Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Bachelorarbeit

Die Anwendung des Risk-Need-Responsivity Modells und des Good Lives Modells am Forensischen Institut Ostschweiz.

Eine mögliche Lösung des Problems.

Samuel Hess

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Anna Barbara Amstutz, lic. phil. Psychologin FSP

ZHAW Departement Angewandte Psychologie, Zürich

Zürich, Mai 2014

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Danksagung

An dieser Stelle gilt dem Forensischen Institut Ostschweiz (*forio*) ein spezieller Dank, denn ohne die Unterstützung sämtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. In diesem Zusammenhang möchte ich Anna Amstutz für die engagierte Betreuung danken. Die Mitarbeit am Forensischen Institut Ostschweiz hat mich für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit inspiriert.

Weiter gilt Frau lic. phil. Karin van Holten ein grosser Dank für die Unterstützung bei der qualitativen Methodik dieser Arbeit. Ihr Zuspruch und Vertrauen trug in grossem Masse zur Vollendung dieser Arbeit bei.

Schliesslich möchte ich den Personen danken, die diese Arbeit gegengelesen und ebenfalls zu einer Verbesserung beigetragen haben.

Vorwort

Ward, Melser und Yates (2007):

> Whatever occurs, it is our conviction that we need to continue evaluating, refining, and at times reconstructing our rehabilitation models. As Andrews and Bonta (2003) have frequently stated, open-ended critical inquiry is an essential part of the correctional enterprise. We must never assume there is no more to be learned; the stakes are far too high to insulate ourselves from ongoing criticism and debate. Vigorous debate is the lifeblood of science and the source of effective and humane practice. (S. 226)

Abstract

Ziel dieser Untersuchung ist die Darstellung der Anwendung hinsichtlich der Unterschiede des Good Lives Modells (GLM) und des Risk-Need-Responsivity Modells (RNR) am Forensischen Institut Ostschweiz (*forio*). Weiter soll untersucht werden, ob das Good Lives Modell in diesem Rahmen eine Ergänzung zum Risk-Need-Responsivity Modell darstellt. Das RNR ist ein defizitorientiertes Modell, das die Risikofaktoren eines Täters klar in den Vordergrund stellt. Die Einschätzung und gezielte Behandlung dieser Faktoren soll das Rückfallrisiko reduzieren. Die Autoren des GLM verstehen ihr Modell als ressourcenorientiert. Sie gehen dabei auf die primären menschlichen Bedürfnisse des Täters ein. Die Unterstützung der persönlichen Identität und unterschiedlichen Ziele eines Täters soll die Delinquenz reduzieren. Um die unterschiedlichen Aspekte zu operationalisieren, wurden die Themengebiete *Gestaltung der therapeutischen Beziehung, Motivation der Täter für die Behandlung, Priorisierung von Ressourcen oder Risiken, Einbezug des sozialen Kontext und Individualität in der Behandlung,* entsprechend der Unterschiede, die in der Literatur aufgezeigt werden, im Interviewleitfaden erfragt. Es wurden Interviews mit den Expertinnen und Experten *forio* geführt. Durch eine inhaltsanalytische Vorgehensweise unter Einbezug der *Grounded Theory* wurden Sub- und Kernkategorien aus den transkribierten Daten konstruiert. Die Daten wurden zunächst deduktiv anhand der Themenbereiche des Leitfadens eingeteilt, um sie danach induktiv in Subkategorien einzuteilen. Die Subkategorien wurden in die *Kernkategorien Institutionelle Aspekte, Konzept hinter der Behandlung, der individuelle Täter, die therapeutische Beziehung, die Rolle des Einbezugs des sozialen Kontext und weitere Aspekte* zusammengefasst. In der Diskussion wird klar, dass das GLM in den oben beschriebenen Kategorien eine Ergänzung zum RNR darstellt. Ersichtlich wurde zudem, dass der ressourcenorientierten Perspektive des GLM im Behandlungskonzept des *forio* ein höherer Stellenwert zukommt als die defi-

zitäre Vorgehensweise des RNR. Nichtsdestotrotz ist die Risikobeurteilung ein wichtiger Bestandteil innerhalb der Behandlung.

Keywords: Good Lives Modell, Risk-Need-Responsivity Modell, Behandlungsansatz für jugendlich Straftäter, Risikomanagement

Inhalt

Ausgangslage 2
Ziel der Arbeit 3
Theoretischer Hintergrund 3
Das Risk-Need-Responsivity Modell. 4
Das Good Lives Modell. 8
Gegenüberstellung der beiden Modelle. 15
Bisherige Forschung 18
Fazit und Forschungs lücke 19
Fragestellung und forschungsleitende Fragen 21

Methode 22
Forschungsfeld 223
Rekrutierung und Sample 23
Methode der Datengewinnung und Design des Experiments 24
Technische Ausstattung..… 24
Konstruktion des Leitfadens..… 25
Durchführung des Interviews..…..... 27
Datenanalyse 27

Ergebnisse 29
Beschreibung der Verfahren 30
Transkription..…..... 30
Auswertung..…..... 32
Darstellung der Ergebnisse 32

Diskussion 34
Beantwortung der Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse 34
Limitationen der Untersuchung und Methodenkritik 42
Ausblick 45

Literaturverzeichnis 46

Anhang 55

Abbildungen

Abbildung 1 Fünf-Schritte-Behandlungsprozesse des Good Lives Modell..... 14

Abbildung 2 Prozess der Kategorienbildung 27

Tabellen

Tabelle 1 Spezielle Interpunktion in den Transkripten 31
Tabelle 2 Kernkategorien 33

Abkürzungen

GLM-O	Good Lives Modell Original
GLM-C	Good Lives Modell Comprehensiv
RNR	Risk-Need-Repsonsivity Modell
GLM	Good Lives Modell
IQ	Intelligenzquotient
JuGA	Jugendanwaltschaft
forio	Forensisches Institut Ostschweiz in Frauenfeld

Ausgangslage

Laut schweizerischer Jugendstrafurteilstatistik des Bundesamtes für Statistik (2013a) wurden 2012 insgesamt 13.230 Minderjährige aufgrund der Verletzung des Strafgesetzbuches, des Betäubungsmittelgesetzes, des Strassenverkehrsgesetzes und der Gesetze über die Ausländerinnen und Ausländer verurteilt. In Bezug auf das Strafgesetzbuch wurden 2012, laut Jugendstrafurteilstatistik des Bundesamtes für Statistik (2013b) in der Schweiz 4.995 straffällige Jugendliche (80% männlich) verurteilt. Davon wurden 787 Jugendliche aufgrund des Verstosses gegen Leib und Leben und 168 Jugendliche wegen Verletzung sexueller Integrität verurteilt. Diese Zahlen beinhalten nicht die Vergehen betreffend Freiheit, Ehre, Geheim-/Privatbereich, öffentliche Gewalt, Bestechung oder Vermögen. Somit ist die Zahl der Gesetzesverletzungen bereits im Jugendalter nicht zu unterschätzen.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen möchte diese Arbeit die gegenwärtige Diskussion hinsichtlich der Behandlung von Straftätern aufgreifen. In dem Artikel von Andrews, Bonta und Wormith (2011) mit dem Titel „The Risk-Need-Responsivity (RNR) model. Does adding the Good Lives model contribute to effective crime prevention?“ werden zwei Modelle zur Behandlung von Straftätern diskutiert. Dieser Artikel postuliert, dass das Good Lives Modell möglicherweise nur eine Betonung eines positiven Menschenbildes (S.749) darstellt.

Laut Ward et al. (2007) ist das Risk-Need-Responsivity Modell:

> . . . an outstanding achievement. Its application by correctional services throughout the world has resulted in reduced recidivism rates and safer communities. However, despite its many virtues the model has been criticized because of what are perceived as theoretical, policy, and practice weaknesses. (S. 226)

In einer Studie der *Safer Society Foundation*[1] zur Verwendung von Behandlungsprogrammen für Sexualdelinquenz – mit einer Stichprobe von 1.379 Programmen – wur-

[1] Die *Safer Society Foundation* ist eine non-profit Organisation, welche sich dem Ziel widmet, sexuellen Missbrauch zu verhindern. Sie sucht nach bestmöglichen Behandlungsmethoden, sowohl für Täter als auch deren Opfer. (http://www.safersociety.org/)

de das GLM in 28% und das RNR Modell in 18% der Fälle berücksichtigt (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli & Ellerby, 2010).

Ward et al. (2007) implizieren einen Dialog zwischen beiden Modellen, welcher entweder zu einer Integration der Modelle führen oder gewisse Aspekte der Modelle betonen kann. Vor allem hinsichtlich der Motivation der Täter für eine Behandlung soll das Good Lives Modell eine wesentliche Ergänzung zum Risk-Need-Responsivity Modell darstellen.

Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der praktischen Umsetzung einer möglichen Lösung der Unterschiede des Risk-Need-Responsivity Modells und des Good Lives Modells am Forensischen Institut Ostschweiz[2]. Welche Aspekte der Modelle berücksichtigt werden und welche nicht, wird in der Diskussion thematisiert.

Weiter soll die Frage des in der Ausgangslage aufgeführten Artikels von Andrews et al. (2011) mit dem Titel „The Risk-Need-Responsivity (RNR) model. Does adding the Good Lives model contribute to effective crime prevention?“ beantwortet werden. Hierbei geht es nicht um die Evaluation einer effektiven Behandlung, sondern um die Frage, ob das GLM eine notwendige Ergänzung zum RNR darstellt. In diesem Zusammenhang soll ausserdem gezeigt werden ob und wie es möglich ist die beiden Modelle in ein Behandlungskonzept zu integrieren (z.B. Ward et al., 2007).

Ein weiteres Ziel, das einen vorwiegend explorativen Charakter besitzt, ist die Bildung von Hypothesen und Theorien, die im Verlauf des Forschungsprozesses entstanden sind. Diese werden im Ausblick behandelt.

Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden beide Modelle anhand der wissenschaftlichen Literatur dargestellt. Zunächst wird das Risk-Need-Responsivity Modell nach Andrews und anschliessend das Good Lives Modell nach Ward beschrieben. Darauf werden aus diesen Darstellungen die konkreten Unterschiede der Modelle zusammengefasst. Wichtig zu

---

[2] Das *Forensische Institut Ostschweiz* in Frauenfeld (*forio*) beschäftigt sich vor allem mit der Behandlung von delinquenten Jugendlichen im Bereich der Gewalt- und Sexualdelinquenz. Ausserdem werden Begutachtungen und Abklärungen durchgeführt. (http://www.forio.ch/)

beachten ist, dass die jeweiligen Modelle ausschliesslich von Vertretern des Modells dargestellt werden. Somit wird vermieden, dass die unpräzise Diskussion der beiden Modelle zu Verwirrung der eigentlichen Aussagen führt.

Das Risk-Need-Responsivity Modell. Das Risk-Need-Responsivity Modell ist ein defizitorientiertes Behandlungsmodell für Straftäter, dessen Ausrichtung durch die Psychology of Criminal Conduct [3] geprägt ist (Andrews & Bonta, 2010). Neben den drei wesentlichen Elementen *Risk*, *Need* und *Responsivity*, sind die übergreifenden Prinzipien (*Overreaching Principles*), die strukturierte Evaluation (*Structured Assessment*), die Überbringung des Programms (*Programm Delivery*) und die organisatorischen Aspekte (*organizational*) weitere Elemente (Andrews & Bonta, 2010). Ein besonders beachtenswertes Konzept innerhalb des Modells ist laut Andrews und Bonta (2010) die *General Personality and Cognitive Social Learning theory* (GPCSL), die im letzten Abschnitt dieses Kapitels erklärt wird.

Das RNR entspringt vier Entwicklungsschritten, von der rein professionellen Einschätzung eines Straftäters und dem Prinzip der Risikofaktoren bis hin zu dynamischen Risikofaktoren und systematischen Interventionen. Vor allem die Risikofaktoren wurden über die Zeit empirisch untersucht und in Skalen zusammengefasst, um Straftäter anhand diagnostischer Instrument beurteilen zu können (Bonta & Andrews, 2007).

Risk. Laut Bonta und Andrews (2007) unterstreicht das *Risk-Prinzip* die Anpassung der Behandlungsintensität an das Rückfallrisiko. Das bedeutet: Je höher das Risiko eines Rückfalls ist, desto intensiver sollte die Behandlung zeitlich sein. Im Gegensatz dazu sollen Täter mit niedrigem Rückfallrisiko von intensiven Behandlungsprogrammen ausgeschlossen werden, um vorhandene Stärken nicht negativ zu beeinflussen, beziehungsweise zum Schutz der Klienten vor dem Kontakt mit Tätern hohen Rückfallrisikos (Andrews et al., 2011). Dabei ist das Rückfallrisiko anhand von wissenschaftlich fundierten Instrumenten, wie beispielsweise dem *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI) nach Andrews (2000) oder für Jugendliche das *Youth Level of Service/Case Management Inventory* (YLS/CMI) nach Hoge und Andrews (2002) zu beurteilen.

---

[3] Die *Psychology of Criminal Conduct* wird in dem gleichnamigen Buch von Andrews und Bonta (2010, S.3) als Perspektive verstanden, dass jeder Mensch hinsichtlich seiner persönlichen Delinquenz unterschiedlich ist. Sowohl die Art der Delinquenz wie auch die Umstände, die dazu führten, sind individuell. Diese Perspektive versucht die Vielfalt von Delinquenz zu erfassen.

Need. Das *Need-Prinzip* beinhaltet sowohl die kriminogenen als auch die nicht-kriminogenen Bedürfnisse eines Straftäters. Kriminogene Bedürfnisse sind jene Risikofaktoren, die in einem direkten Zusammenhang zu delinquenten Verhaltensweisen stehen. Dazu gehören (a) eine antisoziale Persönlichkeitsstruktur, (b) prokriminelle Einstellungen, (c) soziale Unterstützung für delinquentes Verhalten, (d) Substanzmissbrauch, (e) Schwierigkeiten in Familie und Ehebeziehungen, (f) Probleme in Schule und Arbeit, (g) fehlende prosoziale Freizeitaktivitäten und (h) eine antisoziale Vergangenheit (Andrews & Bonta, 2010, S. 58-60). Diese werden in vier *major risk factors* (antisoziale Vergangenheit, antisoziale Persönlichkeitsstrukturen, prokriminelle Einstellungen und soziale Unterstützung für delinquentes Verhalten) und vier *moderate risk factors* (Schwierigkeiten in Familie und Ehebeziehungen, Probleme in Schule und Arbeit, fehlende prosoziale Freizeitaktivitäten und Substanzmissbrauch) eingeteilt. Nicht-kriminogenen Bedürfnisse sind Faktoren, die zwar nicht in direktem Zusammenhang mit dem Rückfallrisiko stehen, dennoch bei Einbezug in die Therapie eine Auswirkung auf die Motivation des Täters für die Behandlung haben können (Andrews & Bonta, 2010, S. 49). Diese *minor risk factors* werden nur im Zusammenhang mit den kriminogenen Bedürfnissen bearbeitet, da eine alleinige Bearbeitung von *major* und *moderate risk factors*, das Rückfallrisiko wissenschaftlich erwiesen senken kann (Andrews & Bonta, 2010). Zu diesen vier *minor risk factors* gehören Selbstwert, unbestimmte Stressgefühle, eine bedeutende psychische Störung und physische Erkrankungen.

Responsivity. Das *Responsivity-Prinzip* ist laut Andrews und Bonta (2010, S. 49-52) die Art und Weise, wie das Behandlungsprogramm dem Straftäter hinsichtlich seiner Fähigkeiten und Lernstrategien angepasst wird. Dieses Konzept wird in allgemeine Ansprechbarkeit und spezifische Ansprechbarkeit gegliedert. Die allgemeine Ansprechbarkeit sieht die kognitiv-behavioralen Lernstrategien als effektivste Interventionsmethoden, zur Behandlung des Täters. Vor allem die positive Verstärkung, Rolleneinübung, der Ausbau von Fähigkeiten, das Modifizieren von Einstellungen und Emotionen sowie eine kognitive Restrukturierung und das Üben von neuen Verhaltensweisen stehen hier im Vordergrund. Die spezifische Ansprechbarkeit beschäftigt sich mit den individuellen Aspekten der Täterpersönlichkeit, wie zwischenmenschliche Empfindsamkeit, Angst, verbale Intelligenz und kognitive Reife (Bonta, 1995; Andrews & Bonta, 2010). Hunt und Hardt (1965) entwickelten das *Conceptual Level System*, ein auf der Persönlichkeit basierendes Modell für Jugendliche, welches vier Stadien von kognitivem Denken unterschei-

det. Egozentrisches Denken und die Fähigkeit, Probleme aus verschiedenen Perspektiven betrachten zu können, sind zwei für diesen Bereich relevante Stadien. Laut Ogloff und Davis (2004) ist es bei delinquenten Menschen wichtig, Aspekte des *motivational interviewing* zu verwenden, um die Motivation der Täter für eine Behandlung zu steigern. Hierzu beschreibt Wong (2000; Miller & Rollnick, 1991) die vierte Phase des *Transtheoretical model* (TM)[4] als Vorbereitungsphase zur Veränderung. In dieser Phase werden oftmals Techniken wie motivationale Gesprächsführung, welche beispielsweise die Verstärkung von kleineren Leistungen beinhaltet, verwendet, um den Täter zu ermutigen.

Weitere Elemente des RNR Modells. Laut Andrews et al. (2011, S. 783) sind die übergreifenden Prinzipien, die strukturierte Evaluation, die Art wie das Programm vermittelt wird und organisatorische Aspekte weitere wichtige Bestandteile des RNR.

Zu den *übergreifenden Prinzipien* gehören (a) Respekt gegenüber der Person, (b) Stützung der Behandlung auf empirisch belegte, allgemein Persönlichkeits- und kognitiv-sozialen Theorien, (c) dass der Dienst am Menschen– im Gegensatz zur der Strafe – im Vordergrund steht und (d) dass die RNR Prinzipien in sämtlichen Bereichen der Justiz verwendet werden sollten.

Die *strukturierte Evaluation* beinhaltet (a) die Verwendung von validen Instrumenten zur Beurteilung des Risikos, der Bedürfnisse und der Ansprechbarkeit, (b) den Fokus auf individuelle Stärken, die in die Interventionen integriert werden sollen, (c) die Beurteilung von Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsfaktoren sowie zielgerichtetes Bearbeiten von nicht-kriminogenen Bedürfnissen, welche die Behandlung erschweren und (d) die strikte Umsetzung der RNR Prinzipien, bis auf begründete und nachvollziehbare Ausnahmen (Andrews & Bonta, 2010).

Die *Art und Weise wie die Behandlung* umgesetzt werden soll hängt mit (a) der Anpassung der Intensität der Behandlung zur Ausfallminimierung und (b) den Fähigkei-

---

[4] Das *Transtheoretical Model* beschreibt laut Wong (2000; DiClemente & Prochaska, 1998) fünf Phasen, die Täter durchlaufen, um Veränderung herbeizuführen. Dazu gehören (a) die *Vorerwägungsphase,* in welcher der Täter sich nicht verändern möchte (b) die *Erwägungsphase,* in der sie sich das Problem bewusst machen, (c) die *Vorbereitungsphase* in welcher Täter ihren prosozialen Absichten mit entsprechenden Verhalten zu verstärken versuchen, (d) die *Handlungsphas*e, in welcher die Täter aktiv ihr Verhalten, ihre Emotionen und Kognitionen modifizieren und (e) die *Instandhaltungsphase*, in welcher versucht wird die erlernten Fähigkeiten beizubehalten.

ten der Mitarbeiter zusammen. Diese Fähigkeiten zeigen sich in einer respektvollen, motivierenden und gemeinschaftlichen Art der Mitarbeiter (Beziehungsfähigkeit) und einem angemessenen Umgang mit kognitiv-behavioralen Strategien, wie positive Verstärkung und kognitiver Restrukturierung (Strukturierungsfähigkeiten).

Die *organisatorischen Aspekte* unterstreichen (a) den Vorteil der Bearbeitung der RNR-Prinzipien innerhalb einer Gemeinschaft (kontextuell) anstatt stationär, (b) eine kontinuierliche Behandlung samt *monitoring*, (c) klar definierte Abläufe innerhalb der Institution sowie regelmäßige Supervision und zuletzt (d) die Förderung einer engen Zusammenarbeit mit anderen Institutionen.

Das RNR umfasst die *General Personality and Cognitive Social Learning theory* (GPCSL), die im Hinblick auf delinquentes Verhalten eine "general personality and cognitive social psychological perspective on criminal behavior" geben soll (Andrews et al., 2011, S. 747). Diese Theorie soll menschliches Verhalten hinsichtlich der individuellen Unterschiede in delinquentem Verhalten verdeutlichen (Andrews & Bonta, 2010). Laut Andrews et al. (2011) ist sie auf sämtliche Altersklassen (Dowden & Andrews, 1999), Geschlechter, soziale Klassen, Ethnien und geistige Zustände übertragbar.

