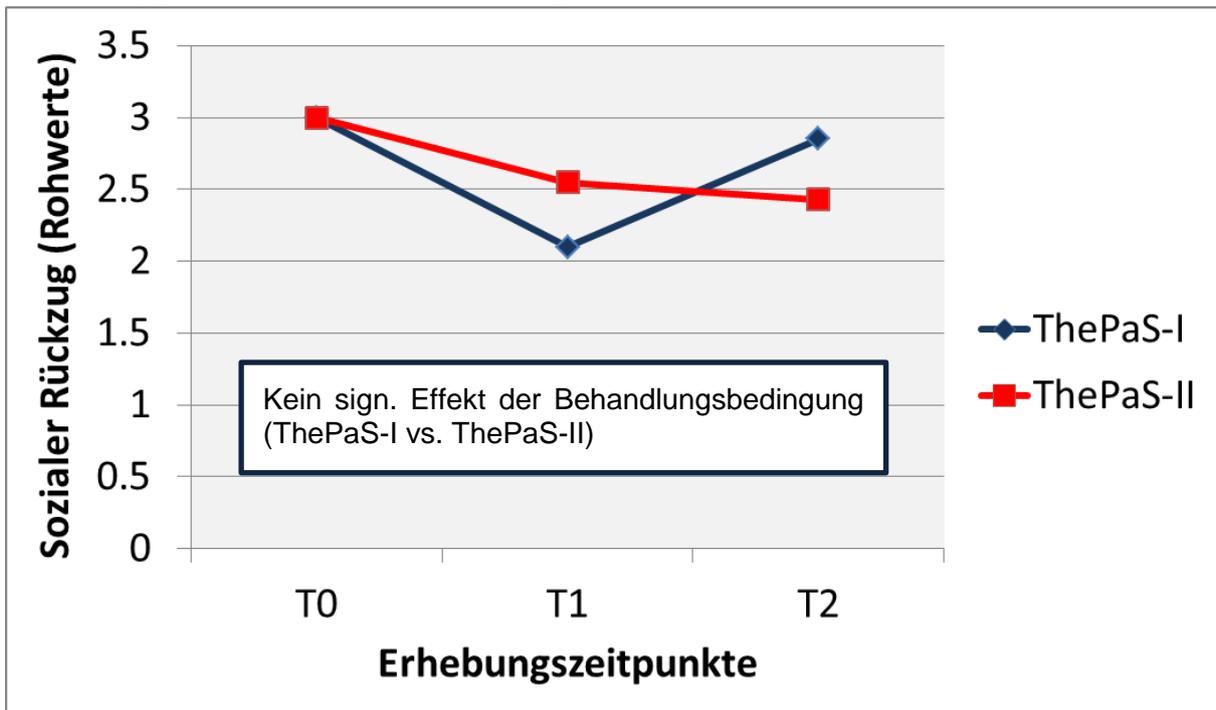
Interpretation: Beurteilt man die hier fokussierten Subskalen YSR Sozialer Rückzug/YSR Soziale Probleme, internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten und den Total Score vor dem Hintergrund einer Schweizer Normstichprobe (Steinhausen et al., 1996) zum Zeitpunkt T1 und T2, ergeben sich eine geringe Anzahl von Probanden im Grenzbereich zur Auffälligkeit oder im Auffälligkeitsbereich (Tabelle 12). Am deutlichsten zeigt sich dies beim YSR Total Score, bei welchem vor dem ThePaS bei T0 insgesamt 16 Probanden, nach dem ThePaS bei T1 noch 9 und nach der Katamnese bei T2 noch 8 Probanden sich im Grenzbereich zur Auffälligkeit oder im Auffälligkeitsbereich befinden.

Insgesamt kann aus diesen Ergebnissen geschlossen werden, dass die psychischen Auffälligkeiten in allen erhobenen Bereichen im Verlauf der Intervention ThePaS sich verbessern und in der Folge im Katamnesezeitraum weiter stabil blieben bzw. sich weiter verbessern.

Effekte der Behandlungsbedingung/Multivariate Analyse der Skala YSR Sozialer Rückzug:

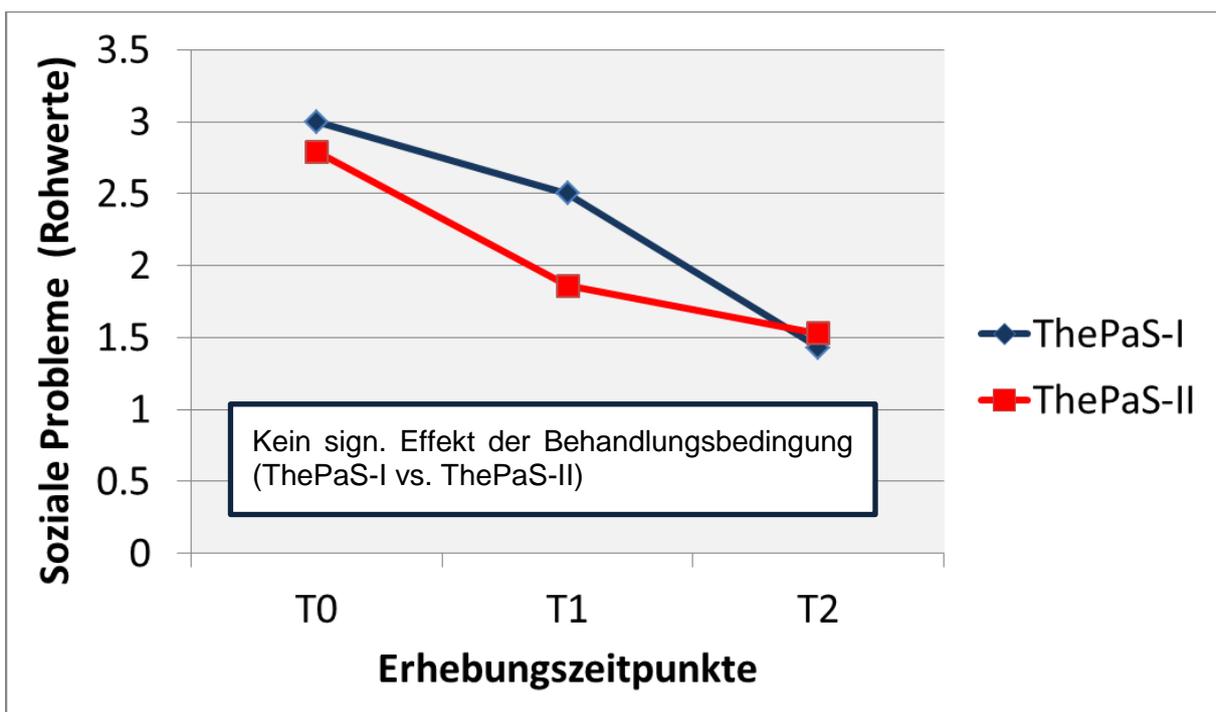
In der Grafik 8 der GLM mit Messwiederholung ergibt sich ein signifikanter Effekt in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2), jedoch kein signifikanter Effekt in Bezug auf die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II) (Anhang 02, Tabelle 30). Wenn man weiter die Kovariate Alter mitberücksichtigt, zeigen sich keine signifikanten Effekte in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2) oder die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II). Die Kovariate Alter wird signifikant, was darauf hinweist, dass ältere Probanden eine grössere Abnahme der Probleme zeigen (Anhang 02, Tabelle 31).

Grafik 8: Veränderung von sozialem Rückzug in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) gemäss YSR Sozialer Rückzug



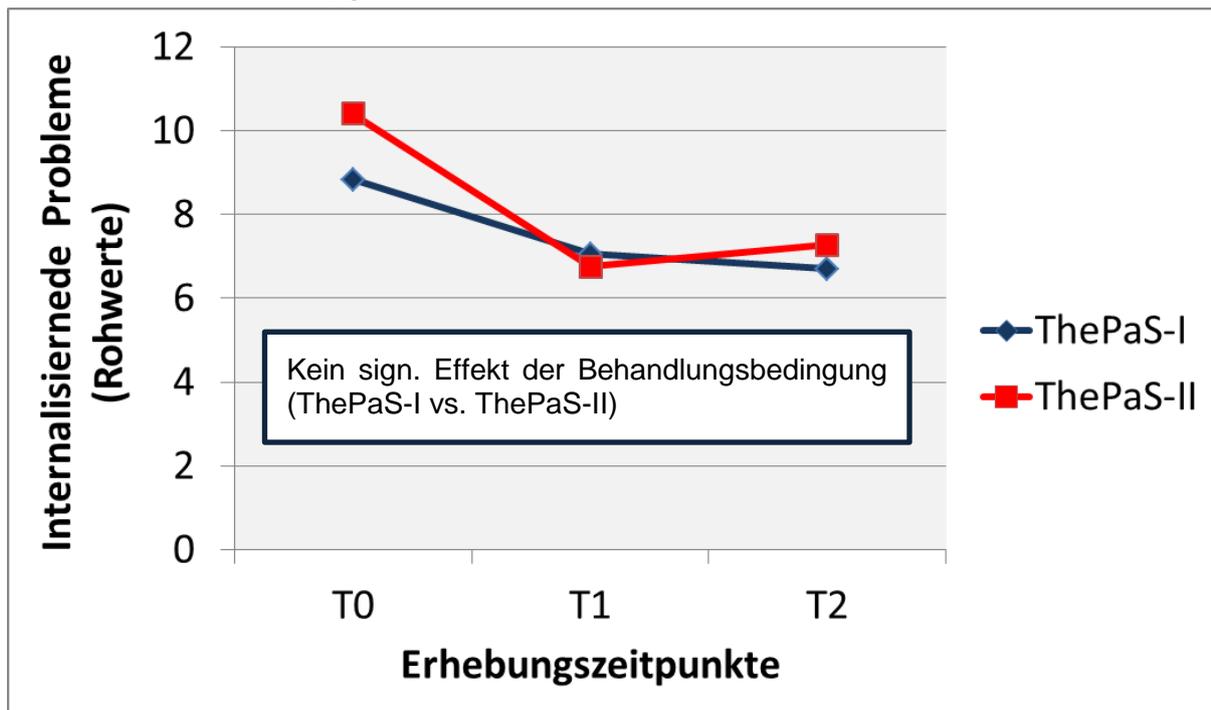
Effekte der Behandlungsbedingung / Multivariate Analyse der Skala YSR Soziale Probleme: In der Grafik 9 der GLM mit Messwiederholung ergibt sich ein signifikanter Effekt in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2), jedoch kein signifikanter Effekt in Bezug auf die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II) (Anhang 02, Tabelle 30). Wenn man weiter die Kovariate Alter mitberücksichtigt, zeigen sich keine signifikanten Effekte in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2) oder die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II). Die Kovariate Alter wird signifikant, was darauf hinweist, dass ältere Probanden eine grössere Abnahme der Probleme zeigen (Anhang 02, Tabelle 31).

Grafik 9: Veränderung von sozialen Problemen in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) gemäss YSR Soziale Probleme



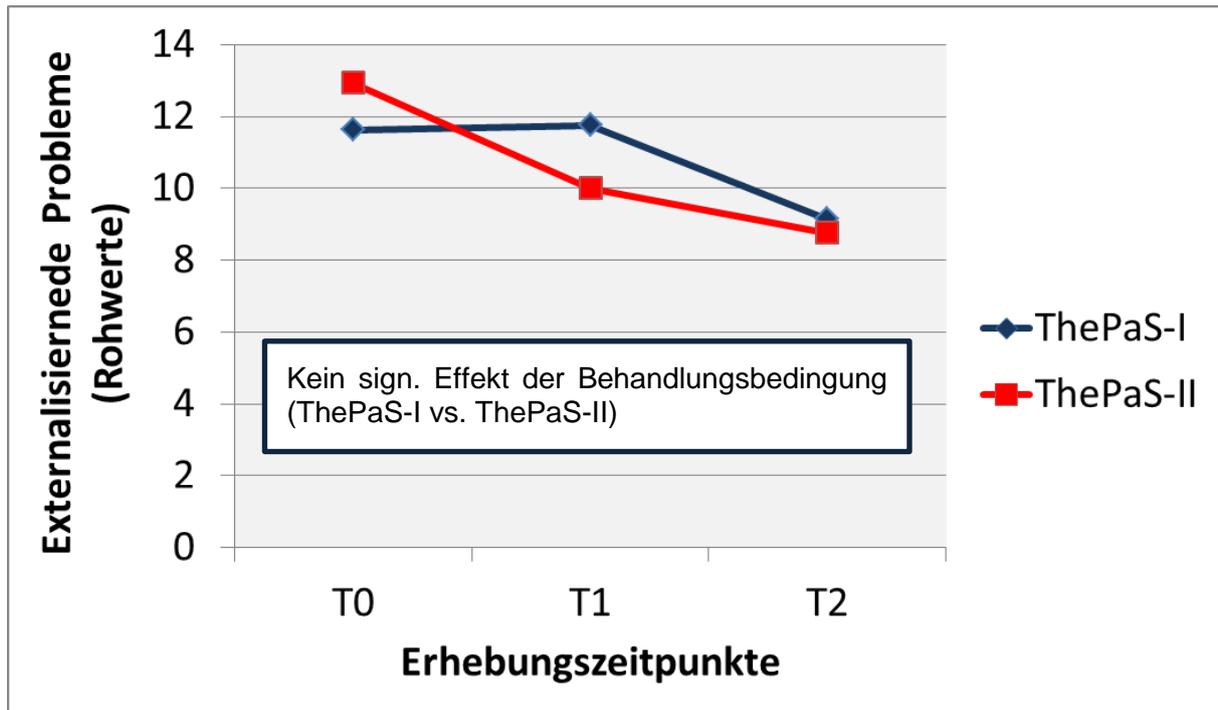
Effekte der Behandlungsbedingung / Multivariate Analyse der Skala YSR Internalisierende Probleme: In der Grafik 10 der GLM mit Messwiederholung ergibt sich ein signifikanter Effekt in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2), jedoch kein signifikanter Effekt in Bezug auf die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II) (Anhang 02, Tabelle 30). Wenn man weiter die Kovariate Alter mitberücksichtigt, zeigen sich keine signifikanten Effekte in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2) oder die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II). Die Kovariate Alter wird signifikant, was darauf hinweist, dass ältere Probanden eine grössere Abnahme der internalisierenden Probleme zeigen (Anhang 02, Tabelle 31).

Grafik 10: Veränderung von internalisierenden Problemen in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) gemäss YSR Internalisierende Probleme



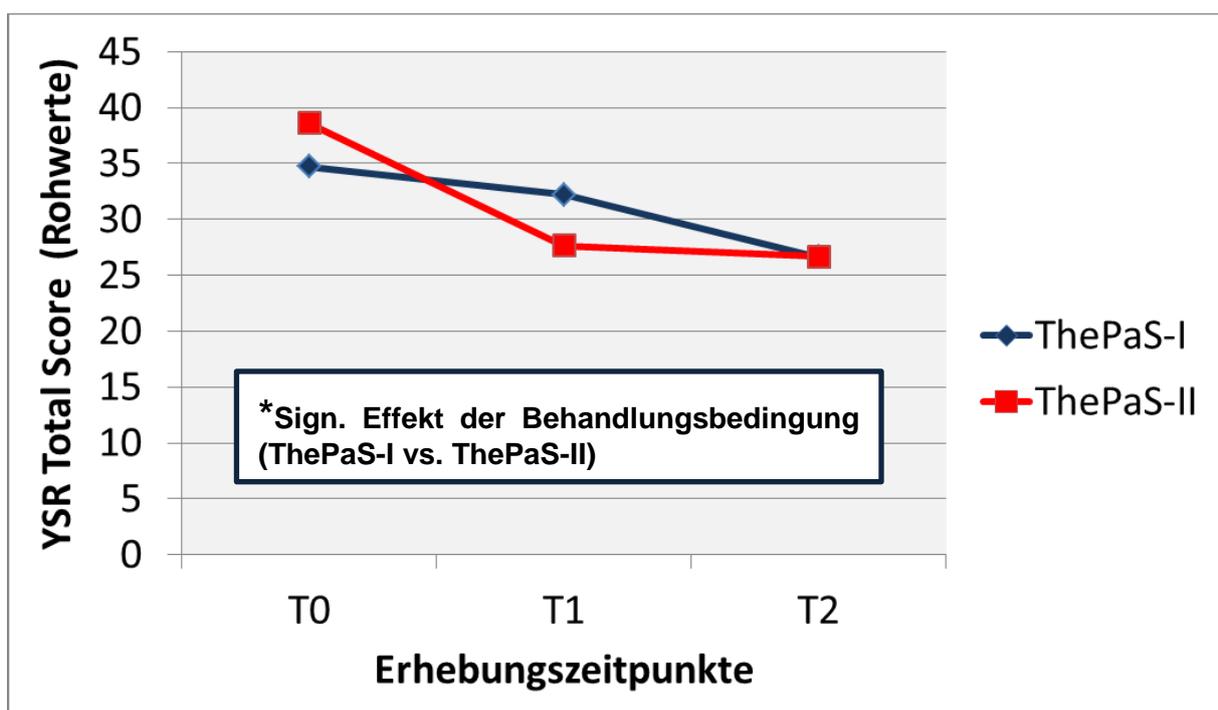
Effekte der Behandlungsbedingung/Multivariate Analyse der Skala YSR Externalisierende Probleme: In der Grafik 11 der GLM mit Messwiederholung ergibt sich ein signifikanter Effekt in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2), jedoch kein signifikanter Effekt in Bezug auf die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II) (Anhang 02, Tabelle 30). Wenn man weiter die Kovariate Alter mitberücksichtigt, zeigen sich keine signifikanten Effekte in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2) oder die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II). Die Kovariate Alter wird signifikant, was darauf hinweist, dass ältere Probanden eine grössere Abnahme der externalisierenden Probleme zeigen (Anhang 02, Tabelle 31).

Grafik 11: Veränderung von externalisierenden Problemen in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) gemäss YSR Externalisierende Probleme



Effekte der Behandlungsbedingung / Multivariate Analyse der Skala YSR Total Score: In der Grafik 12 der GLM mit Messwiederholung ergibt sich ein signifikanter Effekt in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2), und eine signifikante Tendenz ($p=.71$) in Bezug auf die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II) (Anhang 02, Tabelle 30). Wenn man weiter die Kovariate Alter mitberücksichtigt, zeigen sich signifikante Effekte in Bezug auf die Veränderung (T0-T1-T2) und auf die Behandlungsbedingung (T0-T1-T2*ThePaS-I vs. ThePaS-II). Auch die Kovariate Alter wird signifikant, was darauf hinweist, dass ältere Probanden eine grössere Abnahme der Probleme zeigen (Anhang 02, Tabelle 31).

Grafik 12: Veränderung des YSR Gesamtwert in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II)

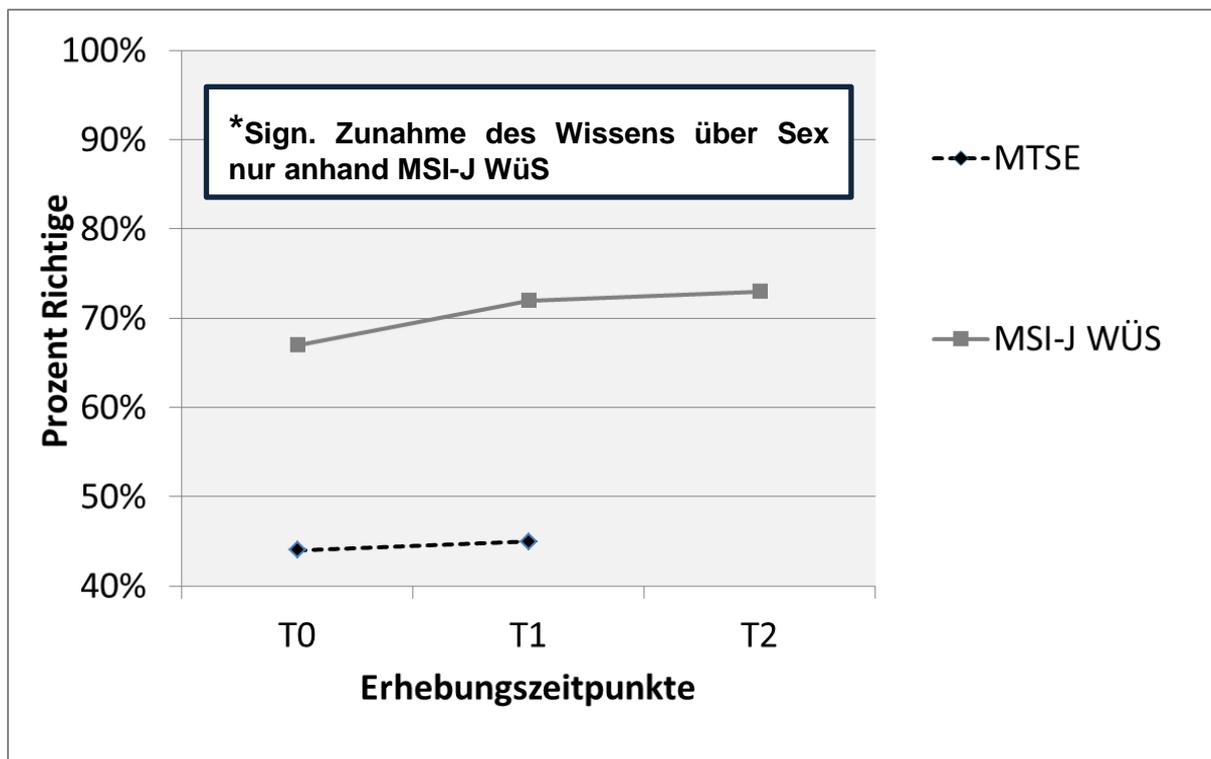


Interpretation: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die psychischen Auffälligkeiten bei der gesamten ThePaS-Interventionsgruppe über die Zeit der Intervention und der Katamnese abnehmen. Es zeigt sich eine stärkere Abnahme der psychischen Auffälligkeiten bei den Probanden der ThePaS-II Gruppe. Die Ergebnisse können so interpretiert werden, dass sich ThePaS-II effektiver auf die psychische Befindlichkeit auswirkt (bzw. dass die Vermittlung von sozialen Kompetenzen als hilfreich und unterstützend für die Psyche erlebt wird). Das ThePaS-I mit dem deliktorientierten Fokus wird von den Probanden daher möglicherweise als belastender erlebt. Die Effekte der Behandlungsbedingung ThePaS-I vs. ThePaS-II zeigen sich im Gesamtwert des YSR. Es zeigen sich keine entsprechenden Effekte in Bezug auf die fokussierten Subskalen (Sozialer Rückzug, Soziale Probleme oder Internalisierende / Externalisierende Probleme), was darauf hinweist, dass die Wirkung des ThePaS auf die psychische Gesundheit allgemeiner Natur ist.

6.7.2 Wissen über Sexualität und StGB (Veränderung bezüglich Wissen)

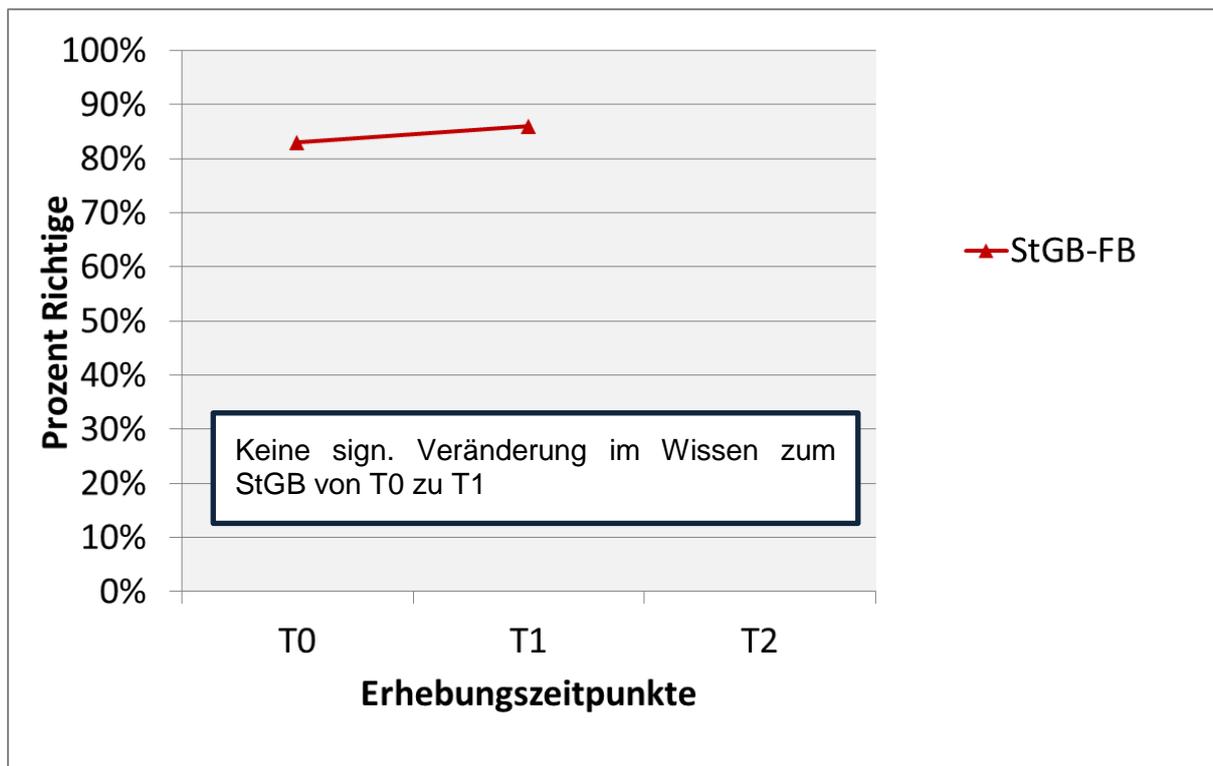
Die Ergebnisse zur Analyse des Wissens über Sexualität (MTSE zu T0-T1, MSI-J sexuelles Wissen und Überzeugungen zu T0-T1-T2) und des Wissens über das StGB (StGB-FB zu T0-T1) sind im Anhang 02, Tabellen 32-46, ersichtlich.

Grafik 13: Veränderung des Wissens über Sexualität und StGB in der Interventionsgruppe gemäss MTSE und MSI-J WÜS



Effekte in Bezug auf eine zeitliche Veränderung: Es zeigt sich beim MTSE keine signifikante Veränderung über zwei Messzeitpunkte (T0 = 44%; T1 = 45%; $t = -0.38$, n.s.), während sich bei der MSI-J Skala Sexuelles Wissen und Überzeugungen eine signifikante Zunahme des Wissens über zwei und drei Messzeitpunkte zeigt (T0 = 67%; T1 = 72%; T2 = 73%. $F = 12.13$, $p < .001$) (Grafik 13).

Grafik 14: Veränderung des Wissens über Sexualität und StGB in der Interventionsgruppe gemäss StGB-FB



Beim Wissen zum StGB (StGB-FB) zeigt sich keine signifikante Veränderung über zwei Messzeitpunkte (T0 = 83%; T1 = 86%; $t = -.180$, n.s.) (Grafik 14).

Effekte der Behandlungsbedingung/Multivariate Analyse der Wissensskalen: Es ergaben sich bei keiner der drei Wissensskalen signifikante Effekte in Bezug auf die Behandlungsbedingung (ThePaS-I vs. ThePaS-II) im GLM mit Messwiederholung (Anhang 02, Tabelle 43 und 45), auch wenn die Kovariate Alter im GLM mitberücksichtigt wurde (Anhang 02, Tabelle 44 und 46).

Interpretation: Das Wissen zur Sexualität nahm im Verlauf des ThePaS und des Katamnesezeitraums gemäss der MSI-J-Skala Wissen und Überzeugungen signifikant zu. Dieser Effekt war über zwei Messzeitpunkte mittels des MTSE nicht zu beobachten. Der MTSE ist möglicherweise aufgrund seiner Entwicklung in den USA und den teilweise sehr kulturspezifischen Fragen zu wenig spezifisch, um die Therapieveränderungen zu sexuellem Wissen während des ThePaS abzubilden. Bezüglich des Wissens zum StGB zeigen die Probanden bereits vor der Intervention ein gutes Wissen. Aufgrund eines „Deckeneffekts“ können Veränderungen daher im Therapieverlauf zu wenig gut erfasst werden. Die Wissensvermittlungen zur Sexualität und zum StGB erfolgten in beiden ThePaS Varianten. Wie erwartet, zeigen sich daher keine Effekte der Behandlungsbedingung ThePaS-I vs. ThePaS-II.

6.7.3 Sexuelle Auffälligkeiten (Veränderung der weiteren MSI-J Skalen)

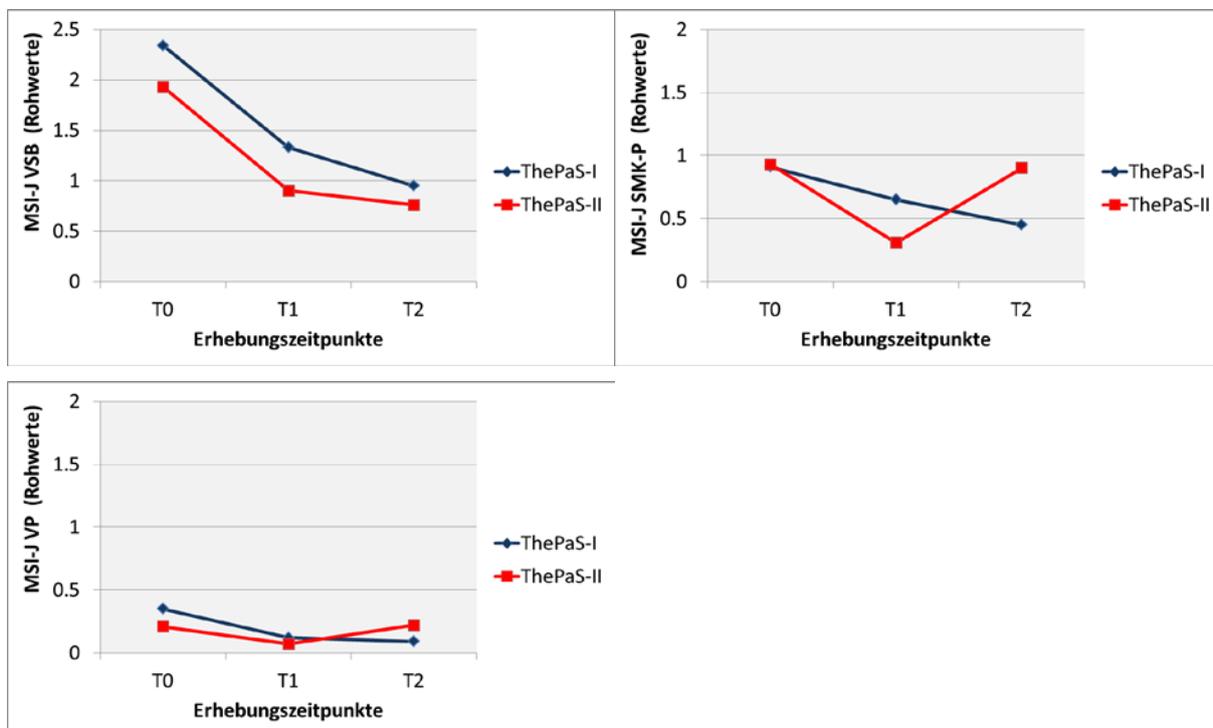
Die Ergebnisse zur Analyse der sexuellen Auffälligkeiten (MSI-J Vertrauen in eigene sexuelle Beziehungsfähigkeit (MSI-J VSB), MSI-J Sexueller Missbrauch / Kinderfantasien (MSI-J SMK-P), MSI-J Vergewaltigungsfantasien (MSI-J VP) zu T0-T1-T2) sind im Anhang 02, Tabellen 47-61, ersichtlich. Die Skala MSI-J Vertrauen in eigene sexuelle Beziehungsfähigkeit (MSI-J VSB) ist invers skaliert. Bei allen drei Skalen weisen hohe Werte auf vorhandene Auffälligkeiten hin (z.B. mangelndes Vertrauen, inadäquate Fantasien).