Das RNR Modell nutzt gemäß Andrews et al. (2011) innerhalb der GPCSL eine personale, interpersonale und gemeinschaftliche Verstärkungsperspektive, auch *PIC-R* (*Personal, Interpersonal and Community-Reinforcement*) genannt. Diese Perspektive soll „comprehensive and flexible" sein (Andrews & Bonta, 2010, S. 141) und setzt beispielsweise motivationale Aspekte, die delinquentes Verhalten verstärken oder auch verhindern können, in den Vordergrund. Weiterhin richtet sie sich auf die Betrachtung der persönlichen Prädispositionen der Täter, sowie deren individuelles Erlernen von delinquenten Verhaltensweisen, welches von Erwartungen und befürchteten Konsequenzen geprägt ist. Demnach wird gemäß der operanten Konditionierung von Skinner Verhalten, das verstärkt wird, öfters ausgeführt, als Verhalten, das mit negativen Konsequenzen behaftet ist (Bodenmann, Perrez, & Schär, 2004). Das Kosten-Nutzen Prinzip muss demnach zu Gunsten von prosozialem Verhalten ausfallen, um delinquentes Verhalten vorzubeugen. Hierbei können externale Faktoren wie Familie und Freunde, internale Faktoren wie Emotionen (z.B. Scham oder Stolz) oder das ausgeführte Verhalten selbst die Verstärkung, beziehungsweise die Konsequenzen darstellen. Somit werden motivationale Faktoren und soziale Beziehungen als relevante Aspekte hervorgehoben (Andrews et al., 2011).

Zusammenfassung. Das RNR besteht aus zwei unterschiedlichen Bereichen, die in sich verschiedene Konzepte integrieren. Der erste Bereich umfasst *Risk*, *Need* und *Responsivity*. Die *Risk Komponente* soll die Behandlung des Täters an sein individuelles Rückfallrisiko, welches anhand wissenschaftlich fundierter Instrumente evaluiert wird, anpassen. Die *Need Komponente* beschreibt die kriminogenen Bedürfnisse, die in *major* und *moderate risk factors* unterteilt sind und direkt in Zusammenhang zu delinquenten Verhaltensweisen stehen, sowie die nicht-kriminogenen Bedürfnisse. Die *Responsivity Komponente* geht auf die individuelle Anpassung der Behandlung an den Täter ein.

Der zweite Bereich stellt behandlungsübergreifende Prinzipien in den Vordergrund. So soll die Behandlung stets einen wissenschaftlich Hintergrund beibehalten, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, der Respekt gegenüber dem Täter gepflegt werden und der gesamte Kontext des Täters mit einbezogen werden. Innerhalb dieser beiden Bereiche spielen die *Psychology of Criminal Conduct*, die sich mit dem Spektrum von delinquenten Verhaltensweisen beschäftigt und die *Cognitive Social Learning theory* (auch die PIC-R), die das individuelle Erlernen von delinquenten Verhalten fokussiert, eine wesentliche Rolle.

Das *Risk-Need-Responsivity* Modell fokussiert das Risikomanagement eines Täters und bietet grundlegende Aspekte im Hintergrund, welche die Therapeuten bei der praktischen Umsetzung des Modells beachten sollen.

Das Good Lives Modell. Das Good Lives Modell nach Ward (2002) versteht sich als ein ressourcenorientierter Ansatz, der versucht, einem Täter die Fähigkeit zu geben, in einer sozial verträglichen Art und Weise einen persönlich bedeutsamen Weg mittels Erfüllung von primär menschlichen Bedürfnissen zu gehen (Ward & Stewart, 2003a). Von Bedeutung ist hierbei prinzipiell die Verstärkung individueller Bedürfnisse zur Delinquenzreduktion (Ward & Gannon, 2006). Es soll eine ausgewogene Behandlung zwischen der Verstärkung von primär menschlichen Bedürfnissen und Risikomanagement begünstigen (Ward, Polascheck & Beech, 2006). Ein wichtiges Anliegen der Autoren dieses Modells ist, dass es *kein universelles Good Life* gibt. Vielmehr ist das *Good Life* immer kontextabhängig und bietet jedem Menschen andere Alternativen gemäß Kontext, Fähigkeiten und individuellen Präferenzen (Ward & Stewart, 2003b). Im folgenden Abschnitt soll auf die Aspekte primär menschlicher Bedürfnisse (*primary goods*), das Risikokon-

zept des GLM und die drei Voraussetzungskomponenten eingegangen werden. Die Voraussetzungskomponenten beinhalten das *multifactor offender readiness model*, die Einstellungen der Therapeuten zum Täter und das Konzept des Funktionsniveaus. Weiter werden praktische Implikationen des Modells erklärt.

Um die Ideen des GLM zu verdeutlichen und zu stützen, wird die Perspektive der positiven Psychologie[5] angeführt. Es wurde erst nach der Konzeption des GLM festgestellt, dass es viele der grundlegenden Einstellungen der positiven Psychologie teilt. Grundlegende Gemeinsamkeiten sind (a) die Erreichung der *primary goods*, die in einem hohen Level psychologischen Wohlbefindens resultieren, (b) die Zentrierung der persönlichen Identität eines Menschen, die dem Leben einen Sinn gibt, (c) das Fokussieren der Behandlung auf die Erreichung von Wohlbefinden - und nicht nur auf die Reduktion von Risikofaktoren oder Defiziten - und (d) die Einbettung des Menschen sowie seiner Ressourcen in den individuellen Kontext. Der wohl direkteste Zusammenhang der beiden Perspektiven ist jedoch die Idee, dass der Mensch ein zielgerichtetes Wesen ist, welches versucht, primär menschliche Bedürfnisse zu befriedigen (Ward, Polaschek & Beech, 2006).

Laut Schmuck und Sheldon (2001) sind primäre *menschliche Bedürfnisse*, oder *primary goods*, Handlungen, Sachlagen, Charakterzüge, Erfahrungen und Gemütszustände, die ein Mensch in sich trägt. Demnach erreicht ein Mensch sein jeweiliges Potential, wenn diese Bedürfnisse optimal erfüllt sind. Da Menschen „aktive, zielgerichtete Wesen“ sind (Ward & Brown, 2004, S. 246), versuchen sie diese Bedürfnisse zu erreichen, da die Erreichung dieser Bedürfnisse zu einem hohen Grad an Wohlbefinden führt (Ward & Brown, 2004). Es werden laut Ward und Gannon (2006, S.79; Arnhardt, 1998; Aspinwall & Staudinger, 2003; Austin & Vancouver, 1996; Cummins, 1996; Emmons, 1996; Emmons, 1999; Murphy, 2001; Rescher, 1990; Nussbaum, 2000; Ward & Brown, 2004) zehn Dimensionen von *primary goods* genannt: (a) *Leben*, was bedeutet physisch gesund zu sein und sexuelle Befriedigung erleben, (b) *Wissen*, (c) *hervorragende Leistungen in der Arbeit und das Vergnügen*, Selbstwirksamkeit zu empfinden, (d) *hervorragende Leis-*

---

[5] Positive Psychologie ist ein ressourcenorientierter Ansatz, der laut Aspinwall und Staudinger (2003) auf die Stärken des Einzelnen fokussiert und sich nach dem menschlichen Wohl richtet, anstatt nach psychologischen Defiziten zu suchen. Die Grundidee, dass Menschen nach der Erreichung ihres Potentials streben, wurde bereits von Aristoteles beschrieben (Jorgensen & Nafstad, 2004).

tungen in der Umsetzung von bevorstehenden Aufgaben, um beispielsweise Autonomie zu erzielen, (e) *innerer Frieden*, was bedeutet, frei von emotionalem Stress zu sein, (f) *Verbundenheit zur Gesellschaft* zu verspüren, (g) *Spiritualität*, dem Leben Sinn und Bedeutung geben zu können, (h) *Freude* zu empfinden, (i) *Kreativität* und (j) *Freundschaften aufzubauen*. Die primären menschlichen Bedürfnisse sind äußerst breit und können in verschiedene Subkategorien unterteilt werden. Zum Beispiel beinhaltet die Dimension Verbundenheit auch Aspekte der Intimität, Freundschaft, Unterstützung, Fürsorge, Verlässlichkeit und Ehrlichkeit (Ward & Brown, 2004). Die primären menschlichen Bedürfnisse sind außerdem abhängig von der persönlichen Priorisierung, einem individuellen Prozess jedes Menschen, der laut Ward und Gannon (2006) seine persönliche Identität beschreibt. In der Behandlung spielt die Auseinandersetzung mit sämtlichen *primary goods* und deren Zusammenhänge untereinander eine entscheidende Rolle (Ward et al., 2006). Die so genannten *instrumentellen oder sekundären Bedürfnisse* dienen als Weg zur Erreichung und Aufrechterhaltung der *primary goods* eines Täters (Ward & Gannon, 2006).

Das Risikokonzept im GLM. Das Good Lives Modell orientiert sich hinsichtlich der Risikobeurteilung an der Definition von Blackburn (2000). Blackburn (2000) bezeichnet *Riskassessment* „as the process of determining an individual's potential for harmful behavior. It entails consideration of a broad array of factors related to the person, the situation, and their interactions" (S. 179). Blackburn (2000) beschreibt vier Dimensionen, um das Risiko eines Menschen zu beurteilen: die Disposition, biographische Faktoren, kriminogene Bedürfnisse und klinische Faktoren. Die *persönliche Disposition* beschreibt Faktoren wie Psychopathie, antisoziale Persönlichkeitsstrukturen, kognitive Variablen und demographische Daten. Die *biographischen Faktoren* weisen auf eine abnorme Entwicklung, eine delinquente Vergangenheit, Krankenhausaufenthalte oder geringe Behandlungsbereitschaft hin. Der *Kontext bzw. die kriminogenen Bedürfnisse* fokussieren abweichende soziale Netzwerke und einen Mangel an prosozialer Unterstützung. *Klinische Faktoren* wie Diagnosen, ein geringes Funktionsniveau und Substanzmissbrauch besitzen ebenfalls Stellenwert in seinem Risikokonzept.

Risikomanagement und primäre menschliche Bedürfnisse. Das Good Lives Modell versteht die kriminogenen Bedürfnisse als Hindernisse, welche die Erreichung von primär menschlichen Bedürfnissen verhindern. Durch diese Hindernisse wird das persön-

liche *Good Life* ins Unterbewusstsein verlagert und ist damit oftmals nicht bewusst abrufbar (Ward et al., 2006). Im Grunde bedeutet dies, dass dem Täter die Fähigkeiten fehlen, primäre menschliche Bedürfnisse in einer sozial verträglichen Art und Weise zu erreichen (Nussbaum, 2000). Diese Gleichung beschreibt, warum kriminogene Bedürfnisse ein Indikator für Rückfälle sind, da sie den Weg ein *Good Life* zu erreichen unterbrechen. Sie hängen oftmals direkt mit spezifischen Bereichen der primären menschlichen Bedürfnisse zusammen. Ward et al. (2006) deuten darauf hin, dass das Problem häufig nicht in den *primary goods* liegt, sondern in den sekundären Bedürfnissen, den Wegen oder Strategien, wie ein Mensch versucht, die primären menschlichen Bedürfnisse zu sichern.

Weitere Elemente des GLM. Das GLM umfasst, wie bereits in der Einleitung zu diesem Abschnitt beschrieben, mehrere Voraussetzungskomponenten. Zunächst gibt es das *multifactor offender readiness Modell* von Ward, Day, Howells und Birgden (2004), welches im Grunde internale und externale Faktoren berücksichtigt, um die Therapiebereitschaft des Täters zu evaluieren. Hier spielen beispielweise die Zielsetzung der Täter (internal) oder das Behandlungsangebot vor Ort (external) eine Rolle. Ausserdem werden die Einstellungen der Therapeuten zu den Tätern sowie das Konzept des Funktionsniveaus als grundlegende Aspekte berücksichtigt. Weiter werden praktische Implikationen aufgeführt.

The multifactor offender readiness model. Das *multifactor offender readiness model* postuliert einen erheblichen Rückgang des Rückfallrisikos, wenn die Bereitschaft zur Behandlung anhand individueller Komponenten des Täters, des Programmes und des Kontext evaluiert wird (Ward, Day, Howells & Birgden, 2004). Dafür wird es in internale und externale Faktoren eingeteilt. Die internalen Faktoren bestehen aus Kognition, Affekten, Volition, Verhalten und persönlichen Identitätsfaktoren. Anhand des *Health Beliefs Model*[6] nach Chew, Palmer, Slonska und Subbiah (2002) wird die Relevanz der *Kognition* eines Täters deutlich. Demnach muss ein Täter sein Rückfallrisiko und seine Problematik erkennen, sowie einsehen, dass der Nutzen der Therapie die Kosten übersteigt, um letztlich eine Veränderung durch die Behandlung herbeiführen zu können. Die *Affekte* spielen beispielsweise bei emotionaler Fehlregulation, die sich oftmals in Grenzverletzungen zeigt, eine wichtige Rolle (Ward et al., 2004). *Volition* beschreibt die Ziele, Be-

[6] Das *Health Beliefs Modell* von Chew et al. (2002) wurde in den 50er Jahren in den USA entwickelt. Es beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten.

dürfnisse und Wünsche eines Täters. Laut Birgden und Vincet (2000) muss die Volition des Täters dem Therapieprogramm zustimmen, wobei diese Zustimmung auf der individuellen Kosten-Nutzen-Idee des Täters basiert. Demnach spielt die Motivation eines Täters eine wesentliche Rolle in der Zielgerichtetheit, affektiven Erregung und Erwartungshaltung, das Ziel zu erreichen (Ford, 1992). In diesem Zusammenhang wurde die Zieltheorie[7] von Ford (1992) bei jugendlichen Straftätern als eine differenzierte Perspektive innerhalb der Behandlung erkannt (Carroll, Hattie, Durkin, & Houghton, 2001). Bezüglich des *Verhaltens* muss der Täter laut Ward et al. (2004) sein Verhalten als problematisch sehen, sich Hilfe für das Verhalten suchen und die Fähigkeiten haben, sich auf therapeutische Interventionen einzulassen. Letzteres meint, dass der Täter grundlegende kommunikative- und soziale Fertigkeiten besitzen muss. Die *persönlichen Identitätsfaktoren* beziehen die Idee ein, dass die Identität eines Täters grundlegende Werte im Zusammenhang mit spezifischen Kontextfaktoren, wie Ethnizität, Geschlecht, Schicht und Alter zeigt. Das bedeutet, diese Identität muss in der Lage sein, eine Veränderung, also einen deliktfreien Lebensstil, integrieren zu können (Ward et al., 2004).

Die externalen Faktoren setzen sich aus den Umständen, dem Ort, den Gelegenheiten, interpersoneller Unterstützung, Ressourcen, dem Programm und zeitlichen Faktoren sowie den Zielfaktoren zusammen, um die therapeutische Bereitschaft eines Täters zu klären. Die *Umstände* beschreiben die Freiwilligkeit des Täters, ein Therapieprogramm zu besuchen. Hierbei spielt es laut Farabee, Shen und Sanchez (2002) eine signifikante Rolle, ob der Täter freiwillig eine Therapie besucht, oder sich aus sozialem beziehungsweise rechtlichem Druck entscheidet. Der *Aufenthaltsort*, ob Gefängnis oder in der Gemeinde, ist hinsichtlich der sozialen Unterstützung und der Möglichkeit, das Gelernte anzuwenden, ein weiterer Bestandteil (Ward et al., 2004). Sicherlich sind die *Gelegenheiten* für Therapieangebote in der näheren Umgebung des Täters wichtig (Ward et al., 2004). *Die interpersonelle Unterstützung*, nebst Familie und Freunden, meint beispielsweise die vorzeitige Entlassung als Belohnung für eine erfolgreich abgeschlossene Therapie (Ward et al., 2004). Die *Ressourcen*, also die Qualität des Programmes und eines qua-

---

[7] Die Zieltheorie von Ford (1992) lässt sich in sechs Punkten auf die Behandlung von Tätern übertragen: (a) die persönlichen Ziele setzen sich aus Teilzielen zusammen, (b) die affektiven Zustände sind kongruent mit der Erreichung der Teilziele, (c) der Glaube an die eigenen Fähigkeiten muss vorhanden sein, (d) er muss eine positive Einstellung zu Unterstützung besitzen, (e) Fähig- und Fertigkeiten sind vorhanden und (f) soziale und kontextuelle Unterstützung ist gegeben.

lifizierten Therapeuten, müssen gegeben sein (Ward et al., 2004). Das *Programm und die zeitlichen Faktoren* weisen auf den Zeitpunkt hin, an dem sich ein Täter bereit fühlt, eine Therapie einzugehen. Dieser hängt wieder mit der Freiwilligkeit des Täters zusammen (Ward et al., 2004). Schließlich beschreiben die *Zielfaktoren* die Ermöglichung einer erhöhten Therapiebereitschaft bei Berücksichtigung der internalen als auch externalen Faktoren (Ward et al., 2004).

Einstellung der Therapeuten zum Täter. Gemäss Ward und Brown (2004) spielt die Einstellung der Therapeuten zu den Tätern eine wesentliche Rolle hinsichtlich des Ausgangs der Behandlung. Ethische und moralische Bedenken lassen sich innerhalb der Behandlung nicht ausblenden (Ward, 2002). Die Einstellung von Therapeuten entspringt ihrer Idee der menschlichen Natur und dem Wert, den sie Menschen zuschreiben, beziehungsweise inwiefern die Taten der Straftäter diese Einstellungen beeinflussen (Ward & Brown, 2004). Das GLM postuliert die Einstellung, dass Menschen im Grunde sowohl die Tendenz haben, sich altruistisch, jedoch auch aggressiv und selbstsüchtig gegenüber anderen zu verhalten (Ward & Brown, 2004). Aus diesem Verständnis ergeben sich verschiedene Einstellungskomponenten der Therapeuten gegenüber Tätern. Verständnis (auch Vergebung) spielt eine wichtige Rolle, um dem Täter die Möglichkeit zu geben, sich zu verändern (Govier, 2002). In diesem Zusammenhang wird ausgedrückt, dass jedem Menschen ein Mass an Respekt zusteht (Ward & Brown, 2004). Weiter ist wichtig, dass der Täter dem Therapeuten vertraut, um eine therapeutische Beziehung zu ermöglichen (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Nach Potter (2002) zeigt sich Vertrauen gegenüber dem Therapeuten, wenn der Täter seine Geheimnisse, Gefühle, Hoffnungen, Wünsche, Bedürfnisse und Wertungen in der Therapie offenlegt. Darüber hinaus werden von Ward & Brown (2004; Ackermann & Hilsenroth, 2003) weitere Aspekte wie Ehrlichkeit, Respekt, Wärme, Interesse und Offenheit als Elemente einer therapeutischen Beziehung genannt.

Das Konzept des Funktionsniveaus. Laut Ward und Brown (2004) hängen in der kognitiv-behavioralen Behandlung viele Fähigkeiten des Täters mit der Idee des Funktionsniveaus (*functioning autonomously)* zusammen. Es geht darum, dem Täter zu ermöglichen, ein „autonomous, self-disciplined and self-regulating individual“ zu werden (Ward & Brown, 2004, S. 251). Hier wird unterschieden zwischen Fähigkeiten, welche das Funktionsniveau begünstigen und den notwendigen Bedingungen, um diese Fähigkei-

ten zu verwenden. Diese Fähigkeiten beinhalten zum Beispiel das Entwickeln von persönlichen Zielen und die Umsetzung dieser Ziele. Um über eine optimale Bereitschaft für die Therapie zu verfügen, verlangt dieses Konzept einerseits, dass der Täter gewisse Glaubensätze, Werte, Kompetenzen und Motivationen besitzt und sich andererseits in einer Umgebung befinden muss, in welcher die Umstände und Ressourcen eine Therapie ermöglichen.

Praktische Implikationen. Die Aufgabe eines Therapeuten besteht nicht nur in der Minimierung der Risikofaktoren des Täter sondern auch der aktiven Hilfe zusammen eine sozial verträglichere, persönliche Identität zu entwickeln. Ein wesentliches Kriterium dieser Identität ist das Gefühl von Sinn und Erfüllung zu stiften (Ward et al., 2006). Ward et al. (2006) konzipieren ein Raster von fünf Schritten um Therapeuten in der Behandlung zu leiten (Abb.1).

Abbildung 1: Fünf-Schritte-Behandlungsprozess des Good Lives Modells

Zusammenfassung. Das Good Lives Modell postuliert die Idee, dass ein Mensch im Grunde das Erreichen, der oben beschriebenen, zehn primären menschlichen Bedürfnissen als Ziel des Lebens betrachtet. Ein Mensch möchte seinem Leben Sinn und Zweck geben können. Dieser Sinn und Zweck wird in den praktischen Implikationen des GLM deutlich, in welchen sich die Therapeutinnen und Therapeuten zusammen mit dem Täter-

über seine persönlichen Identität auseinandersetzen. Die primären Bedürfnisse sind in einem persönlichen Raster priorisiert und spiegeln die Identität des Täters wieder. Dabei versucht das Modell die Hindernisse, beziehungsweise die kriminogenen, oder auch sekundären Bedürfnisse zu betrachten, um die Person in Richtung sozialer Verträglichkeit zu verändern. Dadurch soll das Rückfallrisiko gesenkt werden. Das GLM weist auf einen Fünf-Schritte-Prozess (Abb. 1) hin, der Therapeutinnen und Therapeuten in ihrer Vorgehensweise leiten soll.

Die zugrundeliegende Evaluation des Risikos besteht aus der persönlichen Disposition, biographischen Faktoren, dem Kontext beziehungsweise den kriminogenen Bedürfnissen und klinischen Faktoren.

Innerhalb des Modells spielen drei Voraussetzungskomponenten in der Behandlung eine wesentliche Rolle. Das *multifactor offender readiness model* bezieht internale und externale Faktoren ein, welche die Bereitschaft des Täters beeinflussen. Die Einstellung der Therapeuten in Bezug auf Offenheit und Respekt ist wichtig um den Täter angemessen behandeln zu können. Das Konzept des Funktionsniveaus beschreibt die Idee, dass ein Täter im Prozess der Behandlung ein gesundes Mass an Selbstwirksamkeit erlangt.

Gegenüberstellung der beiden Modelle. Im Folgenden werden die Unterschiede des Risk-Need-Responsivity Modells und des Good Lives Modells eruiert. Die gegenseitige Kritik der Modelle, sowie die Verzerrungen und Missverständnisse werden im folgenden Kapitel „bisherige Forschung“ gesondert aufgeführt. Somit geht es hierbei um eine Gegenüberstellung der beiden Modelle gemäss den jeweiligen Autoren. Dazu werden Themengebiete erstellt, um die verschiedenen Prioritäten der Modelle zu ordnen.

Das RNR und das GLM unterscheiden sich in ihrer übergeordneten Perspektive, weil während das GLM den Fokus auf Ressourcen und den primären menschlichen Bedürfnissen legt, fokussiert das RNR die Defizite, also die kriminogenen Bedürfnisse eines Täters. Dennoch beziehen beide Modelle beide Aspekte mit in ihr Konzept.

Entstehung. Beide Modelle haben ihren Schwerpunkt in zwei unterschiedlichen Betrachtungsweisen. Das RNR entspringt der *Psychology of Criminal Conduct*, welche die Vielfalt der Delinquenz zu verstehen versucht. Im Gegensatz dazu überschneidet sich das GLM mit der Betrachtungsweise der positiven Psychologie, die sich nach dem

menschlichen Wohl richtet und den Fokus auf die individuellen Stärken einer Person legt. Die positive Psychologie positioniert sich klar gegen die Perspektive, dass man in der Behandlung hauptsächlich die Defizite fokussieren sollte. Somit ist ein erster Unterschied etabliert.

Risikokonzept. Hinsichtlich der Auffassung von Risiken unterscheiden sich beide Modelle weniger, denn beide beziehen dynamische Risikofaktoren mit in ihr Behandlungskonzept ein. Das Assessement dieser Risiken wird hingegen beim RNR durch wissenschaftlich fundierte Instrumente begründet. Das GLM beschreibt allerdings, dass die Risiken, beziehungsweise die Hindernisse, welche im Weg der Erreichung eines *Good Life* stehen, als ein Schritt von insgesamt fünf bearbeitet werden muss. Hierbei ist zu beachten, dass die Risikofaktoren im RNR einen wesentlich differenzierteren Charakter aufweisen, da sie in *major*, *moderate* und nicht kriminogene Bedürfnisse unterteilt sind, wo hingegen das GLM nur von dynamischen Risikofaktoren, das heisst der Evaluation dieser spricht. Die Risikofaktoren bilden im GLM ein Subcluster neben der persönlichen Disposition sowie den klinischen und biographischen Faktoren und der praktischen Vorgehensweise innerhalb der Risikobeurteilung. Worin beide Modelle sich sehr deutlich unterscheiden, ist die Priorität des Risikomanagements. Das RNR stellt die Evaluation der Risiken, also der Defizite, in den Mittelpunkt des Modells, in dem die *Risk*- und die *Need*-Komponente diesen Prozess beschreiben. Das GLM sieht das Risikomanagement als einen Teilschritt der Behandlung, der als Indikator für die Schwierigkeiten eines Täters, sein *Good Life* zu leben, dient.

Bereitschaft des Täters. In Bezug auf die Bereitschaft des Täters zur Behandlung sehen zwar beide Modelle diesen Aspekt als relevant an. Das GLM führt diesen Aspekt jedoch differenzierter aus als das RNR. Letzteres sieht vor allem die *Responsivity Komponente* als Stütze, um das Behandlungsprogramm an die jeweiligen Fähigkeiten und Lernstile der Täter anzupassen. Hierbei spielen kognitiv-behaviorale Lerntheorien hinsichtlich der therapeutischen Intervention eine Rolle. Die spezifische Ansprechbarkeit dieser Komponente geht konkreter auf die Persönlichkeit des Täters ein. Das GLM stützt sich auf das *multifactor offender readiness model* und die Einstellung des Therapeuten sowie das kognitiv-behaviorale Konzept des Funktionsniveaus. Dies bedeutet zunächst, dass beide Modelle zumindest den kognitiv-behavioralen Ansatz als Perspektive mit in ihre Betrachtungsweise einbeziehen, obgleich mit unterschiedlicher Gewichtung. Beide

Modelle berücksichtigen die Relevanz der Motivationsförderung des Täters in ihrem Konzept, obwohl das RNR, im Gegensatz zum GLM, dies nur am Rande in der spezifischen Ansprechbarkeit andeutet. Das GLM beschreibt das *multifactor offender readiness model* und die Einstellung der Therapeuten als ausschlaggebend für die Motivation der Täter. Ersteres beschäftigt sich hauptsächlich mit internalen und externalen Faktoren, die sowohl aus den Affekten, Kognitionen, Volition, dem Verhalten und persönlichen Identitätsfaktoren, als auch aus den äusseren Gegebenheiten in Bezug auf den Täter bestehen. In den praktischen Implikationen des GLM wird die Evaluation der Ziele des Täters untersucht, um die Motivation des Täters zur Behandlung zu begünstigen.

Einstellung der Therapeuten. Beide Modelle betrachten die Einstellung der Mitarbeiter zum Täter als einen Faktor in ihrem Modell, sie gleichen sich in ihrem respektvollen Umgang gegenüber den Tätern. Das RNR bezieht es als einen Unterpunkt der Art und Weise der Behandlung mit ein. Ausserdem beinhalten die übergreifenden Prinzipien den menschlichen Dienst am Täter. Das GLM widmet diesem Aspekt jedoch mehr Zeit und wissenschaftliche Fundierung. Es rückt mehrere Aspekte wie Offenheit, Vertrauen, Interesse und Ehrlichkeit in den Vordergrund, um eine therapeutische Beziehung zu ermöglichen. Zusätzlich beschreibt das GLM die praktische Fokussierung der Therapeuten auf die persönliche Identität des Täters.

Weiter Elemente der Modelle. Es gibt weitere Aspekte der beiden Modelle, die sich schwer vergleichen lassen, jedoch die Foki des jeweiligen Modells verdeutlichen. Das RNR weist vor allem auf die formalen Kriterien einer Behandlung mit Straftätern hin, indem es wissenschaftlich fundierte Methoden, Interventionen und Diagnostik bevorzugt. Weiterhin geht es bei diesem Modell um die gemeinschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und einer strikten Struktur des Programmes im Sinne der RNR-Prinzipien. Als Beispiel wird sowohl beim RNR wie auch beim GLM Kontext als wichtiger Bezugsfaktor miteinbezogen, wobei das GLM diesem Aspekt dennoch mehr Raum gewährt (externale Faktoren) als das RNR (Unterpunkt der organisatorischen Aspekte). Weiter zeigt das GLM eine konkrete Umsetzung des Modells in den praktischen Implikationen auf, die den behandelnden Personen als Leitlinien dienen. Dadurch wird im Gegensatz zum RNR beim GLM die praktische Umsetzung erleichtert.

Im Grunde geht es bei dem Vergleich, um die Frage, ob man den Fokus auf den Defiziten, den Risikofaktoren oder den Ressourcen, also den Fähigkeiten des Einzelnen,

setzt. Beide Modelle beziehen beide Kernelemente in ihre Perspektive mit ein, wobei das GLM das Risikomanagement als hintergründig ansieht und der Bearbeitung der Fähigkeiten zur Führung eines sozial verträglichen Lebens mehr Raum zur Verfügung stellt. Nichtsdestotrotz verfolgen beide das Ziel, die Delinquenz des Täters zu reduzieren.

Bisherige Forschung

Im Grunde ist laut Andrews et al. (2011) der wesentliche Unterschied zwischen beiden Modellen die dahinter stehende Ausrichtung (Ward et al., 2007). Das Risk-Need-Responsivity Modell ist grundsätzlich defizitorientiert, thematisiert Risikomanagement durch die Behandlung von kriminogenen Bedürfnissen, wohingegen das Good Lives Modell sich an den individuellen Ressourcen einer Person orientiert. Die Unterschiede sollen im folgenden Abschnitt durch Literaturbefunde in die Bereiche Gestaltung der therapeutischen Beziehung, Tätermotivation, die Gewichtung von Ressourcen und Risiken, den Einbezug von Kontext und Umfeld, sowie die Betrachtung der individuellen Aspekte des Täters unterteilt werden. Diese Kategorien wurden anhand der gegenseitigen Kritik der Modelle gebildet.

Hinsichtlich der *therapeutische Beziehung* deuten Ward et al. (2006) auf die Relevanz von therapeutischen und prozessorientierten Variablen, welche eine positive therapeutische Beziehung vor die Evaluation der Risiken setzt, hin. Andrews et al. (2011) sprechen sich deutlich für die Relevanz der therapeutischen Allianz aus und nennen dazu die Strukturierung der Behandlung als unabdingbaren Faktor.

Marques, Wiederanders, Day, Nelson und van Ommeren (2005) sehen die Schwierigkeiten in der unzureichenden Konzeptualisierung des RNR bei Themen wie der *Motivation und Ansprechbarkeit der Straftäter* (Ward et al., 2007). Hinsichtlich der Ansprechbarkeit und Motivation betonen Andrews et al. (2011) die „. . . principles of specific responsivity, principles of staffing and core practices of relationship and structuring, the organizational principles, and most importantly and the one we assign primacy, the normative base of justice, ethicality, and decency.“ (S. 737) des Risk-Need-Responsivity Modells. Ward et al. (2006) zeigen, dass durch den Fokus auf den primären menschlichen Bedürfnissen, konkret Bezug auf die Motivation der Täter genommen werden kann, vor dem Hintergrund, dass das GLM Menschen als zielgerichtete Wesen betrachtet, die ihre Bedürfnisse erfüllen möchten.

In Bezug auf die *Priorisierung von Ressourcen und Risiken* zeigen metaanalytische Studien von Andrews (2008; Andrews & Dowden, 2007), dass das Rückfallrisiko einer Person bei Fokussieren des emotionalen Wohlbefindens sinkt. Der gezielte Fokus auf dem emotionalen Wohlbefinden muss jedoch mit dem Einhalten der grundlegenden Konzepte des RNR einhergehen. Weiterhin behaupten Andrews und Bonta (2010), dass das Nichteinhalten der RNR Prinzipien in einigen Fällen zu einer Steigerung des Rückfallrisikos führen kann (Andrews et al., 2011). Im Grunde postulieren Andrews et al. (2011), dass das Risk-Need-Responsivity Modell wesentliche Elemente des Good Lives Modells subsumiert. Daher zielen Andrews et al. (2011) klar auf die kriminogenen Bedürfnisse statt der Verstärkung von menschlichen Bedürfnissen (S.740) ab. Selbst Ward und Maruna (2007), Mitwirkende des Good Lives Modell, betonen, dass „simply seeking to increase well-being . . . may result in a happy but dangerous individual" (S. 125). Die Studie von Farrington et al. (2006) unterstreicht die RNR Prinzipien, denn die Minderung von kriminogenen Bedürfnissen führt zu einer Steigerung des persönlichen Wohlbefindens. Unter der Voraussetzung, dass der wesentliche Bestandteil des Good Lives Modell die Erreichung persönlicher Erfüllung ist, wäre dies laut Andrew et al. (2011) möglicherweise ein Rückschritt des RNR Modells (S. 741).

Ward, Melser und Yates (2007) behaupten, dass das RNR die *kontextuellen Faktoren* des individuellen Täters nicht ausreichend berücksichtigt, vor allem da Behandlungsprogramme auf die Umsetzung im direkten Umfeld ausgerichtet sein sollten. Andrews et al. (2011) weisen daraufhin, dass der Einbezug von kontextuellen Faktoren nur in Kombination mit dem Einbezug der grundlegenden RNR Prinzipien einhergeht.

Kritik besteht vor allem hinsichtlich der *Individualität*, da das RNR den Täter nicht als eine Gesamtpersönlichkeit betrachtet und dessen persönliche Identität keinen Platz im Behandlungsprogramm findet (Ward et al., 2007). Hingegen beschreiben Vertreter des RNR, das es Therapeuten dazu anregt, das Programm dem jeweiligen Täter anzupassen (Andrews et al., 2011).

Fazit und Forschungslücke

Fazit. Die Schwierigkeit dieser Untersuchung liegt in der Darstellung der Modelle. Die Literatur der zugehörigen Autoren und die gegenseitige Kritik der Modelle weisen grosse Unterschiede auf. Die Autoren der Modelle stellen das jeweils andere Modell nicht

präzise dar, sodass die Operationalisierung der Unterschiede problematisch war. Die Frage, welches Modell effektiver Delinquenz reduziert, verleitet zu einer Minimalisierung des anderen Modells zu Gunsten des eigenen Modells. Daher wurde für den theoretischen Hintergrund des jeweiligen Modells nur die Literatur der entsprechenden Autoren verwendet, um Verzerrungen zu vermeiden und Klarheit zu schaffen.

Beide Modelle haben klare Schwächen. Das RNR wird häufig selbst von Vertretern dieses Behandlungsprogrammes auf die RNR Prinzipien reduziert und die weiteren Bestandteile, wie das GPCSL oder übergreifende Prinzipien, nicht berücksichtigt. Das ist ein wesentlicher Kritikpunkt seitens des GLM. Dem GLM fehlt andererseits die wissenschaftliche Fundierung und erwiesene Wirksamkeit. Das Modell wurde noch nicht ausreichend auf die Wirkfaktoren, beziehungsweise die primären menschlichen Bedürfnisse, untersucht. Diese Wirkfaktoren beruhen teilweise auf antiken Schriften, die bis hin zu Aristoteles reichen. Problematisch gestaltet sich ausserdem die Unterscheidung des GLM-O und GLM-C. Letzteres ist eine neue Version und wird in der gegenseitigen Kritik nicht explizit in der Diskussion angesprochen. Daher wird in dieser Untersuchung darauf verzichtet und das Original GLM, also GLM-O, für die Untersuchung berücksichtigt. Zu erwähnen ist, dass das GLM sich hauptsächlich mit der Therapie von Sexualstraftätern beschäftigt. Da das Forensische Institut Ostschweiz es jedoch auch in die Behandlung von Gewaltstraftätern einbezieht, weitet diese Untersuchung den Fokus über Sexualstraftäter hinaus.

Forschungslücke. Ward, Melser und Yates (2007) beschreiben in ihrem Artikel die Defizite des RNR Modells. Sie sprechen eine mögliche Integration der beiden Modelle an, beziehungsweise fordern den Einbezug der Stärken des GLM wie Tätermotivation oder den Einbezug der Täteridentität in das RNR. Dadurch werden verschiedene Facetten des Behandlungsprozesses angesprochen. In diesem Zusammenhang wurde jedoch auf die unzureichende wissenschaftliche Fundierung und praktische Umsetzung des Good Lives Modell von Ward, Polaschek und Beech (2006) hingewiesen. Eine der wenigen empirischen Studien von Willis und Ward (2010) zeigt: “. . . on average, participants reported partial fulfilment or goals relating to future fulfilment across each of the primary goods” (S. 299). Die Studie bestand aus 16 Probanden, die aufgrund eines Sexualdelikts gegen Minderjährige verurteilt wurden. Außerdem verbesserte sich die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung von Beziehungen signifikant im Verlauf der Studie. Im Gegensatz dazu nahm

die Erhaltung von Selbständigkeit, im Sinne von Freiheit, aufgrund des zunehmenden Bewusstseins über ihren Status als Sexualstraftäter in der Gesellschaft ab.

Fragestellung und forschungsleitende Fragen

1 Wie werden die Unterschiede des Risk-Need-Responsivity Modells und des Good Lives Modells am Forensischen Institut Ostschweiz in das Behandlungskonzept für delinquente Jugendliche integriert?

2 Stellt das GLM in der praktischen Behandlung am Forensischen Institut Ostschweiz eine Ergänzung zu den Prinzipien des RNR dar?

Forschungsleitende Fragen

Zu Fragestellung 1:

Wie wird die *therapeutische Beziehung* zum Täter gestaltet?

Welche Faktoren stehen hierbei im Mittelpunkt?

Welche Relevanz hat die *Motivation* in der Behandlung und welche Faktoren begünstigen die Motivation der Täter?

Wie wird die internale Bereitschaft evaluiert, durch welche Faktoren?

Welche Voraussetzungen sollte ein Klient mitbringen?

Was tun Therapeuten, wenn ein Klient unmotiviert ist?

Wie sieht das Verhältnis zwischen *Ressourcen und Risiken* in der Behandlung aus? Gibt es eine Priorisierung?

Risikobeurteilung: Anhand welcher Instrumente oder Methoden wird das Rückfallrisiko beurteilt?

Wie wird die Delinquenz reduziert?

Welchen Stellenwert hat *Kontext und Umfeld*?

Interinstitutionelle Vernetzung: Welchen Stellenwert hat die Vernetzung und wie wird sie bewerkstelligt?

Einbezug sozialer Kontext. Wie wird der soziale Kontext miteinbezogen?

Wie wird individuell auf den Täter eingegangen (u.a. Anpassung der Therapie und Identität)?

Zu Fragestellung 2:

Im Hinblick auf die zweite Fragestellung, werden die forschungsleitenden Fragen für Fragestellung 1 weiter ausgeführt.

Methode

Es handelt sich bei dieser Studie um eine qualitative Untersuchung am Forensischen Institut Ostschweiz. Sie hat ausserdem einen explorativen Charakter, denn sie soll neben der Darstellung der Integration von Unterschieden auch neue Hypothesen und Theorien erzeugen. Bezüglich des Forschungsfeldes, dem Sample und der Erhebungsmethode sowie der Auswertung wurde die Arbeit von Reinders (2005) sowie Przyborski und Wohlrab-Sahr (2008) als wissenschaftliche Grundlage verwendet. Hinsichtlich der Auswertung wurde die Arbeit von Mayring (2010) als Grundlage genutzt. Des Weiteren wurden computergestützte Programme, wie das f4 zur Transkription und das MAXQDA zur Auswertung verwendet.

Im folgenden Kapitel soll die methodische Vorgehensweise dieser qualitativen Untersuchung gezeigt werden. Dazu werden zunächst das Forschungsfeld, die Rekrutierung und das Sample dargestellt. Anschliessend wird die Methode zur Datengewinnung, das Design, die technische Ausstattung, die Konstruktion des Interviewleitfadens und der Ablauf des Experiments erklärt. In einem letzten Abschnitt werden die Daten analysiert, indem der Prozess der Kategorienbildung verdeutlicht wird.

Forschungsfeld

Diese Studie beschränkte sich auf das Forensische Institut Ostschweiz in Frauenfeld, als Forschungsfeld. Es bestand die Möglichkeit sämtliche Experten in ihrem Arbeitsumfeld zu befragen. Das Institut besteht aus zwei Standorten, die übergeordnete Tätigkeiten, wie Gruppentherapien, das Schreiben von Gutachten und Abklärungen teilen.

Der Standort Zürcherstrasse stellt die Hauptkorrespondenzadresse dar, die sämtlichen Aussenverkehr regelt und gegebenenfalls weiterleitet. Hier finden die meisten Gruppenbehandlungen statt. Es arbeiten zum Zeitpunkt der Untersuchung insgesamt neun Personen an diesem Standort, darunter fünf psychologisch oder heilpädagogisch ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zwei Mitarbeiter im administrativen Bereich und eine Mitarbeiterin in der Buchhaltung. Ausserdem beschäftigt das Institut regelmässig Praktikantinnen und Praktikanten.

Am Standort Altweg arbeiten sieben weitere Personen, davon vier ausgebildete Psychologinnen und Psychologen, eine psychologische Mitarbeiterin, eine Mitarbeiterin im administrativen Bereich und eine weitere Praktikantin oder ein Praktikant.

Es gab zum Zeitpunkt der Interviews verschiedene Angebote für Gruppentherapien. Grundsätzliche Unterscheidungskriterien waren das Alter des Jugendlichen (Stufen: 10-12 Jahre, 12-14 Jahre und etwa 16 Jahre), die Art der Delinquenz (Gewalt- oder Sexualdelinquenz) und der Intelligenzquotient (IQ unter 60 Punkten, IQ zwischen 60 und 80 Punkten und einen Wert von etwa 100 < IQ-Punkte). Die Jugendlichen stammten meist aus dem Thurgau und den umliegenden Kantonen.

Oftmals wurden Gutachten und Abklärungen von den Strafrechtsbehörden wie Jugendanwaltschaften und Institutionen in Auftrag gegeben, in welchen beurteilt werden sollte, wie hoch das Risiko eines Jugendlichen für erneute Delinquenz ist und welche Massnahmen ergriffen werden können. Eine häufige Massnahme einer Abklärung oder eines Gutachtens stellte eine Gruppentherapie dar.

Rekrutierung und Sample

Durch die Arbeit als Praktikant, von Februar bis Juni 2013, im Forensischen Institut Ostschweiz in Frauenfeld, gab es die Möglichkeit mit einer Mitarbeiterin diese Studie zu organisieren und sämtliche psychologisch tätigen Personen (vier Mitarbeiterinnen und vier Mitarbeiter) zur Mitarbeit zu gewinnen. Somit wurde ein vollständig gesättigtes

Sample hinsichtlich der Mitarbeiter erreicht, sodass Verfahren zur Samplegenerierung wie „Zufallsauswahl, Schneeballsystem, Theoretical Sampling u.A.m.“ nicht berücksichtigt werden mussten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2008, S. 174). Das Ausschlusskriterium für diese Studie war, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter aktuell nicht an einer Gruppenbehandlung mitwirkte beziehungsweise bis jetzt noch nicht in einem Gruppensetting mit delinquenten Jugendlichen gearbeitet hat.