Effekte in Bezug auf eine zeitliche Veränderung: Es zeigen sich über den Interventionszeitraum von T0 zu T1 eine signifikante Abnahme aller Skalen von sexuellen Auffälligkeiten (MSI-J VSB: T0 = 2.25; T1 = 1.24; $t = 3.67$, $p < .001$. MSI-J SMK-P: T1 = 0.96; T2 = 0.46; $t = 2.44$; $p = .017$. MSI-J VP: T1 = 0.31; T2 = 0.10; $t = 2.64$, $p = .010$). Über drei Messzeitpunkte hinweg zeigen sich signifikante Veränderungen bei der Skala MSI-J VSB und MSI-J VP und eine Tendenz

zur Signifikanz bei der Skala MSI-J SMK-P (Anhang 02, Tabelle 57). In der Grafik 15 sind die Verläufe über die drei Messzeitpunkte ersichtlich.

Effekte der Behandlungsbedingung/Multivariate Analyse der sexuellen Auffälligkeiten: Es ergaben sich bei keiner der drei Skalen signifikante Effekte in Bezug auf die Behandlungsbedingung (ThePaS-I vs. ThePaS-II) im GLM mit Messwiederholung (Anhang 02, Tabelle 58 und 60), auch wenn die Kovariate Alter im GLM mitberücksichtigt wurde (Anhang 02, Tabelle 59 und 61). Es zeigt sich jedoch ein Trend zur Signifikanz in Bezug auf die Skala sexuellen-Missbrauch-Kinder Fantasien (Anhang 02, Tabelle 61). Die Grafik 15 zeigt den Verlauf der MSI-J Skalen der zwei Gruppen über die drei Erhebungszeitpunkte. Die Kovariate Alter wird in zwei GLM signifikant, was darauf hinweist, dass ältere Probanden eine grössere Abnahme in Bezug auf sexuelle Auffälligkeiten (Vertrauen, sexueller Missbrauch, Kinderfantasien) zeigen (Anhang 02, Tabelle 61).

Grafik 15: Veränderungen der sexuellen Auffälligkeiten in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) gemäss MSI-J VSB, MSI-J SMK-P und MSI-J VP

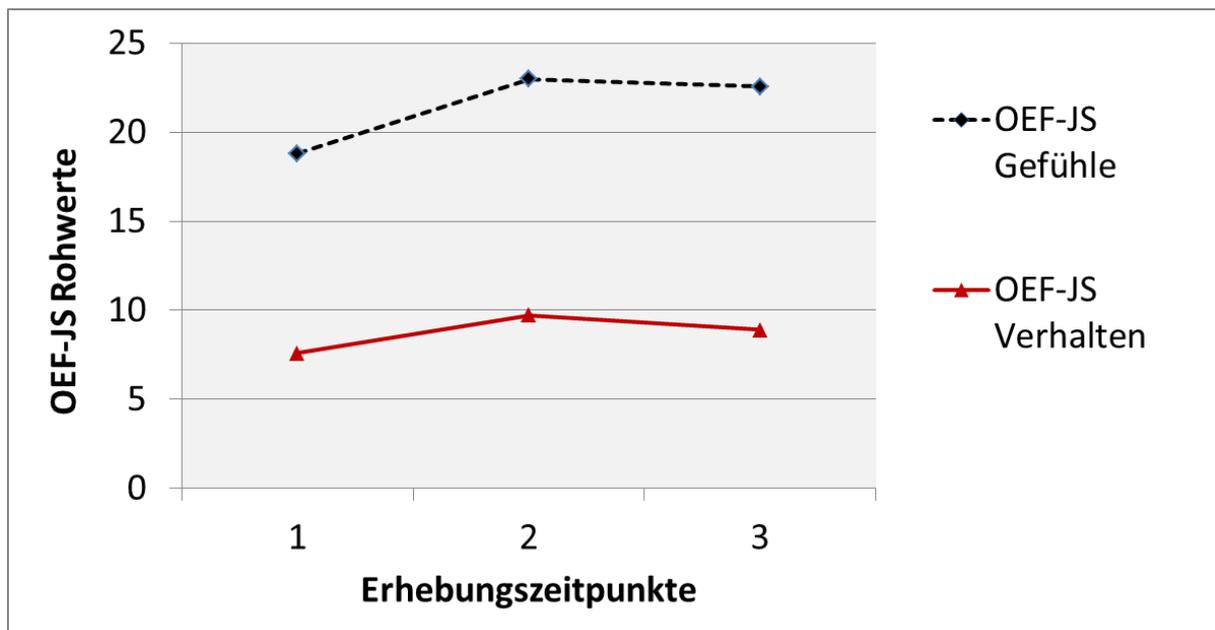


6.7.4 Opferempathie (Veränderung des OEF-JS)

Die Ergebnisse zur Analyse der Opferempathie (OES-JS zu T0-T1-T2) der Skala Gefühle und der Skala Verhalten sind im Anhang 02, Tabellen 62-76, ersichtlich. Die Ergebnisse basieren nur auf den Angaben von 63 Probanden (zwei Probanden weigerten sich, die OEF-JS auszufüllen).

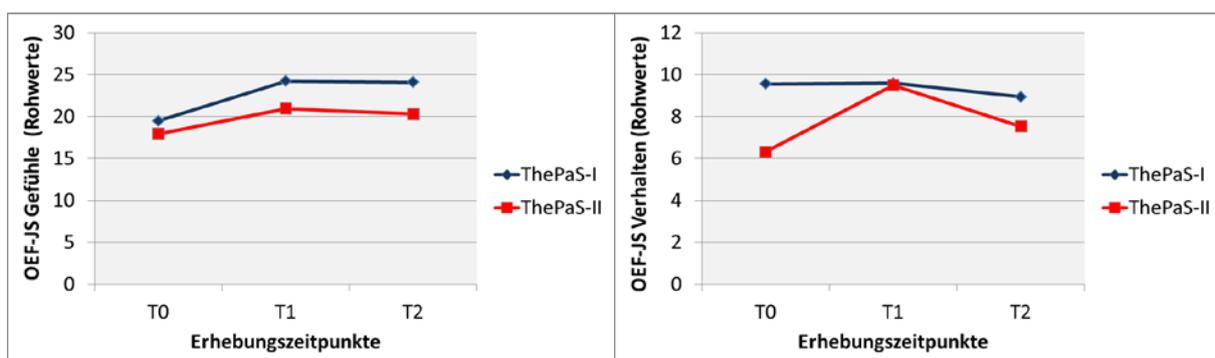
Effekte in Bezug auf eine zeitliche Veränderung: Es zeigen sich in der Skala OEF-JS Gefühle und der Skala OEF-JS Verhalten eine signifikante Veränderung (Zunahme) über die zwei Messzeitpunkte von T0 bis T1 (OEF-JS Gefühle: T0 = 18.79; T1 = 22.99; $t = -.366$, $p = .001$. OEF-JS Verhalten: T0 = 7.60; T1 = 9.72; $t = -2.44$, $p = .015$). Weiter zeigt sich beim OEF-JS eine signifikante Veränderung (Zunahme) der Skala Gefühle über drei Messzeitpunkte. In der Skala Verhalten zeigt sich eine signifikante Tendenz in der Veränderung in Form einer Zunahme (OEF-JS Gefühle: T0 = 18.79; T1 = 22.99; T2 = 22.57. $F = 8.24$, $p = .001$. OEF-JS Verhalten: T0 = 7.60; T1 = 9.72; T2 = 8.90. $F = 3.01$, $p = .053$) (Grafik 16).

Grafik 16: Veränderung der Opferempathie in der Interventionsgruppe gemäss OEF-JS Gefühle und OEF-JS Verhalten



Effekte der Behandlungsbedingung/Multivariate Analyse der Opferempathie: Es ergaben sich bei keiner der beiden Skalen signifikante Effekte in Bezug auf die Behandlungsbedingung (ThePaS-I vs. ThePaS-II) im GLM mit Messwiederholung (Anhang 02, Tabelle 73 und 75), auch wenn die Kovariate Alter im GLM mitberücksichtigt wurde (Anhang 02, Tabelle 74 und 76). Die Grafik 17 zeigt den Verlauf der OEF-JS Skalen der zwei Gruppen über die drei Erhebungszeitpunkte. Die Kovariate Alter wird in einem GLM signifikant, was darauf hinweist, dass ältere Probanden eine grössere Zunahme der Opferempathie in Bezug auf die Verhaltensausswirkungen zeigen (Anhang 02, Tabelle 76).

Grafik 17: Veränderungen der Opferempathie in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) gemäss OEF-JS Gefühle und OEF-JS Verhalten



Interpretation: Es zeigt sich, dass die Opferempathie über die Intervention zunimmt und im Kattmesezeitraum stabil bleibt. Die verbesserte Opferempathie kann im Fragebogen dahingehend beurteilt werden, dass die Auswirkung des eigenen sexuellen Delikts auf die Gefühle und das Verhalten des Opfers von den Probanden der gesamten Interventionsgruppe zunehmend schwerwiegender beurteilt wird. Dieser Effekt zeigt sich etwas deutlicher in Bezug auf die Gefühle als in Bezug auf das Verhalten des Opfers.

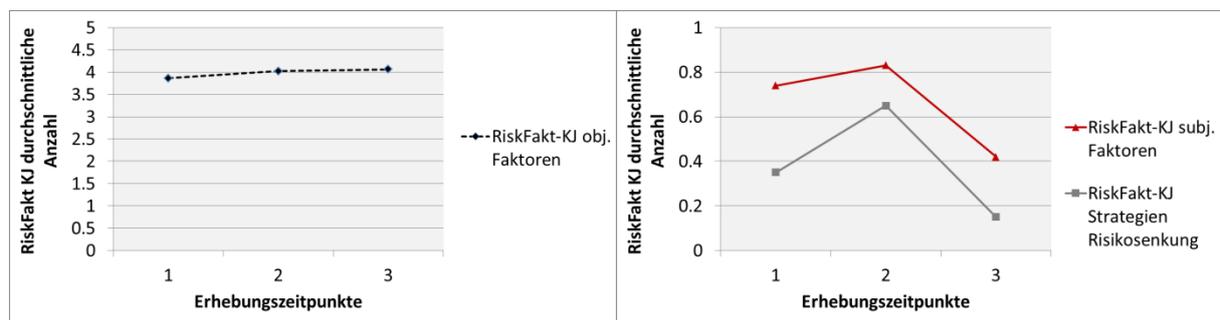
Es ergab sich kein Effekt der Behandlungsbedingung ThePaS-I vs. ThePaS-II auf die Opferempathie. Nur in der deliktorientierten Bedingung (ThePaS-I) wurde jedoch die Opferempathie thematisiert. Es wäre daher zu erwarten gewesen, dass die Probanden der ThePaS-I Bedingung eine grössere Zunahme der Opferempathie gezeigt hätten. Möglicherweise waren Elemente des ThePaS-II auch effektiv und führten zu einer Verbesserung der emotionalen Kompetenzen, was sich auch in einer verbesserten Opferempathie widerspiegelte.

6.7.5 Bewusstsein über Risikofaktoren (Veränderung des RiskFakt-KJ)

Die Ergebnisse zur Analyse des Bewusstseins zu Risikofaktoren für weitere Sexualdelinquenz (RiskFakt-KJ zu T0-T1-T2), der Anzahl objektiver Risikofaktoren, der Anzahl subjektiver Risikofaktoren und der Anzahl dazugehöriger Strategien zur Risikosenkung sind im Anhang 02, Tabellen 77-91, ersichtlich.

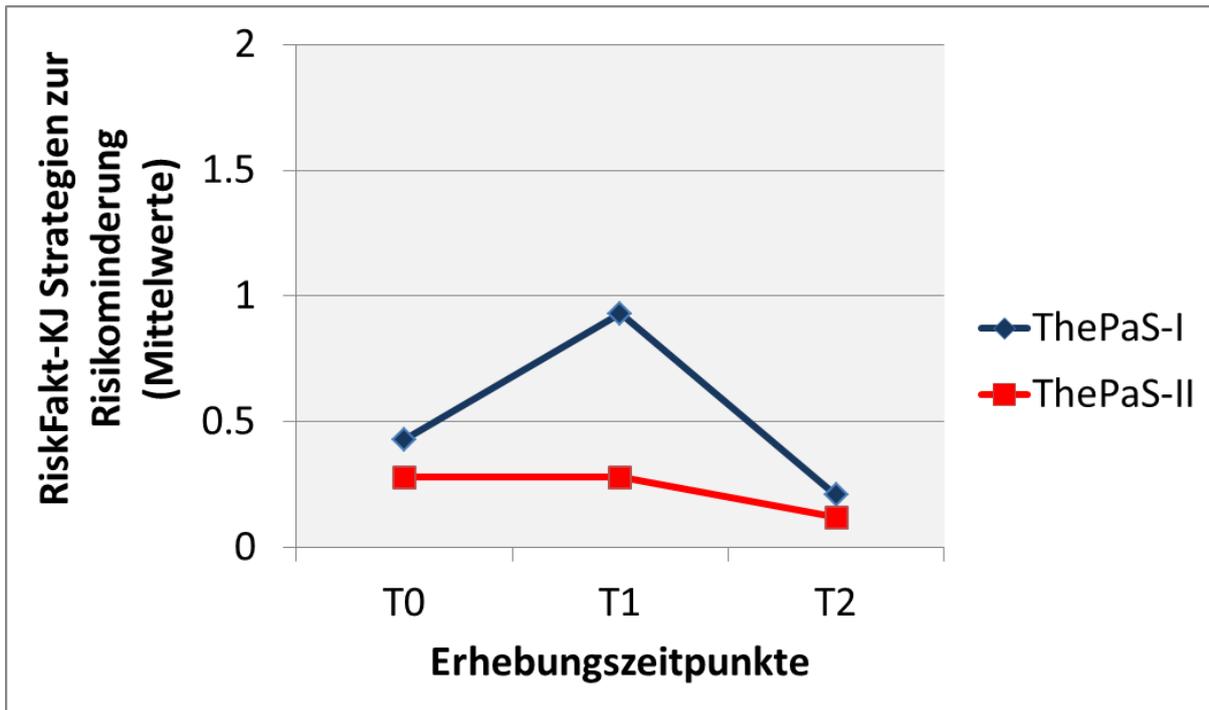
Effekte in Bezug auf eine zeitliche Veränderung: Es zeigten sich bei der Anzahl objektiver Risikofaktoren und der Anzahl subjektiver Risikofaktoren keine signifikanten Veränderungen über zwei oder drei Messzeitpunkte (durchschnittliche Anzahl objektiver Risikofaktoren: T0 = 3.86; T1 = 4.02; T2 = 4.06. Durchschnittliche Anzahl subjektiver Risikofaktoren: T0 = 0.74; T1 = 0.83; T2 = 0.42). Bei der durchschnittlichen Anzahl dazugehöriger Strategien zeigte sich eine signifikante Veränderung über drei Messzeitpunkte (T0 = 0.35; T1 = .65; T2 = 0.15; $F = 3.85$, $p = .038$) (Grafik 18).

Grafik 18: Veränderungen im Bewusstsein über objektive und subjektive Risikofaktoren sowie Strategien zur Risikosenkung in der Interventionsgruppe gemäss RiskFakt-KJ



Effekte der Behandlungsbedingung/Multivariate Analyse des RiskFakt KJ: Es ergaben sich bei keiner der drei Skalen signifikante Effekte in Bezug auf die Behandlungsbedingung (ThePaS-I vs. ThePaS-II) im GLM mit Messwiederholung (Anhang 02, Tabelle 88 und 90), auch wenn die Kovariate Alter im GLM mitberücksichtigt wurde (Anhang 02, Tabelle 89 und 91). Die Grafik 19 zeigt den Verlauf der von den Probanden im ThePaS-I vs. ThePaS-II angegebenen Strategien zur Risikominderung. Obschon ein Anstieg von T0 zu T1 in den angegebenen Strategien ausschliesslich bei den Probanden des ThePaS-I ersichtlich ist, ist dieser Effekt statistisch nicht signifikant. Es wurden insgesamt von den Probanden nur sehr wenige Risikofaktoren als subjektiv relevant beurteilt und daher auch sehr wenige Strategien überhaupt benannt.

Grafik 19: Veränderungen im Bewusstsein über Risikofaktoren in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) gemäss RiskFakt-KJ Strategien zur Risikominderung



Interpretation: Es zeigen sich entgegen den Erwartungen keine Veränderungen über die Intervention und den Katamnesezeitraum in Bezug auf die objektiven (Vorhandensein) und subjektiven Risikofaktoren. Die Anzahl Strategien zur Risikosenkung zeigt hingegen eine leichte, jedoch nicht signifikante Zunahme über den Interventionszeitraum und ein anschliessender Abfall. Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass für die gesamte Interventionsgruppe keine Sensibilisierung in Bezug auf Risikofaktoren stattfand und die Strategien zur Risikosenkung über die nachfolgende Zeit auch nicht verinnerlicht werden konnten.

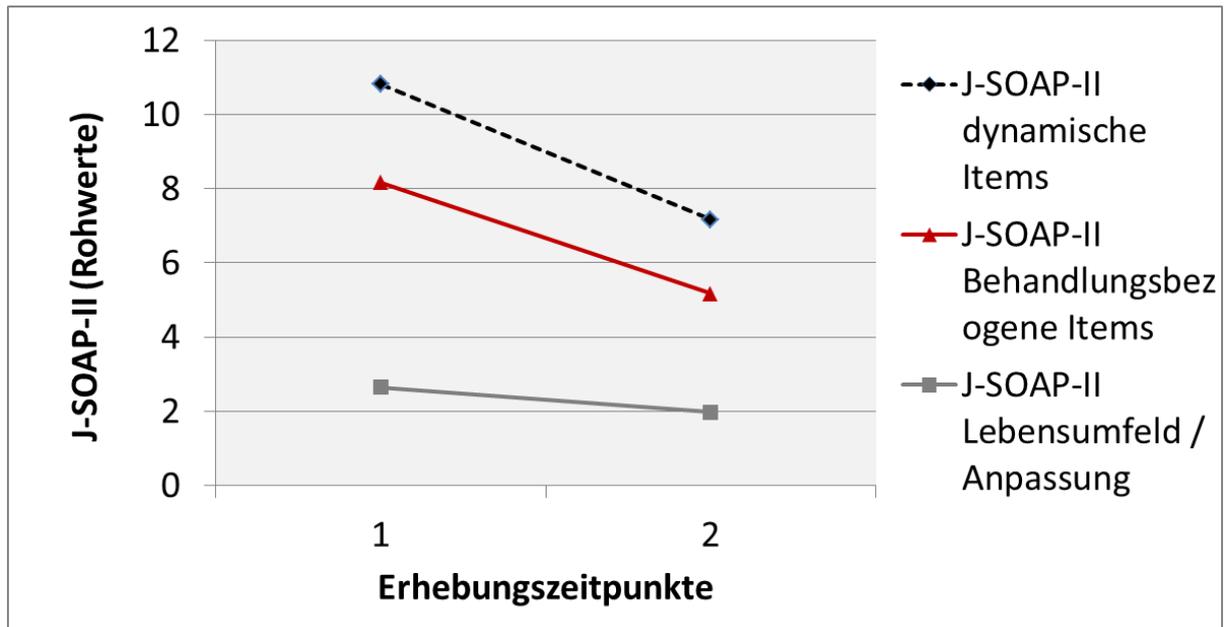
Es ergab sich kein Effekt der Behandlungsbedingung ThePaS-I vs. ThePaS-II auf das Bewusstsein für Risikofaktoren. Das Ergebnis entspricht nicht ganz den Erwartungen. Es wurde davon ausgegangen, dass die ThePaS-I mit der Deliktorientierung im Vergleich zu ThePaS-II mit der Kompetenzorientierung zu einem besseren Bewusstsein von subjektiven Risikofaktoren und entsprechenden Strategien zur Risikosenkung führt. Dieser Effekt konnte mittels des neu entwickelten Instruments jedoch nicht gefunden werden.

6.8. Risikobeurteilungen (Veränderung des J-SOAP-II, dynamische Skalen)

Für die Erhebung der Veränderung des sexuellen Rückfallrisikos wurden die dynamischen Items sowie die entsprechenden dynamischen Subskalen des J-SOAP-II zu T0 und T1 verwendet. Die Ergebnisse sind im Anhang 02, Tabellen 92-96, ersichtlich.

Effekte in Bezug auf eine zeitliche Veränderung: Es zeigt sich eine signifikante Veränderung (Abnahme) über zwei Messzeitpunkte der J-SOAP-II dynamische Items (T0 = 10.82; T1 = 7.17; $t = 6.72$, $p < .001$) in der gesamten Interventionsgruppe. Auch beide dynamische Subskalen zeigen eine signifikante Abnahme (behandlungsbezogene Items: T0 = 8.17; T1 = 5.18; $t = 6.49$, $p < .001$; Lebensumfeld/Anpassung: T0 = 2.65; T1 = 1.98; $t = 2.71$, $p = .009$) ([Grafik 20](#)).

Grafik 20: Veränderungen der Risikobeurteilungen der Interventionsgruppe gemäss J-SOAP-II dynamische Items, behandlungsbezogene Items und Lebensumfeld/Anpassung



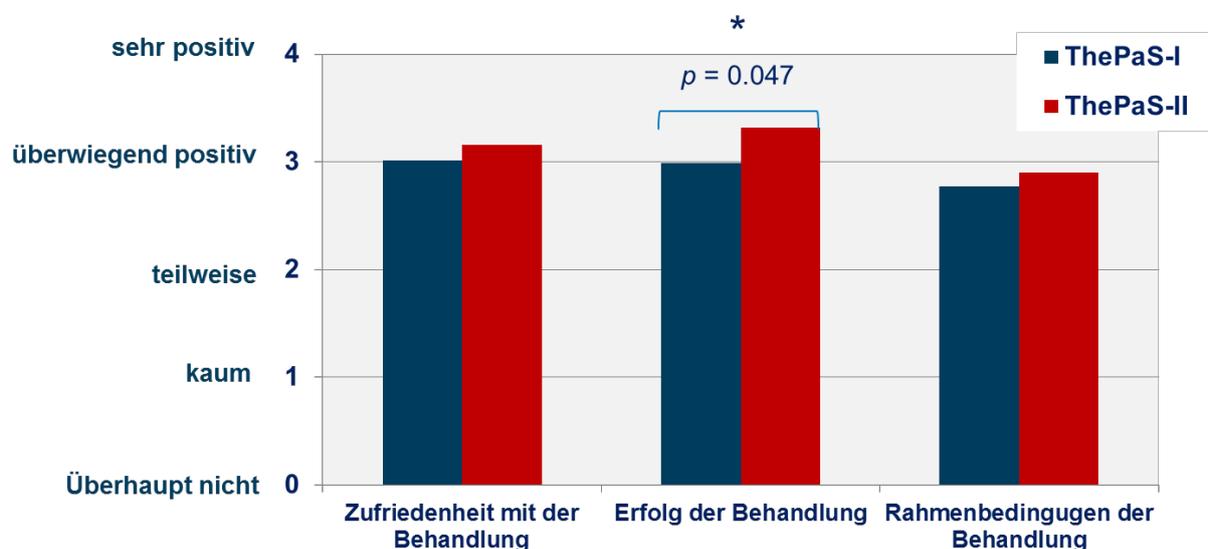
Effekte der Behandlungsbedingung/Multivariate Analyse des J-SOAP-II: Es ergaben sich bei keiner der drei dynamischen Skalen signifikante Effekte in Bezug auf die Behandlungsbedingung (ThePaS-I vs. ThePaS-II) im GLM mit Messwiederholung (Anhang 02, Tabelle 95), auch wenn die Kovariate Alter im GLM mitberücksichtigt wurde (Anhang 02, Tabelle 96).

Interpretation: Unabhängig von der Interventionsbedingung ThePaS-I vs. ThePaS-II zeigte sich über den Zeitraum der Intervention eine signifikante Verminderung des durch den Therapeuten beurteilten Rückfallrisikos für weitere sexuelle Delikte mittels J-SOAP-II. Dies zeigte sich auch durch die Verminderung der behandlungsbezogenen Items, welche z.B. das Wissen von Strategien zu Risikoverminderung, Empathie und kognitive Verzerrungen umfassen.

6.9. Behandlungszufriedenheit

Die Ergebnisse zur Selbsteinschätzung durch die Jugendlichen mittels des Fragebogens zur Behandlungszufriedenheit (Mattejat & Remschmidt, 1999) wurden zum Zeitpunkt T1 erhoben und sind im Anhang 02, Tabelle 97, ersichtlich. Es zeigt sich insgesamt eine überwiegend positive bis sehr positive Einschätzung der Zufriedenheit mit der Behandlung, des Behandlungserfolgs und eine teilweise bis überwiegend positive Beurteilung der Rahmenbedingungen der Behandlung.

Grafik 21: Zufriedenheit mit der Behandlung, Erfolg der Behandlung sowie Rahmenbedingungen der Behandlung in den Behandlungsbedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II)



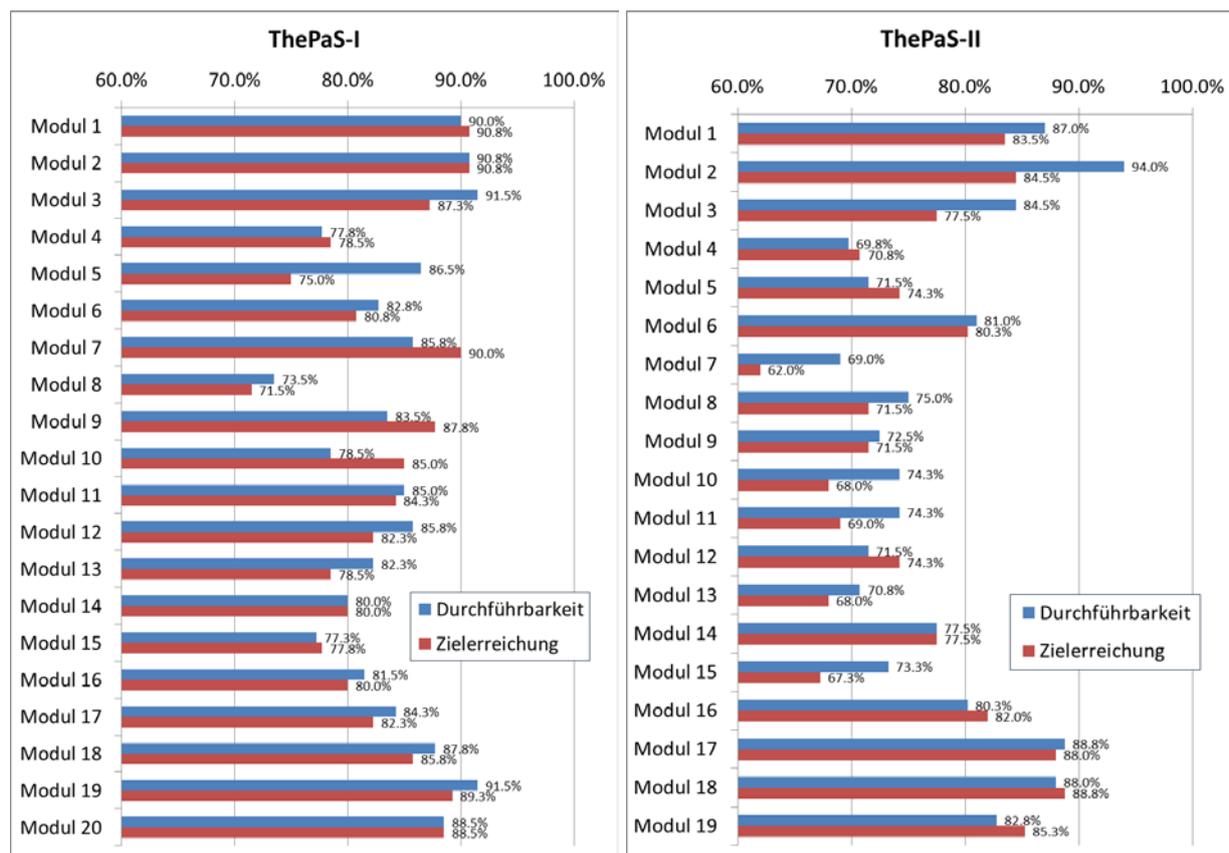
Effekte der Behandlungsbedingung: Während sich in den beiden Skalen Zufriedenheit mit der Behandlung und Rahmenbedingungen der Behandlung keine signifikanten Unterschiede zeigten, beurteilten die Probanden des ThePaS-II den Erfolg der Behandlung signifikant höher als die Probanden des ThePaS-I (3.32 vs. 2.99, $t = -2.03$, $p = .047$) ([Grafik 21](#)).

Interpretation: Möglicherweise wurden die Trainings zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen als hilfreich wahrgenommen, während die Bearbeitung des eigenen Delikts als unangenehmer empfunden wurde. Dies widerspiegelte sich in den subjektiven Einschätzungen des Behandlungserfolgs.

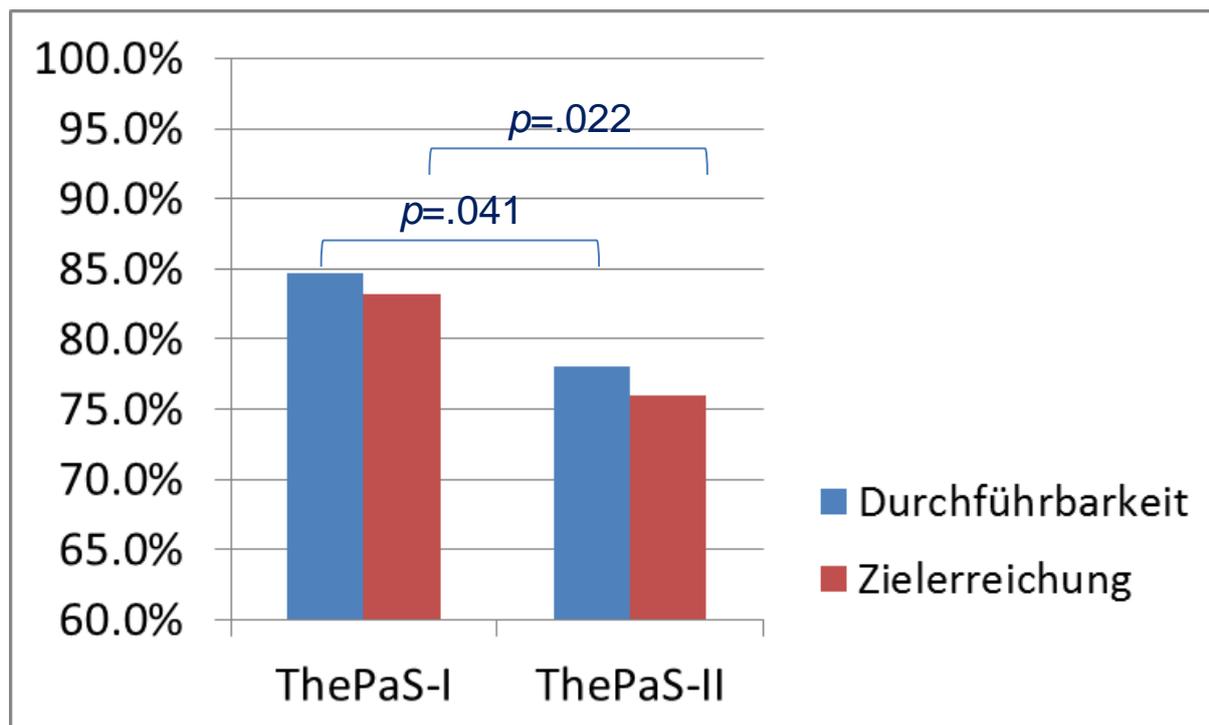
6.10. Treatment Integrity

Die Durchführbarkeit und Zielerreichung des ThePaS-I und ThePaS-II wurden von den Therapeuten auf einer Skala von 1 (nicht durchführbar/Ziele nicht erreicht) bis 4 (voll durchführbar, Ziele voll erreicht) eingeschätzt. Die Ergebnisse sind im Anhang 02, Tabelle 98 und 99, ersichtlich. Die Reliabilität der Skala wurde anhand von unabhängigen Videoratings ermittelt. Bei allen Skalen für ThePaS-I und ThePaS-II, ausser der Skala Zielerreichung im ThePaS-I, ergaben sich ausreichende Interraterreliabilitäten (Werte $> .70$). Die Ergebnisse für die einzelnen Module und die Gesamtdurchführung sind in der [Grafik 22](#) dargestellt. Die Skala Zielerreichung in ThePaS-I zeigte nur eine knapp genügende Übereinstimmung ($ICC = .63$). Zur besseren Verständlichkeit wurden die Angaben in Bezug auf den Maximalwert prozentmässig dargestellt (100% entspricht einer maximalen Durchführbarkeit / Zielerreichung).