Die *Rekrutierung* fand durch die Kontaktperson, die gleichzeitig die Betreuerin dieser Arbeit ist, statt. Es wurde eine E-Mail mit Inhalten wie Zeitaufwand und Ziel der Studie an die Betreuerin verfasst und an die Mitarbeitenden weitergeleitet. Durch die Weitergabe der E-Mail-Adressen der acht Expertinnen und Experten war es möglich, Termine zu vereinbaren. Teilweise wurden die Termine über die Experten gegenseitig vermittelt. Diese Rekrutierung spielte sich im Zeitraum von Januar bis März 2014 ab.

Im Ganzen wirkten Anfang 2014 acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts aktiv in Gruppenbehandlungen mit. Hierbei waren sie festgelegt auf eine oder mehrere spezielle Gruppen (z.B. Sexualdelikte, IQ 100 und etwa 16 Jahre alt). Dadurch arbeiteten immer dieselben Personen, ein Mann und eine Frau mit der gleichen Gruppe, dennoch konnten diese Therapeutinnen und Therapeuten auch in anderen Gruppen - als fester Bestandteil - tätig sein. Das bedeutet, die erhobenen Daten der Therapeutinnen und Therapeuten sind nicht festgelegt auf eine spezielle Gruppe, sondern beinhalten auch die gutachterlichen Tätigkeiten, Indikationsabklärungen, Einzeltherapien und Gruppenbehandlungen.

Methode der Datengewinnung und Design des Experiments

In folgendem Abschnitt wird die Methode der Datengewinnung erläutert, in dem auf die technische Ausstattung und vor allem den eigens konstruierten Interviewleitfaden sowie auf den Ablauf des Experiments Bezug genommen wird. Innerhalb dessen wird auf die drei allgemeinen Prinzipien qualitativer Forschung, den wissenschaftlichen Hintergrund als Fundierung für die Themengebiete des Leitfadens und die Struktur eingegangen.

Technische Ausstattung. Das Interview wurde anhand eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet, um die Gesamtheit des erhobenen Datenmaterials detailgetreu zu sichern, sowie die anschliessende Transkription zu erleichtern. Hierzu wurde der Philips

Voice Tracer DVT1400 verwendet. Hierbei reicht das interne Mikrofon des Geräts vollständig aus, um eine optimale Aufnahmequalität zu sichern. Da die Informationen über die Behandlung der Jugendlichen im Vordergrund standen, war es nicht nötig die Interviews auf Video aufzunehmen, um etwaige paraverbale Daten zu erheben. Reinders (2005) unterstreicht: „Für die meisten Interviews ist eine Audio-Aufnahme völlig ausreichend. Dies gilt vor allem wenn das Expertenwissen . . . im Vordergrund steht.“ (S. 187).

Konstruktion des Interviewleitfadens. Inhaltlich stellt der Interviewleitfaden die Unterschiede der beiden Modelle, die aus dem Abschnitt „theoretischer Hintergrund“ generiert wurden, in den Vordergrund. Die Gründe für das Erfragen dieser Themenbereiche wurden im Abschnitt „Stand der Forschung“ aufgegriffen. Nachfolgend wird der Prozess, der zur endgültigen Version des Leitfadens geführt hat, beschrieben, um die Gütekriterien der Reflexion und Objektivität zu gewährleisten. Gleichzeitig folgt der Leitfaden den drei Prinzipien qualitativer Forschung: Prozesshaftigkeit, Kommunikation und Offenheit (Reinders, 2005). Ausserdem wird die Struktur des Leitfadens bezüglich Phasen des Interviews und Arten von Fragen erklärt.

Die erste Version des Leitfadens (Anhang A) wurde in die Bereiche Warm-Up (Initialisierungsphase), Hauptteil und Ausklang (Abschlussphase) nach Reinders (2005) unterteilt. Der Hauptteil bestand aus den eigens generierten Themengebieten grundliegendes Menschenbild, therapeutische Beziehung, Motivation der Täter, nicht-kriminogene Bedürfnisse und kriminogene Bedürfnisse, Kontext und Umfeld sowie der Individualität des Jugendlichen. Dieser Leitfaden wurde mit einer Expertin getestet, die nicht an der Datenerhebung teilgenommen hat. Die Warm-Up Phase dient der Einleitung in das Themengebiet. Hierzu wurden unstrukturierte und teilstrukturierte Fragen gestellt (z.B. „Zu Beginn würde mich interessieren, wie du überhaupt zu der Arbeit mit delinquenten Jugendlichen gekommen bist?“). Die Expertin wurde so dazu eingeladen, möglichst frei zu erzählen. Dadurch wurden Themengebiete angeschnitten, die im Nachhinein vom Forscher aufgriffen wurden. Der Hauptteil, der das Spektrum der Themengebiete zeigt (Reinders, 2005), richtet sich nach den Unterschieden gemäss „theoretischem Hintergrund“ und wurde nach dem „Stand der Forschung“ wissenschaftlich belegt. Im Hauptteil wurden teils strukturierte Fragen verwendet, um beispielweise die nicht-kriminogenen und kriminogenen Bedürfnisse konkret gegenüberzustellen. Der Ausklang sollte die Expertin dazu anregen, gewisse Themen anzufügen, die nicht behandelt wurden, die sie je-

doch für relevant hinsichtlich des Behandlungskonzeptes betrachtet (z.B. „ Man könnte natürlich viel mehr darüber sprechen. Gibt es etwas, dass dir bei diesem Thema noch wichtig ist?“).

Nach diesem Probeinterview wurde die erste Version des Leitfadens mit der Expertin reflektiert. Die erste Veränderung bestand darin, dem Leitfaden eine interviewübergreifende Einleitung zu geben, welche bei sämtlichen Expertinnen und Experten verwendet wurde. Dazu wurde die Rolle des Forschers, das Erkenntnisinteresse, die Art und Weise der Erhebung, das Zeitfenster des Interviews und Aspekte wie die Aufnahme und Datenschutz geklärt (z.B. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2008). Weiter wurden gewisse Fragen wie beispielsweise „Was ist deine Einstellung zu Menschen?“ umformuliert, da Fragen solcher Art zu konkret und unverständlich schienen. Ausserdem wurde der Themenbereich nicht-kriminogene Bedürfnisse und kriminogene Bedürfnisse in Ressourcen und Risiken umformuliert, da die ersten beiden Begrifflichkeiten zu theoretisch für eine praktische Darlegung waren. Es ging vor allem darum, die Expertinnen und Experten nicht mit Begriffen zu konfrontieren, die ihnen als solche nicht bekannt sind. Im Probeinterview war zu erkennen, dass diese Begriffe den Informationsfluss negativ beeinflussten. Somit wurde der endgültige Leitfaden konzipiert (Anhang B).

Der Leitfaden richtet sich nach den Prinzipien der *Offenheit*, *Prozesshaftigkeit* und *Kommunikation* (Reinders, 2005). Hinsichtlich der *Offenheit* wurden keine Hypothesen vorab formuliert, sondern lediglich forschungsleitende Fragen. Schliesslich „ist das Ziel, subjektive Bedeutungen, Handlungsbegründungen und individuelles Erleben etc. zu erfassen“ (S. 152). Um kein Frage-Antwort Spiel zwischen Expertinnen sowie Experten und Interviewer zu provozieren, dienten die Themen und Fragen des Interviewleitfadens lediglich als Themenstruktur und wurden an das jeweilige Interview angepasst und umformuliert. Es wurde darauf geachtet, keine Suggestivfragen zu stellen. Pausen wurden weitegehend ausgehalten und es fanden minimale Unterbrechungen seitens des Interviewers statt, sodass der Gedankenfluss der Experten nicht aktiv beendet wurde. Die *Prozesshaftigkeit* soll den Prozess der Entstehung einer subjektiven Deutung beleuchten. Dazu wurden Fragen zur Veränderung von Einstellungen, Meinungen oder Ansichten gestellt, wie: „War das schon immer so?“ oder „Haben dich andere in dieser Hinsicht beeinflusst?“. Die *Kommunikation* macht sich in der Einfachheit der Sprache deutlich, so wurden keine komplizierten Begriffe verwendet, beziehungsweise nach dem Probeinterview

umformuliert. Zudem hatte die Expertin oder der Experte die Möglichkeit zu entscheiden, in welcher Sprache sie oder er sich wohl fühlt und das Gespräch führen möchte, ob Schweizerdeutsch oder Schriftdeutsch. Ausserdem wurden keine Themen aktiv vorgegeben, vielmehr wurden Themen, die von den Expertinnen und Experten thematisiert wurden aufgegriffen und mit den Themengebieten des Leitfadens in Bezug gesetzt.

Durchführung des Interviews. Die Interviews fanden *face-to-face* statt und wurden im jeweiligen Büro der Expertin oder des Experten geführt. Dieses Vorgehen sollte eine angenehme Atmosphäre für die Person schaffen, in welcher die inhaltlichen Aspekte ihrer Arbeit im Vordergrund stehen. Die Interviews gestalteten sich weitgehend störungsfrei bis auf zwei Telefonate und eine Unterbrechung durch eine Mitarbeiterin.

Datenanalyse

Im folgenden Abschnitt wird auf den Prozess der Kategorienbildung eingegangen, um das konstruierte Kategoriensystem zu verstehen. Dieser Prozess beinhaltet mehrere Schritte (Abb.2):

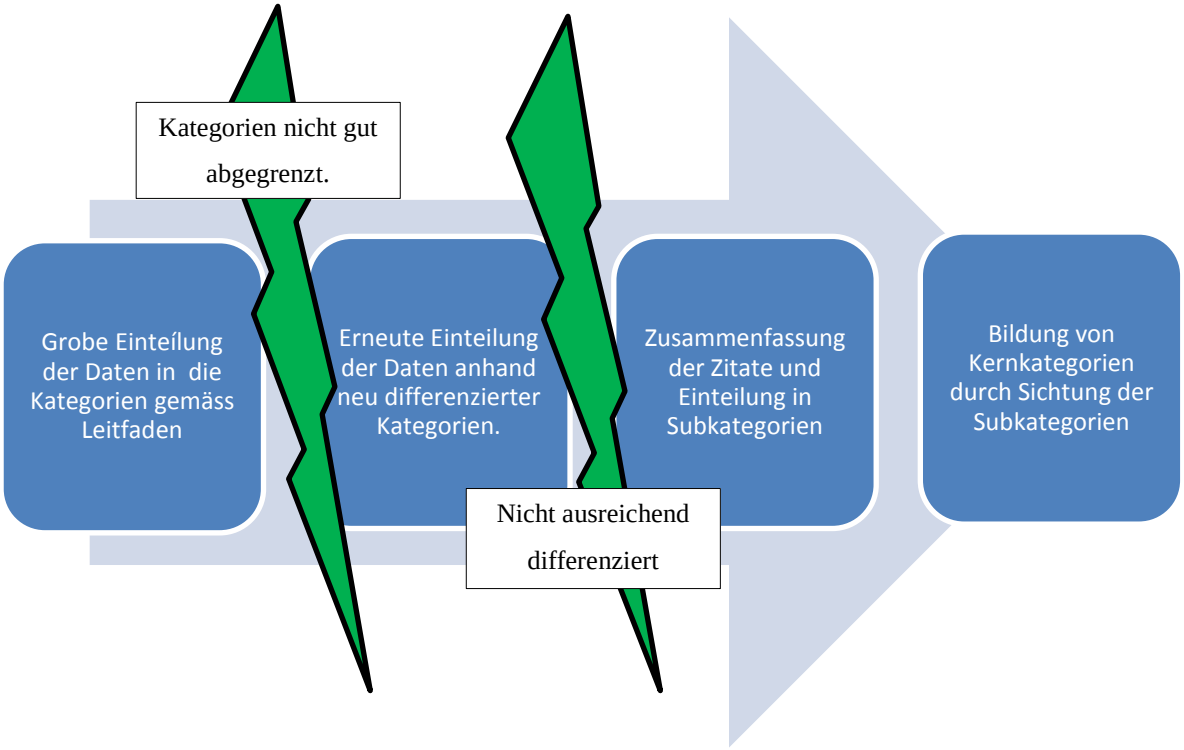

Abbildung 2: Prozess der Kategorienbildung

Das Datenmaterial wurde in einem *ersten Schritt* in die Themenbereiche des Leitfadens, also zugrundliegendes Menschenbild, die therapeutische Beziehung, Motivation der Täter, Risiken und Ressourcen, Kontext und Umfeld, sowie Individualität des Jugendlichen eingeteilt. Diese entsprechen der Literatur und wurden deduktiv erstellt. Der induktive Zugang zum Datenmaterial bildete sich aus der Schwierigkeit der Zuordnung des Materials an die bestehenden Kategorien. Die Kategorien wurden daher in einem *nächsten Schritt* sowohl durch die erneute Sichtung der Literatur und des Datenmaterials differenziert (Anhang C). Durch die präzisierte Abgrenzung der Kategorien durch Leitfragen, konkrete Themen der Modelle und den konkreten Unterschieden steigt die Reproduzierbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Auswertung. Folgend werden die Unterschiede der beiden Modelle innerhalb der Kategorien zusammengefasst.

Das *Menschenbild* und die *Gestaltung der therapeutischen Beziehung* wurden zusammengefasst in **Gestaltung der therapeutischen Beziehung**. Beide Modelle sehen den Respekt als wichtigen Faktor. Das RNR betont die allgemeine Beziehungsfähigkeit, wobei das GLM diese Fähigkeit zusätzlich durch die Aspekte des Verständnis, Vertrauen, Ehrlichkeit, Wärme, Interesse und Offenheit operationalisiert.

Das Thema **Motivation** wurde in drei Subkategorien unterteilt. Die *Evaluation der internalen Therapiebereitschaft* wird im RNR allgemeiner formuliert, sodass das Kosten-Nutzen-Denken des Täters zu Gunsten von prosozialem Verhalten stehen muss. Im Allgemeinen werden hier valide Instrumente zur Evaluation der Ansprechbarkeit verwendet. Im GLM wird das Thema Therapiebereitschaft im *multifactor offender readiness model* in Kognition, Emotionsregulation und Volition operationalisiert. Eine weitere Subkategorie ist *Voraussetzungen für die Therapie*, die im RNR keinen Platz findet. Das GLM betont das Funktionsniveau eines Täters. Dieses wird in Glaubensätze, Werte, Kompetenzen, Motivationen und Fähigkeiten, die Therapie zu bewältigen, operationalisiert. Die dritte Subkategorie ist der *Umgang mit unmotivierten Tätern*. Diese wird im RNR durch das *motivational interviewing* und den Einbezug der nicht-kriminogenen Bedürfnisse und im GLM durch die Evaluation der Ziele des Täters thematisiert.

Das Thema **Ressourcen und Risiken** wurde in zwei Kategorien unterteilt. Die Subkategorie *Risikobeurteilung* unterscheidet sich in beiden Modellen insofern, dass im RNR nach validen Instrumenten anhand der Risikofaktoren evaluiert wird, und das GLM Themengebiete wie Disposition, biographische Faktoren, Kontext und Risikofaktoren

sowie klinische Faktoren berücksichtigt, ohne dabei spezifische Instrumente zu benennen. In Bezug auf die *Reduktion des Rückfallrisikos* ist die Priorisierung von Ressourcen und Risikofaktoren umgekehrt. Im GLM geht es darum, die individuellen Bedürfnisse zu verstärken, um Delinquenz zu reduzieren. Im RNR geht es hingegen darum, Risikofaktoren zu eliminieren, um das Rückfallrisiko zu reduzieren.

Der Bereich **Kontext und Umfeld** wurde unterteilt in *interinstitutionelle Vernetzung* und *Einbezug des sozialen Kontextes*. Die interinstitutionelle Vernetzung wird im RNR allgemein fokussiert, wohingegen das GLM vereinzelt Aspekte wie Aufenthaltsort oder interpersonelle Unterstützung (institutionelle) aufgreift. Der Einbezug des sozialen Kontext wird im RNR häufiger aufgegriffen (Risikofaktoren, GPCSL) als im GLM, wo sich nur zwei der zehn primären menschlichen Bedürfnisse mit dem sozialen Kontext beschäftigen.

Der Aspekt der **Individualität** wurde beibehalten. Das RNR zielt vermehrt auf die Anpassung der Behandlung an individuelle Lernstrategien und Fähigkeiten der Täter. Das GLM betont die individuelle Priorisierung der primären menschlichen Bedürfnisse, die ein Ausdruck der Identität eines Menschen sind.

Die beschriebenen Kategorien wurden den Daten in ihrem Umfang nicht gerecht daher wurden in einem *dritten Schritt* induktiv differenziertere Subkategorien durch die Zusammenfassung der ausgewählten Zitate gebildet. Die Subkategorien orientieren sich am Material und wurden im Prozess der Auswertung zugeordnet und ergänzt, bis die Subkategorien die Inhalte angemessen abdeckten. Innerhalb des Prozesses wurden Memos im Sinne von Leitfragen und Ankerbeispielen (Anhang F) entwickelt, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Schliesslich wurden die Subkategorien zu neuen Kernkategorien zusammengefasst. Dieser *letzte Schritt* gilt dem Zweck, den Daten gerecht zu werden und die Gestaltung des eigens kreierten Codebaums (Anhang E) zu präzisieren.

Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen an erster Stelle die Verfahren dieser Untersuchung kurz umschrieben werden. Hierzu wird der computergestützte Transkriptionsprozess und Auswertungsprozess anhand einer Kombination von inhaltsanalytischem Vorgehen und der

Grounded Theory [8] gezeigt. An zweiter Stelle werden die Kernkategorien samt Beschreibung der Untersuchung in einer Tabelle dargestellt.

Beschreibung der Verfahren

Im folgenden Abschnitt werden die Verfahren beschrieben. Dazu wird die Transkription auf strukturelle Aspekte hin betrachtet und die Auswertung im Hinblick auf die Erstellung des Codebaums.

Transkription. Die Transkription wurde anhand des Computerprogrammes f4 durchgeführt. Die verwendete Notation entspricht einer möglichen Variante des f4-Programms, wobei gewisse Interpunktionen weggelassen wurden, da sie von keiner Bedeutung für die Untersuchung sind. In Anlehnung an Reinders (2005) wurden Entscheidungen bezüglich der Gestaltung und Informationstiefe der Daten getroffen. Die Transkripte bleiben aufgrund Datensicherung und Datenschutz beim Forscher.

Das f4 ist ein computergestütztes Programm, das der Audiotranskription von Daten dient. Des Weiteren ist es kompatibel mit dem MAXQDA, das in der Auswertung innerhalb dieser Untersuchung, gebraucht wird. Das f4 ermöglicht den gleichzeitigen Ablauf von verschiedenen Prozessen. Der Forscher hat gleichzeitig Einsicht in das Notationssystem, kann die Audio-Datei mittels der Tastatur steuern und hat die Möglichkeit, die Daten zu verschriftlichen. Die verschriftlichen Daten werden automatisch mit einer Zeile markiert und einem konkreten Zeitabschnitt zugewiesen.

Das Transkript (Anhang D) besteht aus einem *Transkriptionskopf* und dem *Gesprächstranskript* (Reinders, 2005). Der Transkriptionskopf besteht aus Aufnahmenummer, Aufnahmetag, -zeit und –ort, Interviewdauer, Name des Interviewten, Name des Transkribierenden, einer kurzen Charakterisierung des Gesprächs (*face-to-face*), der Klassifikation des Transkripts (Beginn/Ende der Transkription) und dem verwendeten Transkribiersystem (f4). Das Gesprächstranskript enthält den Wortlaut des Interviews, inklusive der Kommentare und paraverbalen Daten, falls letztere für nötig empfunden wurden. Das Gesprächstranskript besteht aus folgenden Dimensionen:

---

[8] Die Grounded Theory folgt gemäss Cropley (2011) einer „baukastenartig-logischen Analyse“ (S. 171), welche das Narrativ in Codes, also Sinneinheiten differenziert, um übergeordnete Kategorien zu rekonstruieren.

(a) *Zeilen* werden angegeben. Sie dienen der Quellenangabe in der Darstellung der Ergebnisse und der Diskussion.

(b) Zusätzlich wurde eine *Paginierung* (1, 2, 3…) eingefügt, um die Textstelle im Transkript effizienter zu finden.

(c) Die *Schreibdarstellung* wurde zeilenweise dargestellt, da kaum unterbrochene Sprecherwechsel statt gefunden haben und es für die Auswertung unwesentlich ist, wer wen wie unterbrochen hat.

(d) Die *Verschriftungsform* stellt eine Mischung aus Standardorthographie, also gemäss den Regeln der geschriebenen Sprache, und der literarischen Umschrift, also den Besonderheiten der gesprochenen Sprache, dar. Letzteres wurde benutzt, um dem schweizerischen Sprachgebrauch in gewissen Abschnitten und dem Gesprochenen in den Interviews gerecht zu werden. Dies fördert den Lesefluss des Transkripts.

(e) Die *Notation,* also die verwendeten Interpunktionen für eine Pause und ähnliches, wurde an die Untersuchung angepasst.

Tabelle 1

Spezielle Interpunktion in den Transkripten

Notation im Transkript	**Bedeutung**
(.)	**Pause** etwa 1 Sekunde
(..)	**Pause** etwa 2-3 Sekunden
(…)	**Pause** über 3 Sekunden
..	**Unterbruch des Satzes**
(:)	**Ausdehnung eines Wortes**
_____	**Besonders hervorgehoben**

(f) *Kommentare* wurden nur da angefügt, wo sie notwendig erschienen. Das bedeutet beispielsweise, wenn es eine Unterbrechung des Interviews gab, die Person etwas nachahmte oder es vereinzelt, andauernde, paraverbale Daten gegeben hat. Dennoch wurden paraverbale Daten nur spärlich eingesetzt, da davon ausgegangen werden kann, dass Experten

in dieser Situation keinen Grund haben, die Wahrheit zu verzerren, vor allem, da die Interviews anonymisiert sind.

Auswertung. In dieser Untersuchung wird eine Kombination von inhaltsanalytischem Vorgehen und Methodologie der *Grounded Theory* verwendet, um das Datenmaterial auszuwerten. Die Auswertung besteht aus mehreren Schritten, die zu der Konstruktion eines Codebaums (Anhang E) führen. Um diesen Prozess zu erleichtern, wurde das computergestützte MAXQDA Programm benutzt.

Die inhaltsanalytische Vorgehensweise orientiert sich an Cropley (2011). Der Prozess des Auswertens ist daher in verschiedene Schritte unterteilt. Der *erste Schritt* bestand darin, die Rohdaten, also das unbearbeitete Datenmaterial in die bereits behandelten Kategorien zusammenzufassen. Dadurch war es möglich, die für die Fragestellung irrelevanten Daten von den relevanten Daten zu trennen. Die sogenannten irrelevanten Daten werden im Ausblick aufgegriffen. Das Material dieser Kategorien wurde im *zweiten Schritt* in kurze Sinneinheiten, sogenannte Codes, eingeteilt. Diese wurden nun innerhalb des Prozesses erneut überprüft, indem die Zitate der Experten jeweils zusammengefasst wurden und durch offenes Codieren präzisierte Subkategorien eruiert wurden. Die entsprechende Tabelle für die ausgewählten Zitate ist beim Untersucher erhältlich. Dieser zweite Schritt entspricht der *Grounded Theory*. Diese Subkategorien wurden zu den endgültigen Kernkategorien zusammengefasst.

Das MAXQDA ist ein computergestütztes Programm, das den Forscher darin unterstützt die Kategorien zu ordnen. Es ist möglich, diese in einem nächsten Schritt in einer Excel-Tabelle zu formatieren. Die Effizienz dieses Programms ist ein weiterer Vorteil, denn während man das Transkript in einem Fenster bearbeitet, kann man dieses mit Farben versetzen, die den einzelnen Sub- und Kernkategorien zugeordnet werden können.

Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden zunächst inhaltsanalytisch und danach gemäss der *Grounded Theory*, also dem offenen, axialen und selektiven Kodieren ausgewertet. Diese Verfahren wurden im Teil „Beschreibung der Verfahren“ bereits ausführlich erläutert. Anschliessend wurden die Kernkategorien inhaltlich anhand charakteristischer Fragen, beschrieben (Tabelle 2). Die Zusammenfassungen der Textstellen, aus denen die einzelnen Kern- und Subkategorien bestehen, werden im Anhang aufgezeigt (Anhang G bis L). Dies

dient der Nachvollziehbarkeit der Diskussion. Die wörtlichen Zitate können bei Bedarf beim Forscher eingeholt werden.

Tabelle 2

Kernkategorien

Kernkategorie	Beschreibung (Subkategorien)	Charakterisierende Fragen
Institutionelle Aspekte	Juristische Aspekte	Welche Rolle spielt das Gesetz in der Behandlung?
	Interinstitutionelle Vernetzung	Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen der Behandlungsinstitution und anderen Institutionen aus?
Konzept hinter Behandlung	Ziel der Therapie	Welche Ziele verfolgen Therapeuten in der Behandlung?
	Priorisierung von Risiken oder Persönlichkeit (Ressourcen)	Wie werden diese beiden, in der Literatur gegensätzlichen Priorisierungen, in der Behandlung gewichtet?
	Relevanz Diagnostik	Inwiefern spielt Diagnostik eine Rolle und welche Instrumente werden für was verwendet?
	Kein Defizitfokus	Wie wichtig ist es, keinen Defizitfokus zu haben?
	Handhabung Risikomanagement	Wie wichtig ist Risikomanagement und wie wird es ausgeführt?
	Deliktarbeit	Welche Rolle spielt das Delikt in der Behandlung?
	Aufgaben der Therapeuten	Welchen Aufgaben müssen Therapeuten im Rahmen der Behandlung gerecht werden?
	Form der Therapie	Was ist die Grundhaltung zur Therapie und wie wird sie operationalisiert?
Der individuelle Täter	Individuell	Wie wird die Individualität eines Täters einbezogen?
	Begünstigende Faktoren für Motivation bei Tätern?	Welche Faktoren begünstigen Motivation bei Tätern und wie können Therapeuten diese beeinflussen?
	Voraussetzungen für Therapie	Welche Aspekte spielen vor Eintritt in die Behandlung eine Rolle?
Die therapeutische Beziehung	Einflüsse auf therapeutische Haltung	Welche Aspekte haben einen Einfluss auf die therapeutische Haltung?
	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	Wie gestalten Therapeuten die Beziehung zu ihren Klienten?
Rolle Einbezug sozialer Kontext	Relevanz praktische Umsetzung	Wie wichtig ist die praktische Umsetzung im Alltag, in der Behandlung?

	Einbezug sozialer Kontext	Inwiefern wird der soziale Kontext in die Behandlung einbezogen?
	Alter der Täter und Einbezug sozialer Kontext	Inwiefern spielt das Alter der Täter in Bezug auf die Relevanz des sozialen Kontexts eine Rolle?
	Instrumente Einbezug sozialer Kontext	Wie wird der soziale Kontext einbezogen?
Weitere Aspekte	Stützende Funktion der Gruppe	Welche Rolle spielt die Gruppe?

Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Fragestellungen samt forschungsleitenden Fragen beantwortet, die Ergebnisse der Untersuchung interpretiert, die Methodik und inhaltlichen Limitationen diese Arbeit thematisiert und dann weiterführende Untersuchungsansätze genannt.

Beantwortung der Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse

Um die Frage nach der Integration der Unterschiede beider Modelle in das Behandlungskonzept zu beantworten, werden folgend die konkreten Unterschiede der Modelle (Anhang C) mit den Kern- und Subkategorien gegenübergestellt (Anhang E und Anhang F). Dazu werden die forschungsleitenden Fragen mit den inhaltlichen Unterschieden der Modelle zusammengefasst, um diese mit den erhobenen Daten in Bezug zu setzen. So wird die Umsetzung der Unterschiede im Behandlungskonzept des Forensischen Instituts Ostschweiz dargestellt. Anschliessend wird auf die Frage eingegangen, ob das GLM im Behandlungskonzept des Forensischen Instituts Ostschweiz eine Ergänzung zum RNR darstellt. Sämtliche Antworten werden mit den Textstellen, mit Interviewnummer und Zeile, im Anhang versehen.

Wie werden die Unterschiede des Risk-Need-Responsivity Modells und des Good Lives Modells am Forensischen Institut Ostschweiz in ein Behandlungskonzept für delinquenten Jugendlichen integriert? Die Operationalisierung dieser Fragestellung soll anhand der in der Einleitung aufgeführten forschungsleitenden Fragen konkretisiert werden. Die übergeordneten Themen sind: *Gestaltung der therapeutischen Beziehung*, *Motivation*

der Täter, *Priorisierung von Risiken oder Ressourcen*, *Einbezug des sozialen Kontext* und die *Handhabung der Individualität der Täter*.

Wie wird die therapeutische Beziehung von Therapeuten gestaltet und welche Faktoren stehen hierbei im Mittelpunkt? Wenn beide Modelle verglichen werden, wird klar, dass die Operationalisierung der Beziehungsfaktoren zwischen Therapeut und Täter im Good Lives Modell stärker betont werden. Das RNR betont zwar den respektvollen und gemeinschaftlichen Umgang mit dem Täter, Faktoren wie Verständnis, Ehrlichkeit, Wärme, Interesse und Offenheit werden jedoch nur im GLM thematisiert. Weiter differenziert das GLM den Menschen in sowohl altruistisch wie auch selbstsüchtig.

Die erhobenen Daten zeigen, dass die Subkategorien *Einflüsse auf die therapeutische Beziehung* und *Gestaltung der therapeutischen Beziehung* (Anhang J) wesentliche Faktoren innerhalb der Behandlung darstellen. Die Befragten geben dem Täter die Rolle eines facettenreichen Wesens (B6, 112), welcher sowohl positive als auch negative Eigenschaften besitzt (B1, 276 u. B3, 153 u. B6, 88). Die institutionelle Grundhaltung des *forio*, dass die Handlung verurteilt wird und nicht der Täter (B7, 84), fasst die oben stehenden Aspekte zusammen. Ausserdem teilt das gesamte Team (B8, 28) die Meinung, dass jedem Menschen ein Anrecht auf Hilfe und Respekt zusteht (B7, 84).

Respekt (B1, 176/272) wird, wie in beiden Modellen auch als zentraler Aspekt der Beziehungsgestaltung genannt. Der gemeinschaftliche Umgang mit dem Täter äussert sich im sogenannten „kumpeln“ gegen die JuGA (B3, 88). Darüber hinaus stützen die Aussagen der Befragten die Faktoren des GLM. Sie nennen Ehrlichkeit und Vertrauen in Form von Transparenz (B1, 404 u. B6, 168 u. B8, 88), Interesse am Täter (B4, 196), die Balance zwischen beziehungsbedingtem Halten sowie warmen Rückmelden und konkretem Fordern (B2, 124), Verständnis für die Last des Täters und situativen Faktoren (B1, 288 u. B3, 181 u. B7, 84) als konkrete Beziehungsfaktoren.

So werden in den Interviews weitere zahlreiche Faktoren genannt (Anhang J), welche die Beziehungsgestaltung beeinflussen und begünstigen können. Wenn man diese in Bezug zu beiden Modellen setzt, überzeugt das GLM in seiner konkreten Operationalisierung der Beziehungsgestaltungs-Faktoren und der Relevanz, die es diesen Faktoren zuschreibt.

Welche Relevanz hat die *Motivation* in der Behandlung und welche Faktoren begünstigen die Motivation der Täter?

Wie wird die internale Bereitschaft evaluiert, durch welche Faktoren? Die Modelle verwenden unterschiedliche Operationalisierungen zur Evaluation der internalen Bereitschaft. Das RNR nutzt nicht näher bezeichnete wissenschaftliche Instrumente und das GLM bezieht das *multifactor offender readiness model* ein, das einen anamnestischen Zugang impliziert.

Die Daten zeigen, dass die Befragten eine ausführliche Diagnostik in Form einer Abklärung oder eines Gutachtens als unabdingbar sehen (Anhang H: B2, 108/156 u. B4, 180). Ein Gutachten beinhaltet sowohl testpsychologische Instrumente sowie einen anamnestischen Zugang. Innerhalb des Gutachtens spielt die Einstellungen der Täter zur Therapie (Anhang I: B4, 160 u. B5, 72) sowie persönliche Ziele (B3, 56), Wünsche (B5, 88) und das Schuldbewusstsein (B3, 44) eine Rolle. Diese Aspekte entsprechen den volitionalen, kognitiven und verhaltensspezifischen Prinzipien des GLM.

Das bedeutet, dass sowohl der testpsychologische wie auch der anamnestische Zugang der beiden Modelle im Behandlungskonzept aufgegriffen werden. Die Operationalisierung zur Evaluation der internalen Bereitschaft eines Täters wird im GLM durch ein vollständiges Modell aufgegriffen.

Welche Voraussetzungen sollte ein Klient mitbringen? Dass Täter gewisse Voraussetzungen für eine Therapie mitbringen sollten, wird ausschliesslich im GLM thematisiert. Hier braucht der Täter gewisse Glaubensätze, Werte, Kompetenzen, Motivationen und Fähigkeiten, die das Funktionsniveau begünstigen.

Diese Aspekte werden in der Kernkategorie *Voraussetzungen für Therapie* (Anhang I) aufgegriffen. Zunächst soll eine Einstellung zu den Delikten vorhanden (B4, 172) und gewisse kognitive Voraussetzungen gegeben sein und berücksichtigt werden (B8, 104). Die Festlegung von Zielen (B2, 64 u. B3, 56 u. B8, 36) des Täters wird auch genannt.

Zusammenfassend findet das Konzept des Funktionsniveaus aus dem GLM durchaus eine Rolle im Behandlungskonzept des Forensischen Instituts Ostschweiz.

Was tun Therapeuten, wenn ein Klient unmotiviert ist? Dieses Thema findet zwar in beiden Modellen einen Stellenwert, wird jedoch im RNR konkreter ausgeführt.

Das GLM beschreibt die Evaluation der primär menschlichen Bedürfnisse, um die Ziele des Täters zu erkennen, als ausschlaggebend für die Motivation. Das RNR weist auf die motivationale Gesprächsführung und den Einbezug der nicht-kriminogenen Bedürfnisse wie Selbstwert, unbestimmte Stressgefühle, psychische Störungen und physische Gesundheit, um die Motivation der Täter zu begünstigen, hin. Weiter unterstreicht die *GPCSL* -des RNR- die Relevanz von motivationalen Aspekten.

Die Daten (Anhang I) greifen den Punkt der persönlichen Ziele (B1, 424) und, hinsichtlich der primären Bedürfnisse das Thema Autonomie und Identität (B4, 128) auf. Der Fokus auf positivem Feedback (B1, 424 u. B2, 64) zur Motivation der Täter entspricht dem RNR. Ausserdem werden psychische Störungen in das Konzept der Tätermotivation einbezogen (B3, 68).

Beide Modelle erkennen die Relevanz der Motivation. Die Begünstigung dieser findet hingegen auf unterschiedliche Art statt. Die Themen der beiden Modelle werden aufgegriffen. Die Expertinnen und Experten weisen weiterhin auf diverse Methoden und Faktoren hin, welche die Motivation begünstigen können.

Wie sieht das Verhältnis zwischen Ressourcen und Risiken in der Behandlung aus?

Gibt es eine Priorisierung? Die Priorisierung zeigt sich in beiden Modellen unterschiedlich. Im GLM stehen die primären menschlichen Bedürfnisse im Vordergrund. Die Autoren beschreiben diesen Zugang als ressourcenorientiert. Die Autoren des RNR verstehen dieses als eine defizitorientierte Vorgehensweise, welche die Risikofaktoren in den Mittelpunkt stellt.

Die Befragten (Anhang H) legen den Schwerpunkt auf Persönlichkeitsentwicklung und Selbstwirksamkeit oder Verhaltensebene und Kontrollmechanismen gemäss Täter individuell (B1, 340). Dennoch zeigt sich, dass der Fokus auf den individuellen Zielen und der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung liegt (B2, 64). Man muss demnach den Täter in seiner Persönlichkeit verstehen, um die Risiken zu erkennen (B2, 132). Ferner soll auf die Grundbedürfnisse eingegangen werden (B7, 128). Trotz Fokus auf Ressourcen stellt die Analyse von Risikosituationen eine Möglichkeit zur Strategien-entwicklung dar (B3, 120).

Grundsätzlich werden also beide Vorgehensweisen dem Täter individuell angepasst, wobei der Fokus für die Expertinnen und Experten klar auf den Ressourcen (B7, 100) und nicht den Defiziten liegt (Anhang H: Kein Defizitfokus).

Risikobeurteilung. Anhand welcher Instrumente oder Methoden wird das Rückfallrisiko beurteilt? Trotz unterschiedlicher Gewichtung der Risikobeurteilung wird diese in beiden Modelle aufgegriffen. Im GLM soll durch den Einbezug der Disposition, von biographischen Faktoren, des Kontext und kriminogenen Bedürfnissen sowie klinischen Faktoren das Risiko beurteilt werden. Im Gegensatz dazu betont das RNR die Verwendung von validen Instrumenten, die konkret aufgeführte Risikofaktoren erfragen.

Der Einbezug des Rückfallrisikos spielt im Behandlungskonzept des Forensischen Instituts Ostschweiz eine wesentliche Rolle (Anhang H: Handhabung Risikomanagement-Stellenwert). Die Risikobeurteilung wird zu Beginn anhand einer Abklärung oder eines Gutachtens, sowohl testpsychologisch (RNR) als auch anamnestisch (GLM) und am Ende der Therapie anhand einer Beurteilung vollzogen (B4, 180). Die Einschätzung innerhalb der Behandlung findet durch einen Kontrollplan und die Ampel, welche Handlungen in rot, orange und grün einteilt, statt (B2, 80/96/104/160). Ausserdem gibt es ein Modul Risikomanagement, in dem Selbst- und Fremdkontrolle bezüglich Risikosituationen thematisiert wird (B5, 96). Im Allgemeinen wird Zeit als wesentlicher Faktor für die Risikoeinschätzung genannt (B8, 120).

Im Grunde bedeutet dies, dass aufgrund des Abklärungs- oder Gutachtenprozesses sowohl die Methode des RNR als auch die des GLM einbezogen werden, um das Risiko eines Täters zu beurteilen.

Wie wird die Delinquenz reduziert? Auch wenn beide Modelle das Ziel haben, das Rückfallrisiko zu reduzieren und somit Delinquenz vorzubeugen, wird die Relevanz von Ressourcen und Risiken umgekehrt. Im GLM soll die Verstärkung von individuellen Bedürfnissen und das daraus folgende bedeutsame Leben für den Täter zu einer Reduktion der Delinquenz führen. Die kriminogenen Bedürfnisse werden als fehlerhafte Strategien gesehen, die primären menschlichen Bedürfnisse zu erreichen, und werden in diesem Rahmen thematisiert. Das RNR zeigt, dass die Evaluation und Bearbeitung von Risikofaktoren die Delinquenz reduziert. Es erkennt nicht-kriminogene Bedürfnisse an, wenn diese die Behandlung erschweren.

Im Forensischen Institut Ostschweiz geht es vor allem darum (Anhang H), die Ressourcen und Risiken zu erkennen (B4, 84), um dadurch Fähigkeiten und Kompetenzen zu erweitern (B2, 72/156/108 u. B8/40). Diese sollen Verhaltens- und Einstellungsänderungen begünstigen (B3, 157). Hierbei werden Themen wie Identität, Autonomie und Selbständigkeit (B4, 128) behandelt. Die Langzeitbehandlung (B1, 348/432) soll eine Gesamtstabilisierung (B7, 64) begünstigen. Die Priorisierung von Persönlichkeitsentwicklung zeigt deutlich die ressourcenorientierte Betrachtungsweise, welche im Institut vertreten wird, obwohl die Deliktarbeit ein wesentlicher Bestandteil ist (Anhang H: Deliktarbeit).

Zusammenfassend liegt der Fokus deutlich auf der Persönlichkeitsentwicklung und Themen wie Identität und Autonomie als primäre menschliche Bedürfnisse, um Delinquenz zu reduzieren. Hinzu kommt jedoch die Deliktarbeit mit der Bearbeitung von Risikofaktoren.

Welchen Stellenwert haben Kontext und Umfeld?

Interinstitutionelle Vernetzung. Welchen Stellenwert hat die Vernetzung und wie wird sie bewerkstelligt? Das Thema der interinstitutionellen Vernetzung findet hauptsächlich im RNR Modell Platz. Hier werden die Förderung der Zusammenarbeit und die Vereinheitlichung der Behandlungsprinzipien betont. Das GLM bezieht dagegen den Aufenthaltsort, die Gelegenheit für eine Therapie und die interpersonelle Unterstützung als Randfaktoren ein.

Die Befragten betonten die Wichtigkeit (Anhang G) der Zusammenarbeit zwischen Institutionen (B1, 364), da man so mehr Informationen über den Täter erhält (B4, 116). Die Jugendanwaltschaften spielen für sie eine wichtige Rolle (B2/B6, 88/168 u. B5, 60/116). Man sollte ausserdem die Sprache zwischen Institutionen vereinheitlichen, um Transparenz zu schaffen (B1, 376).

Es wird deutlich, dass das Behandlungskonzept des *forio* die Idee der Zusammenarbeit, wie sie im RNR betont wird, aufgreift und versucht, bestmöglich umzusetzen.

Einbezug sozialer Kontext. Wie wird der soziale Kontext miteinbezogen? In beiden Modellen findet der soziale Kontext einen Stellenwert. Im GLM wird dieser in den primären menschlichen Bedürfnisse wie Verbundenheit zur Gesellschaft und Freundschaft sowie der Evaluation hinsichtlich Strategien, die der Täter im Alltag verwenden

kann, konkretisiert. Im RNR zeigen sich Risikofaktoren wie soziale Unterstützung für delinquentes Verhalten, Schule und Arbeit sowie Familie und Ehebeziehungen als Einbezug des sozialen Kontexts.

Die Expertinnen und Experten sehen zunächst den Einbezug des sozialen Umfeld des Täters als altersabhängig -je jünger desto eher (Anhang K: Alter der Täter und Einbezug sozialer Kontext). Der Einbezug wird durch Standortgespräche (B1, 408 u. B3, 157), Kontrollpläne (B3, 161), Abschlussgespräche (B7, 124), Vertragsgespräche mit dem Bezugssystem (B8, 36) und Krisensitzungen (B8, 52) betont. Die Befragten heben den Aspekt des GLM bezüglich der Alltagsbezogenheit hervor (B1, 360 u. B2, 88/56/189). Themen wie Arbeit, Schule, Wohnen, Familie und Beziehung finden Platz (B6, 76). Es wird darauf eingegangen, dass Elternarbeit auf Verlangen stattfindet (B3, 157 u. B4, 112) und die Familie in die Behandlung integriert werden soll (B4, 132).