Grafik 22: Durchführbarkeit und Zielerreichung der Module des ThePaS-I und ThePaS-II



Grafik 23: Treatment Integrity über das gesamte ThePaS-I und ThePaS-II



Die Analyse der Treatment Integrity bezüglich der durchschnittlichen Durchführbarkeit zeigt, dass das ThePaS-I von den Therapeuten als besser durchführbar beurteilt wird als das ThePaS-II (84.7% vs. 78.1%, $t = 2.08$, $p = .041$). Weiter zeigt sich bezüglich der durchschnittlichen Zielerreichung, dass die Ziele des ThePaS-I von den Therapeuten als besser erreicht beurteilt wurden als von den Therapeuten des ThePaS-II (83.2% vs. 76.0%, $t = 2.34$, $p = .022$) (Grafik 23).

Interpretation: Die Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass die Therapeuten das ThePaS-I als besser durchführbar und besser umsetzbar beurteilten. Möglicherweise waren einige Therapieelemente (z.B. Achtsamkeit) des ThePaS-II für die Therapeuten sehr anspruchsvoll (siehe Kapitel 4.5).

6.11. Kriminalität/Deliktangaben

6.11.1 Vordelikte und sexuelle Anlassdelikte

Die Analysen der Vordelikte sind im Anhang 02, Tabellen 100-102, ersichtlich. Gemäss der Aktenkodierung hatten 18 (27.7%) Probanden der gesamten Interventionsgruppe bereits ein sexuelles Delikt, 20 (30.8%) ein Gewaltdelikt und 36 (55.4%) irgendein Delikt vor dem Anlassdelikt begangen, wenn auch inoffizielle, nicht angezeigte Delikte berücksichtigt wurden (Anhang 02, Tabelle 100). Die Daten der offiziellen Datenquellen zeigen deutlich geringere Raten an Vordelikten. Es zeigen sich bei keiner der Vordelikte signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen.

Bezüglich der sexuellen Anlassdelikte sind die Informationen zu den Deliktfaktoren (Tat- und Opfermerkmale) im Anhang 02, Tabelle 103, ersichtlich. Es ergaben sich in Bezug auf zwei Variablen signifikante Unterschiede in den beiden Behandlungsbedingungen: (1) Probanden im ThePaS-II begingen Delikte häufiger als Einzeltäter wie Probanden im ThePaS-I (93.1% vs. 65.7%, $t = 6.96$, $p = .008$). (2) Probanden im ThePaS-I begingen häufiger mehr als 10 Tatkomplexe (abgrenzbare sexuelle Taten) wie Probanden im ThePaS-II (37.1% vs. 13.8%, $t = 4.43$, $p = .035$). In Bezug auf alle anderen erhobenen Deliktmerkmale, insbesondere die Opferwahl und die Deliktschwere, zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen.

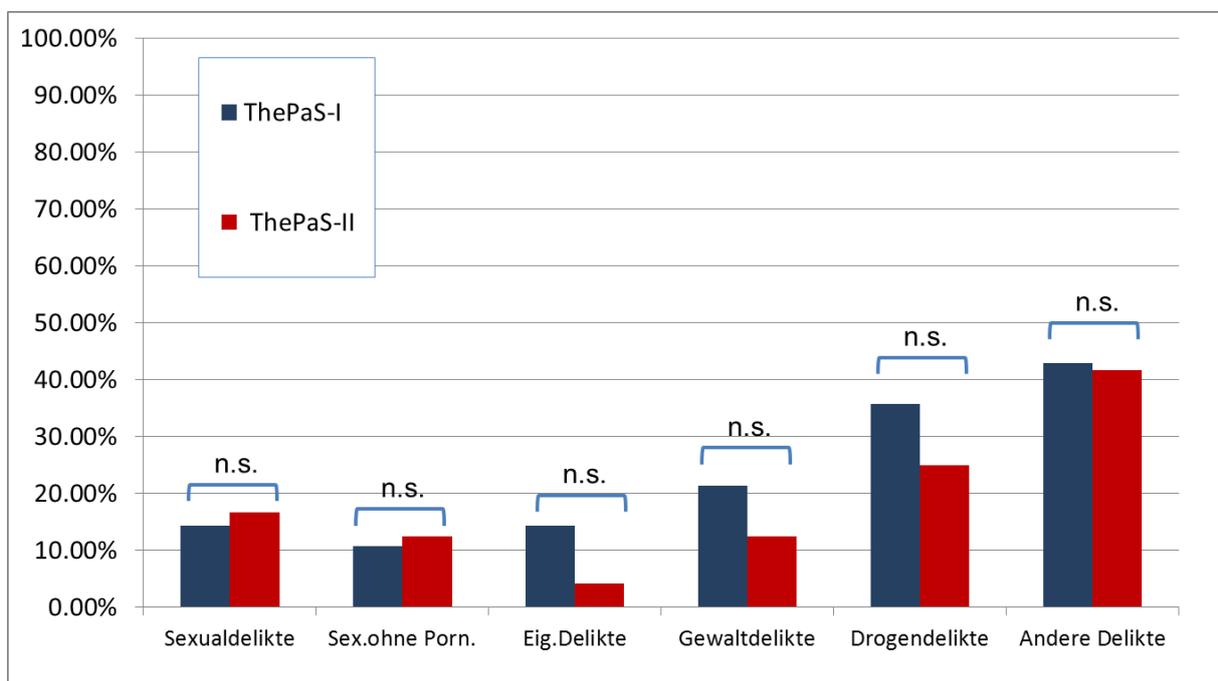
Interpretation: Die Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass die Probanden des ThePaS-I häufiger als Einzeltäter agierten und häufiger über längere Zeit mit verschiedenen Tatkomplexen

sexuelle Übergriffe begingen. Die Unterschiede haben möglicherweise auch einen Einfluss auf die weitere Delinquenz und müssen bei der Interpretation der Aktenstudie diskutiert werden.

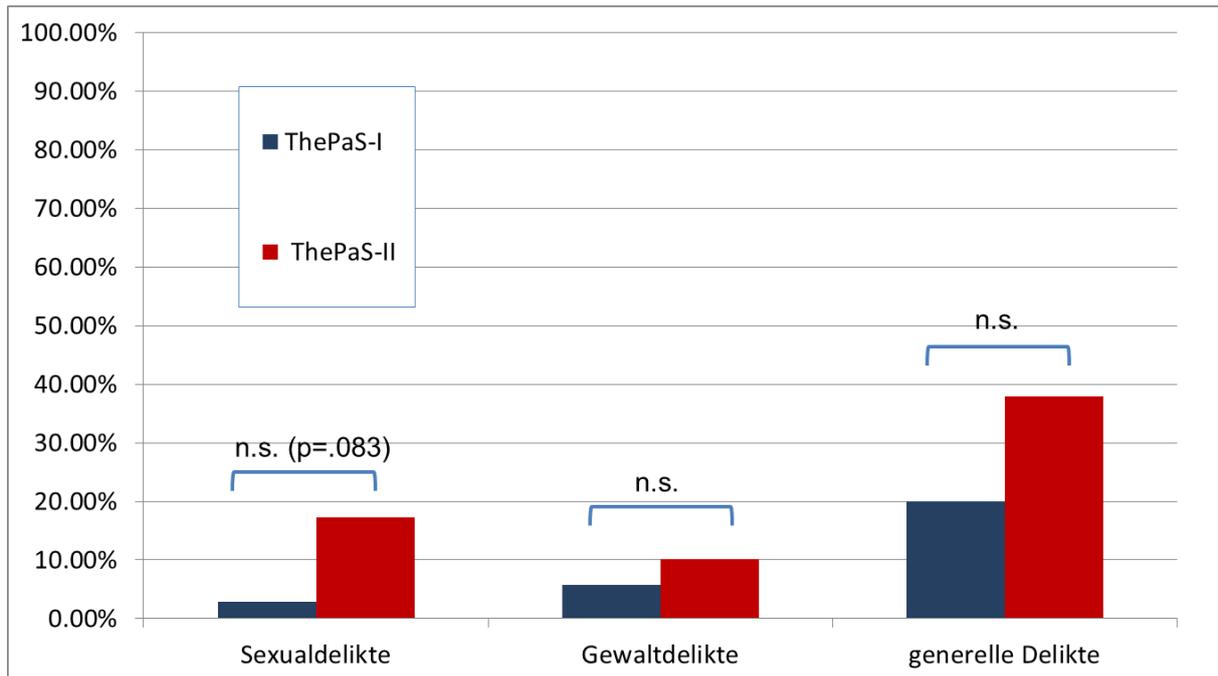
6.11.2 Kriminelle Rückfälle

Die Ergebnisse zu den kriminellen Rückfällen sind im Anhang 02, Tabellen 104-118, ersichtlich. Die Angaben der Probanden mittels des SRD Fragebogens zum Zeitpunkt T2 zeigen, dass 8 (15.1%) Probanden einen sexuellen Rückfall (inkl. Pornografiedelikte) während der Intervention hatten sowie ebenfalls 8 (15.1%) Probanden einen sexuellen Rückfall (inkl. Pornografiedelikte) nach der Therapie hatten. Die Daten ohne Berücksichtigung von Pornografiedelikten sind nur leichtgradig geringer. Es ergeben sich für Delikte während und nach dem ThePaS keine Hinweise auf Unterschiede zwischen den beiden Therapiebedingungen. Auch in Bezug auf andere nicht sexuelle Delikte ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Therapiebedingungen. In der Grafik 24 sind die Häufigkeiten der Delikte nach der Therapie abgebildet.

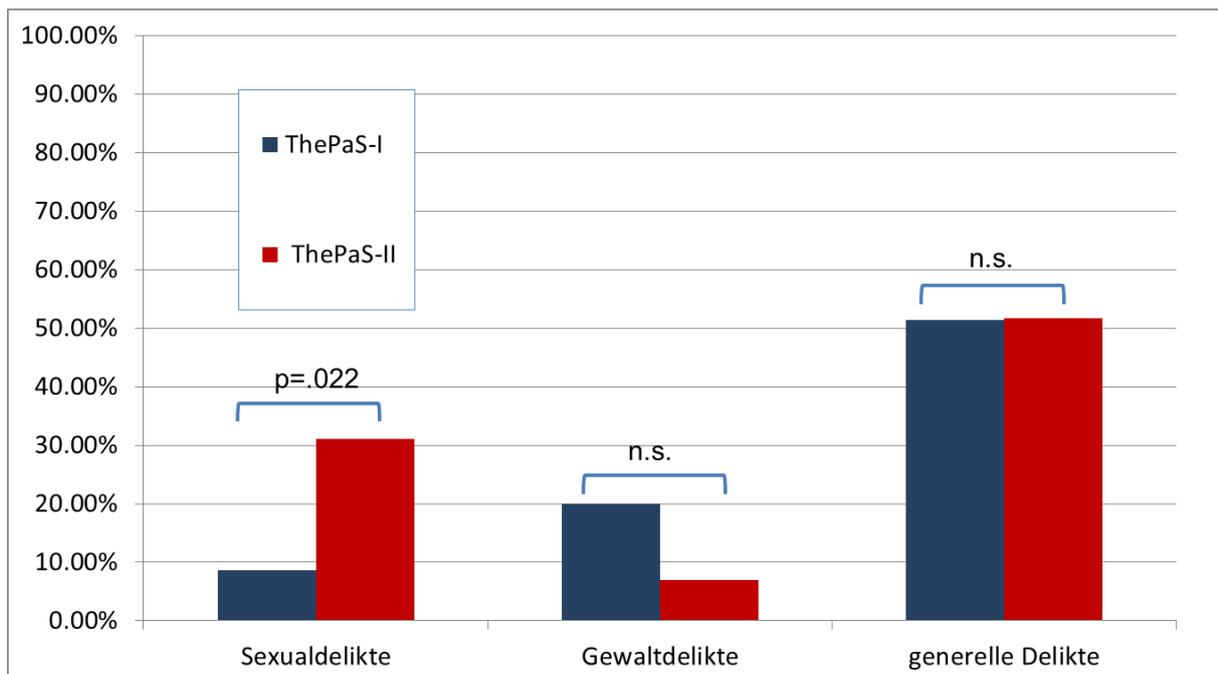
Grafik 24: Häufigkeiten der Delikte nach dem ThePaS in Prozent für Probanden des ThePaS-I und ThePaS-II



Die weiteren Auswertungen der kriminellen Rückfälle beziehen sich auf die Aktenanalyse, die Strafregisterdaten (VOSTRA) und die Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS). Die Ergebnisse, wenn alle Quellen (Akten und Registerdaten) berücksichtigt sind, sind im Anhang 02, Tabellen 116-118, ersichtlich. Ein Teil der Probanden zeigte bereits während der Therapie weitere Delikte. Grafik 25 zeigt die Häufigkeiten für das Auftreten von sexuellen, gewalttätigen und generellen Delikten während der Intervention. Die Daten sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die ThePaS-Interventionen je nach Setting und Klient eine unterschiedliche Dauer aufweisen können. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, aber eine signifikante Tendenz in Bezug auf die Sexualdelikte zugunsten ThePaS-I.

Grafik 25: Delikte während der Therapie in der Interventionsgruppe (ThePaS-I vs. ThePaS-II)

Berücksichtigt man die Rückfälle nach dem Abschluss des ThePaS (ab T1) mit dem jeweilig maximal möglichen Rückfallzeitraum (bis April 2019) ergeben sich signifikante Unterschiede in Bezug auf das Auftreten von sexueller Rückfälligkeit (inklusive Pornografiedelikte). Die Probanden des ThePaS-II zeigen häufiger einen sexuellen Rückfall als die Probanden des ThePaS-I. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich bzgl. gewalttätiger und genereller Rückfälligkeit zwischen den beiden Therapiebedingungen. Die beiden Therapiebedingungen sind bezüglich des maximalen Rückfallzeitraums ab T1 vergleichbar (Mittelwert ThePaS-I = 1551 Tage; ThePaS-II = 1638 Tage, $t = -0.54$, n.s.) (Grafik 26).

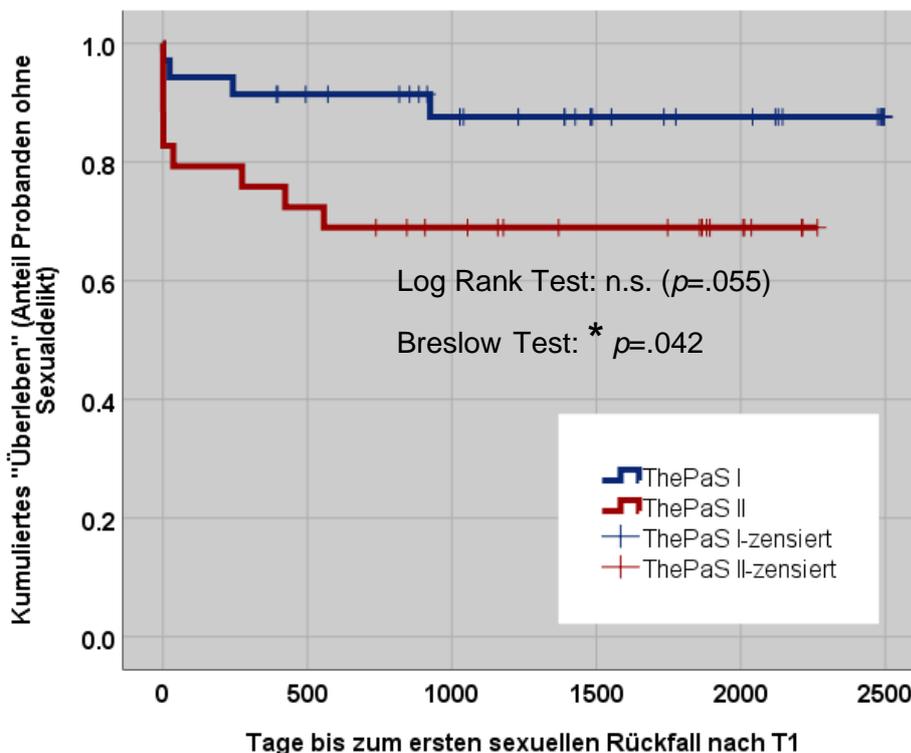
Grafik 26: Kriminelle Rückfälle nach Abschluss der Therapie in Prozent in der Interventionsgruppe (ThePaS-I vs. ThePaS-II) (ab T1; Rückfallzeitraum 276 bis 2'496 Tage)

6.11.3 Zeitliches Auftreten von kriminellen Rückfällen

Es wurde eine Kaplan Meier Analyse erstellt, um das zeitliche Auftreten von kriminellen Rückfällen nach der Therapie (wenn bereits ein Rückfall während der Therapie auftrat, wurde der Proband bei T1 als direkt rückfällig beurteilt) zu testen. Die statistischen Voraussetzungen für diese Analysen waren für alle getesteten Deliktkategorien erfüllt.

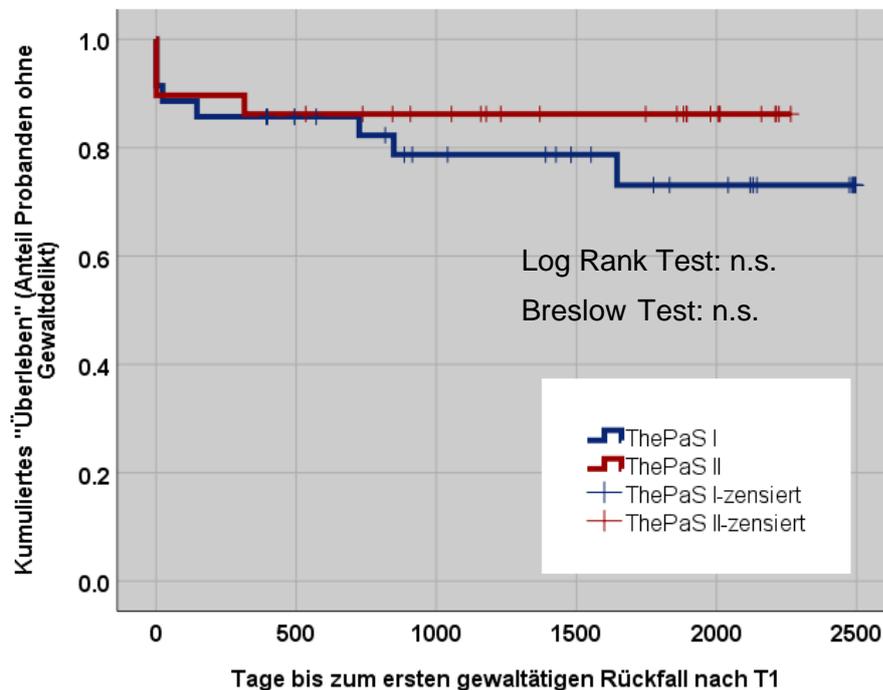
Die Grafik 27 zeigt den zeitlichen Verlauf der beiden Therapiebedingungen ab T1 bezüglich des zeitlichen Auftretens von sexuellen Rückfällen. Ein Abfall der Kurve zeigt das Auftreten von sexuellen Rückfällen. Bei den zensierten Fällen weisen vertikale Striche auf das Ende ihres beobachtbaren Rückfallzeitraums hin. Es zeigte sich ein tendenziell signifikanter Unterschied (mittlere „Überlebenszeit“ (Tage bis sexuellen Rückfall) für ThePaS-I = 2'230 Tage, für ThePaS-II = 1'607 Tage, Log Rank $\chi^2 = 3.68$, $p = .055$). Wenn man den frühen Rückfällen ein grösseres Gewicht in der Analyse zukommen lässt (d.h. als Rückfälle während und kurz nach dem ThePaS als gravierender beurteilt), zeigt sich ein signifikanter Unterschied in den beiden Behandlungsbedingungen: Breslow $\chi^2 = 4.09$, $p = .042$). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Probanden in der ThePaS-II Bedingung im Vergleich zu den Probanden in der ThePaS-I Bedingung schneller mit sexuellen Rückfällen auffällig werden.

Grafik 27: Zeitliches Auftreten von sexuellen Rückfällen in beiden Therapiebedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) ab T1



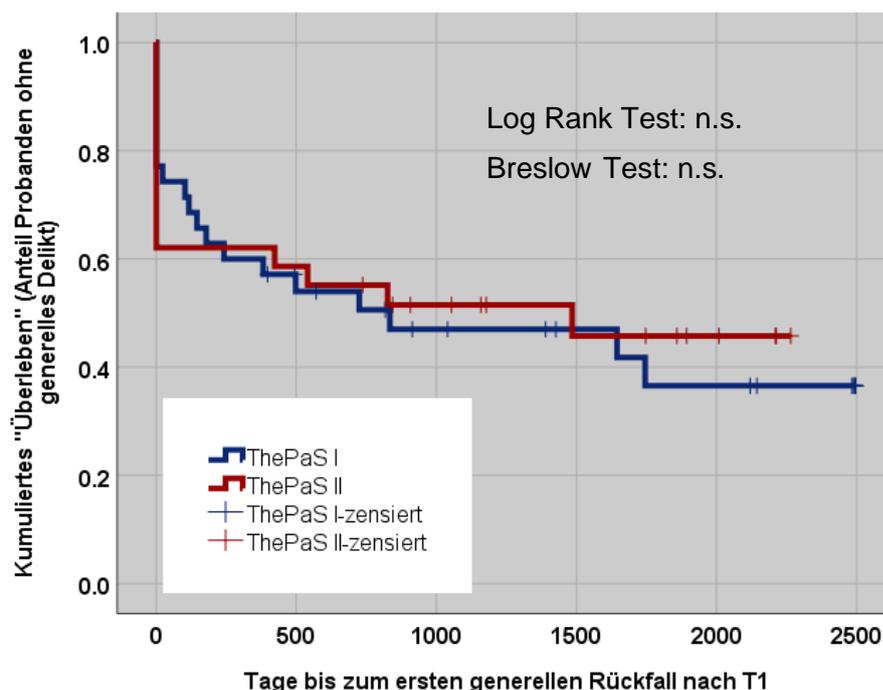
Die Grafik 28 zeigt den zeitlichen Verlauf der beiden Therapiebedingungen ab T1 bezüglich des zeitlichen Auftretens von gewalttätigen Rückfällen (ein Abfall der Kurve zeigt das Auftreten von gewalttätigen Rückfällen). Bei den zensierten Fällen weisen vertikale Striche auf das Ende ihres beobachtbaren Rückfallzeitraums hin. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied (mittlere „Überlebenszeit“ (Tage bis gewalttätiger Rückfall) für ThePaS-I = 1'977 Tage, für ThePaS-II = 1'964 Tage, Log Rank $\chi^2 = 0.89$, n.s.; Breslow $\chi^2 = 0.47$, $p = n.s.$).

Grafik 28: Zeitliches Auftreten von gewalttätigen Rückfällen in beiden Therapiebedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) ab T1



Die **Grafik 29** zeigt den zeitlichen Verlauf der beiden Therapiebedingungen ab T1 bezüglich des zeitlichen Auftretens von generellen Rückfällen (ein Abfall der Kurve zeigt das Auftreten von generellen Rückfällen). Bei den zensierten Fällen weisen vertikale Striche auf das Ende ihres beobachtbaren Rückfallzeitraums hin. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied (mittlere „Überlebenszeit“ (Tage bis genereller Rückfall) für ThePaS-I = 1'193 Tage, für ThePaS-II = 1'185 Tage, Log Rank $\chi^2 = 0.16$, n.s.; Breslow $\chi^2 = 0.03$, $p = n.s.$).

Grafik 29: Zeitliches Auftreten von generellen Rückfällen in beiden Therapiebedingungen (ThePaS-I vs. ThePaS-II) ab T1



6.11.4 Weitere explorativen Analysen

Zur Analyse von zusätzlichen Prädiktorvariablen neben den Behandlungsbedingungen wurden multivariate Cox-Regressionen in Bezug auf das zeitliche Auftreten von sexuellen Rückfällen errechnet (da keine Unterschiede in Bezug auf gewalttätige und generelle Rückfälle vorhanden waren, wurden weitere Analysen diesbezüglich nicht durchgeführt). Zur besseren Interpretation wurden dimensionale Variablen z-transformiert.

Bei der Durchführung der folgenden multivariaten Analysen mit der Behandlungsbedingung und weiteren Prädiktoren wurden das Alter, die ausländische Nationalität und die niedrige soziale Schicht als Kontrollvariablen einbezogen.

Die Ergebnisse der multivariaten Cox-Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score sind in der [Tabelle 13](#) aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II) mit einer signifikanten Verminderung des zeitlichen Auftretens von sexuellen Rückfällen assoziiert ist. Der J-SOAP-II Total Score ist positiv mit dem zeitlichen Auftreten von sexuellen Rückfällen assoziiert.

Tabelle 13: Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score

Prädiktoren	Wald test (sign.)	OR (95% CI)
Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II)	4.65, $p=.031$	0.25 (0.07-0.88)
J-SOAP-II (Total Score z-transformiert)	5.58, $p=.018$	1.93 (1.12-3.33)

Die Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score und der kriminellen Merkmale (Schweregrad, früheres Sexualdelikt) sind in der [Tabelle 14](#) aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II) weiterhin mit einer signifikanten Verminderung des zeitlichen Auftretens von sexuellen Rückfällen assoziiert ist. Hingegen ist weder die Deliktschwere noch ein früheres Sexualdelikt mit dem zeitlichen Auftreten von sexuellen Rückfällen assoziiert.

Tabelle 14: Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score und der kriminellen Merkmale (Schweregrad, früheres Sexualdelikt)

Prädiktoren	Wald (sign.)	OR (95% CI)
Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II)	4.18, $p=.041$	0.26 (0.07-0.95)
J-SOAP-II (Total Score z-transformiert)	3.85, $p=.049$	1.90 (1.00-3.59)
Schweregrad Delikt (z-transformiert)	0.19 n.s.	1.17 (0.57-2.39)
Früheres Sexualdelikt	0.01 n.s.	0.92 (0.23-3.78)

Die Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score und der Behandlungsmerkmale (Treatment Integrity, Therapiesetting) sind in der [Tabelle 15](#) aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II) weiterhin mit einer signifikanten Verminderung des zeitlichen Auftretens von sexuellen Rückfällen assoziiert ist. Hingegen ist weder die Treatment Integrity (Durchführbarkeit und Zielerreichung) noch die Durchführung im Einzelsetting mit dem zeitlichen Auftreten von sexuellen Rückfällen assoziiert.

Tabelle 15: Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score und der Behandlungsmerkmale (Treatment Integrity, Therapiesetting)

Prädiktoren	Wald (sign.)	OR (95% CI)
Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II)	5.79, $p=.016$	0.20 (0.05-0.74)
J-SOAP-II (Total Score z-transformiert)	6.17, $p=.013$	2.14 (1.17-3.91)
Treatment Integrity (Durchführbarkeit) (z-transformiert)	2.19 n.s.	3.79 (0.65-22.05)
Treatment Integrity (Zielerreichung) (z-transformiert)	1.34 n.s.	0.38 (0.07-1.96)
ThePaS Durchführung im Einzelsetting (vs. Gruppe)	0.23 n.s.	1.39 (0.35-5.48)

Die Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score sowie der Irritabilität (T0) und der Psychopathie (YPI Total Score T0) sind in der [Tabelle 16](#) aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II) knapp nicht mehr signifikant mit einer Verminderung des zeitlichen Auftretens von sexuellen Rückfällen assoziiert ist. Auch Irritabilität sowie der YPI Total Score sind nicht signifikant mit dem zeitlichen Auftreten von sexuellen Rückfällen assoziiert.

Tabelle 16: Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score sowie der Irritabilität (T0) und der Psychopathie (YPI Total Score T0)

Prädiktoren	Wald (sign.)	OR (95% CI)
Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II)	3.00, n.s. ($p=.083$)	0.30 (0.08-1.17)
J-SOAP-II (Total Score z-transformiert)	4.02, $p=.045$	2.14 (1.01-3.48)
Irritabilität (z-transformiert)	0.63 n.s.	1.29 (0.69-2.44)
YPI Total Score (z-transformiert)	2.17 n.s.	1.78 (0.83-3.83)

Die Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score sowie der psychischen Störung (Vorliegen einer MINI-KID Diagnose) sind in der [Tabelle 17](#) aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II) nicht mehr signifikant mit einer Verminderung des zeitlichen Auftretens von sexuellen Rückfällen assoziiert ist. Das Vorliegen von einer psychischen Störung ist mit dem zeitlichen Auftreten eines sexuellen Rückfalls positiv assoziiert.

Tabelle 17: Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score sowie der psychischen Störung (Vorliegen einer MINI-KID Diagnose)

Prädiktoren	Wald (sign.)	OR (95% CI)
Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II)	3.00, n.s.	0.44 (0.12-1.58)
J-SOAP-II (Total Score z-transformiert)	2.91, n.s. ($p=.089$)	2.14 (1.01-3.48)
Psychische Störung vorhanden	8.25, $p=.004$	11.46 (2.17-60.49)

Die Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score sowie der Zunahme von RiskFakt-KJ Strategien (T1-T0) und der Abnahme von psychischen Auffälligkeiten (YSR Abnahme T0-T1) sind in der [Tabelle 18](#) aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II) knapp nicht mehr signifikant mit einer Verminderung des zeitlichen Auftretens von sexuellen Rückfällen assoziiert ist. Weder die Zunahme der Risikostrategien noch die Abnahme des YSR Total Score sind signifikant mit dem zeitlichen Auftreten von sexuellen Rückfällen assoziiert.

Tabelle 18: Ergebnisse der multivariaten Cox Regression mit zusätzlichem Einbezug des J-SOAP-II Total Score sowie der Zunahme von RiskFakt-KJ Strategien (T1-T0) und der Abnahme von psychischen Auffälligkeiten (YSR Abnahme T0-T1)

Prädiktoren	Wald (sign.)	OR (95% CI)
Behandlungsbedingung ThePaS-I (vs. ThePaS-II)	3.39, n.s. ($p=.066$)	0.27 (0.07-1.09)
J-SOAP-II (Total Score z-transformiert)	2.91, $p=.020$	2.11 (1.12-3.96)
RiskFakt-KJ Zunahme an Strategien (T1-T0) (z-transformiert)	2.30, n.s.	1.47 (0.89-2.40)
YSR Total Score Abnahme (T0-T1) (z-transformiert)	0.59, n.s.	1.30 (0.67-2.53)

Interpretation: Die Diskussion der Ergebnisse der umfassenden Analyse von kriminellen Rückfällen erfolgt in der Gesamtdiskussion.

7. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung war die erste umfassende Validierung eines Therapieprogramms für JS in der Schweiz. Die Ergebnisse sind in Bezug auf ihre gesellschaftliche Relevanz, ihre klinisch-forensische Bedeutung und für zukünftige Forschungsprojekte zu diskutieren. Die Stärken und Grenzen des methodischen Designs sind aufzugreifen. Die Einhaltung der Evaluations-Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (Widmer, Landert & Bachmann, 2000) in Bezug auf die Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Korrektheit und Genauigkeit sind zu berücksichtigen. Im Rahmen der Diskussion werden nun zuerst die untersuchten Stichproben diskutiert, der Therapieverlauf/Katamnese erörtert und danach die Ergebnisse der beiden Studien (Aktenstudie und Interventionsstudie) mit ihren unterschiedlichen Designs mit den entsprechenden Hypothesen und Fragestellungen diskutiert. Danach wird auf die beiden weiteren Subprojekte dieses Modellversuchs (Entwicklung Risk-Fakt-KJ und die Messung von kriminellen Rückfällen) eingegangen. Nach der übergreifenden Diskussion der Stärken und Limitierungen dieses Modellversuchs werden einerseits Schlussfolgerungen für den Umgang mit JS und den Einsatz des ThePaS (bzw. des ThePaS-I und ThePaS-II) aufgestellt. Andererseits wird die Bedeutung des Modellversuchs für zukünftige Evaluationsprojekte und die Forschung im Bereich Jugenddelinquenz herausgearbeitet. Im Rahmen eines Ausblicks werden dann noch konkrete Vorschläge für die zukünftige klinische Nutzung des ThePaS gemacht. Zudem werden Anregungen für zukünftige weitere Forschungsprojekte in diesem Bereich gegeben.

7.1. Jugendliche mit Sexualdelikten in der Schweiz (deskriptive Ergebnisse)

Die vorliegende Studie untersuchte mittels verschiedener Instrumente Jugendliche, welche im Alter von 10-18 Jahren in der Schweiz ein Delikt gegen die sexuelle Integrität begangen haben bzw. deshalb in einem Jugendstrafverfahren anhängig waren (zudem wurden drei Jugendliche mit sexuellen Übergriffen in die Interventionsgruppe einbezogen, welche durch die KESB zugewiesen wurden). Die umfangreiche Datenerhebung mittels Akten und Selbstberichten ermöglicht einen einmaligen Einblick in das Umfeld und die Persönlichkeit von JS. Basierend auf den Analysen der Akten ([Anhang 01](#)) und der Selbstberichte ([Anhang 02](#)) sollen nun im Folgenden die wichtigsten deskriptiven Ergebnisse der beiden untersuchten Stichproben diskutiert werden.

7.1.1 Aktenkontrollgruppe

Die Aktenkontrollgruppe wurde basierend auf den Untersuchungs- und Verlaufsakten der Jugendanwaltschaften der Deutschschweiz von JS mit Delikten zwischen 01.01.2007 und 30.09.2014 konzipiert. 687 Probanden aus 13 Kantonen waren verfügbar. Nach Sichtung der Akten und dem Ausschluss von Probanden ohne psychiatrisch, psychologisch und/oder sozialarbeiterisch erhobenen Informationen und der Nichtberücksichtigung von Probanden mit erfüllten Ausschlusskriterien konnten 239 männliche Probanden der Aktenkontrollgruppe in die Untersuchung einbezogen werden (Alter bei der Verfahrenseröffnung 10.10 bis 18.73 Jahre; Mittelwert 14.74 Jahre).

Insgesamt ist die Rekrutierung der Kontrollgruppe als erfolgreich zu beurteilen und die Anzahl der Probanden als ausreichend, um anschliessend eine parallelisierte Stichprobe zu definieren. Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Jugendanwaltschaften war sehr konstruktiv und unterstützend. Die Daten konnten mittels des einheitlichen Codierungssystems, welches zur Erhebung der Daten verwendet wurde, systematisch erhoben werden (M. Aebi et al., 2014). Allerdings zeigten sich grosse Unterschiede in der Handhabung und Fallführung zwischen den Kantonen, was sich auch im unterschiedlichen Informationsgehalt der Akten widerspiegelte. Die Unterschiede waren vor allem im Hinblick auf die Codierung der Massnahmenverläufe problematisch, da vielfach nur wenige oder gar keine Angaben zum Verlauf (auch Therapieverlauf) verfügbar waren und damit Hinweise auf Rückfälle bzw. sexuelle Übergriffe nicht kodiert werden konnten.

7.1.2 Interventionsgruppe

Die Interventionsgruppe bestand aus 65 männlichen Probanden (Alter bei der Verfahrenseröffnung 11.68 bis 18.36 Jahre; Mittelwert 15.74 Jahre; Alter bei T0: 11.9 bis 21.5 Jahre; Mittelwert

16.13 Jahre), welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten und bereit waren, an der Studie mitzumachen (Einverständniserklärung Proband und Eltern) und in der Folge das ThePaS (Variante ThePaS-I: $n = 35$ oder ThePaS-II: $n = 29$, ein Proband erhielt wegen eines Fehlers Inhalte des ThePaS-I und ThePaS-II) in Zürich, Luzern oder Basel absolvierten.

Die ursprünglich angestrebte Stichprobengrösse von 80 Probanden konnte im Rekrutierungszeitraum von 2011 bis 2017 leider nicht ganz erreicht werden, dies trotz grosser Bemühungen seitens des ZKJF Zürich (Flyer, Infoveranstaltungen, Kontaktperson bei der Jugendanwaltschaft Zürich) und der Behörden (Schreiben der Oberjugendanwaltschaft des Kantons Zürich, Verweis auf das Bundesamt für Justiz) sowie des Einbezugs des IFP-Z Luzern und UPKF Basel und der Verlängerung des Rekrutierungszeitraums bzw. des gesamten Modellversuchs. Die Gründe für die geringere Stichprobenanzahl waren, neben dem Umstand, dass seitens der Jugendanwaltschaften nicht genügend Probanden zugewiesen werden konnten, auch die Abnahme der Delikte gegen die sexuelle Integrität (d.h. sexuelle Handlungen mit Kindern [StGB Art. 187], sexuelle Nötigung [StGB Art. 189], Vergewaltigung [StGB Art. 190] und Schändung [StGB Art. 191]) im Jugendalter im Rekrutierungszeitraum sowie die vermehrten Einstellungen und Mediationen der Untersuchungsverfahren im Kanton Zürich (siehe auch Analysen im Zwischenbericht vom 31.03.2016). Die Limitierungen aufgrund der Stichprobengrössen werden in den folgenden Auswertungen separat diskutiert.

Von den 72 zugewiesenen Probanden zum ThePaS konnten 65 zur Teilnahme am Modellversuch gewonnen werden. Die Rekrutierungsquote von 92.3% ist im Vergleich mit anderen vergleichbaren Studien als sehr gut zu beurteilen (Letourneau et al., 2009). Auch die Anzahl der Drop-Outs im Verlauf der weiteren Erhebungen (T1 nach dem ThePaS $n = 2$) und ein Jahr später (T2 $n = 12$) waren zufriedenstellend und im erwartungsgemässen Rahmen im Vergleich mit anderen Untersuchungen (Letourneau et al., 2009). Die Analysen der Nichtteilnehmer und der Drop-Outs lieferten keine Hinweise für systematische Verzerrungen. Für die Analysen der T1 und T2 Variablen wurden die fehlenden Werte mittels eines statischen Algorithmus ersetzt (Estimation Maximization; McLachlan & Krishnan, 2007; Schafer, 1997).

7.1.3 Ergebnisse der Akterhebung (Interventionsgruppe und Aktenkontrollgruppe)

Eine umfassende Auswertung der erhobenen Aktendaten für die Aktenkontrollgruppe und die Interventionsgruppe befindet sich im Anhang 01. Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde der Akterhebung zusammengefasst:

- Die Probanden waren (fast) ausschliesslich männlich (von den 681 verfügbaren Probanden waren 14 weibliche Jugendliche, welche aber aufgrund der Ausschlusskriterien und fehlender Berichte nicht in die Studie aufgenommen werden konnten).
- Bezüglich ausländischer Nationalität (Kontrollgruppe: 28.0%; Interventionsgruppe: 30.8%) und niedriger sozialer Schicht (Kontrollgruppe: 15.3%; Interventionsgruppe: 13.8%) entsprach die untersuchte Gesamtstichprobe ca. der jugendlichen Allgemeinbevölkerung.
- Gehäuft fanden sich in der Kontrollgruppe (6.2% bis 38.5%) und auch in der Interventionsgruppe (3.8% bis 36.8%) Hinweise auf familiäre Belastungsfaktoren (Gewalt, Kriminalität, Substanzmissbrauch, psychische Störungen, Suizid/-versuche von Familienmitgliedern).
- Häufig wurde von Entwicklungsauffälligkeiten vor dem Alter von 12 Jahren (Leistungen, Verhalten, soziale Isolation, Körper/Sexualität) und von psychischen Störungen (Kontrollgruppe: 59.4%; Interventionsgruppe: 66.2%) berichtet. Auffälligkeiten in Bezug auf die körperliche/sexuelle Entwicklung waren dabei signifikant häufiger in der Interventionsgruppe (30.8%) als in der Kontrollgruppe (14.2%).
- Psychiatrisch-Psychologische Abklärungen (Gutachten oder Therapieabklärungen) erfolgten bei fast allen Probanden der Interventionsgruppe (95%), jedoch nur bei 60% der Kontrollgruppe.
- Bei 67% der Probanden der Kontrollgruppe (und bei 100% der Interventionsgruppe) erfolgte eine ambulante Therapie infolge des Delikts.
- Eine Unterbringung erfolgte am häufigsten in einer Institution, sowohl für die Probanden der Kontrollgruppe (44%) als auch die Probanden der Interventionsgruppe (42%).

- Ein Teil der Probanden war bereits früher mit Delikten aufgefallen (angezeigte und nicht angezeigte Delikte vor dem sexuellen Anlassdelikt). Am häufigsten waren zuvor Hinweise auf Diebstähle (Kontrollgruppe: 29.7%; Interventionsgruppe: 29.2%), Gewaltdelikte (Kontrollgruppe: 28.6%; Interventionsgruppe: 30.8%) und sexuelle Delikte (Kontrollgruppe: 20.9%; Interventionsgruppe: 27.7%) vorhanden.
- Die sexuellen Anlassdelikte wurden überwiegend von Probanden als Einzeltäter (Kontrollgruppe: 64.9%; Interventionsgruppe: 78.5%) verübt. Am häufigsten war ein weibliches Opfer (Kontrollgruppe: 76.6%; Interventionsgruppe: 75.4%) betroffen, teilweise waren die Delikte aber auch gegen männliche Opfer gerichtet (Kontrollgruppe: 25.1%; Interventionsgruppe: 32.3%). Unbekannte Opfer (Kontrollgruppe: 12.6%; Interventionsgruppe: 13.8%) waren eher selten betroffen. Einige Probanden zeigten ein Muster an sexuellen Übergriffen mit über 10 Tatkomplexen (Kontrollgruppe: 15.1%; Interventionsgruppe: 26.2%). Der Schweregrad der sexuellen Taten war sehr unterschiedlich. 47.7% der Kontrollgruppe und 55.4% der Interventionsgruppe wurden die Probanden wegen sexueller Handlungen mit Kindern (StGB Art. 187) verurteilt.
- Nimmt man die offiziellen Urteilsstatistiken (JUSUS/VOSTRA) als Grundlage, zeigte ab Verfahrenseröffnung des Anlassdelikts die Kontrollgruppe 5.9% bis 6.7% sexuelle Rückfälle und die Interventionsgruppe 9.2% sexuelle Rückfälle. Rückfälle mit Gewaltdelikten betragen 11.7% bis 15.4% in der Kontrollgruppe und 4.6% bis 12.3% in der Interventionsgruppe. 35.1% bis 64.0% der Kontrollgruppe und 29.2% bis 40.0% der Interventionsgruppe zeigten Rückfälle mit irgendwelchen Delikten.
- Nimmt man alle Hinweise auf weitere Delikte (auch nicht angezeigte Vorfälle auf der Grundlage der Aktdaten), fanden sich nach der Verfahrenseröffnung des Anlassdelikts (bis 15.07.2019) sexuelle Rückfälle bei 20.9% der Kontrollgruppe und 24.6% der Interventionsgruppe. Rückfälle mit Gewaltdelikten waren bei 32.2% der Kontrollgruppe und 21.5% der Interventionsgruppe und Rückfälle mit irgendwelchen Delikten bei 64.9% der Kontrollgruppe und 61.5% der Interventionsgruppe vorhanden.

Die gefundenen Ergebnisse zeigen einerseits die grosse Heterogenität von JS bezüglich krimineller Eigenschaften und der Anlassdelinquenz, der erlebten Belastungen und des familiären Umfelds sowie der Persönlichkeitsentwicklung und der psychischen Störungen, wie sie auch in vielen internationalen Studien berichtet werden (z.B. Sue Righthand & Welch, 2004; Seto & Lalumière, 2010; Veneziano & Veneziano, 2002). Die gefundenen Ergebnisse sind auch mit früheren Studien der Autoren im Einklang (M. Aebi & Bessler, 2012; M. Aebi, Vogt, Plattner, Steinhausen & Bessler, 2012), zeigen aber nochmals deutlich auf, dass familiäre Belastungsfaktoren, Auffälligkeiten in der Entwicklung (inkl. frühere sexuelle Auffälligkeiten) und psychische Probleme bei JS häufig vorkommen. Weiter sind bei einem Teil der Jugendlichen neben sexuellen Delikten auch andere Formen von Kriminalität vorhanden, was für eher allgemeine dissoziale bzw. externalisierende Auffälligkeiten und weniger für spezifische sexuelle Abweichungen spricht. Es wird aufgrund der gefundenen Ergebnisse deutlich, dass aufgrund der vielfältigen Probleme ein einheitlicher Therapieansatz wie das ThePaS nicht allen Anforderungen gerecht werden kann. Es ist daher verständlich, wenn das ThePaS in der vorliegenden Untersuchung auch kombiniert mit weiteren therapeutischen und sozialpädagogischen Interventionen erfolgte. Schliesslich ist aufgrund der doch beachtlichen Hinweise auf kriminelle Rückfälle (insbesondere wenn man auch nicht angezeigte Delikte berücksichtigt) davon auszugehen, dass ein Teil der JS doch eine erhebliche kriminelle Gefährdung aufweist. Dies rechtfertigt umfassende Interventionen auch zum Schutz der Gesellschaft. Die Ergebnisse zeigen aber trotzdem auch, dass nur eine Minderheit im Beobachtungszeitraum weitere sexuelle Delikte verübte. Der Begriff „Sexualstraftäter“, welcher eine chronische Disposition impliziert, ist daher nicht angebracht.

7.1.4 Ergebnisse der Selbstberichte und der Fremdauskünfte (Interventionsgruppe)

Eine umfassende Auswertung mit einer kurzen Interpretation findet sich bereits im Ergebnisteil (Kapitel 6). Die wichtigsten deskriptiven Ergebnisse der Interventionsgruppe (bei T0) werden hier nochmals kurz zusammengefasst und diskutiert:

- Es wurden ausschliesslich männliche Jugendliche zum ThePaS angemeldet. Die selten beobachtbaren sexuellen Übergriffe von weiblichen Jugendlichen konnten nicht unter-

sucht werden. Das Therapieprogramm ThePaS richtet sich prinzipiell an beide Geschlechter. In der vorliegenden Untersuchung sind daher ausschliesslich männliche Formen von sexuellem Fehlverhalten aufgegriffen und behandelt worden. Es können somit auch keine Aussagen zum Auftreten und Wirksamkeit bei weiblichen JS gemacht werden.

- 50% der Probanden hatten Eltern, die nicht mehr zusammenlebten (im Vergleich zur Normalbevölkerung mit 30% ist dies ein höherer Anteil).
- Über 50% der Probanden hatten gemäss eigenen Angaben Auffälligkeiten im Schulverlauf in Form von verspäteter Einschulung, Sonderbeschulung und/oder Klassenabstufung.
- Die Probanden zeigten bezüglich ihrer eigenen Angaben keine Hinweise auf Auffälligkeiten in der sexuellen Entwicklung (körperliche Entwicklung, Masturbation, Pornografiekonsum, erster Geschlechtsverkehr).
- 30% der Probanden zeigten einen regelmässigen Tabakkonsum (Anteil in der Normbevölkerung ca. 10%). Der Konsum von Alkohol, Cannabis und anderen Drogen war vergleichbar mit anderen Jugendlichen in der Schweiz (Gmel et al., 2017).
- Ein Teil der Probanden hatte in der Kindheit mässig bis schwere Formen (10.8%) oder schwere bis extreme Formen (12.3%) von Missbrauch oder Vernachlässigung erlebt (Häuser et al., 2011).
- 37% der Probanden erfüllten die Kriterien einer psychischen Störung zum Zeitpunkt der Abklärung (T0). Am häufigsten waren bei den Probanden Verhaltensstörungen (24.6%) und ADHS (20.0%) vorhanden. Entsprechend waren auch in den selbst berichteten psychischen Auffälligkeiten einige Probanden im Auffälligkeitsbereich von internalisierenden (12.3%) oder externalisierenden (18.5%) Problemen oder der Gesamtauffälligkeit (16.9%).
- Ein kleiner Teil der Probanden zeigte akzentuierte Persönlichkeitszüge in Form von Temperament- und Charakterauffälligkeiten (Goth & Schmeck, 2009).
- Keiner der Probanden zeigte Hinweise auf ein Vollbild der Psychopathie. Einige Probanden (ca. 15%) zeigten Hinweise auf grenzwertige oder vorhandene affektive Probleme in Form mangelnder Empathie und fehlende Reue-/Schuldgefühle (Köhler et al., 2010).
- Ein kleiner Teil der Probanden (5%) zeigte ein unterdurchschnittliches Wissen zur Sexualität. Das Wissen zum StGB (Delikt gegen die sexuelle Integrität) war schon vor der Therapie überwiegend vorhanden (über 80% richtige Antworten im Wissenstest).
- Die Probanden zeigten im Durchschnitt Hinweise auf Defizite in der Opferempathie. Sie haben ähnliche Einschränkungen in der Opferempathie wie in anderen Studien in Deutschland (Eckardt & Hosser, 2005).
- Nur wenige Probanden hatten ein subjektives Bewusstsein für Risikofaktoren für zukünftige Sexualdelinquenz (3.1% bis 7.7%) und besitzen Strategien im Umgang mit diesen Risikofaktoren (0.0% bis 4.6%).
- Bezüglich der Risikobeurteilung durch den Experten mit den eingesetzten Instrumenten lagen die meisten Probanden in einem mittleren bis hohen Risikobereich (in Bezug auf die Maximalskala). Es besteht keine Normierungsstichprobe für zukünftige sexuelle Delikte.

Die gefundenen Ergebnisse zeigen Übereinstimmungen, aber auch einige Unterschiede zu den zuvor berichteten Befunden der Aktenanalysen. Mittels der eingesetzten standardisierten Selbstbeurteilungsinstrumente konnten weitere wichtige Informationen zum psychischen Erleben der Probanden und zu subjektiven Faktoren erhoben werden, welche mittels der Aktenanalysen nicht gefunden werden konnten. Weiter ermöglichen die Befunde mittels der Fragebogen einen Vergleich mit anderen internationalen Studien, welche die gleichen Instrumente eingesetzt hatten. Es sind aber auch einige Nachteile dieses Vorgehens zu benennen:

- 1) Aufgrund möglicher Leseschwierigkeiten der Probanden wurden möglicherweise einige Fragen nicht korrekt verstanden (es wurde versucht dem entgegenzuwirken, indem den Probanden mit Leseproblemen die Fragen vorgelesen wurden).
- 2) Die Angaben der Probanden erfolgten zum Zeitpunkt T0, während sie noch in einem StrafunTERSUCHungsverfahren standen. Obschon den Probanden versichert wurde, dass die Angaben vertraulich erfolgten, ist nicht auszuschliessen, dass einige JS zu einigen The-

men sozial erwünschte Antworten gaben und ihre eigenen Probleme bagatellisierten oder gar nicht berichteten (siehe auch Imbach, Aebi, Metzke, Bessler & Steinhausen, 2013).

Die Ergebnisse zeigen einen relevanten Anteil von Probanden mit familiären Belastungen und psychischen Auffälligkeiten. Auffallend ist, dass sich die JS bezüglich ihrer sexuellen Entwicklung als weitgehend unauffällig beschrieben, was im Widerspruch zu den Ergebnissen der Aktdaten steht. Gemäss diesen Angaben liegt eine höhere Anzahl von sexuellen Auffälligkeiten bei den JS vor. Es ist davon auszugehen, dass neben der sozialen Erwünschtheit auch Schamgefühle und soziale Hemmungen zu geringeren Häufigkeitsangaben geführt haben. Ein grundlegendes Wissen zur Sexualität und relativ umfangreiche Kenntnisse zu den relevanten Gesetzen sind bei der Mehrheit der Probanden vorhanden. Möglicherweise haben die Jugendanwaltschaften bezüglich der Gesetzeslage schon einige Aufklärung betrieben. Die Ergebnisse zeigen weiter, dass einige JS eine mangelnde Empathiefähigkeit aufweisen und einige JS im Rahmen ihrer Delikte Defizite in der Opferempathie zeigen. Wie erwartet besitzen die JS vor der Therapie wenige Kenntnisse zu eigenen Risikofaktoren und haben wenige Strategien im Umgang mit diesen. Diese Erkenntnisse weisen daher klar auf den Bedarf von forensischen Psychotherapien bei JS hin.

7.2. Veränderungen über den Therapieverlauf des ThePaS (unabhängig von ThePaS-I oder ThePaS-II)

Die eingesetzten Instrumente im Längsschnitt zeigen die Veränderungen über den Verlauf der Therapie und den anschliessenden Katamnesezeitraum von 365 Tagen. Eine detaillierte Besprechung der Ergebnisse ist im Abschnitt 7.4 unter Berücksichtigung der Therapievarianten ersichtlich. Dort werden auch die aufgestellten Hypothesen und Fragestellungen eingehend diskutiert.

- Die selbstberichteten psychischen Auffälligkeiten nahmen im Verlauf des ThePaS ab. Dies gilt für die Gesamtauffälligkeiten, die internalisierenden und externalisierenden Probleme sowie für die weiter fokussierten Subskalen „sozialer Rückzug“ und „soziale“ Probleme“. Auch die Anzahl der Probanden in den Auffälligkeitsbereichen verminderten sich im Therapieverlauf.
- Das Wissen über Sexualität nahm im Verlauf der Therapie zu und blieb anschliessend konstant. Das Wissen über das StGB war bereits vor dem ThePaS relativ hoch und verändert sich über den Therapieverlauf nicht bedeutsam.
- Sexuelle Auffälligkeiten (mangelndes Vertrauen in eigene Beziehungsfähigkeit, sexuelle Kindsmisbrauchsfantasien und sexuelle Vergewaltigungsfantasien) nahmen über den Therapieverlauf ab.
- Die Opferempathie nahm über den Therapieverlauf zu und blieb im Katamnesezeitraum stabil.
- Die Wahrnehmung eigener Risikofaktoren für zukünftige sexuelle Delikte und das Wissen über die dazugehörigen Strategien zur Risikosenkung zeigten nur geringfügige, nicht bedeutsame Erhöhungen über den Therapieverlauf und blieben im Katamnesezeitraum wenig stabil.

Die Ergebnisse weisen insgesamt auf einige bedeutsame Verbesserungen der JS über den Verlauf der Therapie hin. Auch wenn keine Kontrollgruppe ohne Interventionen verfügbar war und das Untersuchungsdesign daher keine direkte kausalen Schlüsse zulässt, weisen die Ergebnisse auf die Wirksamkeit des ThePaS hin. Die psychische Befindlichkeit und sexuelle Auffälligkeiten verbessern sich, die Probanden zeigen mehr relevantes sexuelles Wissen und können die Folgen ihrer Taten für ihre Opfer besser benennen. Die Wahrnehmung eigener Risikofaktoren und das Wissen zu Strategien wurden nur im ThePaS-I explizit aufgegriffen. Die nicht gefundenen Effekte sind vor diesem Hintergrund teilweise nachvollziehbar. Andere kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapieprogramme wurden meist bei Jugendlichen in stationären Settings angewandt. Die aktuellen Ergebnisse stützen diese Therapieansätze und zeigen, dass die Intervention zur Verbesserung der Opferempathie, der Abbau dysfunktionaler sexueller Einstellungen und die Fertigkeitentrainings zur Verbesserung sozialer Kompetenzen zu Veränderungen führen und diesbezüglich wirksam sind (Efta-Breitbach & Freeman, 2004).

7.3. Ergebnisse der Aktenstudie (Vergleich parallelisierte Aktenkontrollgruppe vs. Interventionsgruppe in Bezug auf kriminelle Rückfälle)

Für die Vergleiche der Interventionsgruppe wurde eine parallelisierte Aktenkontrollgruppe berücksichtigt. In den Bereichen wie den Vordelikten, den Opfermerkmalen und StGB-Artikeln der Anlassdelinquenz war die Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben. Die Parallelisierung mittels Alterskategorien und J-SOAP-II Kategorien konnte durchgeführt werden. Die Anzahl der gesamten Kontrollgruppe, welche die Einschlusskriterien erfüllte ($n = 239$), war genügend gross, um gemäss den definierten Kriterien Alters- und Risikogruppen zu bilden, welche dann den Interventionsgruppenteilnehmern zugeordnet werden konnten. Nur in einem Fall musste ein Proband der Aktenkontrollgruppe der nächst höheren Risikokategorie berücksichtigt werden, da nicht genügend Probanden der eigentlichen Kategorie verfügbar waren. Weitere Parallelisierungsmerkmale zu berücksichtigen, war aufgrund der Stichprobenbegrenzung nicht möglich. Betreffend die Ergebnisse der Aktenstudie sind methodische und probandenbezogene Unterschiede zu berücksichtigen:

Es ergaben sich bei den Erfassungen der Rückfälle relevante methodische Unterschiede in den beiden Gruppen (aufgrund des unterschiedlichen Designs), welche die Gültigkeit der Befunde zu den kriminellen Rückfällen beeinflussten.

1. Die Probanden der Interventionsgruppe waren im Vergleich zur parallelisierten Aktenkontrollgruppe häufiger einer Abklärung oder Begutachtung unterzogen.
2. Die Probanden der Interventionsgruppe erhielten im Vergleich zur parallelisierten Aktenkontrollgruppe häufiger eine Therapie infolge des Delikts.
3. Weiter zeigen die methodischen Vergleiche, dass der maximale Beobachtungszeitraum in der Interventionsgruppe grösser war als in der parallelisierten Aktenkontrollgruppe (deshalb mussten die Rückfallzeiträume auf T1+365 Tage eingeschränkt werden).
4. Weiter waren die Dokumentationen mittels Therapieberichten in der Interventionsgruppe häufiger als in der parallelisierten Aktenkontrollgruppe.

Weiter ergaben sich, wie im Kapitel 6.2 beschrieben und wie im Anhang 1, Tabelle 10-18, aufgeführt, trotz der Parallelisierung mittels Alterskategorien und J-SOAP-II Kategorien mehrere probandenbezogene Unterschiede im Vergleich zur Aktenkontrollgruppe und zur Interventionsgruppe, welche die Vergleichbarkeit beeinträchtigt haben könnten.

1. So waren die Probanden der Interventionsgruppe im Vergleich zur parallelisierten Aktenkontrollgruppe häufiger aus städtischen Gebieten.
2. So waren die Probanden der Interventionsgruppe im Vergleich zur parallelisierten Aktenkontrollgruppe häufiger aufgrund körperlicher und sexueller Entwicklung auffällig.
3. So hatten die Probanden der Interventionsgruppe im Vergleich zur parallelisierten Aktenkontrollgruppe häufiger sexuelle Anlassdelikte mit mehr als 10 Tatkomplexen.

Im Rahmen der Aktenstudie wurde folgende Hypothese erstellt (Hypothese H1): Die Probanden des ThePaS zeigen im Vergleich zur parallelisierten Aktenkontrollgruppe eine geringere sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit in den 365 Tagen nach der Therapie (nach T1) bzw. in einem äquivalenten Zeitraum für die parallelisierten Aktenkontrollgruppe.

Im Rahmen des Modellversuchs fanden sich aber **keine signifikanten Unterschiede** in den Rückfälligkeiten (weder in Bezug auf sexuelle Rückfälle, gewalttätige Rückfälle oder generelle Rückfälle) zwischen der parallelisierten Aktenkontrollgruppe und der Interventionsgruppe in den 365 Tagen nach T1. Auch bei anderen Definitionen von Rückfällen (ab Verfahrenseröffnung, ab T0 ohne Eingrenzung auf 365 Tage, Sexualdelikte ohne Pornografiedelikte) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. **Die Hypothese H1 kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse daher nicht bestätigt werden.** Erwartungsgemäss zeigen sich insgesamt eher geringe Raten von Jugendlichen, welche mit einem sexuellen Rückfall auffallen (12.3% Interventionsgruppe vs. 12.3% Aktenkontrollgruppe), insbesondere wenn man Pornografiedelikte ausschliesst (9.2% Interventionsgruppe vs. 12.3% Aktenkontrollgruppe). Die Raten von Probanden, welche mit Gewaltdelikten (9.2% Interventionsgruppe vs. 7.7% Aktenkontrollgruppe) rückfällig wurden, war ähnlich wie bei den sexuellen Rückfällen. Die Raten bei den generellen Delikten (30.8% Interventionsgruppe vs. 33.8% Aktenkontrollgruppe) waren höher.

Zwei verschiedene Argumentationen können herangezogen werden, warum zwischen der Interventionsgruppe und der Aktenkontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede gefunden werden:

a) Mögliche inhaltliche Überlegungen, warum die kriminalpräventive Wirkung des ThePaS vergleichbar ist mit den therapeutischen Interventionen der Kontrollgruppe.

Einige inhaltliche Überlegungen sprechen dafür, dass die Intervention mittels ThePaS eine gleich gute oder ähnliche Wirkung wie sonstige (forensische) Therapien haben könnte. Im Rahmen der vorliegenden Studie war es nicht möglich, die verschiedenen Therapieformen und -angebote, welche die Probanden der Aktenkontrollgruppe erhielten, genauer bezüglich ihrer Inhalte zu klassifizieren. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die forensisch spezialisierten Therapien in den letzten zehn bis zwanzig Jahren in der Schweiz zugenommen und vermehrt Verbreitung gefunden haben. So hat die Zahl der zertifizierten Rechtspsychologen und der Kinder- und Jugendpsychiater mit dem Schwerpunkt Forensik in den letzten Jahren deutlich zugenommen²⁴. Ein Teil der Probanden der Kontrollgruppe wird daher möglicherweise ähnlich forensisch ausgerichtete Therapien absolviert haben wie die Probanden der Interventionsgruppe mit dem ThePaS. Während das ThePaS zeitlich klar begrenzt war, konnten die weiteren Therapien in der Kontrollgruppe über eine längere Zeit andauern und waren auch im erhobenen Rückfallzeitraum noch wirksam. Die forensische Spezialisierung und die längere Therapiedauer führten möglicherweise dazu, dass die Wirkung des ThePaS nicht besser ausfiel.

b) Methodische und inhaltliche Unterschiede, die dazu führten, dass die Gruppen trotz der Parallelisierung keine echte Vergleichbarkeit aufweisen und sich darum die Ergebnisse in Bezug auf weitere Delikte nicht unterscheiden.