Die Daten begünstigen die konkreten Aspekte, die vom RNR aufgegriffen werden. Dennoch findet die Relevanz der Alltagsbezogenheit, die im GLM betont wird, einen weiteren wichtigen Stellenwert.

Wie wird individuell auf den Täter eingegangen (u.a. Anpassung der Therapie und Identität)? Beide Modelle gehen auf den individuellen Zugang zum Täter auf unterschiedliche Art ein. Das GLM unterstreicht die individuelle Priorisierung von primären menschlichen Bedürfnissen, die kombiniert die Identität der Person ausmachen. Im Vergleich greift das RNR sowohl in der *Responsivity* und der *GPCSL* Komponente des Modells die Anpassung der Behandlung an den Täter auf. Weiter werden die Risikofaktoren individuell evaluiert.

Die Daten zeigen, dass die Identität (Anhang H: Person im Zentrum) und die damit verknüpften primären menschlichen Bedürfnisse einen Stellenwert in der Behandlung haben. Da *Verbundenheit zur Gesellschaft* und *Freundschaften* als zwei primäre menschliche Bedürfnisse genannt werden, spielt der oben erwähnte „Einbezug des sozialen Kontexts“ eine weitere wichtige Rolle. Ausserdem zeigen die Daten, dass es den Befragten ein Anliegen ist, auf die Grundbedürfnisse des Täters einzugehen (Anhang H: Ressourcen und Persönlichkeit). Dennoch stimmen die Aussagen in der Kernkategorie „Der individuelle Täter“ weitgehend mit denen im RNR überein. Die Anpassung der Behandlung an die individuellen Fähigkeiten, vor allem in Bezug auf das kognitive Niveau (B2, 68/144/156 u. B5, 120/60), ist wichtig.

So zeigt sich, dass der Punkt der Identität und des Einbezugs der Grundbedürfnisse, wie im GLM, genannt werden. Die Anpassung der Therapie an die individuellen Fähigkeiten des Täters, die einen eigenen Themenbereich bildet (Anhang I), bleibt hingegen dem RNR vorbehalten.

Stellt das GLM in der praktischen Behandlung am Forensischen Institut Ostschweiz eine Ergänzung zu den Prinzipien des RNR dar? Um die Frage nach der Relevanz des GLM als Ergänzung zu den RNR Prinzipien - wie in den Zielen dieser Arbeit festgehalten - nachzugehen, wird diese Fragestellung in die bekannten Themenbereiche unterteilt.

Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird im GLM konkreter operationalisiert und entspricht den Ideen der Expertinnen und Experten. Obwohl das RNR das Thema Respekt aufgreift, werden in den Interviews zusätzliche Punkte wie Ehrlichkeit, Verständnis und Offenheit genannt, welche die Ideen des GLM aufgreifen. Somit stellt das GLM in diesem Bereich eine Ergänzung zu den RNR Prinzipien dar.

Motivation der Täter. Das Thema Motivation der Täter wird in die Bereiche *Evaluation der internalen Bereitschaft*, *Voraussetzungen der Täter für die Therapie* und *Umgang mit unmotivierten Tätern* aufgeteilt. In Bezug auf die *internale Bereitschaft* ergänzt das GLM den anamnestischen Zugang durch das *multifactor offender readiness model*. Im Behandlungskonzept des *forio* werden volitionale, kognitive und verhaltensspezifische Prinzipien dieses Modells aufgegriffen. Das Thema *Voraussetzungen für die Therapie* findet lediglich im GLM einen Stellenwert und wird laut Expertinnen und Experten anhand von kognitiven Voraussetzungen und der Einstellung des Täters in die Behandlung integriert. Im Hinblick auf den Umgang mit unmotivierten Tätern ergänzt das GLM den Fokus auf den primären menschlichen Bedürfnissen, um den Täter zu motivieren. Diese werden durch Themen wie Autonomie, Identität und den persönlichen Zielen des Täters in der Behandlung im *forio* angesprochen. Auch hier stellt das GLM wesentliche Ergänzungen zum RNR dar.

Priorisierung von Ressourcen oder Risiken. Dieser Bereich wird in Art der *Risikobeurteilung* und *Reduktion der Delinquenz* eingeteilt. Im Allgemeinen entspricht das

Behandlungskonzept des *forio* dem des GLM, es legt den Fokus auf Ressourcen. In Bezug auf die *Risikobeurteilung* werden Aspekte des GLM wie der anamnestische Zugang anhand festgelegter Themen, in den Gutachten- oder Abklärungsprozess des Instituts integriert. Die *Art und Weise des forio Delinquenz zu reduzieren* entspricht vorwiegend dem GLM indem der Fokus auf der Persönlichkeitsentwicklung und den Bedürfnissen des Täters liegt. Das Behandlungskonzept des *forio* unterstützt die These, dass Themen des GLM eine Ergänzung zum RNR darstellen.

Einbezug des sozialen Kontexts. Dieser Themenbereich beinhaltet die *Interinstitutionelle Vernetzung* und die *Art des Einbezugs des sozialen Kontexts*. Im Bereich der *Interinstitutionellen Vernetzung* stellt das GLM laut Daten keine Ergänzung zum RNR dar. In Bezug auf die Art des Einbezugs des sozialen Kontexts weist das GLM auf den Aspekt der Alltagsbezogenheit hin. Dieser wird im *forio* von Expertinnen und Experten behandelt.

Handhabung der Individualität der Täter. Das GLM ergänzt in diesem Bereich die individuelle Täterpersönlichkeit und den Einbezug der jeweiligen Grundbedürfnisse des Täters. Dies sind Bestandteile, die von den Befragten genannt werden.

Weiter wurden in allen Themenbereichen Ergänzungen seitens des GLM aufgeführt, die das RNR nicht ausdrückt. Lediglich im Thema interinstitutionelle Vernetzung stellt es keine Ergänzung dar. Diese Ergänzungen sind nicht nur ein Ergebnis der Literatur der beiden Modelle, sondern werden von den Expertinnen und Experten des Forensischen Instituts Ostschweiz genannt und praktisch umgesetzt. Wie in der Ausgangslage von Ward et al. (2007) beschrieben, stellt das GLM eine wesentliche Ergänzung zum Risk-Need-Responsivity Modell dar.

Limitationen dieser Untersuchung und Methodenkritik

In der vorliegenden Untersuchung wurden im Prozess der Darstellung des theoretischen Hintergrundes, der bisherigen Forschung und der Forschungslücke inhaltliche Schwierigkeiten erkannt, die zu Limitationen führen. Zusätzlich wurden im Verlauf der Datenerhebung und –auswertung weitere Entscheidungen getroffen, welche die Ergebnisse dieser Arbeit einschränken. Daher werden diese beiden Themen zunächst in den inhalt-

lichen Limitationen und dann in der Methodenkritik aufgegriffen, um die Herangehensweise transparent zu erläutern.

Inhaltliche Limitationen. Im Kapitel Fazit und Forschungslücke wurde bereits thematisiert, dass die Unterscheidung zwischen GLM-O und GLM-C innerhalb dieser Arbeit nicht berücksichtigt wird.

Das GLM wird grundsätzlich als Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter gebraucht, wobei das RNR ein Behandlungsprogramm für sämtliche Formen der Delinquenz darstellt. Um diese Untersuchung zu bewerkstelligen wird davon ausgegangen, dass das GLM bei anderen Formen der Delinquenz verwendet werden kann. Diese Entscheidung wurde nicht nur aus ökonomischen Gründen getroffen, sondern auch, weil das Forensische Institut Ostschweiz beide Modelle in ihr übergreifendes Behandlungskonzept einbezieht.

Weiter versteht diese Arbeit unter Straftätern beziehungsweise Tätern, männliche Jugendliche und Erwachsene. Weibliche Täter werden ausgeschlossen, da die entsprechende Literatur bezüglich beider Modelle fehlt. Ausserdem werden im Forensischen Institut Ostschweiz nur männliche Täter in Gruppentherapien behandelt. Fraglich ist, inwiefern sich die Behandlung von Jugendlichen zu der von Erwachsenen unterscheidet, vor allem in Bezug zum theoretischen Konzept. Diese Unterscheidung war innerhalb dieser Untersuchung nicht möglich.

Methodenkritik. Innerhalb der Datenerhebung und –auswertung wurden Entscheidungen getroffen, die hinsichtlich der Transparenz dieser Arbeit aufgeführt werden müssen. Um diese Ausführung zu erleichtern, wird die Methodenkritik in die folgenden zwei Bereiche unterteilt.

Datenerhebung. Grundsätzlich bezieht sich die Aussagekraft dieser Untersuchung auf das Forensische Institut Ostschweiz und die befragten Expertinnen und Experten. Die Idee, die Integration der beiden Modelle zu untersuchen, entstand durch die Auseinandersetzung des Forschers -als Praktikant- im Forensischen Institut Ostschweiz, mit dem internen Behandlungskonzept. Weiter drückten die Expertinnen und Experten mündlich aus, dass sowohl das GLM als auch das RNR in die Behandlung integriert seien. Interessant war, dass diese beiden Modelle jeweils eine grundsätzlich andere Gewichtung ähnlicher Konzepte vertreten. Der Ansatz des Forensischen Instituts Ostschweiz hat so das

Potenzial die relevanten Elemente für die Behandlung von Straftätern individuell zusammenzusetzen und so angemessener auf die Bedürfnisse der Jugendlichen einzugehen.

Die Daten müssen in ihrem Kontext verstanden werden. Die Befragten berichten sowohl von Gruppentherapien, individuellen Indikationsabklärungen als auch Gutachten. Ausserdem wurde nicht einbezogen, dass die Gruppentherapien in verschiedene Altersgruppen, kognitive Leistungsniveaus und Arten von Delinquenz, unterteilt sind. Diese Aspekte wurden nicht explizit getrennt. Dennoch werden so beispielsweise übergreifende Haltungsaspekte deutlich.

Die Fragen des Leitfadens an die Expertinnen und Experten unterschieden sich je nach Interview. Die Themenbereiche wurden jedoch bei sämtlichen Interviews aufgegriffen. Daher ist die Vergleichbarkeit der Daten wie in statistischen Verfahren nicht gegeben. Das spielt für diese Untersuchung keine Rolle, weil es um die Generierung verschiedener Konzepte und nicht um eine Überprüfung der Deckungsgleichheit der Aussagen geht.

Datenauswertung. Die Einteilung von qualitativen Daten in Sub- und Kernkategorien sowie die daraus folgenden Implikationen stellen einen aufwendigen und oftmals auf den ersten Blick nicht nachvollziehbaren Prozess dar. In dieser Untersuchung wurde versucht, diesen Prozess nachvollziehbar zu gestalten. Die unterschiedlichen Schritte zur Kategorienbildung wurden anhand von Tabellen und Abbildungen erläutert, sodass ein Laie diesen Prozess verfolgen kann.

Zusätzlich wurden Elemente aus zwei unterschiedlichen Vorgehensweisen gebraucht. Zum einen wurden Bestandteile aus der inhaltsanalytischen Perspektive und zum anderen aus der Methodologie der *Grounded Theory* gemischt. Das beide Vorgehensweisen gemischt wurden, unterlag dem Anspruch, dem Datenmaterial gerecht werden zu wollen. Im Prozess wurden so Kategorien gebildet, die dem Material entsprechen und dennoch abgrenzbar sind.

Die Intercodereliabilität konnte innerhalb dieser Untersuchung nicht überprüft werden. Es wurde, wie oben bereits erwähnt darauf geachtet, dass die Kategorien gut abgegrenzt und transparent dargestellt sind.

Ausblick

Im letzten Abschnitt dieser Arbeit sollen Hypothesen und Theorien, die aus dem Untersuchungsprozess generiert wurden, für nachfolgende Untersuchungen dargestellt werden. Vor dem Hintergrund werden Daten, die für die Fragestellung nicht relevant waren, thematisiert.

Die Kernkategorie *stützende Funktion der Gruppe* ist ein Thema, dass innerhalb nachfolgender Untersuchungen thematisiert werden kann. Welche Beeinflussung im Sinne von positiven und negativen Auswirkungen die Gruppendynamik auf den einzelnen Täter hat, wäre hierbei eine zentrale Fragestellung.

Innerhalb der Kernkategorien der erhobenen Daten werden weitere Faktoren deutlich, die beispielsweise die therapeutische Beziehung oder die Motivation des Täters beeinflussen. Es wäre interessant herauszufinden, welche Faktoren welchen Modellen zugeordnet werden können.

Schliesslich wäre eine Befragung bezüglich des Begutachtungsprozess sowie dem Zusammenspiel zwischen dem *forio* und anderen Institutionen interessant. Den Begutachtungsprozess könnte man auf die Wirksamkeit der Instrumente zur Risikobeurteilung untersuchen. Das Zusammenspiel zwischen Institutionen ist insofern spannend, um Themen wie Aussageverweigerungsrecht und eingeschränkte Schweigepflicht zu thematisieren.

Relevanz für die Forschung. Der qualitative Hintergrund dieser Forschung erlaubt es auf die individuellen Aspekte des Behandlungskonzeptes des Forensischen Instituts Ostschweiz einzugehen und diese in Bezug zu zwei Modellen zur Behandlung von Straftätern zu setzen. Wie in der Einleitung aufgeführt wurde setzen Ward et al. (2007) auf die Integration der beiden Modelle. Sie sehen den Einbezug der Stärken der jeweiligen Modelle als eine Lösung um die Behandlung von Straftätern zu verbessern. Diese Untersuchung am Forensischen Institut Ostschweiz unterstreicht die Möglichkeit einer Integration des GLM und RNR und trägt zu einer wissenschaftlichen Fundierung dieser Lösung bei. Ob diese Integration die Effektivität des Behandlungskonzeptes begünstigt beziehungsweise das Rückfallrisiko erheblich senkt, bleibt der quantitativen Forschung vorbehalten. Diese Untersuchung ist ein weiterer Schritt, in Richtung einer wissenschaftlichen Ausarbeitung, in Bezug auf die gemeinsame Anwendung des GLM und RNR.

Literaturverzeichnis

Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting on the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0

Andrews, D.A. (2008). Extensions of the Risk-Need-Responsivity (RNR) model of assessment and correctional treatment. In G. Bourgon, R.K. Hanson, J.D. Pozzulo, K.E. Morton Bourgon, & C.L. Tanasichuk (Eds.), *Proceedings of the North American Correctional & Criminal Justice Psychology Conference* (pp. 9-17). Ottawa, Ontario: Correctional Services of Canada.

Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.

Andrews, D.A., & Dowden, C. (2007). The Risk-Need-Responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Crime prevention jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 49*, 439-464. doi:10.3138/cjccj.49.4.439

Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, S.J. (2000). *Level of Service/Case Management Inventory: LS/CMI.* Tororonto: Multi-Health Systems.

Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, S.J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model. Does adding the Good Lives model contribute to effective crime preven-

tion? *Criminal Justice and Behavior, 38*(7), 735-755. doi:10.1177/0093854811 11406356

Arnhart, L. (1998). *Darwinian Natural Right: the Biological Ethics of Human Nature*. Albany, New York: State University of New York Press.

Aspinwall, L.G., & Staudinger, U.M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Austin, J.T., & Vancouver, J.B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin, 120*, 338-375. doi:10.1037/0033-2909.120.3.338

Birgden, A., & Vincent, F. (2000). Maximizing therapeutic effects in treating sexual offenders in an australian correctional system. *Behavioral Sciences and the Law, 18*(4), 479-488. doi: 10.1002/1099-0798(2000)

Blackburn, R. (2000). Risk assessment and prediction. In J. McGuire, T. Mason, & A. O'Kane (Eds.), *Behavior, Crime and Legal Processes: A guide for legal practitioners* (pp.178-204). Chichester: John Wiley & Sons.

Bodenmann, G., Perrez, M., & Schär, M. (2004). *Klassische Lerntheorien: Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie.* Bern: Huber.

Bonta, J. (1995). The responsivity principle and offender rehabilitation. *Forum on Corrections Research, 7*(3), 34-37.

Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation.* Ottawa: Public Saftey Canada. Zugriff am 22.01.2014. Verfügbar unter http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-eng.aspx

Bundesamt für Statistik, Schweizerische Eidesgenossenschaften, Jugendstrafurteilstatistik. (2013a). *Jugendstrafurteile-Daten, Indikatoren. Überblick: Kennzahlen 2012*. [Online-Dokument]. Zugriff am 10.03.2014. Verfügbar unter http://www.bfs. admin.ch/bfs/portal/de/index/themen /19/03/04/key/ueberblick/wichtigste_zahlen. html

Bundesamt für Statistik, Schweizerische Eidesgenossenschaft, Jugendstrafurteilstatistik. (2013b). *Verurteilungen und Verurteilte nach den Artikeln des Strafgesetzbuches (1984-2012).* [Excel Tabelle] Zugriff am 10.03.2014. Verfügbar unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/04/key/ueberblick/wichtigste_zahlen.html

Caroll, A., Hattie, J., Durkin, K., & Houghton, S. (2001). Goal setting and reputation enhancement: Behavioral choices amongst delinquent, at-risk, and not at-risk adolescents. *Legal and Criminological Psychology, 6*, 165-184. doi:10.1348/135532501168262

Chew, F., Palmer, S., Slonska, Z., & Subbiah, K. (2002). Enhancing health knowledge, health beliefs and health behavior in Poland through a health promoting television program series. *Journal of Health Communication, 7*, 179-196. doi:10.1080/108 10730290088076

Cropley, A.J. (2011). *Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung* (4. überarbeitete Auflage). Frankfurt am Main: Klotz Verlag.

Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social indicators Research, 38*, 303-328. doi:10.1007/BF00292050

DiClemente, C.C., & Prochaska, J.O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. *Applied clinical Psychology*, 3-24.

Dowden, C., & Andrews, D.A. (1999). What works in young offender treatment: A meta-analysis. *Forum on Corrections Research, 11*, 21-24.

Emmons, R.A. (1996). Striving and feeling: Personal goals and personal well-being. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp.313-337). New York: Guilford.

Emmons, R.A. (1999). *The psychology of Ultimate Concerns*. New York: Guilford.

Farabee, D., Shen, H., & Sanchez, S. (2002). Perceived coercion and treatment need among mentally ill parolees. *Criminal Justice and Behavior, 29*, 325-342.

Farrington, D.P., Coid, J.W., Harnett, L., Jollife, D., Soteriou, N., Turner, R., & West, D.J. (2006). *Criminal careers up to the age of 50 and life success up to the age of 48: New findings from the Cambridge Study in delinquent development* (Home Office research Study 299). London, UK: HMSO.

Ford, M.E. (1992). *Motivating humans: Goals, emotions and personal agency beliefs.* Newbury Park, CA: Sage.

Govier, T. (2002). *Forgiveness and revenge.* London: Routledge.

Hoge, R.D., & Andrews, D.A. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory: User's Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hunt, D.E., & Hardt, R.D. (1965). Developmental stage, delinquency, and differential treatment. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 2*, 20-31. doi: 10.1177 /002242786500200103

Jorgensen, I.S., & Nafstad, H.E. (2004). Positive psychology: Historical, philosophical, and epistemological perspectives. In P.A., Linley & S., Joseph (Eds.), Positive psychology in practice (pp. 15-34). New Jersey: John Wiley & Sons.

Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D.M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention programme on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*, 79-107. doi:10.1007/s11194-005-1212-x

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. aktual. und überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

McGrath, R.J., Cumming, G.F., Burchard, B.L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey*. Brandon, VT: Safer Society Press.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change.* New York: Guilford.

Murphy, M.C. (2001).*Natural Law and Practical Rationality*. New York: Cambridge University Press.

Nussbaum, M.C. (2000). *Women and Human Development: the Capabilities Approach*. New York: Cambridge University Press.

Ogloff, J.R.P., & Davis, M.R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the Risk-Need-Responsivity approach. *Psychology: Crime and Law, 10*, 229-242.

Pennington, B.F. (2002). The *development of psychopathology. Nature and nurture.* New York: Guilford Press.

Potter, N.N. (2002). *How can I be trusted?: A virtue theory of trustworthiness.* Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers Inc

Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch.* München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Reinders, H. (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen.* München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Rescher, N. (1990). *Human Interests: Reflections on philosophical Anthropology*. Stanford, CA: Standford University Press.

Schmuck, P., & Sheldon, K.M. (2001). *Life Goals and Well-being*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.

Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offender: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 513-528. doi:10.1016/S1359-1789(01)00076-3

Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law, 10*(3), 243-257. doi:10.1080/10683160410001662744

Ward, T., & Gannon, T.A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 77-94. doi:10.1016/j.avb.2005.06.001

Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. New York, NY: Routledge.

Ward, T., & Stewart, C.A. (2003a). Good lives and the rehabilitation of sexual offenders. In T. Ward, D.R., Law & S.M. Hudson (Eds.), *Sexual deviance: Issues and controversies* (pp.21-44). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ward, T., & Stewart, C.A. (2003b). The treatment of sex offenders: risk management and good lives. *Professional Psychology: research and Practice, 34*, 353-360. doi: 10.1037/0735-7028.34.4.353

Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The Good Lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 87-107. doi:10.1016/j.avb.2006.03.004

Ward, T., Melser, J., & Yates, P.M. (2007). Reconstructing the risk-need-responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 208-228. doi:1016/j.avb.2006.07.001

Ward, T., Polaschek, D.L.L., & Beech, A.R. (2006). *Theories of sexual offending*. Chichester, UK: Wiley.

Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior, 9,* 645-673. doi:10.1016/j.avb.2003.08.001

Wong, S. (2000). Psychopathic offenders. In Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention.* (pp. 87-112). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Willis, G.M., & Ward, T. (2010). Striving for a good life: The Good Lives model applied to released child molesters. *Journal of Sexual Aggression: An international, interdisciplinary forum for research, theory and practice, 17*(3), 290-303. doi:10.1080/13552600.2010.505349

Anhang

Anhang A Erste Version des Interviewleitfadens

Anhang B Endgültige Version des Interviewleitfadens

Anhang C Deduktive und induktive Kategorienbildung (Schritt 1 und 2)

Anhang D Vorlage des Transkripts

Anhang E Codebaum/Kategoriensystem

Anhang F Induktive Kategorienbildung (Schritt 3 und 4)

Anhang G Kernkategorie: Interinstitutionelle Aspekt

Anhang H Kernkategorie: Konzept hinter Behandlung

Anhang I Kernkategorie: Der individuelle Täter

Anhang J Kernkategorie: Die therapeutische Beziehung

Anhang K Kernkategorie: Rolle Einbezug sozialer Kontext

Anhang L Zusatzkategorie: Weitere Aspekte

Anhang A

Tabelle A-1

Erste Version des Interviewleitfadens

Phase/Schwerpunkt	Richtfragen	Hilfe
Warm-Up (Initialisierungsphase)	Wie bist du zu der Arbeit mit delinquenten Jugendlichen gekommen?	Was interessiert dich speziell daran?
	Erzähl doch mal wie eine typische Therapiesitzung mit delinquenten Jugendlichen aussieht?	
	Gibt es Sitzungen, die du besonders gern führst?	Kannst du eine solche Sitzung beschreiben?
	Gibt es umgekehrt Sitzungen, welche du weniger gern führst?	Wenn ja, warum?
Das grundliegende Menschenbild	Was ist deine Einstellung zu Menschen?	Erkennst du hier ein gewisses Menschenbild?
	Inwieweit hat sich diese Einstellung durch die Arbeit mit delinquenten Jugendlichen verändert?	
	Was ist deine Einstellung zu delinquenten Jugendlichen?	Verändert sich dein Menschenbild, wenn es um delinquente Jugendliche geht?
	Wie trägt der Kontext, in dem du arbeitest, zu deiner Einstellung bei?	Welche Unterschiede in Einstellungen hast du gegenüber deinen Kollegen bemerkt?
Die therapeutische Beziehung	Inwiefern ist die therapeutische Beziehung wichtig für den Verlauf der Therapie?	War das schon immer so?
	Wie gestaltet sich die therapeutische Beziehung?	Worauf legst du Wert?
	Welche Aspekte sind für dich seit Beginn im *forio* in den Vordergrund getreten?	Zusätzlich gelernt?
Motivation der Täter	Welche Erfahrungen hast du hinsichtlich Motivation der Jugendlichen gemacht?	
	Was machst du in Fällen, in denen die Jugendlichen nicht motiviert sind?	Beschreib doch mal ein Beispiel.
Nicht Kriminogene Bedürfnisse und kriminogene Bedürfnisse	Welche Bedürfnisse der Jugendlichen stehen für dich im Vordergrund?	Haben sich diese im Laufe der Arbeit verändert?
	Sagen dir die Begriffe „Kriminogene und nicht-kriminogene Bedürfnisse“ etwas?	
	Wie werden diese Bedürfnisse integriert?	Gibt es eine Hierarchie?

Tabelle A-2

Erste Version des Interviewleitfadens

Kontext und Umfeld	Welchen Stellenwert haben der Kontext und das Umfeld des Jugendlichen für dich?	
	Wie wird der Kontext in die Behandlung miteinbezogen?	
	Welche Faktoren spielen hierbei eine Rolle, welcher eher nicht?	
Individualität der Jugendlichen	Was fällt dir zum Thema Individualität ein?	
	Inwiefern wird Individualität in die Behandlung integriert?	Falls nicht, warum?
Ausklang (Abschlussphase)	Man könnte natürlich viel mehr darüber sprechen. Gibt es etwas, dass dir bei diesem Thema noch wichtig ist?	
	Gibt es Themen die man, deiner Meinung nach bei anderen Interviews noch ansprechen sollte?	Warum?

Anmerkung. Die Tabelle (A-1/-2) zeigt den vorläufigen Interviewleitfaden, der für das Probeinterview genutzt wurde.

Anhang B

Tabelle B-1

Endgültige Version des Interviewleitfadens

Phase/Schwerpunkt	Richtfragen	Hilfe
Einleitung	Rolle des Forschers	Hier als ehemaliger Praktikant.
	Erkenntnisinteresse	Wie beide Modelle am *forio* integriert werden. GLM und RNR eigentlich zwei unterschiedliche Modelle (unterschiedliche Schwerpunkte).
	Art und Weise der Erhebung	Befragung von Experten im Feld
	Zeitfenster	Etwa 1 Stunde, je nachdem wie viel du erzählen möchtest.
	Aufnahme und Datenschutz	Ist es ok für dich, wenn ich das Gespräch aufnehme? Die Daten werden natürlich anonymisiert.
Warm-Up (Initialisierungsphase)	Wie bist du zu der Arbeit mit delinquenten Jugendlichen gekommen?	Warum Kriminologie bzw. Forensik? Gab es einen ausschlaggebenden Punkt?
	Es gibt ja Gruppen und Einzelsitzungen?	Kannst du mir mal erzählen, wie sie jeweils gestaltet sind?
	Gibt es Sitzungen, die du besonders gern führst?	Kannst du eine solche Sitzung beschreiben?
	Gibt es umgekehrt Sitzungen, welche du weniger gern führst?	Wenn ja, warum?
Das grundliegende Menschenbild	Hast du gewisse Voreinstellungen gegenüber deinen Klienten bevor du sie kennenlernst?	Gibt es hier Unterschiede zu deinem privaten Alltag?
	Haben sich diese Einstellungen im Verlauf der Arbeit verändert?	
	Wie trägt der Kontext, in dem du arbeitest, zu deiner Einstellung bei?	Welche Unterschiede in Einstellungen hast du gegenüber deinen Kollegen bemerkt?
Die therapeutische Beziehung	Inwiefern ist die therapeutische Beziehung wichtig für den Verlauf der Therapie?	War das schon immer so?
	Wie gestaltet sich die therapeutische Beziehung?	Worauf legst du Wert?
	Welche Aspekte sind für dich seit Beginn im *forio* in den Vordergrund getreten?	Zusätzlich gelernt?
Motivation der Täter	Welche Erfahrungen hast du hinsichtlich Motivation der Jugendlichen gemacht?	
	Was machst du in Fällen, in denen die Jugendlichen nicht motiviert sind?	Beschreib doch mal ein Beispiel.

Tabelle B-2

Endgültige Version des Interviewleitfadens

Ressourcen und Risiken	Welche Bedürfnisse der Jugendlichen stehen für dich im Vordergrund?	Haben sich diese im Laufe der Arbeit verändert?
	Welche Aspekte haben einen direkten Zusammenhang zu delinquentem Verhalten haben?	Welche sind für dich am wichtigsten? Als Beispiel: antisoziale Persönlichkeitsstruktur.
	Gibt es auch Bedürfnisse welche Jugendlichen haben, die keinen direkten Zusammenhang zu delinquenten Verhalten haben?	Als Beispiel: Selbstwert.
	Wie werden diese Bedürfnisse integriert?	Gibt es eine Hierarchie?
Kontext und Umfeld	Welchen Stellenwert haben der Kontext und das Umfeld des Jugendlichen für dich?	
	Wie wird der Kontext in die Behandlung miteinbezogen?	
	Welche Faktoren spielen hierbei eine Rolle, welcher eher nicht?	
Individualität der Jugendlichen	Was fällt dir zum Thema Individualität ein?	
	Inwiefern wird Individualität in die Behandlung integriert?	Falls nicht, warum?
Ausklang (Abschlussphase)	Gibt es etwas, dass dir bei diesem Thema für dich noch wichtig ist, über das wir noch nicht gesprochen haben?	Oder willst du etwas nochmals erklären?
	Gibt es Themen die man, deiner Meinung nach bei anderen Interviews noch ansprechen sollte?	Warum?

Anmerkung. Die Tabelle (B-1/-2) zeigt die endgültige Version des Interviewleitfadens, die als Grundlage für die Datenerhebung verwendet wurde.

Anhang C

Tabelle C-1

Deduktive und induktive Kategorienbildung (Schritt 1 und 2)

Kategorie	**Subkategorien**	**Leitsatzfrage**	**GLM**	**RNR**	**Unterschiede zwischen beiden Modellen**
Gestaltung der therapeutischen Beziehung		Wie gestalten Therapeuten die therapeutische Beziehung zum Klienten? Welche Faktoren stehen im Mittelpunkt?	Aus Menschenbild (altruistisch/ selbstsüchtig) resultiert Einstellung: Verständnis, Respekt, Vertrauen, Ehrlichkeit, Wärme, Interesse und Offenheit. Jedem Menschen steht Mass an Respekt zu.	Respekt und menschlicher Dienst stehen im Vordergrund. Respektvoll und gemeinschaftlich. (Beziehungsfähigkeit)	Operationalisierung der Beziehungsfaktoren im GLM stärker ausgeprägt.
Motivation	Evaluation der internalen Therapiebereitschaft	Wie wird die Bereitschaft der Täter evaluiert? Welche Faktoren stehen im Vordergrund?	*Multifactor offender readiness model (internal).* *Kognition:*Einsicht bezüglich problematischem Verhalten *Emotionsregulation* schwierig. Grenzverletzungen *Volition:* Ziele Täter gleich Ziele Behandlungsprogramm	Valide Instrumente zur Evaluation seiner Ansprechbarkeit Kosten-Nutzen Denken muss zu Gunsten von prosozialem Verhalten stehen.	Diagnostik anhand wissenschaftlicher Instrumente <u>*versus*</u> anamnestischer Zugang durch Beschreibung. Ausarbeitung von Faktoren im GLM stärker.
	Voraussetzungen für Therapie	Welche Voraussetzungen sollte ein Klient mitbringen?	Braucht Glaubensätze, Werte, Kompetenzen, Motivation und Fähigkeiten, die Funktionsniveau begünstigen.		Im RNR nicht vorhanden.

Tabelle C-2

Deduktive und induktive Kategorienbildung (Schritt 1 und 2)

	Umgang mit unmotivierten Tätern	Was tun Therapeuten, wenn ein Klient unmotiviert ist (*non-compliant*)?	Evaluation der primär menschlichen Bedürfnisse, um die Ziele des Täters zu erkennen und in die Behandlung einzubeziehen.	Motivational interviewing (Verstärkung kleinerer Leistungen) Einbezug der NCN wie Selbstwert, unbestimmte Stressgefühle, psychische Störungen, physische Gesundheit GPCSL unterstreicht Wichtigkeit von motivationalen Aspekten	Im GLM nur grob konzeptualisiert (Evaluation Ziele)
Risiken und Ressourcen	Risikobeurteilung	Wie wird das Rückfallrisiko des Täters beurteilt? Anhand welcher Instrumente oder Methoden?	*Disposition* wie Psychopathie, antisoziale Persönlichkeitsstruktur, kognitive Variablen und demographische Daten *Biographische Faktoren* wie abnorme Entwicklung, delinquente Vergangenheit, Krankenhausaufenthalte und geringe Compliance *Kontext & CN* wie abweichende soziale Netzwerke und Mangel an sozialer Unterstützung *Klinische Faktoren* wie Diagnosen, geringes Funktionsniveau und Substanzmissbrauch	Rückfallrisiko anhand von wissenschaftlich fundierten Instrumenten (Bsp. YLS /CMI) evaluiert. Diese beinhalten die acht Risikofaktoren, welche im RNR berücksichtigt werden.	Valide Instrumente *versus* Erhebung durch festgesetzte Faktoren
	Reduktion des Rückfallrisikos	Wie wird die Delinquenz reduziert?	Durch Verstärkung individueller Bedürfnisse. Dadurch Erreichung psychischen Wohlbefindens. CN fokussiert wenn als fehlerhafte Strategie (sekundäre Needs) zur Erreichung der human needs dient.	Evaluation der Risikofaktoren, um Delinquenz zu reduzieren. Fokussieren auf individuelle Stärken und Bedürfnisse (NCN), wenn diese, die Behandlung erschweren.	Priorisierung zwischen Ressourcen und Risiken umgekehrt.

Tabelle C-3

Deduktive und induktive Kategorienbildung (Schritt 1 und 2)

Kontext und Umfeld	Interinstitutionelle Vernetzung	Welche Priorität hat diese Vernetzung? Wie wird sie bewerkstelligt?	Aufenthaltsort Gelegenheiten für Therapie Interpersonelle Unterstützung von Therapeuten (ausser Familie und Freunde)	Alle in Justiz sollten RNR Prinzipien folgen. Monitoring der Behandlung Zusammenarbeit der Institutionen	Findet im RNR mehr Platz, wird jedoch allgemeiner gehalten.
	Einbezug des sozialen Kontextes	Wie wird der soziale Kontext miteinbezogen?	*Primary goods* Verbundenheit zur Gesellschaft und Freundschaft. Evaluiert, um mit dem Täter konkrete Strategien für seinen Alltag zu geben.	Risikofaktoren: soziale Unterstützung für delinquentes Verhalten Familie/Ehebeziehung und Schule/Arbeit RNR innerhalb Kontext klären GPCSL bezieht soziale Beziehung mit ein.	RNR bezieht mehr Faktoren ein dafür konkretisiert GLM die Umsetzung.

Tabelle C-4

Deduktive und induktive Kategorienbildung (Schritt 1 und 2)

Individualität	Berücksichtigung des individuellen Täters	Wie wird individuell auf den Täter eingegangen? Anpassung der Therapie? Identität?	Persönlich bedeutendes Leben führen Individuelle Priorisierung von primär menschlichen Bedürfnissen (*personal good live*) Diese sind Ausdruck der persönlichen Identität!	Individuelle Hierarchie von Risikofaktoren und Rückfallrisiko *Responsivity* zielt auf die Anpassung der Therapie an Fähigkeiten und Lernstrategien des Täters. Individuelle Aspekte der Täterpersönlichkeit *GPCSL* Individuelle Unterschiede in delinquentem Verhalten Individuelles Erlernen von delinquentem Verhalten	Allgemeine Anpassung an Fähigkeiten *versus* persönliche Identität eines Täters.

Anmerkung. Die Tabelle (C-1/ -2/-3/-4) zeigt die Kategorien, die nach der ersten und zweiten Sichtung des Materials gebildet wurden. Zusätzlich wurden die Unterschiede und spezifischen Elemente der Modelle konkretisiert um die Kategorien abgrenzen zu können.

Anhang D

Tabelle D-1

Vorlage des Transkripts

1	***Transkriptionskopf***
2	Aufnahmenummer:
3	Aufnahmetag, -zeit und –ort:
4	Interviewdauer:
5	Interviewer:
6	Name des Befragten:
7	Kurze Charakterisierung des Gesprächs:
8	Klassifikation des Transkripts:
9	Verwendetes Transkribiersystem:
10	***Gesprächstranskript***
11	Interviewer (0:00): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
12	PB (1:00): yyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy

Anmerkung. Die Tabelle (D-1) zeigt die Vorlage des Transkripts, das für die Untersuchung verwendet wurde.

Anhang E

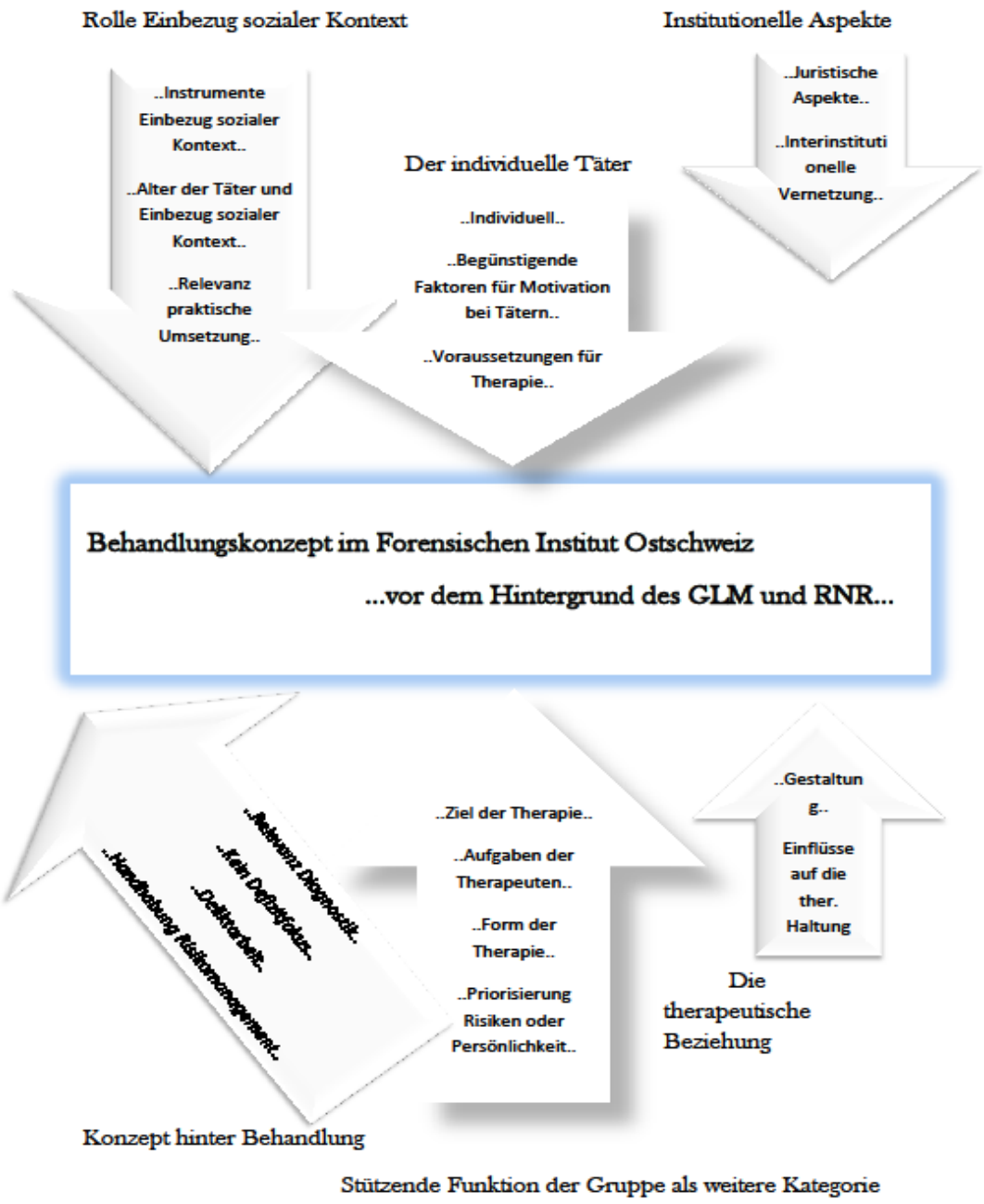

Abbildung E-1. Die Abbildung zeigt den Codebaum, der sich aus den erhobenen Daten zusammensetzt.