- Als wohl wichtigster Punkt ist die mögliche Verzerrung in der Erhebung von kriminellen Rückfällen zu benennen. In der vorliegenden Studie wurde eine sehr umfassende Methode aus Selbstberichten, offiziellen Statistiken (JUSUS und VOSTRA) und Analyse der Akten Daten (Verlaufsakten) gewählt, um die Rückfälligkeit zu beurteilen. Am häufigsten konnten relevante Informationen zu Rückfällen aus der Aktenanalyse zu den Verlaufsakten eruiert werden (siehe auch Teilprojekt «Messung von kriminellen Rückfällen»). Es bestehen Hinweise darauf, dass die Interventionsgruppe und die Aktenkontrollgruppe bezüglich der Informationslage nicht vergleichbar waren. Während die Interventionsgruppe in den Akten Daten der Jugendanwaltschaft meist gut dokumentiert war (mit Therapie- und Verlaufsberichten), war dies bei der Aktenkontrollgruppe häufig nicht der Fall. So zeigt sich bei den vorliegenden Daten ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von Therapieberichten zwischen den beiden Gruppen (Interventionsgruppe 100%, Aktenkontrollgruppe 24.62%). Die unterschiedliche Dokumentation wird nochmals deutlicher, wenn man berücksichtigt, dass alle ThePaS-Therapien für den limitierten Rückfallzeitraum sehr gut dokumentiert waren, während aufgrund der entsprechenden Definition des Rückfallzeitraums in der Kontrollgruppe möglicherweise gar keine Therapie, Unterbringung oder sozialpädagogische Begleitung stattfand. Wenn keine Berichte verfügbar waren und keine entsprechenden Informationen in den Akten berücksichtigt werden konnten, konnten auch keine Rückfälle kodiert werden. Dies ist deshalb relevant, weil die Akten die detailliertesten Informationen über Rückfälle liefern (auch über solche, die nicht angezeigt wurden oder nicht offiziell registriert wurden). Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die tatsächliche Häufigkeit von Rückfällen in der Aktenkontrollgruppe unterschätzt wurde. Diese wohl letztlich entscheidende methodische Verzerrung führte zu möglicherweise verfälschten Ergebnissen.
- Vorbestehende Unterschiede in den Gruppen könnten die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Parallelisierung der Kontrollgruppe anhand des J-SOAP-II (Rückfallrisikobeurteilung) und des Alters ermöglicht zwar die Kontrolle zweier zentraler Faktoren, lässt aber weitere Merkmale der beiden Gruppe unkontrolliert. Aufgrund der oben aufgeführten Ergebnisse

²⁴ Die zertifizierten Rechtspsychologen (Fachtitelträger) sind auf der Homepage der SGRP (www.rechtspsychologie.ch) ersichtlich (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019). Die zertifizierten Schwerpunkttitelträger der Kinder- und Jugendpsychiater sind auf der Homepage der SGFP (www.swissforensics.ch) aufgeführt (zuletzt aufgerufen am 09.10.2019).

der Gruppenvergleiche lässt sich folgern, dass die Probanden der Interventionsgruppe in relevanten Teilbereichen mehr Auffälligkeiten aufwiesen als die Probanden der Kontrollgruppe. Die Auffälligkeiten hätten sich möglicherweise auch in einer erhöhten Rate von Rückfällen widerspiegelt. Die Intervention mittels des ThePaS hat möglicherweise dazu geführt, dass die Probanden der Interventionsgruppe – trotz mehr Auffälligkeiten – nicht mehr kriminelle Rückfälle aufwiesen.

- Die eher geringen Rückfallraten, die kleinen Stichproben von je 65 Probanden in den beiden Gruppen und der eingeschränkte Rückfallzeitraum von 365 Tagen sind weitere statistische Limitierungen, welche möglicherweise dazu geführt haben, dass keine signifikanten Unterschiede gefunden werden konnten. Aufgrund der geringen Stichprobengrößen können nur grosse Effekte statistisch signifikant werden. Insbesondere die gefundenen Rückfälle aus den offiziellen Daten mittels VOSTRA und JUSUS sind sehr gering. „Es ist daher sinnvoll, den Rückfallzeitraum für zusätzliche Vergleiche auszuweiten, d.h. zu einem späteren Zeitpunkt Nachuntersuchungen der Rückfallraten mit grösseren Rückfallzahlen durchzuführen. Erneute Datenerhebungen der kriminellen Rückfälle nach drei, fünf oder zehn Jahren sind notwendig, um eine mögliche Wirkung bzw. die längerfristigen Auswirkungen des ThePaS versus einer anderweitigen Intervention genau zu prüfen. Es ist zudem davon auszugehen, dass die untersuchten Jugendlichen sich noch weiter entwickeln und daher auch Veränderungen der Ergebnisse möglich sind. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass auch bei weiteren Nacherhebungen aufgrund der oben aufgeführten methodischen Schwierigkeiten die Aussagekraft der Ergebnisse limitiert bleibt. Um eine mögliche Verzerrung des Informationsgehalts von Verlaufsakten entgegenzuwirken, müssten sich Nacherhebungen auf die offiziellen Registerdaten beschränken.“
- Im Rahmen der Datenerhebung wurde deutlich, dass sich die Praxis des Vorgehens bei der Führung des Untersuchungs- und des Massnahmenverfahrens zwischen den Jugendanwaltschaften kantonal teilweise deutlich unterscheidet. Die Verteilung der Probanden auf die Kantone unterscheidet sich signifikant zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe. Unterschiedliche Praxis zwischen den Kantonen reduziert die Vergleichbarkeit der Daten der Interventions- und Kontrollgruppe.
- Im Design der ThePaS-Studie war es nicht möglich, die Jugendanwaltschaften hinsichtlich der Teilnahme der Jugendlichen an der Studie oder der bevorstehenden Akteneinsicht durch das Forschungsteam zu verblinden. Es ist davon auszugehen, dass dies einen Einfluss auf die Praxis der Jugendanwaltschaften hatte. Dies aufgrund von Forschungsergebnissen aus verschiedenen Fachbereichen (bspw. Holden, 2001; McCambridge, Witton & Elbourne, 2014), die darauf hinweisen, dass bereits die Teilnahme an einer Studie an sich (also die Messung/Beobachtung durch ein Forschungsteam) einen Effekt auf das Verhalten der Teilnehmenden hat. Es muss darum davon ausgegangen werden, dass bei Probanden, welche zum ThePaS überwiesen wurden, im Vergleich zu Probanden der Kontrollgruppe Rückfälle oder auffälliges Verhalten durch die Jugendanwaltschaften detaillierter dokumentiert wurden. Dies führte unwillkürlich zu einer Verzerrung der Rückfalldaten.

Aufgrund der oben ausgeführten Limitationen wurde auf die Darstellung der weiteren vorgenommenen Analysen (Vergleiche der Behandlungsbedingungen mit der Aktenkontrollgruppe, Unterscheidung zwischen Probanden mit und ohne Therapie in der Aktenkontrollgruppe) verzichtet.

Fazit: Aufgrund der Heterogenität der JS in den beiden Gruppen, aufgrund der Zuweisungspraxis, aufgrund kantonal verschiedener Vorgehensweisen, aufgrund der niedrigen Rückfallraten sowie aufgrund der uneinheitlichen Dokumentation von Rückfällen in den Verlaufsakten zeigte sich, dass in der Aktenstudie die Aktenkontrollgruppe und die Interventionsgruppe methodisch nicht vergleichbar sind und es daher nicht möglich ist, Behandlungseffekte nachzuweisen. Das heisst, dass basierend auf verfügbaren Daten und den daraus resultierenden Ergebnissen keine Aussagen zur kriminalpräventiven Wirkung des ThePaS im Vergleich zu sonstigen Interventionen gemacht werden können. Es sind vielmehr weitere Nachuntersuchungen im Längsschnitt mit einem deutlich längeren Rückfallzeitraum notwendig.

7.4. Ergebnisse der Interventionsstudie (Vergleich der beiden Therapievarianten ThePaS-I und ThePaS-II)

Die wohl spannendsten und methodisch am besten fundierten Ergebnisse des Modellversuchs stammen vom Vergleich der beiden Therapiebedingungen ThePaS-1 vs. ThePaS-II, auf welche die Probanden randomisiert-kontrolliert zugewiesen wurden. Aufgrund des Designs kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Gruppen vergleichbar sind und weitere mögliche Einflüsse auf die untersuchten Effekte sich zufällig verteilen und daher die Vergleiche keine systematischen Verzerrungen aufweisen (Schulz et al., 2010).

7.4.1 Beantwortung der Hypothesen und Fragestellungen

Basierend auf dem allgemeinen Wirkungsmodell und den spezifischen Inhalten der Interventionsgruppe (d.h. von ThePaS-I und ThePaS-II) wurden Hypothesen und Fragestellungen zu Veränderungen im zeitlichen Verlauf und zu Unterschieden zwischen den Behandlungsbedingungen aufgestellt. Diese werden im Folgenden diskutiert.

Hypothese H2: Das Wissen über Sexualität und das Wissen über das StGB (Wissen über Delikte gegen die sexuelle Integrität) nehmen bei der gesamten Interventionsgruppe über den Interventionszeitraum (T0-T1) zu. Es ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen.

Die gefundenen Ergebnisse zeigen, dass das Wissen zu Sexualität, welches mit dem MSI-J WÜS erhoben wurde, über den Therapieverlauf zunimmt und auch im Katamnesezeitraum konstant bleibt. Das Wissen, das mittels MTSE erhoben wurde, zeigte jedoch keine bedeutsame Zunahme. Dies hängt damit zusammen, dass das Verfahren aus den USA stammt und viele kulturspezifische Faktoren von Sexualität abbildet (z.B. Frage nach dem Anteil von amerikanischen Mädchen, die schwanger werden, bevor sie 20 Jahre alt werden), welche im Rahmen des ThePaS nicht vermittelt worden sind. Das Wissen zum StGB, welches mit dem im Rahmen der Studie entwickelten StGB-FB ermittelt wurde, zeigte ebenso keine bedeutsame Zunahme. Letzteres lag, wie schon zuvor diskutiert, an der schon sehr guten Wissensleistung der Probanden vor der Intervention. Zwischen den beiden Behandlungsbedingungen ThePaS-I und ThePaS-II waren, wie erwartet, keine Unterschiede zu finden, da diese Inhalte in beiden Behandlungsprogrammen vermittelt wurden. **Die Hypothese H2 kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse in Bezug auf das Wissen zu Sexualität bestätigt, aber in Bezug auf das Wissen zum StGB nicht bestätigt werden.**

Hypothese H3: Sexuelle Auffälligkeiten nehmen über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe ab. Es ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass sich die sexuellen Auffälligkeiten der Probanden über den Behandlungszeitraum reduzieren. Mangelndes Vertrauen in die eigene Beziehungsfähigkeit, sexuelle Kindsmisbrauchsfantasien und sexuelle Vergewaltigungsfantasien nehmen über den Interventionszeitraum hinweg ab. Auch über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg zeigen sich signifikante zeitliche Effekte. Es ergeben sich, wie erwartet, keine Hinweise auf einen Effekt der Behandlungsversionen. **Die Hypothese H3 kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse bestätigt werden.**

Hypothese H4: Die Opferempathie (in Bezug auf die Gefühle und das Verhalten des Opfers des eigenen Delikts) nimmt über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe zu. Es zeigen sich Unterschiede in den Behandlungsbedingungen: Probanden des ThePaS-I zeigen eine höhere Zunahme als Probanden des ThePaS-II.

Auch in Bezug auf die beiden Bereiche der Opferempathie (Verhalten und Gefühle des Opfers) lässt sich über den Behandlungszeitraum eine Verbesserung feststellen. Die Probanden beurteilen die Auswirkungen ihres Sexualdelikts auf die Gefühle des Opfers und auf das Verhalten des Opfers im Verlauf der Behandlung als gravierender. Dies lässt auf eine Zunahme der Opferempathie schließen. Auch über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg zeigen sich signifikante

zeitliche Effekte. Die Verbesserungen der Opferempathie sind als stabil zu beurteilen. Allerdings liessen sich, entgegen den Erwartungen, keine Hinweise auf einen unterschiedlichen Effekt betreffend der Behandlungsversionen finden. Aufgrund der Therapieinhalte wäre davon auszugehen gewesen, dass die Opferempathie durch die spezifischen Therapieelemente des ThePaS-I (Modul 14 „Opferempathie“) einen grösseren Effekt auf die Verbesserung der Opferempathie hätte. Möglicherweise haben aber die Therapieinhalte des ThePaS-II (Modul 8 „Umgang mit Gefühlen“ und Modul 13 „moralisches Urteilen“) auch Auswirkungen auf die Opferempathie. Die verbesserte Wahrnehmung der eigenen Stimmungen und das Kennen der Funktionen der Gefühle können als verbesserte Voraussetzung der Empathiefähigkeit beurteilt werden (Berkling, 2017). **Die Hypothese H4 kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse im Hinblick auf die Verbesserung der Opferempathie bestätigt, aber im Hinblick auf die Unterschiede der Therapiebedingungen nicht bestätigt werden.**

Hypothese H5: Das Bewusstsein über Risikofaktoren zur Sexualdelinquenz (Anzahl subjektiver Risikofaktoren) und die risikovermindernden Strategien (Anzahl Strategien zur Risikosenkung) nehmen über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe zu. Es zeigen sich Unterschiede in den Behandlungsbedingungen: Probanden des ThePaS-I zeigen eine höhere Zunahme als Probanden des ThePaS-II.

Diese Hypothese beruht auf den spezifischen Inhalten des ThePaS-I zu Risikofaktoren und Handlungsplänen. Es wird angenommen, dass sich eine Verbesserung im Verlauf allgemein und spezifisch bei den Probanden des ThePaS-I abbilden lässt. Die gefundenen Ergebnisse zeigen keine signifikante Zunahme der Anzahl angegebener, subjektiv wahrgenommener Risikofaktoren oder der Anzahl Strategien zur Risikosenkung. Auch im Rahmen der multivariaten Analysen der beiden Behandlungsbedingungen liess sich statistisch kein signifikanter Effekt nachweisen. Es fällt auf, dass die Anzahl der angegebenen, subjektiv wahrgenommenen Risikofaktoren und die Anzahl Strategien zur Risikosenkung auf einem sehr geringen Niveau sind und im Katamnesezeitraum noch geringer werden. **Die Hypothese H5 lässt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigen.**

Hypothese H6: Psychische Auffälligkeiten (sozialer Rückzug, soziale Probleme, internalisierende und externalisierende Probleme und Gesamtauffälligkeiten) nehmen über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) bei der gesamten Interventionsgruppe ab. Es zeigen sich Unterschiede in den Behandlungsbedingungen: Probanden des ThePaS-II zeigen eine stärkere Abnahme als Probanden des ThePaS-I.

Es fanden sich insgesamt eine Abnahme von psychischen Auffälligkeiten (sozialer Rückzug, soziale Probleme, internalisierende und externalisierende Probleme und Gesamtauffälligkeiten) über den Interventionszeitraum (T0-T1) und über den gesamten Zeitraum (T0-T1-T2) in der Interventionsgruppe. Die Hypothese in Bezug auf die Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen beruht auf den spezifischen Inhalten des ThePaS-II zu sozialen Kompetenzen und verbessertem Umgang mit psychischen Problemen. Es wird angenommen, dass sich eine Verbesserung der psychischen Probleme daher spezifisch bei den Probanden des ThePaS-II abbilden lässt. Die Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass die psychischen Auffälligkeiten (aller fokussierten Skalen) in beiden Behandlungsbedingungen über den Interventionszeitraum und den gesamten Beobachtungszeitraum abgenommen haben. Es lassen sich zudem signifikante Unterschiede der Effekte zwischen den Behandlungsbedingungen erkennen. Die Gesamtauffälligkeiten zeigen einen rascheren Abfall im Rahmen der Behandlungsversion ThePaS-II im Vergleich zu ThePaS-I. Dies weist darauf hin, dass die psychischen Probleme der Probanden in ThePaS-II während der Intervention abnehmen, während die Verbesserung der psychischen Probleme der Probanden des ThePaS-I sich langsamer reduzieren. Erst im Katamnesezeitraum zeigt sich eine Angleichung der beiden Gruppen. Diese Unterschiede der signifikanten Verbesserung der psychischen Symptome zwischen Behandlungsbedingung ThePaS-I und ThePaS-II konnten nur bei den Gesamtauffälligkeiten, nicht aber bei den internalisierenden bzw. externalisierenden Auffälligkeiten oder den untersuchten Subskalen gefunden werden. **Die Hypothese H6 kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse in Bezug auf die Verbesserung der psychischen Auffälligkeiten bestätigt werden. Weiter fanden sich auch signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen ThePaS-I und ThePaS-II. Diese Unterschiede zwischen den**

Behandlungsbedingungen (raschere Symptomverbesserung bei ThePaS-II) liessen sich aber nur auf der Skala der Gesamtauffälligkeiten nachweisen, nicht aber auf der Skala internalisierender/externalisierender Störung bzw. den weiteren untersuchten Subskalen.

Bezüglich der Effekte der beiden Behandlungsbedingungen in Bezug auf kriminelle Rückfälle wurden eine Reihe von Vergleichen erstellt. Wie schon zuvor wird auf die aggregierten Daten aus den JUSUS, VOSTRA und der Aktenverlaufsanalyse Bezug genommen. Für die Analysen wurden also alle erhobenen Delikte und sexuellen Übergriffe einbezogen, unabhängig von einer erfolgten Anzeige und Verurteilung (zu erneuten Verurteilungen kam es in beiden Gruppen nur sehr selten). Die sexuellen Delikte beinhalten alle Straftaten des StGB gegen die sexuelle Integrität. Weitere Analysen ohne Pornografiedelikte sind im Anhang 02 ersichtlich.

Fragestellung F4: Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen auf die sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit während der Therapie?

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen, allerdings wurde die Grenze zur Signifikanz nicht erreicht. Es findet sich betreffend der sexuellen Rückfälligkeit während der Therapie eine deutliche Tendenz, dass es während der Absolvierung des Behandlungsprogramms ThePaS-I zu weniger sexuellen Rückfällen kam als während ThePaS-II (sexuelle Rückfälle: ThePaS-I 2.9%; ThePaS-II 9.2%). Bei einer grösseren Stichprobe (bzw. bei grösserer statistischer Power) wäre ein diesbezüglich signifikantes Ergebnis zu erwarten gewesen.

Fragestellung F5: Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen auf die sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit (Einbezug des maximalen Rückfallzeitraums) nach der Therapie?

Ja. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass signifikant mehr Probanden der Behandlungsbedingung ThePaS-II einen sexuellen Rückfall nach der Therapie aufweisen als die Probanden des ThePaS-I (sexuelle Rückfälle: ThePaS-I 8.6%; ThePaS-II 20.0%). Keine Unterschiede ergaben sich erwartungsgemäss bezüglich der Gewaltdelikte und der generellen Delikte.

Fragestellung F6: Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen auf das zeitliche Auftreten des Vorkommens von sexueller, gewalttätiger und genereller Rückfälligkeit (Einbezug des maximalen Rückfallzeitraums) nach der Therapie?

Ja. Die Ergebnisse der Kaplan-Meier-Analysen weisen darauf hin, dass Probanden der Behandlungsbedingung ThePaS-II schneller einen sexuellen Rückfall nach der Therapie aufweisen als die Probanden des ThePaS-I. Keine Unterschiede ergaben sich bezüglich der Gewaltdelikte und der generellen Delikte.

Fragestellung F7: Ist die Behandlungsbedingung weiter prädiktiv für die sexuelle, gewalttätige und generelle Rückfälligkeit, wenn zusätzliche theoriegeleitete Faktoren (inkl. Kontrollvariablen Alter, ausländische Nationalität, niedrige soziale Schicht) mitberücksichtigt werden (Einbezug des maximalen Rückfallzeitraums)?

Da keine Unterschiede zwischen ThePaS-I und ThePaS-II in Bezug auf das zeitliche Auftreten von gewalttätigen und generellen Delikten vorhanden waren, entfallen diesbezüglich die weiteren multivariaten Analysen. Bezüglich der multivariaten Analyse von sexuellen Rückfällen kann wie folgt Stellung bezogen werden:

1. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung und Rückfallrisiko (J-SOAP-II)

Ja. Die Ergebnisse der Cox-Regressionen weisen weiterhin darauf hin, dass Probanden der Behandlungsbedingung ThePaS-II schneller einen sexuellen Rückfall nach der Therapie aufweisen als die Probanden des ThePaS-I, auch wenn das Rückfallrisiko mitkontrolliert wurde. Der J-SOAP-II ist ein signifikanter Prädiktor für das zeitliche Auftreten von sexuellen Rückfällen in multivariaten Analysen.

2. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und kriminellen Merkmalen (sexuelles Vordelikt, Deliktschwere)

Ja. Die Ergebnisse der Cox-Regressionen weisen weiterhin darauf hin, dass Probanden der Behandlungsbedingung ThePaS-II schneller einen sexuellen Rückfall nach der Therapie aufweisen als die Probanden des ThePaS-I, auch wenn weiter die Deliktschwere und ein sexuelles Vordelikt mitberücksichtigt wurden. Das sexuelle Vordelikt und die Deliktschwere waren nicht prädiktiv.

3. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und Treatment Integrity (Durchführbarkeit und Zielerreichung) und ThePaS-Durchführung (Einzel vs. Gruppe)

Ja. Die Ergebnisse der Cox-Regressionen weisen weiterhin darauf hin, dass Probanden der Behandlungsbedingung ThePaS-II schneller einen sexuellen Rückfall nach der Therapie aufweisen als die Probanden des ThePaS-I, auch wenn weiter Treatment Integrity (Durchführbarkeit und Zielerreichung) und ThePaS-Durchführung (Einzel vs. Gruppe) mitberücksichtigt wurden. Weder die Treatment Integrity (Durchführbarkeit und Zielerreichung) noch die ThePaS-Durchführung (Einzel vs. Gruppe) waren prädiktiv für die sexuelle Rückfälligkeit.

4. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und Irritabilität und YPI (Psychopathie)

Nein. Die Ergebnisse der Cox-Regressionen bezüglich der Behandlungsbedingung waren nicht mehr signifikant, wenn weiter die Irritabilität und YPI (Psychopathie) berücksichtigt wurden. Irritabilität und YPI (Psychopathie) waren aber nicht prädiktiv für sexuelle Rückfälle.

5. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und psychischen Störungen (Vorliegen einer MINI-KID Diagnose)

Nein. Die Ergebnisse der Cox-Regressionen der Behandlungsbedingung waren nicht mehr signifikant, wenn das Rückfallrisiko (J-SOAP-II Wert) und psychische Störungen (Vorliegen einer MINI-KID Diagnose) berücksichtigt wurden. Das Vorliegen einer psychischen Störung war jedoch ein signifikanter Prädiktor für das zeitliche Auftreten von sexuellen Rückfällen.

6. Durchführung von multivariaten Analysen mit Behandlungsbedingung, Rückfallrisiko (J-SOAP-II) und einer Zunahme zwischen T0 und T1 bezüglich Risikostrategien (Risk-Fakt-KJ, Anzahl Strategien zur Risikosenkung) sowie einer Abnahme bezüglich psychischer Auffälligkeiten zwischen T0 und T1 (YSR Total Score)

Nein. Die Ergebnisse der Cox-Regressionen der Behandlungsbedingung waren (knapp) nicht mehr signifikant, wenn die Zunahme bezüglich Risikostrategien und die Abnahme bezüglich psychischer Auffälligkeiten berücksichtigt wurden. Beide Veränderungen waren nicht signifikant mit dem zeitlichen Auftreten von sexuellen Rückfällen assoziiert.

7.4.2 Wirksamkeit des ThePaS-I und ThePaS-II: Veränderungsfaktoren (T0-T1-T2)

Die gefundenen Ergebnisse lassen einige Rückschlüsse auf die Wirkungen der beiden Behandlungsbedingungen ThePaS-I und ThePaS-II zu. Dies ist für die weitere Entwicklung des ThePaS-Therapieansatzes spezifisch, aber auch für die allgemeine Diskussion der Therapiewirksamkeit bei JS von Interesse.

Bezüglich der Veränderungsfaktoren über den Verlaufszeitraum und die Katamnese hinweg müssen mehrere Ergebnisse diskutiert werden. Die Grafik 30 gibt eine Übersicht über die erhobenen Veränderungsfaktoren. Mittels grünen, orangen und roten Ampeln wurde die Veränderungsfaktoren für das ThePaS-I und das ThePaS-II einzeln beurteilt. *Grün* lässt darauf schließen, dass die Therapiebedingung mit einer bedeutsamen positiven Veränderung dieses Faktors für die Probanden einhergeht. *Orange* lässt auf potentiell bedeutsame Verbesserung schließen. Orange wird dann beurteilt, wenn die Therapiefaktoren sich nicht bedeutsam verändern, weil sie bereits zu Beginn als sehr hoch eingeschätzt werden oder aber potentielle Veränderungen vorhanden waren, aber in den durchgeführten Analysen möglicherweise aufgrund methodischer Einschränkungen nicht signifikant wurden. *Rot* wurde dann gegeben, wenn keine signifikanten

Veränderungen vorhanden waren und auch keine Hinweise auf mögliche positive Veränderungen feststellbar waren. Die Zeichen zwischen den beiden Therapiebedingungen („=“, „<“, „>“) weisen auf eine ca. gleich gute Wirkung bzw. auf eine bessere oder schlechtere Wirkung der beiden Varianten hin.

Grafik 30: Übersicht über die Beurteilung der Veränderungsfaktoren des ThePaS-I und ThePaS-II

ThePaS-I		ThePaS-II	Veränderungsfaktoren
	<		Psychische Auffälligkeiten
	=		Wissen über StGB
	=		Wissen über Sexualität
	=		Sexuelle Auffälligkeiten
	=		Opferempathie
	=		Bewusstsein Risikofaktoren / Strategien

Psychische Auffälligkeiten: Die Durchführung des ThePaS-II geht mit einer etwas grösseren Abnahme von psychischen Auffälligkeiten einher als das ThePaS-I. Die Veränderungen sind insbesondere während der Therapie in beiden Gruppen unterschiedlich. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sich die verschiedenen Therapieinhalte unterschiedlich auf die psychische Befindlichkeit der Probanden ausgewirkt hatten.

Die in der ThePaS-II Bedingung vorhandenen Therapieinhalte fokussierten zentrale Aspekte der psychischen Gesundheit. Mittels körperfokussierten und achtsamkeitsbasierten Interventionen wurden die bewusste Wahrnehmung und das Körpergefühl der Probanden verbessert, was sich auf ihre emotionale Befindlichkeit auswirkte. Diese Befunde stehen im Einklang mit der wissenschaftlichen Literatur. Mehrere Metaanalysen stellten fest, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen zur Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter geeignet sind (Kallapiran, Koo, Kirubakaran & Hancock, 2015; Zoogman, Goldberg, Hoyt & Miller, 2015). Auch die Übungen zur Verbesserung von sozialen Kompetenzen, wie sie im ThePaS-II mit den Modulen „Lösungen für mühsame Situationen“, „Umgang mit Konflikten“ oder „Nein sagen“ angeboten werden, wirkten sich wahrscheinlich positiv auf psychische Auffälligkeiten aus und führten zu einer Abnahme der sozialen Probleme (Weisz et al., 2017).

Demgegenüber umfasste das ThePaS-I mehrere Module, bei welchen das eigene Delikt im Zentrum stand (z.B. Module „Darstellung der begangenen Grenzverletzungen“, „Analyse der begangenen Grenzverletzungen“, „Bilanzierung der begangenen Grenzverletzungen“, „Rückfallprophylaxe“). Die vertiefte Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt führte möglicherweise zum Weiterbestehen von psychischen Belastungssymptomen während der Therapie. Dies würde erklären, warum in der ThePaS-I Variante die psychischen Auffälligkeiten erst im Katamnesezeitraum nach der Behandlung mit dem ThePaS-I zurückgingen.

Insgesamt erscheint aber wichtig, dass die Behandlung, unabhängig von der Therapiebedingung, insgesamt zu einer Abnahme der psychischen Probleme bzw. von externalisierenden und internalisierenden Symptomen führt und nur noch sehr wenige Probanden (4.6%) am Ende des Beobachtungszeitraums den klinischen Cut-Off für psychische Auffälligkeiten weiter erfüllten.

Wissen über StGB/Sexualität: Weiter zeigen beide Therapiebedingungen eine Zunahme an Wissen über Sexualität, während das Wissen zu den relevanten Bestimmungen des StGB bereits vor dem Beginn der Therapie bei vielen Probanden bereits vorhanden ist und über den Therapieverlauf nicht weiter zunimmt. Viele JS zeigen Defizite im Bereich der sexuellen Aufklärung und ein geringes Wissen zu den entsprechenden Gesetzen (z.B. Altersgrenzen, Definition von Schändung, erlaubte und verbotene Pornografie etc.). Dieses Wissen ist die Grundlage für den Aufbau von entsprechenden sexuellen Fertigkeiten und Beziehungsfertigkeiten (Schepker et al., 2006). Es liegt daher nahe, dass eine umfassende Aufklärung über Gesetze und Sexualität (körperliche und psychische Entwicklung, Anatomie der Geschlechtsorgane, Möglichkeiten der Verhütung, Geschlechtskrankheiten) sinnvoll ist. Die vorliegenden Ergebnisse sind als überwiegend positiv zu beurteilen. Die bereits vorhandenen Kenntnisse zu den Rechtsgrundlagen bei Beginn der Therapie sind damit zu erklären, dass die JS bei den Jugendanwaltschaften zuvor schon mit den massgeblichen Bestimmungen konfrontiert wurden und diese schon dort kennengelernt haben.

Sexuelle Auffälligkeiten: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die sexuellen Auffälligkeiten in Form von Problemen mit Vertrauen in die eigenen sexuellen Beziehungsfertigkeiten, sexuelle Kindsmisbrauchsfantasien und sexuelle Vergewaltigungsfantasien über den Interventionszeitraum abnehmen. Unsicherheiten in den Beziehungsfertigkeiten wurden von einigen Probanden berichtet und zeigen im Verlauf und der Katamnese eine deutliche Abnahme. Die beiden Masse für sexuelle Devianzen (Kindsmisbrauchs- und Vergewaltigungsfantasien) sind anfänglich nur in geringem Masse vorhanden, nehmen aber trotzdem im Verlauf signifikant ab. Es zeigen sich geringfügige Hinweise, dass im Katamnesezeitraum die sexuellen Kindsmisbrauchsfantasien bei den Probanden des ThePaS-II wieder leicht ansteigen (diesbezüglich ist aber nur ein Trend zur Signifikanz vorhanden, wenn die Kovariate Alter mitberücksichtigt wird). Die Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse, dass bei einem Teil der JS sexuelle Unsicherheiten vorhanden sind, welche durch entsprechende Interventionen vermindert werden können (z.B. Ueda, 2017). Das ThePaS führt in beiden Behandlungsbedingungen zu einem Rückgang dieser Unsicherheiten und verbesserten Beziehungskompetenzen. In der vorliegenden Studie wurden nur Probanden eingeschlossen, welche die Kriterien für die Diagnose einer Paraphilie gemäss ICD-10/DSM-5 nicht erfüllten (siehe Ausschlusskriterien in Kapitel 5.1.3). Trotzdem berichten die jugendlichen Probanden vereinzelt über deviante Fantasien. Bei erwachsenen Sexualstraftäter sind pädophile Neigungen ein Hauptfaktor für einschlägige sexuelle Rückfälle (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Es scheint daher sinnvoll zu sein, sexuelle Fantasien auch in der Therapie mit JS aufzugreifen und zu vertiefen. Möglicherweise ist dies im Rahmen des ThePaS-I mit der Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt langfristig etwas erfolgversprechender.

Opferempathie: Auch die Opferempathie konnte im Verlauf der Therapie mit dem ThePaS-I oder ThePaS-II gesteigert werden und blieb anschliessend über den Katamnesezeitraum hinweg konstant. Die Fähigkeit, Empathie für andere zu entwickeln, ist ein zentrales Element von vielen Therapieansätzen mit Straftätern. Die Erhebungen zu den psychopathischen Eigenschaften vor dem Beginn der Behandlung zeigen, dass einige Probanden im Bereich der Affekte (mangelnde Empathie, Reue etc.) Probleme aufweisen (14.3% im Grenzbereich bzw. Auffälligkeitsbereich der YPI Skala Affektiver Faktor). Auch die Erhebungen der Opferempathie in Bezug auf das eigene Delikt bestätigen die Angaben aus Deutschland, die zeigen, dass JS diesbezüglich Einschränkungen

kungen haben (Eckardt & Hosser, 2005). Obschon die Opferempathie nur im Rahmen des ThePaS-I direkt thematisiert wurde (Therapieelemente im Modul 14: Gefühle des Opfers einschätzen, Delikt aus der Perspektive des Opfers berichten, Entschuldigungsschreiben an das Opfer), konnte eine Zunahme der Opferempathie bei beiden Therapiebedingungen festgestellt werden. Wie schon zuvor angesprochen, haben sich möglicherweise die Trainingselemente zu den emotionalen Kompetenzen (Modul 8 „Umgang mit Gefühlen“ und Modul 13 „moralisches Urteilen“) auch auf die Opferempathie ausgewirkt. Die Ergebnisse der Opferempathie in der vorliegenden Studie sind insgesamt als positiv zu beurteilen.

Bewusstsein der Risikofaktoren / Strategien: Etwas ernüchternd fielen die Ergebnisse bezüglich der Veränderung in der subjektiven Wahrnehmung von Risikofaktoren und das Wissen zu den dazu formulierten Strategien zur Verminderung weiterer Delikte aus. Insgesamt wurden unabhängig von der Therapiebedingung nur sehr wenige Risikofaktoren als subjektiv relevant beurteilt und nur sehr wenige Strategien zur Verminderung weiterer Sexualdelikte angegeben. Die Ergebnisse zeigen deshalb auch keine signifikante Veränderung im Verlauf und keine Unterschiede zwischen den Therapiebedingungen. Die Ergebnisse legen nahe, dass, unabhängig von der Bedingung, keine Sensibilisierung in Bezug auf Risikofaktoren stattgefunden hat und die Strategien zur Verminderung weiterer Sexualdelikte nicht verinnerlicht werden konnten. Die leichte, aber nicht signifikante Zunahme der Strategien bei ThePaS-I während der Intervention lässt vermuten, dass zumindest einige wenige Probanden von den Therapieelementen zur Rückfallprophylaxe während des ThePaS-I profitieren konnten. Diesbezüglich beurteilen wir das ThePaS-I etwas besser als das ThePaS-II. Wie leider die Erhebung bei T2 zeigt, waren diese Effekte aber nicht sehr stabil. Diesbezüglich scheint eine Anpassung des ThePaS-I angezeigt zu sein und eine Intensivierung der Therapiemodule „Rückfallprophylaxe“ und „Rückfallvermeidungspläne“ notwendig, um bessere Ergebnisse zu erzielen. Wir beurteilen die geringe Anzahl an subjektiven relevanten Risikofaktoren und die fehlenden Strategien auch mit dem Wunsch der Probanden, diesbezüglich möglichst unauffällig und angepasst zu erscheinen. Auch der Wunsch, die eigenen Taten zu vergessen, könnte eine Rolle spielen. Es ist zu hoffen, dass bei den jugendlichen Probanden, das erlernte Wissen zumindest implizit vorhanden ist und aktiviert werden kann, falls entsprechende Risikosituationen auftauchen.

Fazit betreffend die Veränderungsfaktoren: Insgesamt kann bezüglich der erhobenen Veränderungsfaktoren ein mehrheitlich positives Fazit für beide Behandlungsbedingungen gestellt werden. Beide ThePaS-Bedingungen gingen mit Verbesserungen von psychischen Auffälligkeiten, einer Zunahme an (sexuellem) Wissen und einer Verbesserung der Opferempathie einher. Leicht besser schneidet das ThePaS-II im Vergleich zum ThePaS-I bei den psychischen Auffälligkeiten ab und leicht besser wird das Potenzial des ThePaS-I im Vergleich zum ThePaS-II bezüglich Bewusstseins der Risikofaktoren/Strategien beurteilt.

7.4.3 *Wirksamkeit des ThePaS-I und ThePaS-II: Therapiefaktoren*

Weitere interessante Unterschiede zwischen den beiden Therapiebedingungen fanden sich bei der Einschätzung der Probanden und bei der Einschätzung der Therapeuten, die die Behandlungen durchführten. Die [Grafik 31](#) gibt eine Übersicht über die erhobenen Therapiefaktoren. Mittels grünen, orangen und roten Ampeln wurden die Therapiefaktoren für das ThePaS-I und das ThePaS-II einzeln beurteilt. Die Zeichen zwischen den beiden Therapiebedingungen („=“, „<“, „>“) weisen auf eine ca. gleich gute Wirkung bzw. auf eine bessere oder schlechtere Wirkung der beiden Varianten hin.

Grafik 31: Übersicht über die Beurteilung der Therapiefaktoren des ThePaS-I und ThePaS-II

ThePaS-I	ThePaS-II	Therapiefaktoren
	(<) 	Behandlungszufriedenheit
	> 	Treatment Integrity Durchführbarkeit
	> 	Treatment Integrity Zielerreichung
	= 	Risikoverminderung gemäss Therapeut

Behandlungszufriedenheit: Obschon der Erfolg der Behandlung von den Probanden des ThePaS-II im Vergleich zu ThePaS-I als signifikant besser beurteilt wird, schneiden beide Therapiebedingungen gut ab (alle Mittelwerte der Selbsteinschätzungen der Probanden sind „überwiegend positiv“).

Treatment Integrity: Gemäss den Therapeuten war die Therapiebedingung ThePaS-I im Vergleich zu ThePaS-II etwas besser durchzuführen und die Ziele der Module mit den Probanden etwas besser zu erreichen. Dies kann vor dem Hintergrund der etwas geringeren Therapieerfahrung von einzelnen Therapeuten mit den Modulen des ThePaS-II beurteilt werden. Einzelne Therapiemodule mit Werten unter 80% benötigen aufgrund der Ergebnisse etwas Nachbearbeitung (genauere Anleitungen und Beschreibungen der Therapieelemente). Mittels weiteren Schulungen und Therapeutentrainings kann die Durchführbarkeit und die Zielerreichung weiter verbessert werden. Insgesamt schneiden die Werte der Treatment Integrity im Vergleich zu anderen Studien (Borduin et al., 2009) etwas schlechter ab, sind aber weiterhin in einem akzeptablen Bereich. Die zufriedenstellenden Werte der Treatment Integrity (Durchführbarkeit und Zielerreichung im ThePaS-I und ThePaS-II) werden auch durch die unabhängigen Videoratings bestätigt.

Risikoverminderung gemäss Therapeut: Schliesslich zeigt die Beurteilung der Therapeuten eine signifikante Abnahme der dynamischen Risikofaktoren über den Behandlungszeitraum hinweg. Dieser Effekt war unabhängig von der Therapiebedingung. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Therapeuten den Eindruck haben, dass mittels des ThePaS-I oder des ThePaS-II eine Verbesserung der relevanten Risikofaktoren erreicht werden konnte.

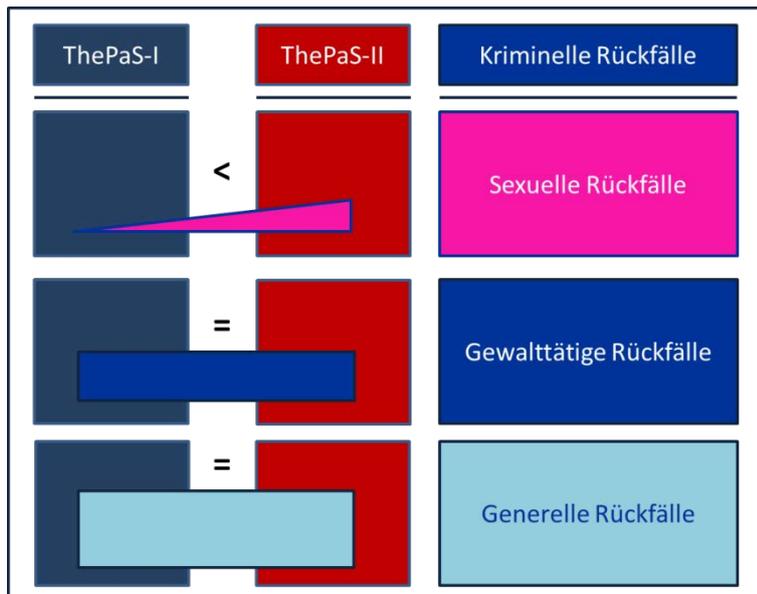
Fazit zu Therapiefaktoren: Insgesamt sind beide Therapievarianten bezüglich der eingeschätzten Therapiefaktoren als zufriedenstellend bis gut zu beurteilen. ThePaS-II schneidet im Vergleich zur ThePaS-I betreffend Behandlungszufriedenheit besser ab. Das ThePaS-I schneidet betreffend Durchführbarkeit und Zielerreichung (insbesondere in der Bewertung der Therapeuten) etwas besser als das ThePaS-II ab.

7.4.4 Wirksamkeit des ThePaS-I und ThePaS-II: Kriminelle Rückfälle

Die wohl wichtigsten Analysen sind Zusammenhänge zwischen den beiden Therapievarianten und den kriminellen Rückfällen während und nach der Behandlung. Die [Grafik 32](#) zeigt den Vergleich der beiden Therapiebedingungen mittels symbolischer Umsetzung der sexuellen, gewalttä-

tigen und generellen Rückfälle (ein Dreieck symbolisiert ungleiche Verteilungen der Rückfälle, ein Rechteck gleiche oder ähnliche Verteilungen, die Höhe der Symbole widerspiegelt die Grösse der Rückfallzahlen). Dabei ist hier nochmals zu erwähnen, dass aufgrund der Auswertungsstrategie alle delinquenten Verhaltensweisen einbezogen wurden (unabhängig von einer Anzeige oder einem juristischen Verfahren/Urteil). Der beschränkte Zeitraum zur Erhebung der kriminellen Rückfälle ist ein limitierender Faktor bei der Interpretation der Ergebnisse. Weitere Nacherhebungen im Längsschnitt sind notwendig, um die Wirksamkeit der beiden Therapiebedingungen differenzierter erfassen zu können. Die Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit von ThePaS-I vs. ThePaS-II können sich bei der Berücksichtigung eines längeren Rückfallzeitraums verändern.

Grafik 32: Übersicht über die Häufigkeiten der kriminellen Rückfälle des ThePaS-I und ThePaS-II



Sexuelle Rückfälle: Obschon die Zahlen in Bezug auf sexuelle Delikte erwartungsgemäss gering waren, zeigen die Ergebnisse signifikante Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von sexuellen Delikten und ihrem zeitlichen Auftreten von sexuellen Delikten zwischen ThePaS-I und ThePaS-II. Die Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass die Behandlung mittels ThePaS-I im Vergleich zu ThePaS-II deliktpräventiver in Bezug auf sexuelle Delikte ist. Dieses Ergebnis deutet sich bereits bei der Analyse der während der Behandlung erfolgten sexuellen Rückfälle an. Auch dort wurde eine signifikante Tendenz zugunsten des ThePaS-I ersichtlich. Obschon die Unterschiede in der Häufigkeit aufgrund der geringen Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren sind, können aufgrund der weiteren multivariaten Analysen die bessere deliktpräventive Wirkung des ThePaS-I vs. ThePaS-II bestätigt werden. Auch wenn man verschiedene weitere Risikofaktoren für (Sexual-)Delinquenz mitberücksichtigt (Kontrollvariablen, Risikobeurteilung, weitere kriminelle Merkmale, Behandlungsfaktoren), bleibt der Behandlungseffekt vorhanden. Sobald aber weitere psychische Faktoren einbezogen werden (Irritabilität, psychopathische Eigenschaften) oder das Vorhandensein einer psychischen Störung mitberücksichtigt wird, ist die Behandlungsbedingung aber nicht mehr signifikant mit dem zeitlichen Auftreten eines sexuellen Rückfalls assoziiert. Dies deutet darauf hin, dass unabhängig von der Durchführung des ThePaS-I oder ThePaS-II zusätzlich störungsspezifische Massnahmen angezeigt sind.

Die signifikanten Ergebnisse der multivariaten Analysen lassen neben der standardisierten Risikobeurteilung auch die Bedeutung einer psychischen Störung für die sexuellen Rückfälle erkennen. Diese beiden Faktoren bleiben signifikant mit sexuellen Rückfällen assoziiert. Das Vorhandensein einer psychischen Störung erhöht das Risiko für einen sexuellen Rückfall um den Faktor 11.

Gewalttätige Rückfälle: Es fanden sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Häufigkeit und im zeitlichen Auftreten von gewalttätigen Rückfällen (damit sind alle nicht sexuellen Delikte gemeint, welche physische Gewalt beinhalten [Delikte gegen Leib und Leben]). Die Ergebnisse las-

sen darauf schliessen, dass die beiden Therapiebedingungen gleich oder ähnliche deliktpräventive Effekte für Gewaltstraftaten haben.

Generelle Rückfälle: Es fanden sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Häufigkeit und im zeitlichen Auftreten von generellen Rückfällen (damit sind alle Delikte gemäss StGB, BetmG und SVG gemeint). Die Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass die beiden Therapiebedingungen gleich oder ähnliche deliktpräventive Effekte haben.

Fazit betreffend krimineller Rückfälle: Die Ergebnisse legen nahe, dass das ThePaS-I im Vergleich zu ThePaS-II eine bessere und spezifischere präventive Wirkung in Bezug auf das Auftreten von sexuellen Rückfällen hat. Aufgrund der zuvor diskutierten Veränderungsfaktoren und Therapiefaktoren kann nicht direkt gefolgert werden, weshalb das ThePaS-I effektiver als das ThePaS-II ist. Es ergaben sich keine Hinweise auf ThePaS-I oder ThePaS-II spezifische Moderatoren (wie z.B. die Abnahme psychischer Auffälligkeiten oder die Zunahme an Wissen über Risikostrategien). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die gefundenen Unterschiede der sexuellen Rückfälle auf die Therapiekonzepte des ThePaS-I bzw. ThePaS-II selber zurückzuführen sind. Die Ergebnisse zeigen auf, dass eine Deliktorientierung in einer forensischen Therapie sinnvoll und zweckmässig ist, um einschlägige sexuelle Rückfälle zu vermindern. Da die Zuweisung randomisiert erfolgte, kann davon ausgegangen werden, dass die Gruppen vergleichbar sind und sich weitere nicht kontrollierte Einflussfaktoren zufällig auf die beiden Gruppen aufteilen. Die zuvor im Rahmen der Aktenstudie diskutierten Einflüsse von Verzerrungsfaktoren, insbesondere die unterschiedliche Informationslage zu kriminellen Rückfällen, sind in der Interventionsstudie nicht von Relevanz.

7.5. Gesamtbeurteilung der Wirksamkeit des ThePaS

Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der Wirksamkeitsstudien von JS und allgemein vor dem Hintergrund der Bedeutung der deliktorientierten Interventionen zu diskutieren. Die vorhandenen Ergebnisse zeigen den Sinn und die Zweckmässigkeit von spezialisierten Psychotherapien bei JS allgemein auf. So fanden sich bei den Probanden insgesamt günstige Veränderungen in mehreren relevanten Bereichen (psychische Auffälligkeiten, Wissen, Opferempathie, sexuelle Auffälligkeiten), welche als Risikofaktoren für weitere sexuelle Rückfälle beurteilt werden müssen (z.B. M. Aebi et al., 2012; Boonmann et al., 2015; Hart-Kerkhoffs et al., 2009; Reitzel & Carbonell, 2006; Whittaker et al., 2006). Weiter deuten die gefundenen Ergebnisse in Richtung einer besseren deliktpräventiven Wirksamkeit des ThePaS-I im Vergleich zu ThePaS-II.

Als wohl wichtigster und gesellschaftlich relevantester Befund zeigt die vorliegende Studie, dass die deliktorientierte Therapie mittels ThePaS-I zu einer Verminderung der sexuellen Rückfälle führt, wenn man diese in einem breiten Sinn als Verhaltensweisen definiert, welche nicht direkt mit einer Anzeige oder einer Verurteilung einhergehen müssen. Die Vermeidung weiterer Delikte und die Verminderung eines übergriffigen und sexuell grenzverletzenden Verhaltens ist das Hauptziel einer Intervention mit JS. Die meisten Studien definieren demgemäss die Wirksamkeit vorwiegend oder ausschliesslich anhand von kriminellen Rückfälligkeitsszahlen (Hanson et al., 2009; Hanson et al., 2002; Kettrey & Lipsey, 2018; Lösel & Schmucker, 2005; Reitzel & Carbonell, 2006; Schmucker & Lösel, 2015; Ter Beek et al., 2018; Walker et al., 2004; Winokur et al., 2006). Die bessere Wirkung des ThePaS-I im Vergleich zu ThePaS-II basiert zwar auf einer geringen Anzahl von Probanden mit sexuellen Rückfällen, die Befunde sind jedoch statistisch signifikant. Weiter zeigen die Ergebnisse auch, wenn man das zeitliche Auftreten der sexuellen Rückfälle während und nach der Therapie beurteilt, weiterhin einen signifikanten Effekt des ThePaS-I im Vergleich zu ThePaS-II. Die bessere Wirkung des ThePaS-I in Bezug auf sexuelle Rückfälle wird auch durch weitere Analysen gestützt, bei welchen zusätzliche Kontrollvariablen und Risikofaktoren einbezogen wurden. Insgesamt kann auch aufgrund des methodisch guten Designs der Studie mit der randomisiert-kontrollierten Zuweisung zu den Therapiebedingungen und der Verblindung der Evaluationsmitarbeiter bei der Codierung von Rückfällen davon ausgegangen werden, dass die gefundenen Unterschiede wirklich auf die Therapiebedingung zurückzuführen sind. Methodische Verzerrungsfaktoren (z.B. vorbestehende Unterschiede in den ThePaS-I vs. ThePaS-II Gruppen) hatten daher keinen oder nur einen sehr geringen systematischen Einfluss auf die Ergebnisse.

Es gibt bisher sehr wenige Studien, die mittels eines randomisiert kontrollierten Designs die Wirksamkeit von Therapien bei JS untersuchen. Bisher konnte diesbezüglich nur die Multisystemische Therapie mit ihrem spezifischen Ansatz für JS eine entsprechende Wirksamkeit belegen (Borduin et al., 2009). Die vorliegenden Ergebnisse sind daher für die Wirksamkeitsforschung von grosser Bedeutung (Letourneau & Borduin, 2008). Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass neben Ansätzen im Umfeld der JS (Interventionen mit Eltern und den sozialen Bezugspersonen von JS) auch deliktorientierte Techniken zu einer Verminderung von einschlägigen Rückfällen beitragen können. Inwieweit die Ergebnisse auf andere Delikte (z.B. Gewaltdelikte) und andere Probandengruppen (z.B. Erwachsene) übertragen werden können, ist unklar. Die vorliegenden Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass deliktorientierte Therapien ein sinnvolles und zweckmässiges Mittel in einem forensischen Kontext darstellen.

Weitere Befunde zu den Veränderungs- und Therapiefaktoren im Verlauf unterstützen die bessere Wirksamkeit des ThePaS-I. Die deliktorientierte Variante des ThePaS-I ist ferner etwas besser in Bezug auf die längerfristige Verminderung sexuell devianter Fantasien zu beurteilen. Die subjektive Wahrnehmung von Risikofaktoren und das Wissen über Handlungspläne der Probanden können im ThePaS-I etwas besser beurteilt werden als im ThePaS-II. Diese Ergebnisse sind allerdings mit grosser Vorsicht zu behandeln, da sie sich nur auf (statistische) Tendenzen zurückführen lassen und weitere Untersuchungen benötigen. In Bezug auf die Durchführbarkeit und die Zielerreichung schneidet jedoch das ThePaS-I im Vergleich zum ThePaS-II im Urteil der Therapeuten signifikant besser ab. Dies deutet darauf hin, dass die Therapeuten die deliktorientierte Version des ThePaS-I bevorzugen und die Wirksamkeit als höher beurteilen als die kompetenzorientierte Version des ThePaS-II.

Es gibt jedoch auch einige Punkte, die für eine bessere Wirksamkeit des ThePaS-II im Vergleich zum ThePaS-I sprechen. So zeigt das ThePaS-II im Gegensatz zum ThePaS-I eine deutliche Verbesserung der psychischen Auffälligkeiten während der Intervention. Seitens der Probanden des ThePaS-II im Vergleich zu den Probanden des ThePaS-I wurde die Zielerreichung im Rahmen der Behandlungszufriedenheit besser eingeschätzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die deliktorientierte Version für die Probanden psychisch belastender war, da sie weiterhin mit ihrem Fehlverhalten konfrontiert wurden. Demgegenüber beinhaltete die kompetenzorientierte Version mehrere Module, die zu einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit führten (z.B. achtsamkeitsbasierte Interventionen, soziale Kompetenzen). Dies widerspiegelte sich möglicherweise auch in der höheren Behandlungszufriedenheit der Probanden des ThePaS-II im Vergleich zu den Probanden des ThePaS-I.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse des Modellversuchs für den Einsatz deliktorientierter Techniken in der Therapie mit JS: Eine spezialisierte Psychotherapie, in welcher das von den JS begangene Delikt aufgegriffen und analysiert wird, und auf Basis dieser Erkenntnisse individualisierte Risikofaktoren und Handlungspläne zur Rückfallvermeidung aufgestellt werden, ist somit in Bezug auf sexuell grenzverletzendes Verhalten wirksamer als eine spezialisierte Therapie, welche primär auf der Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen beruht. Allerdings müssen die Aussagen über die Rückfälligkeit (sexuelle Rückfälle, erneute Gewaltdelikte bzw. erneute irgendwelche Delikte) auch in Beziehung zur kurzen Katamnesedauer gesetzt werden. Es kann sein, dass diese Resultate sich im Längsschnitt verändern. Auch aus diesem Grund sind Nachuntersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll und zweckmässig.

7.6. Teilprojekt „Messung von Kriminalität/Rückfällen“

Kriminalität zu messen bzw. kriminelle Rückfälle zu erheben, ist eine grosse Herausforderung, da viele Delikte im Dunkelfeld geschehen und daher nicht von offiziellen Quellen erfasst werden. Die Registerdaten der Schweiz weisen aber bezüglich der Erfassung von Kriminalität/Rückfällen Limitierungen auf und lassen darauf bezugnehmend keine Schlüsse auf die Wirkung von Interventionen zu. Folgende Methoden können zur Erfassung von Kriminalität / Rückfällen eingesetzt werden:

- **Strafregisterdaten:** Gemäss VOSTRA (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2006) werden Urteile gegen Jugendliche wegen eines Verbrechens oder Vergehens aufgenommen,

wenn diese mit einem Freiheitsentzug (Art. 25 JStG), mit einer Unterbringung (Art. 15 JStG), mit einer ambulanten Behandlung (Art. 14 JStG) oder mit einem Tätigkeitsverbot bzw. einem Kontakt- und Rayonverbot (Art. 16a JStG) sanktioniert worden sind.

- **Jugendstrafurteilsstatistik (JUSUS):** Die Daten der Jugendstrafurteilsstatistik beziehen sich auf die rechtskräftigen Gerichtsurteile und Strafbefehle und erfassen damit nur einen geringen Teil der Verbrechen und Vergehen, welche von den Jugendanwaltschaften an das Bundesamt für Statistik gemeldet werden.
- **Polizeistatistiken:** Angaben zu polizeilichen Anzeigen und Ermittlungsverfahren erfassen ein grösseres Ausmass von möglicher Kriminalität. Die Daten sind kantonal organisiert und unterstehen dem Datenschutz. In der vorliegenden Studie wurden keine Daten der Polizeistatistiken einbezogen.
- **Selbstberichte Delinquenz mittels entsprechender Fragebogen:** Selbstberichte können möglicherweise weitere Taten und Übergriffe am ehesten wiedergeben, sind aber limitiert auf diejenigen JS, die bereit sind, ihre Delikte offenzulegen. Im Rahmen des Modellversuchs ThePaS wurden zwar verschiedene Massnahmen getroffen, dass die JS möglichst offen zu weiteren Delikten berichten können (Versicherung der Vertraulichkeit, keine Angaben von Namen (nur Verschlüsselungsnummern), Informationen in abgeschlossenem Umschlag aufbewahrt bis zur Auswertung 2019). Es muss trotzdem davon ausgegangen werden, dass die meisten Jugendlichen, da sie in einem laufenden Strafverfahren stehen, aus Angst und Befürchtung vor Konsequenzen nicht bereit sind, weitere, nicht offizielle verfolgte Delikte anzugeben. In anderen komplett anonymisierten Settings (z.B. anonyme Internetbefragungen) sind Selbstberichts-Delinquenz-Fragebogen möglicherweise besser geeignet, um Kriminalität zu erfassen (Killias et al., 2007).
- **Opferangaben (Opferfragebögen):** Daten zu kriminellen Verhaltensweisen von Tätern können von den Geschädigten detailliert angegeben werden. Sie eignen sich jedoch nur begrenzt zur Erfassung von Rückfällen, da eine Person zum Nachteil mehrerer Geschädigten Delikte begehen kann. Im Kontext von häuslicher Gewalt erscheint ein solches Vorgehen am Sinnvollsten. Im vorliegenden Modellversuch konnten aufgrund des Designs der Studie keine Opferangaben einbezogen werden.
- **Auswertung von Verlaufsberichten der Vollzugsbehörden:** Die Angaben zu Delikten (bzw. Gewaltvorfällen, sexuellen Übergriffen etc.) in den Verlaufsberichten der Massnahmenverlaufsakten können gemäss einem systematischen Codierungsleitfaden erhoben werden und ermöglichen die Erfassung auch von nicht angezeigten oder nicht strafrechtlich verfolgten Delikten. Bei der Erfassung ist keine juristische Prüfung des Sachverhalts erforderlich. Durch die umfassendere Definition können aber möglicherweise auch Verhaltensweisen berücksichtigt werden, welche nicht unter das StGB fallen. Als Nachteil dieser Methode ist die unterschiedliche Qualität und der Aufzeichnungen bzw. das Fehlen einer Massnahme zu benennen, welche dazu führt, dass keine Informationen zu deliktrelevanten Verhaltensweisen verfügbar sind.

Die Ergebnisse der Erhebung der Rückfälle im Modellversuch ThePaS legen nahe, dass die offiziellen Quellen (Strafregistereinträge, Jugendstrafurteilsstatistik) kriminelle Rückfälligkeit von Jugendlichen nicht adäquat abbilden. Nur ein Teil der in den Akten der Jugendanwaltschaften berichteten Vorfälle finden Eingang in die offiziellen Datenbanken. Im Rahmen der Datenerhebung fanden sich Hinweise darauf, dass bei vielen Rückfällen von Jugendlichen während einer therapeutischen Massnahme oftmals keine Anzeige erfolgte oder keine neuen Strafuntersuchungsverfahren eröffnet wurden. Die Gründe hierzu konnten im Rahmen der Studie nicht analysiert werden. Die Validität der offiziellen Statistiken/Datenbanken ist daher beeinträchtigt und führt zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Rückfälligkeit. Auch die Erhebung anhand von Selbstberichtfragebogen (SRD) führt unseren Ergebnissen gemäss zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Rückfälligkeit. Die Verlaufsakten der Jugendanwaltschaften waren in der vorliegenden Interventionsstudie die beste Grundlage für die valide Einschätzung von kriminellen Rückfällen. Die Abstützung auf diese Angaben führte jedoch aufgrund sehr unterschiedlicher Vorgehensweisen der Jugendanwaltschaften und aufgrund nicht vorhandener Informationen dazu, dass im Rahmen der Aktenstudie die Aktenkontrollgruppe nicht mit der Interventionsgruppe vergleichbar war.

Das im vorliegenden Modellversuch ThePaS gewählte multimodale Vorgehen mit Einbezug verschiedener Quellen hat sich als geeignetste Strategie erwiesen, um kriminelle Rückfälle zu erheben. Allerdings gilt dies nur wenn auch genaue Daten über den Verlauf in den Akten vorliegen.

7.7. Teilprojekt „Entwicklung des RiskFakt-KJ“

Im Rahmen des Modellversuchs wurde ein neues Instrument zur Erfassung von Risikofaktoren entwickelt. Der nun in deutscher Sprache vorliegende RiskFakt-KJ dient zur Erfassung von selbstberichteten Risikofaktoren und Plänen zur Vermeidung von Sexualdelikten bei Kindern und Jugendlichen.

Das Instrument berücksichtigt 14 Risikofaktoren (Gefühle, Gedanken und Fantasien und Situationen). Die Probanden schätzten jeweils ein, welche Risikofaktoren bei ihnen vorhanden sind (Anzahl objektiver Risikofaktoren), welche von diesen für weitere zukünftige Sexualdelikte für sie selbst von Bedeutung sind (Anzahl subjektiver Risikofaktoren) und für welche von diesen sie risikovermindernde Strategien besitzen (Anzahl dazugehöriger Strategien zur Risikosenkung). Die 14 Risikofaktoren wurden, basierend auf einer Expertenbefragung und den Ergebnissen von empirischen Studien bei JS (Prentky & Righthand, 2003; Worling, 2004), entwickelt.

Es liegt nun eine Papierversion sowie eine computerbasierte Version (basierend auf Microsoft Access) vor. Die Computerversion beinhaltet akustische Versionen der Fragen und eignete sich insbesondere für Probanden mit schlechteren Lesekenntnissen. Die Computerversion kann leider nur auf einem älteren Modell eines Laptops eingesetzt werden, da die neueren Versionen des Programms Microsoft Access nicht mehr kompatibel waren.

Der RiskFakt-KJ konnte im Rahmen des vorliegenden Modellversuchs nicht umfassend getestet bzw. validiert werden. Dazu wäre eine grössere Stichprobe von JS und weitere Vergleichsvariablen zu den erhobenen Risikofaktoren notwendig. Das Instrument deckt jedoch aus klinischer Sicht die relevanten Risikofaktoren bei JS weitgehend ab und hat sich im Alltag mit den Jugendlichen bewährt.

Die Ergebnisse des Modellversuchs lassen jedoch darauf schliessen, dass nur wenige Jugendliche, da sie in einem Strafverfahren stehen, relevante Risikofaktoren für sich benennen und nur wenige entsprechende Strategien dazu angeben. Eine Überarbeitung des RiskFakt-KJ mit einer Vereinfachung der Items würde sich anbieten und sollte vor dem weiteren Einsatz des RiskFakt-KJ in einem Forschungsprojekt vorgenommen werden. Weiter wäre eine umfassende testpsychologische Prüfung in Bezug auf die Objektivität, Reliabilität und Validität anzustreben.

8. Schlussfolgerungen

8.1. Inwiefern hat der Modellversuch ThePaS seine Ziele erreicht?

Das Ziel des Modellversuchs ThePaS war eine umfassende Validierung des Therapieprogramms ThePaS bei einer Stichprobe von JS in der Schweiz. Dieses Ziel wurde vollumfänglich erreicht. Das Behandlungsprogramm ThePaS wurde in zwei Versionen unter Einbezug mehrerer Outcomes umfassend überprüft. Was jedoch nicht gelang, war die Erhebung von aufschlussreichen und methodisch validen Daten für den Vergleich der Wirksamkeit des ThePaS zwischen einer Interventionsgruppe und einer Aktenkontrollgruppe.

Der Modellversuch ThePaS wurde in Form von zwei separaten Studien durchgeführt. Die Aktenstudie wurde auf Wunsch des Fachausschusses des Bundesamts für Justiz erarbeitet und beinhaltete den Versuch, die Rückfälle der JS, die keine oder eine andere Behandlung als das ThePaS erhielten, mit der Interventionsgruppe, welche das ThePaS absolvierten, zu vergleichen. Mittels einer Parallelisierung wurde eine Vergleichbarkeit in Bezug auf das Alter und das beurteilte Rückfallrisiko vorgenommen. Weitere Einflussfaktoren konnten nicht kontrolliert werden. Bei der Überprüfung von weiteren Variablen zeigte sich aber, dass trotz der Parallelisierung eine höhere Auffälligkeit bei der Interventionsgruppe vorlag. Bei der Erhebung der Verlaufsakten wurde zudem offensichtlich, dass ein unterschiedlicher Informationsgehalt in den verfügbaren Berichten dazu führte, dass die Gruppen in Bezug auf kriminelle Rückfälle nicht vergleichbar waren. Auch

die nur sehr wenigen verfügbaren offiziellen Registerdaten liessen keine aussagekräftigen Schlüsse zur Wirkung des ThePaS gegenüber anderen Therapien zu.

Eine differenzierte Validierung des ThePaS konnte im Vergleich der zwei Versionen durchgeführt werden. Die deliktorientierte Version des ThePaS erwies sich als wirksamer zur Vermeidung von Sexualdelikten und ist damit im Rahmen des Strafvollzugs als zweckmässiger und geeigneter für JS zu beurteilen. Allerdings erwies sich das ThePaS-II bei psychischen Belastungen bzw. psychischen Störungen in Bezug auf die Symptomreduzierung, insbesondere während der Behandlung, als wirkungsvoller. Basierend auf den differenziert erfassten Veränderungs- und Therapievariablen können weitere Verbesserungen des ThePaS, insbesondere in der Kombination der beiden Versionen und im individuell differenzierten indizierten Einsatz, angestrebt und umgesetzt werden.

8.2. Stärken und Schwächen des Projekts

8.2.1 Stärken des Modellversuchs ThePaS

Der Modellversuch ThePaS war ein sehr umfassendes Therapieevaluationsprojekt mit zwei methodisch unterschiedlichen Teilprojekten, welches in fast der gesamten Deutschschweiz durchgeführt werden konnte und im weltweiten Vergleich zu anderen Studien zahlreiche Stärken aufweist:

- Im Rahmen des Modellversuchs ThePaS konnten **verschiedene Informationsquellen** zu umfangreichen psychosozialen, psychischen und kriminellen Faktoren bei JS genutzt werden:
 - 1) Es wurden umfangreiche Aktdaten mittels des SDJS-II erhoben;
 - 2) Es wurden zahlreiche Selbstauskünfte der Jugendlichen selber mittels eines umfangreichen Fragebogenrepertoires einbezogen;
 - 3) Es wurden Angaben der Therapeuten zur Umsetzbarkeit der Therapie und beobachtbaren Veränderungen der JS einbezogen;
 - 4) Schliesslich konnten detaillierte Daten über kriminelle Verhaltensweisen mittels Registerinformationen, Selbstauskünfte und mittels schriftlichen Informationen in den Verlaufsakten erfasst werden.
- Durch das **randomisiert-kontrollierte Design** (randomized controlled trial, RCT) der Interventionsstudie konnte die bestmögliche methodische Strategie für einen Vergleich der zwei Gruppen umgesetzt werden. Die Interventionsstudie erfüllt somit die Voraussetzungen für das Level 5 der Maryland Scale of Scientific Methods (Farrington et al., 2003) (siehe [Grafik 33](#)). Nur mittels eines solchen Designs können auch anfänglich unbekannte Faktoren, welche einen Einfluss auf die kriminellen Rückfälle haben, kontrolliert werden.
- Durch die **Verblindung der Evaluationsmitglieder** in Bezug auf die Behandlungsbedingung konnte gewährleistet werden, dass die Erhebung der kriminellen Rückfälle unbeeinflusst war von möglichen Erwartungen zur Wirkung des ThePaS-I oder des ThePaS-II. Damit war eine unverzerrte Erhebung von kriminellen Rückfällen in den Aktdaten möglich.
- Durch den **Intention-to-treat (ITT)** Ansatz in der Interventionsstudie konnten die Wirksamkeitsvergleiche umfassend für alle Probanden vorgenommen werden und waren nicht durch Ausschlüsse von einzelnen Probanden beeinflusst. Hätte man nur die vollständig durchgeführten ThePaS Behandlungen in der Analyse aufgegriffen, hätte dies möglicherweise zu einer besseren Wirksamkeit geführt, welche aber nicht der tatsächlichen Realität entsprochen hätte. Der ITT Ansatz ist eine konservative Methode zur Einschätzung von Effekten bei einer randomisiert-kontrollierten Studie (Gupta, 2011).
- Die Probanden der Interventionsgruppe und der Aktenkontrollgruppe konnten **kantonsübergreifend in der Deutschschweiz rekrutiert** werden. Damit zeigt sich die hohe Akzeptanz der Studie bei den Jugendanwaltschaften. Die Durchführung des ThePaS in Basel, Luzern und Zürich und die Zuweisung aus mehreren Kantonen zeigen die Möglichkeit auf, das Therapieprogramm ThePaS überkantonal einzusetzen.

- In der Interventionsgruppe konnte eine hohe **Rekrutierungsquote von 92.3%** erreicht werden. Dies spricht dafür, dass die Interventionsgruppe repräsentativ für die in der Rekrutierungszeit von den Jugendanwaltschaften zugewiesenen JS war.
- Die Treatment Integrity war gut (insbesondere im ThePaS-I), was dafür spricht, dass das Programm überwiegend gut durchgeführt werden konnte.

Grafik 33: Maryland Scale of Scientific Methods

Level 1: Korrelationen zwischen Interventionsprogramm und Kriminalitätsmassen zu einem Zeitpunkt

Level 2: Erhebung von Kriminalität vor und nach einem Interventionsprogramm

Level 3: Erhebung von Kriminalität vor und nach einem Interventionsprogramm in einer Experimental- und Kontrollgruppe

Level 4: Erhebung von Kriminalität vor und nach einem Interventionsprogramm in einer Experimental und Kontrollgruppe mit der Kontrolle von relevanten Merkmalen

Level 5: Randomisierte Zuweisung zu einer Interventions- oder Kontrollgruppe

8.2.2 Schwächen

Trotz der oben genannten Stärken zeigten sich aber auch einige Schwächen des Modellversuchs ThePaS, welche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken und auf die Notwendigkeit von weiterführenden Studien hinweisen.

- Die Limitierungen **der Aktenstudie** aufgrund der **mangelnden Vergleichbarkeit der beiden Gruppen** wurden bereits ausführlich im Kapitel 7.3 aufgegriffen und diskutiert. Die Limitierungen der Aktenstudie wiegen gemäss den Referenten so schwer, dass die Ergebnisse methodisch nicht interpretierbar sind.
- Eine weitere zentrale grosse Limitierung ist die **geringe Grösse der Stichproben** in der Interventionsgruppe, welche die Möglichkeiten des Findens von statistisch signifikanten Unterschieden limitiert. Die angestrebte Stichprobengrösse von 80 Probanden konnte im Rekrutierungszeitraum trotz Verlängerung und grosser Bemühungen der involvierten Institutionen und Behörden nicht erreicht werden. Damit konnten potentiell existierende kleine Effekte nicht statistisch geprüft werden bzw. gefunden werden.
- Betreffend der Ergebnisse zur Rückfälligkeit muss auf die kurze Katamnesedauer hingewiesen werden. Gerade weil es sich um Jugendliche handelt, bei welchen noch grosse Reifungseffekte möglich sind, sollte die Rückfälligkeit im Längsschnitt weiter überprüft werden.
- Die **unterschiedliche Praxis in der Führung der Untersuchungen und der Massnahmen bei den Jugendanwaltschaften** sind als weitere Limitierungen zu nennen. Die Validität der kodierten Informationen mittels des SDJS in der Akten- und der Interventionsstudie ist aufgrund der nicht einheitlichen Praxis der Dokumentation von Informationen eingeschränkt. Die Selektion der Probanden für die Zuweisung zu einer Therapie bzw. zum ThePaS erfolgte nach wenig transparenten Kriterien, und diese Prozesse konnten im Rahmen der Studie nicht abgebildet werden.
- Eine weitere Limitierung sind die **geringen Raten von offiziell registrierten Rückfällen für Sexual- und Gewaltdelikte**. Die Ergebnisse der Akten Daten lassen vermuten, dass

nur sehr wenige sexuelle Übergriffe oder Gewaltausübungen zu einer erneuten Anzeige und zu einem weiteren Strafverfahren führen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Neben den nicht vorhandenen juristischen Voraussetzungen für die Eröffnung eines weiteren Strafverfahrens (fehlende Anzeige, unklarer Sachverhalt) könnten auch Einflussfaktoren der Behörden (z.B. keine Eröffnung eines neuen Verfahrens, da der Jugendliche bereits in einer Massnahme ist) eine Rolle spielen.

- Es zeigten sich bei der Durchführung des ThePaS (insbesondere des ThePaS-II) punktuell Schwierigkeiten in der Umsetzung des Manuals. Die Durchführung des ThePaS wurde von vielen, teilweise noch wenig erfahrenen Therapeuten (unter Supervision der Therapeuverantwortlichen) vorgenommen.
- Als weitere Limitierung ist die **sprachliche Begrenzung auf deutschsprachige Jugendliche und Therapeuten** zu nennen. Das ThePaS wurde in der Deutschschweiz seit 2007 entwickelt und die Materialien und die Manuale sind bisher nur in Deutsch verfügbar. Es war im Rahmen des Modellversuchs daher nicht möglich, die französisch- oder italienischsprachigen Regionen in die Studie einzubeziehen.

8.3. Vollzugs-, kriminal- und sozialpolitische Bewertung

Sexualdelikte beschäftigen die Verantwortlichen der strafrechtlichen Systeme vieler Länder. Studien belegen, dass strafende Sanktionen, wie z.B. ein Freiheitsentzug, in Bezug auf die Vermeidung von erneuten Sexualstraftaten wenig bringen (Lipsey & Cullen, 2007) und ein therapeutischer Umgang mit JS notwendig ist. Der oft inadäquate Umgang mit JS, die dadurch verursachten ökonomischen und sozialen Kosten und letztlich auch die nachgewiesenen schädlichen Folgen für die Opfer machen es notwendig, mehr darüber zu erfahren, wie mit diesen jungen Menschen adäquat umgegangen werden soll und wie sie behandelt werden können, um weitere einschlägige Straftaten zu vermeiden. Allerdings bedürfen strafrechtlich angeordnete Massnahmen einer Erfolgskontrolle, und ihre Wirksamkeit sollte wissenschaftlich überprüft sein. Dies gilt insbesondere für angeordnete forensische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen, denn gerade Kinder und Jugendliche stehen unter einem besonderen Schutz. Die spezifischen Behandlungsprogramme und insbesondere solche mit der Zielgruppe JS sind aber bis heute in der Schweiz und in ganz Europa nicht ausreichend auf ihre Wirksamkeit untersucht worden. Daher war ein diesbezüglicher Modellversuch zur Überprüfung der Wirksamkeit des Behandlungsprogramms ThePaS, welches am ZKJF der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich entwickelt worden ist und bereits auch in anderen Kantonen Anwendung findet, zwingend. Um aber Behandlungseffekte umfassend erheben zu können, sind methodisch fundierte Ansätze mit einer randomisierten Zuteilung zu vergleichbaren Gruppen notwendig. Aber gerade diese Designs sind aufgrund von ethischen und methodischen Problemen in der Praxis kaum umzusetzen. Im vorliegenden Modellversuch wurde daher versucht, durch ein randomisiertes Design anhand zweier verschiedener Therapieversionen, einer deliktorientierten Therapie (ThePaS-I) vs. einer kompetenzorientierten Therapie (ThePaS-II), eine umfassende Analyse bezüglich verschiedener Wirksamkeitsparameter zu ermöglichen.

Das randomisiert-kontrollierte Studiendesign erwies sich aber als aufwändig, was den zeitlichen und kostenmässigen Einsatz betraf. Durch die umfassenden Analysen konnten aber aufschlussreiche Schlussfolgerungen gezogen werden betreffend des klinischen Einsatzes und der Auswirkung der beiden Versionen des Behandlungsprogramms auf die JS, welche im Folgenden zusammengefasst nochmals aufgelistet werden:

- Beide Versionen des Behandlungsprogramms ThePaS-I und ThePaS-II wurden von den Jugendlichen gut aufgenommen.
- Die Behandlungszufriedenheit der Probanden war bei beiden Behandlungsversionen überwiegend positiv bis sehr positiv.
- Die Therapeuten beurteilten beide Therapieversionen überwiegend als gut durchführbar und zielführend.
- Beide Therapieversionen erwiesen sich als wirksam betreffend die Verbesserung der psychischen Auffälligkeiten der Probanden (sozialer Rückzug, soziale Probleme, internalisierende und externalisierende Probleme und Gesamtauffälligkeiten), betreffend sexual-

ler Auffälligkeiten, betreffend Wissen über Sexualität und betreffend der Opferempathie der JS.

- Unabhängig von der Interventionsbedingung ThePaS-I vs. ThePaS-II zeigte sich über den Zeitraum der Intervention eine signifikante Verminderung des durch den Therapeuten beurteilten Rückfallrisikos für weitere sexuelle Delikte mittels J-SOAP-II.

In der Gegenüberstellung der beiden Behandlungsprogramme ThePaS-I und ThePaS-II fanden sich ebenso für den praktischen Alltag wichtige neue Erkenntnisse:

- Es zeigte sich im Vergleich der beiden Behandlungsversionen eine stärkere Abnahme der psychischen Auffälligkeiten bei den Probanden der ThePaS-II Gruppe. Das ThePaS-II wirkt sich im Vergleich zu ThePaS-I effektiver auf die psychische Befindlichkeit aus, d.h. die Vermittlung von sozialen Kompetenzen wird als hilfreich und unterstützend erlebt. Das ThePaS-I mit dem deliktorientierten Fokus wird von den Probanden eher als belastender erlebt. Daher beurteilen die Probanden des ThePaS-II den Erfolg der Behandlung auch als signifikant höher als die Probanden des ThePaS-I.
- Die Therapeuten beurteilten das ThePaS-I als besser durchführbar und besser umsetzbar als das ThePaS-II.
- Die Vermeidung weiterer Delikte und die Verminderung eines übergriffigen und sexuell grenzverletzenden Verhaltens ist das Hauptziel der Interventionen mit JS. Als wohl wichtigster und gesellschaftlich relevantester Befund konnte im Rahmen des Modellversuchs gezeigt werden, dass die deliktorientierte Therapie mittels ThePaS-I wirksamer ist als das kompetenzorientierte Therapie mittels ThePaS-II betreffend Verhinderung bzw. Verminderung von sexuellen Rückfällen. Es gibt bisher sehr wenige Studien, die mittels eines randomisiert-kontrollierten Designs die Wirksamkeit von Therapien bei JS untersuchten.

Die dargelegten Ergebnisse des Modellversuchs sind daher für die Wirksamkeitsforschung (Letourneau & Borduin, 2008) sowie vollzugs-, kriminal- und sozialpolitisch von grosser Bedeutung. Einerseits konnte die Wirksamkeit der beiden Behandlungsversionen ThePaS-I und ThePaS-II nachgewiesen werden. Andererseits erlauben die gefundenen Ergebnisse zu den Unterschieden der beiden Versionen, dass die jeweilige Behandlung evidenzbasiert auf die individuellen Bedürfnisse des JS abgestimmt angewendet werden können.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass deliktorientierte Techniken bei JS zu einer Verhinderung/Verminderung von einschlägigen Rückfällen beitragen können. Ob dies auch für andere Delikte (z.B. Gewaltdelikte) oder für andere Probandengruppen (z.B. Erwachsene) gelten kann, ist noch zu überprüfen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen aber darauf hin, dass eine deliktorientierte Therapie ein sinnvolles und zweckmässiges Mittel ist und daher in einem forensischen Kontext als Behandlungsform zur Anwendung kommen sollte.

Aber auch eine ressourcenorientierte Fokussierung auf die Stärken des JS, mit der Zielsetzung, das eigene Wohlergehen zu verbessern, ist von zentraler Bedeutung, damit die JS überhaupt in eine Therapie einsteigen können. Die konsequente Fokussierung auf positive Lebensziele in der Therapie sollte daher bei JS berücksichtigt werden, sehen sie sich im Rahmen des Strafverfahrens doch vielen aversiven Konsequenzen gegenüber. Häufig wurde das Sexualdelikt eines Jugendlichen auch aus dem Grund begangen, dass dieser seine Wünsche nach einer sexuellen bzw. intimen Beziehung mit seinen bisherigen Mitteln nicht erfüllen konnte. Das Aufzeigen von neuen, angemessenen bzw. deliktfernen Möglichkeiten, wie er dieses Ziel erreichen kann, ist daher für die Therapiemotivation und damit in der Folge für die Gestaltung eines zukünftig deliktfreien Lebens entscheidend.

9. Empfehlungen

9.1. Empfehlungen für die klinische Anwendung des ThePaS

Das manualisierte Therapieprogramm ThePaS eignet sich aufgrund des klar strukturierten, modularen Aufbaus für ein einzeltherapeutisches, aber auch für ein gruppentherapeutisches Setting, wie dies ja bereits im Modellversuch praktiziert wurde. Auch in einem stationären Rahmen kann das Programm prinzipiell Anwendung finden, sei dies in einer psychiatrischen Klinik oder auch in Vollzugsinstitutionen oder in Gefängnissen (dies konnte allerdings im vorliegenden Modellversuch nicht überprüft werden). Für die Behandlung von JS kann das Behandlungsprogramm auch in anderen Regionen der Schweiz zur Anwendung kommen und von forensisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten genutzt werden. So kann das Behandlungsprogramm mit seiner klaren Struktur auch leicht in verschiedene Sprachen übersetzt werden, um auch länderübergreifend eingesetzt zu werden. Da das ThePaS aber auf die schweizerische Gesetzgebung ausgerichtet ist, braucht dies allerdings eine länderspezifische Anpassung der rechtlichen Inhalte.

Die dargelegten Ergebnisse und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen legen nahe, dass das ThePaS auch inhaltlich weiterentwickelt werden muss, um den Erkenntnissen aus den jeweiligen Therapieversionen Rechnung zu tragen. Aus dem Behandlungsprogramm ThePaS-I ist unter Einbezug weiterer (Wahl-)Module des ThePaS-II neu ein „Therapieprogramm für angemessenes Sexualverhalten“ für Jugendliche mit auffälligem Sexualverhalten zu entwickeln, welches je nach Bedürfnis des Jugendlichen verschiedene Module zur Verfügung stellt. Damit wird das Behandlungsprogramm auch den RNR-Prinzipien gerecht. Die deliktorientierten Module bilden dabei das Kernstück und ermöglichen eine individuelle Bearbeitung des eigenen Delikts sowie daraus abgeleiteter individueller Risikofaktoren und Handlungspläne. Für eine Veröffentlichung muss zudem das Manual und das Arbeitsheft für die Teilnehmer aktualisiert werden, da das Behandlungsprogramm ThePaS bereits 2007 entwickelt wurde. Insbesondere sind dabei diesbezüglich auch die neuen Möglichkeiten der digitalen Medien zu berücksichtigen.

Wir planen daher, das ThePaS Manual und das Arbeitsheft für die Teilnehmer für die weitere klinische Anwendung inhaltlich zu überarbeiten und die Ergebnisse dieses Modellversuchs dabei entsprechend zu berücksichtigen. Das überarbeitete Manual kann anschliessend übersetzt und auf andere Länder angepasst werden und mittels eines Verlags für Fachbücher oder einer Internetplattform publiziert werden. Weiter planen wir, Ausbildungsseminare für Fachpersonen und Kliniken anzubieten, um diese zu befähigen, das ThePaS selbständig durchzuführen.

9.2. Empfehlungen für die weitere Forschung zum ThePaS

Das Projekt ist bereits jetzt wissenschaftlich von grosser Bedeutung für die klinische Praxis. Das Potenzial und der Nutzen für weiterführende Untersuchungen mit Implikationen für Klinik und Forschung sind von nationaler und internationaler Bedeutung. Die Ergebnisse des vorliegenden Modellversuchs müssen publiziert und Interessierten auf nationaler sowie internationaler Ebene zur Verfügung gestellt werden. Die Weiterführung der ThePaS-Studie im Längsschnitt unter Einbezug eines längeren Rückfallzeitraums und weiterer qualitativer Daten ermöglicht eine detailliertere Auswertung und Interpretation der Wirksamkeit des ThePaS allgemein (Vergleich ThePaS Aktenkontrollgruppe) sowie der beiden ThePaS Bedingungen. Konkret ist Folgendes vorgesehen:

- **Erstellung von Publikationen:** Betreffend der Ergebnisse aus dem Modellversuch müssen Publikationen in verschiedenen englisch- wie deutschsprachigen juristischen, psychiatrischen und psychologischen (forensischen) Fachzeitschriften erstellt werden, um die Erkenntnisse einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.
- **Weiterführung der ThePaS-Studie (mit einem längeren Rückfallzeitraum):** Eine Limitierung des Modellversuchs ist der kurze Zeitraum von knapp einem Jahr, in dem die Rückfälle erhoben werden konnten. Dies begrenzt die Aussagekraft erheblich. Eine Verlängerung des Erhebungszeitraumes (von drei, fünf oder zehn Jahren) mit einer erneuten Erhebung von Registerdaten (JUSUS, VOSTRA) ermöglicht eine detaillierte Überprüfung der Wirksamkeit.
- **Weiterführung der ThePaS-Studie (mit qualitativen Interviews):** Die Erhebung von qualitativen Interviews mit den ehemaligen Probanden des ThePaS. Aufgrund von me-

thodischen Problemen (limitierte Bereitschaft zur Teilnahme, limitierte Offenheit) können diese Daten nicht repräsentativ sein.

Die Möglichkeiten für eine weitere Finanzierung und eine institutionenübergreifende weitere Zusammenarbeit für die Erstellung von wissenschaftlichen Publikationen und die Durchführung von weiteren Erhebungen werden derzeit abgeklärt.

9.3. Kriterienkatalog zur Übertragbarkeit

- Übertragbarkeit auf andere Klientengruppen:
 - Das Behandlungsprogramm ThePaS ist spezifisch auf JS ausgerichtet im Alter von 10-25 Jahren. Die Anwendung auf jüngere bzw. ältere Klientengruppen ist möglich, bedarf aber einer diesbezüglichen Anpassung. Die Anwendung des ThePaS auf Klientengruppen mit anderweitiger Delinquenz muss geprüft werden.
 - Für JS mit ausschliesslich Pornografiedelikten ist das ThePas nicht die geeignete Intervention.
 - Für JS mit schweren psychischen Störungen, schweren Gewaltdelikten und Paraphilien ist das Behandlungsprogramm ThePaS nicht geeignet.
 - Der Einsatz des Behandlungsprogramms ThePaS ist im ambulanten wie im stationären Bereich möglich, konnte aber in diesem Modellversuch nicht überprüft werden. Gegebenenfalls sind Anpassungen des Manuals/Materialien notwendig.
- Übertragbarkeit auf andere Regionen, Kantone und Länder:
 - Das Behandlungsprogramm ThePaS kann grundsätzlich in der ganzen Deutschschweiz eingesetzt werden. In französisch- und italienischsprachigen Regionen bedarf es der diesbezüglichen Übersetzung und evtl. der strukturellen bzw. verfahrenstechnischen Anpassungen.
 - Das Behandlungsprogramm ThePaS kann auch in andere Länder eingesetzt werden, dafür sind aber entsprechende Anpassungen auf gesellschaftlicher, kultureller und strafrechtlicher Ebene notwendig.
- Übertragbarkeit auf andere Institutionen / Praxisfelder:
 - Das Behandlungsprogramm ThePaS kann grundsätzlich in allen forensisch-psychiatrischen und -psychologischen Institutionen, in ambulanten Behandlungseinrichtungen oder Praxen zur Anwendung kommen.
 - Das Behandlungsprogramm ThePaS kann im Einzel- und Gruppensetting eingesetzt werden.
 - Für den Einsatz des Behandlungsprogramms bedarf es der Bekanntmachung, der Verbreitung und der Publikation des Manuals und der entsprechenden Materialien.
 - Für die Verbreitung des Behandlungsprogramms ThePaS bedarf es eines entsprechenden Schulungs- und Weiterbildungsangebot für Fachpersonen.

9.4. Empfehlungen für die weitere Forschung zur Validierung von strafrechtlichen Interventionen

Es gibt nur sehr wenig methodisch gute Studien mit einem RCT Design, welche die Wirksamkeit von Interventionen bei straffälligen Jugendlichen allgemein und bei JS im Speziellen überprüfen. Die Gründe hierfür sind sicherlich unter anderem in dem sehr hohen Aufwand für die beteiligten Institutionen und dem schwierigen justiziellen und gesellschaftspolitischen Kontext für die Durchführung von Forschungsprojekten begründet. Der weltweite Mangel an Validierungsstudien im Jugendstrafrecht ist ein grosses Manko und führt möglicherweise dazu, dass ineffektive oder gar schädliche Interventionen durchgeführt werden, welche die Bedürfnisse von JS nicht aufgreifen (Borduin & Dopp, 2015; Dopp et al., 2015; Letourneau & Borduin, 2008) und nicht kosteneffizient sind (Borduin et al., 2009) und weiterer Straftaten nicht oder nur ungenügend entgegenwirken können (Kettrey & Lipsey, 2018; Letourneau & Borduin, 2008).

Bei anderen medizinischen Interventionen wäre eine Praxis, wie sie aktuell in einem strafrechtlichen Zwangskontext für JS üblich ist, völlig undenkbar. Kein Medikament erhält eine Zulassung, ohne vorher in einer ausführlichen Testphase intensiv auf eine mögliche Wirkung und Nebenwirkung hin geprüft worden zu sein. Erst nach einer umfassenden randomisiert-kontrollierten Studie

kann eine Zulassung in Betracht gezogen werden. Dieses Vorgehen stellt eine „Good Clinical Practice“ Richtlinie dar, gemäss deren Forschungsabteilungen in verschiedenen medizinischen Institutionen arbeiten (Magnin & Pauli-Magnus, 2018). Diese Vorgaben sind auch für psychotherapeutische und andere Interventionen im Bereich der Jugendforensik gültig.

Der vorliegende Modellversuch ThePaS zeigt auf, dass es auch im Bereich von forensischen Therapien durchaus möglich ist, ein RCT Design anzuwenden, um damit wertvolle Hinweise für spezifische Wirkfaktoren zu erhalten. Weiter zeigt der Modellversuch ThePaS, dass die Einführung einer noch so gut parallelisierten Kontrollgruppe klare Limitierungen aufweist und zu schwierig interpretierbaren Ergebnissen führen kann. Aufgrund der Erfahrungen der vorliegenden Studie sowie auch anderer Untersuchungen im Bereich der Sanktionen in der Schweiz (Villetaz, Gilliéron & Killias, 2015) sollten daher vermehrt RCT Studien auch im Bereich der Kriminalprävention eingesetzt werden.

Einige ethische und juristische Bedenken sind allerdings bei Studien mit straffälligen Personen zu berücksichtigen. RCT und andere Studien, bei welchen verschiedene Formen von Interventionen gegeneinander getestet werden, sind gemäss ethischen Vorgaben (<https://www.swissethics.ch/>) nur im Rahmen der Freiwilligkeit möglich. Die Selbstselektion von straffälligen Personen kann jedoch dazu führen, dass die Ergebnisse verzerrt sind und mögliche Rückfallrisiken unterschätzt werden. Es sind daher entsprechende Anreize notwendig, damit hohe Rekrutierungsquoten, wie in der vorliegenden Studie, erreicht werden können. Dementsprechend sollten Probanden ausreichend und grosszügig entschädigt werden können, wenn sie an Studien teilnehmen, welche eine strafrechtliche Relevanz besitzen und von gesellschaftlicher Bedeutung sind. Genau dies wird aber durch die aktuelle Praxis der Ethikkommissionen infrage gestellt, welche verhindern wollen, dass potentielle Probanden in Gefängnissen oder in anderen forensischen Kontexten nur aufgrund von finanziellen Anreizen an Untersuchungen teilnehmen. Es kann im Vergleich zu anderen Patienten jedoch bei straffälligen Personen nicht davon ausgegangen werden, dass diese intrinsisch motiviert sind, die Qualität der Strafrechtssysteme und darauf basierende Interventionen zu verbessern.

Gesamthaft müssen die Bedingungen für eine sinnvolle und praxisrelevante Forschung im Bereich der kriminalpräventiven Wirksamkeitsprüfung weiter verbessert werden. Das Bundesamt für Justiz hat mit der Abteilung Modellversuche eine sehr gute Basis geschaffen, um interdisziplinäre und überkantonale Forschungsprojekte zu fördern und zu finanzieren. Dank der Unterstützung des Bundesamtes für Justiz und der Oberjugendanwaltschaft der Kantons Zürich war es möglich, diese sehr aufwändige, qualitativ hochstehende Studie (Level 5 der Maryland Scale of Scientific Methods (Farrington et al., 2003) betreffend der Effektivitätsüberprüfung eines Behandlungsprogramms durchzuführen. Weitere und methodisch fundierte und ethisch angemessene Projekte sind jedoch notwendig, um die Wirksamkeit von Interventionen beurteilen zu können, diese zu verbessern und den Bedürfnissen des Klientels anpassen zu können. Dies gilt insbesondere im Bereich der angeordneten jugendstrafrechtlichen Schutzmassnahmen.

10. Danksagung

Der Modellversuch „*Wirksamkeit des standardisierten Therapieprogramms für Jugendliche mit Sexualdelikten (ThePaS)*“ erhielt vielfältige Unterstützung von verschiedensten Institutionen, Behörden und von mehreren Personen. So stellten das Bundesamt für Justiz, der Fachausschuss für Modellversuche und die Oberjugendanwaltschaft des Kantons Zürich die notwendigen finanziellen Ressourcen für die Durchführung des Modellversuchs ThePaS bereit, wofür wir uns herzlich bedanken. Herr Prof. Dr. med. Klaus Schmeck stand uns als zuständiges Mitglied des Fachausschusses und Herr Dr. phil. Ronald Gramigna, Frau lic. phil.-hum. Natascha Mathis und Frau lic. phil. Regula Fierz Wengert von Seiten des Bundesamts für Justiz bei der Ausarbeitung, bei den Anpassungen und der Durchführung des Modellversuchs hilfreich zur Seite. Weiter unterstützten uns bei der Konzeption und der Durchführung des Modellversuchs von Seiten der Jugendstrafrechtspflege des Kantons Zürich Herr lic. iur. Marcel Riesen (Leiter Oberjugendanwaltschaft), Frau Dr. iur. Nicole Holderegger (Oberjugendanwaltschaft), Herr Carmine Delli Gatti (Oberjugendanwaltschaft) und Frau lic. iur. Ursula Leu (Jugendanwaltschaft der Stadt Zürich). Herzlichen Dank für die gute Zusammenarbeit!

Bei der Durchführung der Evaluation waren im Verlauf der Studie auch Herr Dr. phil. Steffen Barra und Herr Mag. rer. nat. Gunnar Vogt beteiligt. Sie haben bei der Planung und Durchführung, bei der Rekrutierung der Probanden, den Datenerhebungen und -eingaben und den Auswertungen tatkräftig mitgeholfen. Ohne ihren grossen Einsatz und ihr Engagement wäre dieser Modellversuch nicht möglich gewesen. Ein grosser Dank für die methodische Beratung und die Supervision geht an Herr Prof. Dr. Jérôme Endrass und Frau PD Dr. Astrid Rossegger. Im Rahmen der institutionellen Einbindung der Kinder- und Jugendforensik zuerst in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Zürich (bis 2015) und danach in die Klinik für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (ab 2016) konnte das Projekt erfolgreich realisiert werden. Der Modellversuch wurde stets durch die Klinikdirektoren, Frau Prof. Dr. med. Dipl.-psych. Susanne Walitza und Prof. Dr. med. Elmar Habermeyer mitgetragen und begleitet.

Weiter gebührt unser Dank den Therapeuten und Therapeutinnen, welche das ThePaS unter Leitung der Versuchsleiter/innen Herr lic. phil. Leonardo Vertone, Frau lic. phil. Daniela Imbach und Frau Dr. med. Madleina Manetsch am ZKJF Zürich, IFP-Z Luzern und UPKF Basel durchgeführt haben. Dies sind namentlich in alphabetischer Reihenfolge Frau lic. phil. Barbara Aeby, Frau lic. phil. Sabine Affentranger, Frau lic. phil. Flavia Barth, Herr lic. phil. Thomas Best, Frau lic. phil. Linda Duris, Herr Dr. phil. Felix Euler, Frau lic. phil. Karen Fritschi, Frau lic. phil. Vesna Garstick, Herr Dr. med. Ralf Hilpert, Herr lic. phil. Martin Hohmann, Herr lic. phil. Lorenz Imbach, Frau MSc Laura Just, Frau lic. phil. Ladan Kalantar, Frau MSc Lara Kilchmann, Herr Dr. med. Florian Kraemer, Frau dipl. Psych. Silke Nessbach, Herr MSc Philipp Panzer, Frau MSc Franziska Prinz, Frau MSc Tanja Sretenovic, Frau Dr. med. Dorothea Stiefel, Frau lic. phil. Eva Stieger, Herr MSc Andreas Studer, Frau Dr. med. Claudia Urbantke, Herr Dr. med. Roland Wagner und Herr Dr. med. Bastian Zöfelt. Ein grosser Dank geht auch an Frau Gabriela Anna Lazzeri und ihre Mitarbeiterinnen Frau Gabriela Debrunner, Frau Gabriela El Sayed und Frau Andrea Wilhelm im Sekretariat des ZKJF. Sie haben den Modellversuch tatkräftig unterstützt, u.a. haben sie neben der gesamten Administration die randomisierte Zuweisung der Probanden vorgenommen und die vielen verschiedenen Berichte korrekturgelesen.

Wir danken den Leiter/innen und den Mitarbeiter/innen der Jugendanwaltschaften/Jugendstrafrechtsbehörden der Kantone Aargau, Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Luzern, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri, Zug und Zürich für die sehr gute Zusammenarbeit im Rahmen der Interventionsstudie. Wir danken den Jugendanwaltschaften/Jugendstrafrechtsbehörden der Kantone Aargau, Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden, Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri und Zürich für die sehr gute Zusammenarbeit in der Aktenstudie.

Gerne möchten wir uns auch noch bei den studentischen Hilfskräften Frau Nadine Elvedi, Frau MSc Jennifer Aellen, Frau Iva Lompar, Frau MSc Laura Just und Frau Vera Meier für ihre Mithilfe bei der Ausarbeitung der Fragebogen, bei der Dateneingabe und bei der Ausfertigung des

Schlussberichts herzlich bedanken. Für das Gegenlesen des Schlussberichts und die wertvollen Hinweise danken wir Frau Dr. iur. Nicole Holderegger, Herr Dr. phil. Steffen Barra, Herr Prof. Dr. Jérôme Endrass und Frau Gabriela Lazzeri. Für die Übersetzung der Zusammenfassung ins Französische danken wir Frau MSc Sophie Zollinger.

Besonders herzlich möchten wir uns bei den jugendlichen Probanden für ihre Teilnahme an der Studie bedanken. Nur durch ihre Bereitschaft, für die Datenerhebung in ihrer Freizeit anzureisen und mehrfach ausführlich Fragebogen auszufüllen, war die Durchführung des ThePaS Modellversuchs möglich.

Durch die vielseitige Unterstützung, die wir erfahren haben, ist es uns gelungen, diese Studie aufzugleisen und durchzuführen. Wir hatten zudem die Gelegenheit, dabei viele wertvolle Erfahrungen zu sammeln, wofür wir uns bei allen, die sich am Projekt beteiligt haben, herzlich bedanken möchten.

11. Referenzen

- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camps, N., Becker, J. V. & Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-152.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the youth self-report and 1991 profile*: Department of Psychiatry, University of Vermont Burlington, VT.
- Aebi, M. & Bessler, C. (2012). Sexuelle Straftaten von Minderjährigen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung im Kanton Zürich. *Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie*, 1, 17-28.
- Aebi, M., Bessler, C. & Barra, S. (2014). *Systematisches Dokumentationssystem für Jugendliche mit Sexualstraftaten-II (SDJS-II)*. Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendforensik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Aebi, M., Landolt, M. A., Mueller-Pfeiffer, C., Schnyder, U., Maier, T. & Mohler-Kuo, M. (2015). Testing the "sexually abused-abuser hypothesis" in adolescents: A population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 2189-2199.
- Aebi, M., Plattner, B., Steinhausen, H.-C. & Bessler, C. (2011). Predicting sexual and nonsexual recidivism in a consecutive sample of juveniles convicted of sexual offences. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23.
- Aebi, M. & Vogt, G. (2009). *Systematisches Dokumentationssystem für Jugendliche mit Sexualstraftaten (SDJS)*. Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst / Universität Zürich.
- Aebi, M., Vogt, G., Plattner, B., Steinhausen, H.-C. & Bessler, C. (2012). Offender types and criminality dimensions in male juveniles convicted of sexual offenses. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24, 265-288.
- Aebi, M. F. (2006). *Comment mesurer la délinquance?* Paris: Armand Colin.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Andershed, H. A., Kerr, M., Stattin, H. & Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non-referred youths: A new assessment tool. In E. Blaauw & L. Sheridan (Hrsg.), *Psychopaths: Current international perspectives*. Den Haag (NL): Elsevier.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct. 4th Edition*. Newark, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct. 5th Edition*. Abington OX: Routledge.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006). Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates. *Fed. Sent. R.*, 19, 275-290.
- Ashurst, L. & McAlinden, A.-M. (2015). Young people, peer-to-peer grooming and sexual offending: Understanding and responding to harmful sexual behaviour within a social media society. *Probation Journal*, 62, 374-388.
- Awad, G. A. & Saunders, E. B. (1991). Male adolescent sexual assaulters: Clinical observations. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 446-460.
- Aylwin, A. S., Clelland, S. R., Kirkby, L., Reddon, J. R., Studer, L. H. & Johnston, J. (2000). Sexual offense severity and victim gender preference: A comparison of adolescent and adult sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 113-124.
- Baarsma, M. E., Boonmann, C., Lisette, A., de Graaf, H., Doreleijers, T. A., Vermeiren, R. R. & Jansen, L. M. (2016). Sexuality and autistic-like symptoms in juvenile sex offenders: a follow-up after 8 years. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 2679-2691.

- Bader, K., Hänny, C., Schäfer, V., Neuckel, A. & Kuhl, C. (2009). Childhood Trauma Questionnaire – psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *38*, 223-230.
- Ballard, E., Van Eck, K., Musci, R. J., Hart, S., Storr, C., Breslau, N. & Wilcox, H. (2015). Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, *45*, 3305-3316.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.
- Barbaree, H. E., Marshall, W. L. & McCormick, J. (1998). The development of deviant sexual behaviour among adolescents and its implications for prevention and treatment. *The Irish Journal of Psychology*, *19*, 1-31.
- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A. & Aebi, M. (2017a). Patterns of adverse childhood experiences in juveniles who sexually offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *30*, 803-827.
- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A. & Aebi, M. (2017b). Type and timing of maltreatment influence criminal persistence in sexually abusive adolescents. *Law and Human Behavior*, *41*, 556-566.
- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A. & Aebi, M. (2018). Testing the validity of criminal risk assessment tools in sexually abusive youth. *Psychological Assessment*, *30*, 1430-1443.
- Beech, A. R., Fisher, D. D. & Thornton, D. (2003). Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*, 339-352.
- Beech, A. R. & Mann, R. (2002). Recent developments in the assessment and treatment of sexual offenders. In J. McGuire (Hrsg.), *Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and Policies to Reduce Re-Offending* (S. 259-288). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd.
- Berking, M. (2017). *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin, Heidelberg (DE): Springer-Verlag.
- Bessler, C. (2017). Deutliche Zunahme von durch Jugendliche ausgeübte Sexualstraftaten? *SKP*, *1*, 10-11.
- Best, T., Aebi, M. & Bessler, C. (2015). *Forensisches Therapieprogramm für junge Straftäter: Das ForTiS-Manual*. Göttingen (DE): Hogrefe Verlag.
- Bode, H. & Hessling, A. (2015). *Jugendsexualität. Die Perspektive der 14-bis 25-Jährigen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk 20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: Simon Fraser University: Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Boonmann, C., Van Vugt, E. S., Jansen, L. M., Colins, O. F., Doreleijers, T. A., Stams, G.-J. J. & Vermeiren, R. R. (2015). Mental disorders in juveniles who sexually offended: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, *24*, 241-249.
- Borduin, C. M. & Dopp, A. R. (2015). Economic impact of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Family Psychology*, *29*, 687-697.
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 26-37.
- Bowlby, J. (1966). *Maternal care and mental health; Deprivation of maternal care*. Oxford (UK): Schocken Books.
- Bowlby, J. (1991). *Attachment and Loss. Volume 2: Separation anxiety and anger (New Edition)*. London (UK): Penguin Books Ltd.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard (UK): Harvard University Press.

- Bundesamt für Statistik. (2019). *Schweizerische polizeiliche Kriminalstatistik* verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/erhebungen/pks.html>.
- Bundeskriminalamt Deutschland. (2017). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2016*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt Deutschland.
- Bundesministerium des Inneren [Deutschland]. (2017). *Bericht zur polizeilichen Kriminalstatistik 2016* verfügbar unter https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2016/pks2016ImkBericht.pdf?__blob=publicationFile&v=8.
- Burton, D. L. (2008). An exploratory evaluation of the contribution of personality and childhood sexual victimization to the development of sexually abusive behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20, 102-115.
- Caldwell, M. F., Ziemke, M. H. & Vitacco, M. J. (2008). An examination of the Sex Offender Registration and Notification Act as applied to juveniles: Evaluating the ability to predict sexual recidivism. *Psychology, Public Policy, and Law*, 14, 89-114.
- Caprara, G. (1983). La misura dell'aggressività: contributo di ricerca per la costruzione e la validazione di due scale per la misura dell'irritabilità e della suscettibilità emotiva. *Giornale italiano di psicologia*, 10, 91-111.
- Caprara, G., Cinanni, V., D'imperio, G., Passerini, S., Renzi, P. & Travaglia, G. (1985). Indicators of impulsive aggression: Present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Personality and Individual Differences*, 6, 665-674.
- Carich, M. S., Metzger, C. K., Baig, M. S. & Harper, J. J. (2003). Enhancing victim empathy for sex offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, 255-276.
- Chaffin, M. (2008). Our minds are made up—don't confuse us with the facts: Commentary on policies concerning children with sexual behavior problems and juvenile sex offenders. *Child Maltreatment*, 13, 110-121.
- Chaffin, M. & Bonner, B. (1998). "Don't shoot, we're your children": Have we gone too far in our response to adolescent sexual abusers and children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 3, 314-316.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1998). A psychobiological model of temperament and character. *The development of psychiatry and its complexity*, 50, 1-16.
- Cunneen, C. & White, R. (2011). *Juvenile justice: Youth and crime in Australia*. Oxford (UK): Oxford University Press.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- DeGraaf, H., Mouthaan, I. & Van der Doef, S. (2014). De seksuele levensloop. [the sexual lifecourse]. *Handboek seksuele gezondheid. [Handbook Sexual Health]*, 15-30.
- Dolan, M. C. & Rennie, C. E. (2006). Reliability, validity, and factor structure of the Swedish Youth Psychopathic Trait Inventory in a UK sample of conduct disordered boys. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 217-229.
- Dopp, A. R., Borduin, C. M. & Brown, C. E. (2015). Evidence-based treatments for juvenile sexual offenders: review and recommendations. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 4, 223-236.
- Eckardt, C. & Hosser, D. (2005). Empathie und Sexualdelinquenz. In D. Schläfke, F. Hässler & J. M. Fegert (Hrsg.), *Sexualstraftaten: Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie*. Stuttgart (DE): Schattauer.
- Edelbrock, C. & Costello, A. J. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 219-231.

- Efta-Breitbach, J. & Freeman, K. A. (2004). Treatment of juveniles who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 125-138.
- Endrass, J., Rossegger, A. & Kuhn, B. (2012). Kosten-Nutzen-Effizienz von Therapien. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbaniok & B. Borchard (Hrsg.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie*. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Eriksson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*: New York: Norton.
- Eschmann, S., Zimprich, D., Metzke, C. W. & Steinhausen, H.-C. (2011). A developmental trajectory model of problematic substance use and psychosocial correlates from late adolescence to young adulthood. *Journal of Substance Use*, 16, 295-312.
- Fanniff, A. M. & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 265-282.
- Fanniff, A. M. & Kimonis, E. R. (2014). Juveniles who have committed sexual offenses: A special group? *Behavioral Sciences & the Law*, 32, 240-257.
- Farrington, D. P., Gottfredson, D. C., Sherman, L. W. & Welsh, B. C. (2003). The Maryland Scientific Methods Scale. In D. P. Farrington, D. Layton MacKenzie, L. W. Sherman & B. C. Welsh (Hrsg.), *Evidence-based crime prevention* (S. 27-35). Abingdon (UK): Routledge.
- Federal Bureau Of Investigation. (2016). *2015 Crime in the United States*. Washington DC: Federal Bureau Of Investigation.
- Felitti, V. J. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Fernandez, Y. M. & Marshall, W. (2003). Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 11-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. & Chaffin, M. (2009). *Juveniles who commit sex offenses against minors*. Washington DC: U.S. Department of Justice.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. & Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Raters and Proportions*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Fortenberry, J. D. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and behavior*, 64, 280-287.
- Freud, S. (1965). *Normality and pathology in childhood: Assessments of development*. New York: International University Press.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016* verfügbar unter <https://www.suchtmonitoring.ch/>.
- Goth, K. & Schmeck, K. (2009). *Das Junior Temperament und Charakter Inventar: JTCI; eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten-bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell*. Göttingen (DE): Hogrefe.
- Grabell, A. S. & Knight, R. A. (2009). Examining childhood abuse patterns and sensitive periods in juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21, 208-222.
- Gruber, T., Waschlewski, S. & Deegener, G. (2003). *Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche (MSI-J)*. Göttingen (DE): Hogrefe.
- Gupta, S. K. (2011). Intention-to-treat concept: a review. *Perspectives in Clinical Research*, 2, 109-112.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.

- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *14*, 169-194.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 1154-1163.
- Harper, C. A., Hogue, T. E. & Bartels, R. M. (2017). Attitudes towards sexual offenders: What do we know, and why are they important? *Aggression and Violent Behavior*, *34*, 201-213.
- Harris, A. J. & Socia, K. M. (2016). What's in a name? Evaluating the effects of the "sex offender" label on public opinions and beliefs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *28*, 660-678.
- Hart-Kerkhoffs, L. t. A., Doreleijers, T. A., Jansen, L. M., Van Wijk, A. P. & Bullens, R. A. (2009). Offense related characteristics and psychosexual development of juvenile sex offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *3*.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, *108*, 287-294.
- Hermann, M., Nowak, M., Bosshardt, L. & Milic, T. (2016). *Vernetzte Schweiz 2016*. Zürich: sotomo.
- Hoeve, M., Stams, G. J. J., Van der Put, C. E., Dubas, J. S., Van der Laan, P. H. & Gerris, J. R. (2012). A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*, 771-785.
- Holden, J. D. (2001). Hawthorne effects and research into professional practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *7*, 65-70.
- Hollin, C. R. & Palmer, E. J. (2009). Cognitive skills programmes for offenders. *Psychology, Crime & Law*, *15*, 147-164.
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Imbach, D., Aebi, M., Metzke, C. W., Bessler, C. & Steinhausen, H. C. (2013). Internalizing and externalizing problems, depression, and self-esteem in non-detained male juvenile offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*, 7.
- Imbach, D., Vertone, L. & Bessler, C. (2008). *Kurzinterventionsprogramm Pornographie*. Training emotionaler Kompetenzen - Jugendforensik. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zentrum für Kinder- und Jugendforensik. Zürich.
- Jensen, P. S., Salzberg, A. D., Richters, J. E. & Watanabe, H. K. (1993). Scales, diagnoses, and child psychopathology: I. CBCL and DISC relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*, 397-406.
- Joy Tong, L. & Farrington, D. P. (2006). How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law*, *12*, 3-24.
- Kalichman, S. C., Henderson, M. C., Shealy, L. S. & Dwyer, M. (1992). Psychometric properties of the Multiphasic Sex Inventory in assessing sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, *19*, 384-396.
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R. & Hancock, K. (2015). Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, *20*, 182-194.
- Kann, L., Olsen, E. O. M., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., Lowry, R., Chyen, D. & Whittle, L. (2016). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9-12-United States and selected sites,

2015. *Centers for Disease Control and Prevention MMWR Surveillance Summaries*, 65, 2-81.
- Kaplan, M. S., Becker, J. V. & Tenke, C. E. (1991). Assessment of sexual knowledge and attitudes in an adolescent sex offender population. *Journal of Sex Education and Therapy*, 17, 217-225.
- Kettrey, H. H. & Lipsey, M. W. (2018). The effects of specialized treatment on the recidivism of juvenile sex offenders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 14, 361-387.
- Killias, M., Aebi, M. F., Lucia, S., Herrmann, L. & Dilitz, C. (2007). *Self-reported juvenile delinquency in Switzerland in 2006: Overview and explanations: Second International Self-reported Delinquency Survey: Swiss national survey (Swiss ISRD-2)* verfügbar unter http://www.rwi.uzh.ch/dam/jcr:ffffff-e941-0562-0000-0000573c072e/ISRD2_SNF-Bericht.pdf
- Killias, M., Patrice, V. & Rabasa, J. (1994). Self-reported juvenile delinquency in Switzerland. In J. Junger-Tas, G. J. Terlouw & M. Klein (Hrsg.), *Delinquent behavior among young people in the Western World* (S. 186-211). Amsterdam (NL): Kugler.
- Kirby, D. (1998). Mathtech questionnaires: Sexuality questionnaires for adolescents. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bausermann, G. Schreer & S. L. Davis (Hrsg.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (S. 35-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Köhler, D., Kuska, S. K., Schmeck, K., Hinrichs, G. & Fegert, J. M. (2010). Deutsche Version des Youth-Psychopathic-Traits-Inventory (YPI). In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter*. Göttingen (DE): Hogrefe.
- Lambie, I. & Randell, I. (2013). The impact of incarceration on juvenile offenders. *Clinical Psychology Review*, 33, 448-459.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lehrer, E., Letourneau, E. J., Pittman, N., Rumenap, N. & Leversee, T. F. (2016). *Comments on the supplemental guidelines for juvenile registration under the Sex Offender Registration and Notification Act* verfügbar unter <http://www.rstreet.org/outreach/comments-on-the-supplemental-guidelines-for-juvenile-registration-under-the-sex-offender-registration-and-notification-act/>.
- Leibowitz, G. S., Burton, D. L. & Howard, A. (2012). Part II: Differences between sexually victimized and nonsexually victimized male adolescent sexual abusers and delinquent youth: Further group comparisons of developmental antecedents and behavioral challenges. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 315-326.
- Letourneau, E. J. & Borduin, C. (2008). The effective treatment of juveniles who sexually offend: An ethical imperative. *Ethics & Behavior*, 18, 283-306.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E. & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23, 89-102.
- Lipsey, M. W. (1992). The effect of treatment on juvenile delinquents: Results from meta-analysis. In F. Lösel, D. Bender & T. Bliesener (Hrsg.), *Psychology and law: International perspectives* (S. 131-143). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Lipsey, M. W. & Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Hrsg.), *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (S. 313-345). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In J. McGuire (Hrsg.), *Wiley series in offender rehabilitation. What works: Reducing reoffending: Guidelines from research and practice* (S. 79-111). Oxford (UK): John Wiley & Sons.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2014). Treatment of sex offenders. In D. Weisburd & G. Bruinsma (Hrsg.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice* (S. 5323-5332). New York: Springer.
- Lussier, P. (2017). Juvenile sex offending through a developmental life course criminology perspective: An agenda for policy and research. *Sexual Abuse*, 29, 51-80.
- MacKenzie, D. L. (2006). *What works in corrections: reducing the criminal activities of offenders and delinquents*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Magnin, A. & Pauli-Magnus, C. (2018). The impact of clinical trial units on the value of clinical research in Switzerland. *Swiss medical weekly*, 148.
- Maier, T., Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Schnyder, U. & Jud, A. (2013). The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: Results from a nationwide agency survey. *International journal of public health*, 58, 875-883.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R. & Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychological Review*, 15, 99-113.
- Martinez, R., Flores, J. & Rosenfeld, B. (2007). Validity of the juvenile sex offender assessment protocol-II (J-SOAP II) in a sample of urban minority youth. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1284-1295.
- Martinson, R., Lipton, D. & Wilks, J. (1974). Nothing works. *The Public Interest*, 35, 22-54.
- McCambridge, J., Witton, J. & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of clinical epidemiology*, 67, 267-277.
- McGuire, J. (2002). Criminal sanctions versus psychologically-based interventions with offenders: A comparative empirical analysis. *Psychology, Crime and Law*, 8, 183-208.
- McGuire, J., Mason, T. & O'Kane, A. (2000). Effective interventions, service and policy implications. In J. McGuire, T. Mason & A. O'Kane (Hrsg.), *Behavior, crime and legal processes. A guide for forensic practitioners*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- McLachlan, G. & Krishnan, T. (2007). *The EM algorithm and extensions* (second ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Mews, A., Di Bella, L. & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme*. London: Ministry of Justice.
- Mielke, F. (2009). *Behandlungsmanual für die Arbeit mit jugendlichen Sexualstrafätern: BMJS 12/21*. Kiel: Beratungsstelle im Packhaus, pro familia Landesverband Schleswig Holstein e.V.
- Miner, J. L. & Clarke-Stewart, K. A. (2008). Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: Relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater. *Developmental psychology*, 44, 771-786.
- Miner, M. H. & Munns, R. (2005). Isolation and normlessness: Attitudinal comparisons of adolescent sex offenders, juvenile offenders, and nondelinquents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 491-504.
- Miner, M. H., Robinson, B. E., Knight, R. A., Berg, D., Swinburne Romine, R. & Netland, J. (2010). Understanding sexual perpetration against children: Effects of attachment style, interpersonal involvement, and hypersexuality. *Sexual Abuse*, 22, 58-77.

- Miner, M. H., Swinburne Romine, R., Robinson, B. B. E., Berg, D. & Knight, R. A. (2016). Anxious attachment, social isolation, and indicators of sex drive and compulsivity: Predictors of child sexual abuse perpetration in adolescent males? *Sexual Abuse*, 28, 132-153.
- Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Maier, T., Meidert, U., Schönbucher, V. & Schnyder, U. (2014). Child sexual abuse revisited: A population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 54, 304-311.
- Müller, R. & Abbet, J. (1991). *Veränderung im Konsum legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen: Ergebnisse eine Trenduntersuchung bei 11-bis 16jährigen Schülern unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Europe)*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Nationaal Rapporteur. (2014). *Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen* verfügbar unter <https://www.nationaalrapporteur.nl/Publicaties/Op-goede-grond/index.aspx>.
- Nedopil, N. (2007). *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. Stuttgart (DE): Georg Thieme Verlag.
- Nichols, H. R. & Molinder, I. (1984). *Multiphasic sex inventory manual*. Tacoma WA: Crime and Victim Psychology Specialists.
- Pavlov, I. P. (1927). Conditional reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Annals of neurosciences*, 17, 136–141.
- Pearson, F. S., Lipton, D. S., Cleland, C. M. & Yee, D. S. (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime & Delinquency*, 48, 476-496.
- Piaget, J. (1928). *Judgment and reasoning in the child*. Oxford (UK): Harcourt, Brace.
- Plattner, B., Bessler, C., Vogt, G., Linhart, S., Thun-Hohenstein, L. & Aebi, M. (2016). Psychosoziale Belastungen bei inhaftierten Mädchen und Jungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44, 65-74.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345-365.
- Poythress, N. G., Dembo, R., Wareham, J. & Greenbaum, P. E. (2006). Construct validity of the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) and the Antisocial Process Screening Device (APSD) with justice-involved adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 33, 26-55.
- Prentky, R. & Righthand, S. (2003). *Juvenile sex offender assessment protocol-II (J-SOAP-II) manual*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Quandt, T. & Vogelgesang, J. (2018). Jugend, Internet und Pornografie: Eine repräsentative Befragungsstudie zu individuellen und sozialen Kontexten der Nutzung sexuell expliziter Inhalte im Jugendalter *Kumulierte Evidenzen* (S. 91-118). Wiesbaden (DE): Springer.
- Reitzel, L. R. & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse*, 18, 401-421.
- Righthand, S., Prentky, R., Knight, R., Carpenter, E., Hecker, J. E. & Nangle, D. (2005). Factor structure and validation of the juvenile sex offender assessment protocol (J-SOAP II). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 13-30.
- Righthand, S. & Welch, C. (2004). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 15-32.
- Schafer, J. L. (1997). *Analysis of incomplete multivariate data*. Boca Raton, London, New York, Washington, D.C.: Chapman & Hall/CRC.
- Schepker, R., Bovensmann, H., Burchard, F., Günter, M., Pfäfflin, F., Schmeck, K., Weissbeck, W. & Fegert, J. M. (2006). Behandlungsstandards für jugendliche Sexualstraftäter—eine

- Synopse *Psychiatrische Begutachtung in Sexualstrafverfahren* (S. 108-115). Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media.
- Schmeck, K., Goth, K., Poustka, F. & Cloninger, C. R. (2001). Reliability and validity of the Junior Temperament and Character Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 10, 172-182.
- Schmelzle, M. (2003). *Skala zur Einschätzung des Rückfallrisikos bei jugendlichen Sexualstraftätern - Deutsche Übersetzung Version 0.0/2003 des ERASOR: Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism Version 2.0 2001* verfügbar unter <https://www.forio.ch/service/erasor/>.
- Schmelzle, M. (2004). *Juvenile sex offender assessment protocol-II (J-SOAP-II) manual Deutsche Übersetzung* verfügbar unter <https://www.forio.ch/service/j-soap/>.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-630.
- Schulz, K. F., Altman, D. G. & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 8, 18.
- Schulz, K. F. & Grimes, D. A. (2002). Generation of allocation sequences in randomised trials: chance, not choice. *The Lancet*, 359, 515-519.
- Schulz, K. F. & Grimes, D. A. (2002). Unequal group sizes in randomised trials: Guarding against guessing. *The Lancet*, 359, 966-970.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2006). *Verordnung über das Strafregister (VOSTRA-Verordnung)* verfügbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061863/index.html>.
- Seto, M. C. & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136, 526-575.
- Shaw, J. A. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 55S-76S.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59, 22-33.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID). *The Journal of clinical psychiatry*, 71, 131-326.
- Sherman, L. W., Gottfredson, D. C., MacKenzie, D. L., Eck, J., Reuter, P. & Bushway, S. D. (1998). Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising. Research in brief. *Washington, DC: National Institute of Justice*.
- Skeem, J. L. & Cauffman, E. (2003). Views of the downward extension: Comparing the youth version of the Psychopathy Checklist with the Youth Psychopathic Traits Inventory. *Behavioral Sciences & the Law*, 21, 737-770.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Oxford, England: Alfred A. Knopf.
- Stadlin, C., Pérez, T., Schmeck, K., Di Gallo, A. & Schmid, M. (2015). Konstruktvalidität und Faktorenstruktur des deutschsprachigen Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) in einer repräsentativen Schulstichprobe. *Diagnostica*, 62, 85-96.
- Stadt Zürich. (2018). *Statistik Stadt Zürich* verfügbar unter <https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/indikatoren/familie---beruf/haushaltsform.html>.

- Steinhausen, H.-C., Metzke, C. W. & Kannenberg, R. (1996). *Handbuch: Fragebogen für Jugendliche: Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self Report (YSR)*. Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich.
- Steinhausen, H.-C., Metzke, C. W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1997). Behavioral and emotional problems reported by parents for ages 6 to 17 in a Swiss epidemiological study. *European child & adolescent psychiatry*, 6, 136-141.
- Steinhausen, H.-C., Metzke, C. W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.
- Stieger, E., Herdener-Pinnekamp, K., Vertone, L. & Bessler, C. (2008). *Soziales Kompetenztraining für Jugendliche (13-18/20 Jahre)*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zentrum für Kinder- und Jugendforensik.
- Stutz, H. & Bischof, S. (2018). *Kinder in multilokalen Familienkonstellationen – Sekundärdatenanalysen Grundlagenbericht*. Zürich: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG.
- Suhling, S. & Endres, J. (2016). Deliktorientierung in der Behandlung von Straftätern. *RPsych Rechtspsychologie*, 2, 345-371.
- Suresh, K. (2011). An overview of randomization techniques: an unbiased assessment of outcome in clinical research. *Journal of human reproductive sciences*, 4, 8-11.
- Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 241-266.
- Ter Beek, E., Spruit, A., Kuiper, C. H., Van der Rijken, R. E., Hendriks, J. & Stams, G. J. J. (2018). Treatment effect on recidivism for juveniles who have sexually offended: a multilevel meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 543-556.
- Ueda, M. (2017). Developmental risk factors of juvenile sex offenders by victim age: An implication for specialized treatment programs. *Aggression and Violent Behavior*, 37, 122-128.
- Urbaniok, F. (2003). Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern - Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 11, 202-213.
- Urbaniok, F. (2007). *FOTRES : forensisches operationalisiertes Therapie- & Risiko-Evaluations-System* (2. Aufl. ed.). Oberhofen: Zytglogge.
- Van Wijk, A. P., Vermeiren, R., Loeber, R., Hart-Kerkhoffs, L. t., Doreleijers, T. A. & Bullens, R. (2006). Juvenile sex offenders compared to non-sex offenders: A review of the literature 1995-2005. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7, 227-243.
- Van Wijk, A. P., Vreugdenhil, C., Van Horn, J., Vermeiren, R. & Doreleijers, T. A. (2007). Incarcerated Dutch juvenile sex offenders compared with non-sex offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16, 1-21.
- Varker, T., Devilly, G. J., Ward, T. & Beech, A. R. (2008). Empathy and adolescent sexual offenders: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 251-260.
- Veneziano, C. & Veneziano, L. (2002). Adolescent sex offenders: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3, 247-260.
- Veneziano, C., Veneziano, L. & LeGrand, S. (2000). The relationship between adolescent sex offender behaviors and victim characteristics with prior victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 363-374.
- Vertone, L., Best, T., Imbach, D. & Bessler, C. (2006). *Kurzinterventionsprogramm Pornographie*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zentrum für Kinder- und Jugendforensik.
- Villetta, P., Gilliéron, G. & Killias, M. (2015). The Effects on Re-offending of Custodial vs. Non-custodial Sanctions: An Updated Systematic Review of the State of Knowledge. *Campbell Systematic Reviews*, 11, 1-92.

- Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L. & Otis, K. E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: A meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*, 281-293.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: promises and problems. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 513-528.
- Ward, T., Polaschek, D. L. & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending* (Vol. 21). Chichester (UK): Wiley Online Library.
- Warner, K. & Bartels, L. (2015). Juvenile sex offending: Its prevalence and the criminal justice response. *UNSW Law Journal, 38*, 48-75.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S. & Chu, B. C. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist, 72*, 79-117.
- Whittaker, M. K., Brown, J., Beckett, R. & Gerhold, C. (2006). Sexual knowledge and empathy: A comparison of adolescent child molesters and non-offending adolescents. *Journal of sexual aggression, 12*, 143-154.
- Widmer, T., Landert, C. & Bachmann, N. (2000). *Evaluations-Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL Standards)* verfügbar unter <https://www.seval.ch/>.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T. & Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 60*, 442-450.
- Winokur, M., Rozen, D., Batchelder, K. & Valentine, D. (2006). *Juvenile sexual offender treatment: a systematic review of evidence-based research*. Fort Collins, CO: Colorado State University.
- Wittebrood, K. (2006). Slachtoffers van criminaliteit.
- Wolak, J. & Finkelhor, D. (2011). *Sexting: A typology*. Durham, NH: Crimes against Children Research Center.
- Worling, J. R. (2004). The estimate of risk of adolescent sexual offense recidivism (ERASOR): Preliminary psychometric data. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 235-254.
- Worling, J. R. & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse & Neglect, 24*, 965-982.
- Worling, J. R. & Curwen, T. (2001). Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (Version 2.0: The "ERASOR"). In M. C. Calder (Hrsg.), *Juveniles and children who sexually abuse: Frameworks for assessment* (S. 372-397). Lyme Regis, Dorset, UK: Russell House Publishing.
- Yochelson, S. & Samenow, S. E. (1976). *A Profile for Change: The Criminal Personality*. Lanham, MD: J. Aronson.
- Zankman, S. & Bonomo, J. (2004). Working with parents to reduce juvenile sex offender recidivism. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*, 139-156.
- Zgoba, K. & Ragbir, D. (2016). Sex Offender Registration and Notification Act (SORNA). In E. L. Jeglic & C. Calkins (Hrsg.), *Sexual Violence: Evidence Based Policy and Prevention* (S. 33-49). Heidelberg (DE): Springer.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T. & Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness, 6*, 290-302.