Anhang F

Tabelle F-1

Induktive Kategorienbildung (Schritt 3 und 4)

Kernkategorien	Subkategorien	Leitfrage	Ankerbeispiele
Institutionelle Aspekte	*Juristische Aspekte*	Welche Rolle spielt das Gesetz in der Behandlung?	Klare Gesetze als Richtlinien für die Therapie (5)
	Interinstitutionelle Vernetzung	Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen der Behandlungsinstitution und anderen Institutionen aus?	Im Hintergrund spielen Auftrag und Auftraggeber eine grosse Rolle (3) Durch die Vernetzung erfährt man mehr Informationen (4)
Konzept hinter Behandlung	*Ziel der Therapie*	Welche Ziele verfolgen Therapeuten in der Behandlung?	Veränderung zentral in Behandlung um Missbrauch zu Verhindern (1) Ziele sind Deliktfreiheit, Konfliktlösekompetenz, Sozialkompetenz … (2)
	Priorisierung von Risiken oder Persönlichkeit (Ressourcen)	Wie werden diese beiden, in der Literatur gegensätzlichen Priorisierungen in der Behandlung gewichtet?	Priorisierung von Persönlichkeitsentwicklung und Selbstwirksamkeit oder Verhaltensebene und Kontrollmechanismen ist individuell (1)
	Relevanz Diagnostik	Inwiefern spielt Diagnostik eine Rolle und welche Instrumente werden für was verwendet?	Gutes Diagnostisches Vorgehen wichtig, Diagnose vor Behandlung (8)
	Kein Defizitfokus	Wie wichtig ist es keinen Defizitfokus zu haben?	Nicht problem- und defizitorientiert denken (2)
	Handhabung Risikomanagement	Wie wichtig ist Risikomanagement und wie wird es ausgeführt?	Risikomanagement unabdingbar in Forensik (1) Modul Risikomanagement, Kontrollplan (5)
	Deliktarbeit	Welche Rolle spielt das Delikt in der Behandlung?	Deliktarbeit heisst Stellungnehmen zum Delikt (8)
	Aufgaben der Therapeuten	Welchen Aufgaben müssen Therapeuten im Rahmen der Behandlung gerecht werden?	Haltungsarbeit ist das A und O (3) Therapeuten sollen gute Atmosphäre schaffen (1)
	Form der Therapie	Was ist die Grundhaltung zur Therapie und wie wird sie operationalisiert?	Grundstruktur gibt Halt und Sicherheit (1)
Der individuelle Täter	*Individuell*	Wie wird die Individualität eines Täters einbezogen?	Krise wird individuell betrachtet (1) Befindlichkeitsrunde (5)

Tabelle F-2

Induktive Kategorienbildung (Schritt 3 und 4)

	Begünstigende Faktoren für Motivation bei Tätern?	Welche Faktoren begünstigen Motivation bei Tätern und wie können Therapeuten diese beeinflussen?	Positive Verstärkung des Erzählens des Täters (1) Je unmotivierter die Gruppe desto motivierter muss Therapeut sein (6)
	Voraussetzungen für Therapie	Welche Aspekte spielen vor Eintritt in die Behandlung eine Rolle?	Vorabklärung um Einstellung zu Therapie abzuklären (5)
Die therapeutische Beziehung	*Einflüsse auf therapeutische Haltung*	Welche Aspekte haben einen Einfluss auf die therapeutische Haltung?	Opfer- und Gesellschaftsschutz vor Täterschutz (1) Personen haben Anrecht auf Hilfe (7)
	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	Wie gestalten Therapeuten die Beziehung zu ihren Klienten?	Balance zwischen Halten und Fordern (2) Persönliche Ereignisse wie Geburtstag werden gefeiert (2)
Rolle Einbezug sozialer Kontext	*Relevanz praktische Umsetzung*	Wie wichtig ist die praktische Umsetzung im Alltag, in der Behandlung?	Aus geschütztem Therapieraum in Alltag umsetzen (2)
	Einbezug sozialer Kontext	Inwiefern wird der soziale Kontext in die Behandlung einbezogen?	Unterstützung durch den Einbezug des sozialen Bezugssystems (1)
	Alter der Täter und Einbezug sozialer Kontext	Inwiefern spielt das Alter der Täter in Bezug auf die Relevanz des sozialen Kontexts eine Rolle?	Je jünger desto eher Einbezug Familie wichtig (1)
	Instrumente Einbezug sozialer Kontext	Wie wird der soziale Kontext einbezogen?	In der Mitte der Behandlung gibt's Standortgespräche oder Krisensitzungen, Abschlussgespräche und –berichte (8)
Weitere Aspekte	*Stützende Funktion der Gruppe*	Welche Rolle spielt die Gruppe?	Gruppe dient als Reflexion von Krise (1) Individuell arbeiten mit der Resonanz der Gruppe (4)

Anmerkung. Die Tabelle (F-1/-2) zeigt die Hauptkategorien und Subkategorien mit Leitfragen und Ankerbeispielen. Diese bilden zusammen den Codebaum.

Anhang G

Tabelle G-1

Kernkategorie: Interinstitutionelle Aspekt

Interinstitutionelle Aspekte			
Subkategorie	**Themenbereiche**	**Konkret**	**Interviewstelle**
Juristische Aspekte	Gesetze als objektive Grenzen		B5, 92
	Strafrecht begünstigt Veränderung und Unterstützung		B1, 280
Interinstitutionelle Vernetzung	Zusammenarbeit Behandlung und Institutionen	Zusammenarbeit ist sehr wichtig	B1,364
		Man erfährt mehr Informationen	B4, 116
		Jugendanwaltschaften und Sozialarbeiter werden einbezogen, v.a. bei niedrigem IQ	B2/B6, 88/168 u. B5, 60/116
		Jugendanwaltschaften setzen Konsequenzen durch	B8, 48
	Zwischen Institutionen	Sprache vereinheitlichen um Transparenz zu schaffen	B1, 376
		Informationsveranstaltungen	B2, 88
		Begegnung partnerschaftlich und auf Augenhöhe	B2, 100

Anmerkung. Die Tabelle (G-1) zeigt die Kernkategorie Interinstitutionelle Aspekte.

Anhang H

Tabelle H-1

Kernkategorie: Konzept hinter Behandlung

Konzept hinter Behandlung			
Subkategorie	**Themenbereiche**	**Konkret**	**Interviewstelle**
Ziel der Therapie	Kompetenzerweiterung	Selbstwirksamkeit	B1, 340
		Soziale Kompetenzen	B2, 72
		Selbstmanagement, Grenzen, Regeln, Verantwortung	B2, 156
		Selbstwertstärkendes	B2,88
		Konfliktlösekompetenz, Perspektiven	B2, 108
		Reflexion begünstigen	B2, 80
		Verhaltens- und Einstellungsänderung	B3, 157
		Erkennung Ressourcen und Risiken	B4, 84
		Konfrontation mit Taten	B6, 152
		Sich wahrnehmen und auszudrücken	B8, 72
		Selbsteinschätzung und Vertrauen in sich	B8, 40
	Senkung Rückfallrisiko	Rückfallvermeidung	B1, 92
		Deliktfreiheit	B2, 108
		Veränderung fördern um Missbrauch zu verhindern	B1, 92
		Tools im Alltag benutzen (Ampel)	B2, 88
		Auftraggeber wollen Risikominimierung	B6, 168
	Person im Zentrum	Langzeitbehandlung führt zu Persönlichkeitsentwicklung	B1, 348/432
		Jugendliche wollen sich mitteilen	B4, 64
		Identität, Selbständigkeit und Autonomie	B4, 128
		Gesamtstabilisierung	B7, 64

Tabelle H-2

Kernkategorie: Konzept hinter Behandlung

Priorisierung von Risiken oder Persönlichkeit	Ressourcen und Persönlichkeit	Persönlichkeitsentwicklung und Selbstwirksamkeit oder Verhaltensebene und Kontrollmechanismen (Risikofaktoren)	B1, 340
		Fokus auf individuellen Zielen und Gesamtpersönlichkeit	B2, 64
		Gesamtpersönlichkeit wahrnehmen, um Risiken zu erkennen	B2, 132
		Ressourcen erst und Risiken im Hinterkopf	B4, 84
		Schaut auf Risiko, aber Fokus auf gutem Verhalten	B5, 88
		Ressourcenfokus durch positive Rückmeldung	B7, 76
		Auf Grundbedürfnisse eingehen	B7, 128
		Jede Ressource vermindert Risiko	B8, 100
		Je weniger Ressourcen, umso höher Risiko	B8, 104
	Risiken	Aus Analyse von Risikosituationen Strategien entwickeln	B3, 120
		Spagat zwischen Deliktarbeit und Persönlichkeitsentwicklung	B7, 136
		Bei Risikoeinschätzung auf Ressourcen eingehen	B8, 104
		Erkennung der Risikosituationen als Ressource	B8, 108
Relevanz Diagnostik	Begutachtung	Gutachten als Diagnostik	B2, 108
		Keine Behandlung ohne sorgfältige Diagnostik	B2, 156
		Abklärungsberichte und Indikationen	B3, 80
		Gutachten zur Tat- und Risikobeurteilung (testpsychologische Instrumente	B4, 180
Kein Defizitfokus	Defizit nicht im Vordergrund	Kein Fehlerfokus	B2, 64
		Nicht problem- und defizitorientiert denken	B2, 132
		Man schaut zwar zuerst auf Problem, aber Fokus auf guten Leistungen	B5, 88

Tabelle H-3

Kernkategorie: Konzept hinter Behandlung

Handhabung Risikomanagement	Instrumente	Ampel und Kontrollplan (Steuermechanismen)	B2, 96/104 u. B2, 80/160
		Instrumente müssen Verhaltensänderung begünstigen	B2, 132
		Risikoplan mit Risikosituationen und Ressourcen	B3, 124
		Modul Risikomanagement (Kontrollplan mit Selbst- und Fremdkontrolle)	B5, 96
		Risikomanagement am Anfang jeder Stunde	B6, 48
		Braucht genug Zeit, um Risiko einzuschätzen	B8, 128
	Stellenwert	Unabdingbar in Forensik	B1, 356
		Bei Therapiebeginn	B1, 360
		Bei Standortgesprächen Risiken thematisieren	B5, 84
		Empfehlung und Risikobeurteilung am Schluss	B8, 52
		Follow Up, um Risiko weiterhin zu minimieren	B8, 120
	Faktoren	Stabilität und Entwicklung sind mindernde Faktoren	B2, 88
		Je glücklicher und zufriedener desto weniger Risiko	B7, 68
		Risikobeurteilung anhand Kontext (Lehrstelle etc.)	B8, 56
Deliktarbeit	Stellenwert	Deliktorientierter Fokus	B6, 152
		Deliktarbeit bedeutet Stellungnahme zum Delikt	B8, 36
	Bearbeitung	In Gesamtstruktur bearbeiten	B2, 88
		Themen wie Missbrauch, Deliktexploration und Risikosituationen	B3, 56
		Von Delikt aus werden Themen wie Empathie und Perspektivenwechsel bearbeitet	B6, 72
		In Deliktarbeit ist Beziehung das Kernstück	B8, 88

Tabelle H-4

Kernkategorie: Konzept hinter Behandlung

Aufgaben der Therapeuten	Innerhalb der Behandlung mit Tätern	Gute Atmosphäre und Täter aufmerksam halten	B1, 176
		Bieten Unterstützung	B1, 276
		Konkret und konfrontativ Delikte angehen	B1, 288
		Auf den Einzelnen eingehen und ermutigen	B2, 72
		Therapie an den einzelnen anpassen (methodisch-didaktisch)	B2, 84
		Kognitive Verzerrungen erkennen	B2, 132
		Perspektiven entwickeln	B4, 132
		Risikokonstellationen ansprechen	B4, 76
		Vorgeschichte des Täters einbeziehen und Entwicklungsprozess begleiten	B4, 128
		Sicheren Rahmen zu Verfügung stellen	B4, 136
		Helfen zu strukturieren	B5, 68
		Ressourcen entwickeln	B5, 76
	Für die Behandlung	Haltungsarbeit	B3, 132/173
		Erfahrungen sammeln, um mehr Methoden zu haben	B3, 153
		Als Gutachter objektiv und abgegrenzt	B4, 128
		Therapeuten untereinander müssen kongruente Schiene fahren	B6, 128
		Abschätzen, welche Informationen an welche Person gehen	B8, 96

Tabelle H-5

Kernkategorie: Konzept hinter Behandlung

Form der Therapie	Struktur der Behandlung	Grundstruktur gibt Halt und Sicherheit	B1, 216
		Formalitäten zu Beginn (Anlasspunkt, Vorstellungen, Schweigepflicht, Aussageverweigerungsrecht)	B3, 44 u. B4, 56
		Befindlichkeitsrunde am Anfang	B4, 100
		Erhalt Struktur (Platz frei lassen, wen Täter nicht da)	B4, 52
		Arbeitsblätter und Module	B5, 56
		Viertel Stunden Thema im Bereich Sex, Ethik und Moral	B5, 60
		Stellungnahme zum Delikt am Anfang (Verantwortungsübernahme)	B7, 36
	Rahmenbedingungen	Keine Kurzzeitbehandlung	B1, 344 u. B7, 64
		40-80 Sitzungen	
		Keine uneingeschränkte Schweigepflicht	B1, 180
	Perspektive	Psychotherapie gleich Reflexion und Introspektion	B1, 208
		Klare Hierarchie zwischen Therapeuten und Tätern	B1, 144
		Keine negative Atmosphäre, die von Konsequenzen geprägt ist	B2, 100

Anmerkung. Die Tabelle (H-1/-2/-3/-4/-5) zeigt die Kernkategorie „Konzept hinter Behandlung“ bilden.

Anhang I

Tabelle I-1

Kernkategorie: Der individuelle Täter

Der individuelle Täter			
Subkategorie	**Themenbereiche**	**Konkret**	**Interviewstelle**
Individuell	Anpassung an Fähigkeiten	Je nach Intelligenzniveau angemessene Sprache finden	B2, 68
		Unterschiedlicher Umgang mit verschiedenen Gruppen	B2, 144
		Diagnostik, um Ansprechniveau zu eruieren	B2, 156
		Psychische Störungen einbeziehen	B3, 68
		Vorgehensweise (therapeutisch oder eher pädagogisch) individuell, je nach kognitiver Fähigkeiten	B4, 72
		Geschwindigkeit unterschiedlich, daher Geduld haben	B5, 120 u. B5, 60
		Intelligenz als Ressource, kann Widerstand begünstigen	B6, 100
		Kein übergreifendes Programm	B6. 108
		Massnahmen anpassen wenn erneut Delinquenz	B8, 48
	Individuelle Aspekte	Besondere Ereignisse in Fünf-Minuten Runde	B1, 208
		Krisen	B1, 216
		Aktuelle Themen bieten Basis für Behandlung	B2, 80
		Persönliche Ziele	B2, 156
		Alltagsbezogenheit	B3, 56
		Themen, die in Jugendalter relevant sind	B4, 128
		Auf Wünsche eingehen	B5, 88

Tabelle I-2

Kernkategorie: Der individuelle Täter

	Methoden	Kontrollplan wird individuell gestaltet	B2, 108
		Befindlichkeitsangabe	B3, 60
		Deliktarbeit ist individuell (Kreislauf und Dynamik)	B4, 100 u. B7, 108
		Fünf-Minuten Runde, um Highlights von Woche zu erzählen	B6, 52
Begünstigende Faktoren für Motivation bei Tätern	Strukturelle Faktoren	Setting	B1, 420
		Massnahme erfüllen sonst Konsequent von JuGA	B1, 424
		Durch Langzeitbehandlung hat irgendwann Widerstand keinen Sinn mehr	B3, 116
		Gruppe motiviert	B3, 116
		Anwesenheit gutes Zeichen	B4, 148
		Wenn zu viel Widerstand mit Bezugsystemen thematisieren	B8, 84
	Instrumente	Thematisieren	B1, 404
		Ernstnehmen, respektieren und Emotionen zulassen	
		Zielvereinbarungen mit individuellen Zielen	
		Positives Feedback	B1, 424
		Wertefreier und unterstützender Behandlungskontext	B1, 428
		Offene Atmosphäre und neutraler Raum	B1, 432
		Humor, Schrägheit, Rückmeldekultur, stützen, loben und bestärken	B2, 64
		Flexibilität	B3, 112
		Kumpeln gegen JuGA	B3, 88
		Wenn gesamte Gruppe, dann mit dem Widerstand gehen	B6, 104
		Motivierte Therapeuten	B6, 108
		In Ruhe lassen	B6, 124

Tabelle I-3

Kernkategorie: Der individuelle Täter

Voraussetzung für Therapie	Fähigkeiten der Täter	Müssen Delikte kognitiv und direktiv analysieren lernen Aufmerksamkeit Verschiedene Leistungsniveaus Eine Einstellung zu den Delikten muss da sein Ziele festlegen Kognitive Voraussetzungen (Umdenken können, innerer Dialog etc.)	B1, 208 B1, 176 B3, 52 B4, 172 B8, 36 B8, 104
	Umfeld	Eltern müssen für Behandlung sein und Problem des Jugendlichen annehmen Ziele festlegen	B4, 176 B8, 36
	Strukturelle Aspekte	Gute Abklärung, auch Einstellung zu Therapie Vertragsgespräch mit Bezugssystem Wenn ambulante Therapie möglich, bereits gewisse Voraussetzungen da	B4, 160 u. B5, 72 B8, 36 B8, 112

Anmerkung. Die Tabelle (I-1/-2/-3) zeigt die die Kernkategorie Der individuelle Täter bilden.

Anhang J

Tabelle J-1

Kernkategorie: Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung			
Subkategorie	**Themenbereiche**	**Konkret**	**Interviewstelle**
Einflüsse auf therapeutische Haltung	Motivation für die Arbeit der Therapeuten	Opferschutzmotivation	B1, 96
		Interesse und Wissbegierde an Spezialfällen	B4, 24
	Gegenüber Tätern	Kein Misstrauen oder hierarchisches Vorgehen	
		Täter nicht grundliegend schlecht (gewisse Anteile nicht ok)	B1, 276 u. B3, 153 u. B6, 88
		Veränderung ist möglich, Hoffnung	B1, 280
		Berücksichtigung Last des Täters	B1, 288
		Problem- und Defizitorientiert Denken beeinflusst Haltung	B1, 132
		Geständige Täter (Schuldbewusstsein)	B3, 44
		Persönliche Dinge preisgeben	B3, 104
		Stigmatisierung des Täters bewusst machen	B3, 173
		Berücksichtigung situativer Faktoren	B3, 181
		In Behandlung schwer objektiv zu bleiben	B4, 196
		Gewalt- und Sexualstraftäter unterschiedlich	B5, 128
		Mensch als facettenreiches Wesen	B6, 92
		Zusammen essen	B6, 112
		Grundprinzip Vertrauen	B6, 168
		Brauchen Unterstützung	B8, 28

Tabelle J-2

Kernkategorie: Die therapeutische Beziehung

	Institutioneller Hintergrund	Anthropologische, humanistische, psychologisch-aufgeklärte Haltung	B1, 332
		Opfer- und Gesellschaftsschutz vor Täterschutz v. A. bei hohem Risiko	B1, 332
		Konsequenzen von JuGA durchgesetzt	B3, 104
		Durch Wissen und Erfahrung ändert sich Haltung	B3, 153
		Grundhaltung *forio* ressourcenorientiert, haltend, wertschätzend, auch herausfordernd und konfrontativ	B4, 72
		Handlung wird verurteilt nicht Täter (in persönlichem Kontext verstehen)	B7, 80
		Personen haben Anrecht auf Hilfe und Respekt	B7, 84
		Grundhaltung im Team gleich	
		Re-sozialisation als Ziel	B7, 148 B8, 28

Tabelle J-3

Kernkategorie: Die therapeutische Beziehung

	Haltung	Respekt, Wertschätzung, Klarheit und Sicherheit (humanistisch)	B1, 176 u. 272
		Humor und Spass	B1, 284 u. B8, 132
		Wertefrei und neutral	B1, 292
		Authentizität	B1, 308
		Transparente Rückmeldung (schafft Vertrauen)	B1, 404 u. B8, 88
		Stärkende Rückmeldung	B2, 120
		Balance zwischen halten/warmem Rückmelden und konkretem Fordern	B2, 64
		Ermutigen, wohlwollend und erstnehmen	B2, 124
		Vertragsfähige Basis durch Vertrauen	B3, 100
		Interesse	B3, 128
		Ressourcenorientiert und supportiv	B4, 196
		Positive Verstärkung bei kleinen Erfolgen	B5, 88
		Auf Augenhöhe	B6, 112
		Geduld	B7, 108
	Strukturell	Zusammen essen	B1, 144
		Persönliche Ereignisse feiern (Geburtstag)	B2, 84
		Plattform geben, sich auszubreiten	B3, 56
		Begleitend und unterstützend	B4, 136

Anmerkung. Die Tabelle (J-1/-2/-3) zeigt die Kernkategorie therapeutische Beziehung.

Anhang K

Tabelle K-1

Kernkategorie: Rolle Einbezug sozialer Kontext

Rolle Einbezug sozialer Kontext			
Subkategorie	**Themenbereiche**	**Konkret**	**Interviewstelle**
Relevanz praktische Umsetzung	Handhabung	Theorie soll Praxis anleiten	B1, 360
		Selbstmanagementtraining im Umfeld	B2, 88
		Alltagsbezogenheit	B2, 56
		Ansprechen der Themen im Umfeld	B2, 189
Einbezug sozialer Kontext	Familie und Freunde	Elternarbeit (systemmisch) Begleitung und Beratung	B3, 157 u. B4, 112
		Probleme der Eltern belasten Jugendlichen (Einsicht)	B3, 165 u. B6, 152
		Integration der Familie	B4, 88
		Umfeldexploration	B4, 132
		Eltern kennenlernen und ins Boot holen	B4, 172/176
		Themen wie Arbeit, Schule, Wohnen, Familie und Beziehung haben Platz	B5, 56
		Kontext hat Einfluss auf Risikosituationen	B6, 76
	Relevanz	Alltagswelt muss einbezogen werden	B2, 44
		Unterstützung durch Einbezug des Bezugssystem	B2, 108
		Rückmeldung aus Umfeld, wenn was ist	B3, 157
		Je kritischer der Verlauf, umso mehr einbeziehen	B7, 116
Alter der Täter und Einbezug sozialer Kontext	Relevanz	Je jünger, desto eher Einbezug Familie (Schule und Heim)	B1, 400 u. B7, 116 u. B8, 68
		Je älter Täter, desto weniger wichtig sind Eltern	B7, 124

Tabelle K-2

Kernkategorie: Rolle Einbezug sozialer Kontext

Instrumente Einbezug sozialer Kontext	Instrumente	Standortgespräche Kontrollplan Abschlussgespräche Vertragsgespräche mit Bezugssystem Krisensitzungen	B1, 408 u. B3, 157 B3, 161 B7, 124 B8, 36 B8, 52

Anmerkung. Die Tabelle (K-1/-2) zeigt die Kernkategorie Rolle Einbezug sozialer Kontext.

Anhang L

Tabelle L-1

Zusatzkategorie: Weitere Aspekte

Weitere Aspekte			
Subkategorie	**Themenbereiche**	**Konkret**	**Interviewstelle**
Stützende Funktion der Gruppe	Positive Aspekte	Reflexion von Krisen	B1, 248
		In Zweiersetting schwieriger auszuhalten (gut-böse Dynamik)	B1, 180
		Universalität des Leidens	B1, 184
		Gruppe aktiviert	B1, 188
		Ungefilterte Stellungnahme führt zu Auseinandersetzung	B1, 236
		Stabiler Faktor	B2, 92
		Als Ressource	B4, 72

Anmerkung. Die Tabelle (L-1) zeigt eine zusätzliche Kernkategorie Weitere Aspekte.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: