



universität
wien

FORSCHUNGSPROJEKT

Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche

Projektleitung: Ass-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Wissenschaftliche Mitarbeit:

Mag. Viktoria Kantor

Mag. Dina Weindl

Dr. Reinhold Jagsch

Studentische Mitarbeit:

Yvonne Moy

Asisa Butollo

Matthias Knefel

Universität Wien
Fakultät für Psychologie
*Institut für Angewandte Psychologie:
Gesundheit, Entwicklung und Förderung*

Liebiggasse 5, 1010 Wien
e-mail: opferschutz@univie.ac.at

Projektfinanzierung durch den Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank
Projektnummer 14362

November 2012

Zusammenfassung

Meldungen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen durch Vertreter der Katholischen Kirche haben in den vergangenen Jahren weltweit die Öffentlichkeit erschüttert. In Österreich wurde zur Aufarbeitung der Gewaltfälle die von Waltraud Klasnic geleitete Opferschutzkommission (UOK) eingesetzt, an die sich Betroffene wenden konnten, um von ihren Erlebnissen zu berichten, und nach entsprechender Prüfung finanzielle Unterstützung und/oder klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Unterstützung erhielten.

Das Forschungsteam der Fakultät für Psychologie der Universität Wien hat diese Aufarbeitung wissenschaftlich begleitet und jene Betroffenen, die sich dazu bereit erklärt haben, anhand standardisierter klinischer Fragebögen und teilstrukturierter Tiefeninterviews untersucht. Darüber hinaus wurden die der Kommission vorliegenden Daten (Erlebnisse, Taten, Täter¹, biografische Auswirkungen etc.) der teilnehmenden Betroffenen auf Basis des psychotraumatologischen Rahmenmodells von Maercker (2009) analysiert. Im vorliegenden Projektbericht wird die wissenschaftliche Vorgehensweise dokumentiert, es werden die ersten Ergebnisse präsentiert und darauf basierend Empfehlungen hinsichtlich der psychosozialen Versorgung und kommissionellen Tätigkeiten erteilt. Hierbei handelt es sich um ein unabhängiges Forschungsvorhaben, das durch den Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank finanziert und bei der Weltgesundheitsbehörde (WHO) registriert wurde.

Insgesamt wurden die Daten von 448 Betroffenen [339 Männer (75,7%), 109 Frauen (24,3%)] analysiert. Davon haben 185 Personen [141 Männer (76,2%), 44 Frauen (23,8%)] an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen, von diesen Personen haben wiederum 48 ein Tiefeninterview gegeben. In der Fragebogenuntersuchung sticht hervor, dass 90 von 185 Teilnehmern (48,9%) in einem Screeningverfahren (PCL-C) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aufweisen. Etwa zwei Drittel der teilnehmenden Frauen und knapp die Hälfte der Männer sind davon betroffen. Insgesamt leiden 152 (82,6%) Personen unter einzelnen Symptomen der Störung (z.B. wiederkehrende Erinnerungen, Alpträume oder Flashbacks, physiologische Reaktionen). In einem weiteren Verfahren, das verschiedene Symptome psychischen Leids misst (BSI), zeigt sich ein besonders hoher Anteil an Personen, die in den Skalen „Paranoides Denken“ [131 (70,8%)], „Depressivität“ [119 (64,7%)] und „Somatisierung“ [116 (63,0%)] deutlich erhöhte Werte aufweisen.

Aufgrund von Mehrfachnennungen kann zwar keine Aussage über die tatsächliche Anzahl der Beschuldigten gemacht werden, aus der Datenanalyse der 448 Studienteilnehmer ergibt sich jedoch, dass 164 Personen Gewalt durch eine einzelne Person berichten, bei allen übrigen Betroffenen ist von mindestens zwei Personen auszugehen. Diese sind in allen Kirchenämtern zu finden, zwar sind auch hier keine absoluten Zahlen erhebbar, der größte Anteil liegt in Relation der Häufigkeiten bei Ordensangehörigen (die häufig die Funktion von Erziehern in katholisch geführten Institutionen inne hatten) sowie Patres und Pfarrern. Mehr als ein Drittel der Gewalttaten fand in Heimen², ein weiteres Drittel in Internaten statt. Aber auch kirchlich geführte Schulen und Pfarren wurden häufig als Tatorte angegeben.

Aus dem Aktenstudium ließen sich außerdem die Formen der Gewalt, denen die Kinder und Jugendlichen ausgesetzt waren, erschließen. Die Vielzahl an Gewalttaten wurde durch einen

¹ Taten, Täter, Tatorte werden im Bericht nicht im juristischen im Sinne von gerichtlichen Schuldsprüchen als Begriff verwendet, vielmehr geben sie die Bezeichnung wieder, die die Opfer gebrauchten.

² Heime unterscheiden sich von Internaten durch unterschiedliche Erziehungsziele. Internate verfolgen durch die Integration einer Schule vor allem Bildungsziele, Heime vor allem einen Erziehungsauftrag.

mehrstufigen Prozess in sogenannte Cluster unterteilt. Diese Cluster sind voneinander unabhängig und stehen in keiner hierarchischen Ordnung zueinander. Es ergeben sich dreizehn Cluster aus dem Bereich der körperlichen Gewalt (z.B. körperliche Gewalt mit Verletzungsfolgen, Prügel/Schläge mit Gegenständen, Schlafentzug), zehn Cluster zu sexuellen Gewalttaten (z.B. Vergewaltigung durch mehrere Täter, orale sexuelle Handlungen, Berührungen im Intimbereich) und elf, die sich den psychischen Gewaltarten zuschreiben lassen (z.B. Isolation/Abschirmung von Außenwelt, Ausnützung des Autoritätsverhältnisses, Demütigungen/Beschimpfungen). In den Akten der Betroffenen werden außerdem traumaspezifische Folgen der Gewalterlebnisse durch Therapeuten und die Betroffenen selbst beschrieben. Auch hier erfolgte eine Clustereinteilung, bei der sich zeigt, dass 94 (21,0%) der Betroffenen unter Intrusionen, 67 (15,0%) unter Scham- oder Schuldgefühlen und 51 (11,4%) unter Schlafschwierigkeiten leiden. Bei den psychosozialen Folgen werden von 165 (36,8%) der Betroffenen Beziehungs- und sexuelle Probleme beschrieben. 114 (25,4%) Personen berichten heute unter Ängsten, Traurigkeit und Hilflosigkeit zu leiden, die sie auf die Gewalterlebnisse in der Kindheit zurückführen. Brüche in der biografischen Entwicklung (z.B. Ausbildung, beruflicher Weg) werden von 108 (24,1%) der Betroffenen genannt.

Aus den Ergebnissen und den derzeit in Österreich vorzufindenden Angeboten psychosozialer Versorgung ergeben sich mehrere Empfehlungen: Niederschwelliger Zugang zu Behandlungsangeboten, traumaspezifische Behandlungszentren, Implementierung wirksamkeitsgeprüfter Behandlungsmethoden der komplexen PTBS, Etablierung expertenunterstützter Selbsthilfeangebote und Psychoedukation. Aufgrund der Rückmeldungen der Tiefeninterviews ergeben sich außerdem folgende Empfehlungen an Kommissionen, die mit der Aufarbeitung von Gewalt betraut sind: Schaffung niederschwelliger Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, transparente Beschreibung der kommissionellen Tätigkeit, organisatorischer Abläufe und Prozesse der Entscheidungsfindung, beschleunigte Bearbeitungsdauer, Etablierung einer unabhängigen staatlichen Kommission mit symbolische Verantwortungsübernahme und als Instanz, die gegenüber allen involvierten Institutionen die Rechte von Opfern von Missbrauch und Gewalt konsequent einfordert.

Schlüsselbegriffe: körperliche, psychische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch, Psychotraumatologie, Katholische Kirche

Vorwort

Als April 2010 erste Berichte zur Unabhängigen Opferschutzanwaltschaft/Unabhängigen Opferschutzkommission (UOA/UOK) in den Medien standen, las ich diese mit großer Aufmerksamkeit. Nicht nur als Psychotraumatologin wollte ich wissen, wie die Aufarbeitung in Österreich gestaltet wurde, auch als Bürgerin dieser Gesellschaft war es mir wichtig zu erfahren, welche Schritte unternommen wurden, um den Opfern zu helfen. Über viele Jahre hinweg tauchte das Thema von Gewalt und Missbrauch gegenüber Kindern und Jugendlichen, ausgeübt durch Mitglieder der Katholischen Kirche auf, sodass ich zunächst erleichtert war, dass nun endlich ein Gremium zur Aufarbeitung geschaffen wurde.

Die Unruhe rund um dieses Gremium ließ nicht nach, ich begann auch wissenschaftliches Interesse an den Themen zu entwickeln, überlegte erste Forschungsfragen und wandte mich an eine Vertreterin der Opferschutzkommission. Beeindruckt von der sehr schnell ansteigenden Zahl von Menschen, die sich bei der UOA/UOK meldeten, war ich mir gewiss, dass eine universitäre Studie, die einen systematischen Überblick zu den Problemen der Betroffenen sowie zum Zusammenhang zwischen dem Erlittenen und dem heutigen Gesundheitszustand (insbesondere psychischen Gesundheitszustand), sinnvoll sein muss. Mit Sicherheit würden die zu erwartenden Ergebnisse ein nochmals deutlicheres Bild zeigen, als jenes in der medialen Berichterstattung. Sie würden, so war ich sicher, aufzeigen, welche Bedürfnisse Menschen nach Gewalt- und Missbrauchserfahrungen haben und die Anforderungen für eine weiterführende psychosoziale Versorgung und Aufarbeitung verdeutlichen. Die Mitglieder der UOK sowie die UOA fanden sich relativ schnell zu ersten Gesprächen bereit und entschlossen sich in der Folge, einem Forschungsprojekt zuzustimmen, vorausgesetzt, es gelänge mir die Finanzierung für die Studie einzuwerben. Meine Einreichung um Finanzierung durch den Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank war erfolgreich. Mit August 2011 konnte das Team der Universität Wien die Forschungsarbeit aufnehmen. Die UOK/UOA informierte die Betroffenen über die Studie und übermittelte erste Unterlagen, wodurch sich erste Betroffene bei mir meldeten. Damit begann eine Reihe von intensiven Begegnungen mit Betroffenen, entweder im direkten Gespräch oder via Telefon oder E-Mail. Stets waren die Kontakte intensiv und bereichernd. Viele wertvolle Hinweise wurden gegeben, ich erhielt Bücher, die Betroffene verfasst hatten, mir wurden Dokumente individueller Leidensgeschichten übersandt und die ersten Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgeschickt. Die UOK stellte uns in ihren Räumen Arbeitsplätze zur Verfügung, um die Clearingberichte und Dokumente von jener Personengruppe auszuwerten, die mit ihrer Teilnahme an der Studie einverstanden waren.

Jetzt liegt ein Projektbericht vor, dessen Entstehung vor allem den Betroffenen zu verdanken ist, die bereit waren, ihre Daten zur Verfügung zu stellen, die Fragebögen auszufüllen und mit uns zu sprechen. Mir ist bewusst, dass dies für einige Studienteilnehmer eine große Herausforderung war. Dafür möchte ich allen meinen herzlichen Dank aussprechen. Ohne dieses tatkräftige „Mittun“, wäre das Forschungsprojekt nicht möglich gewesen. Ein weiterer Dank gebührt der UOA, Frau Klasnic sowie den Mitgliedern der UOK, die es ermöglichten, dass wir die Studie durchführen konnten, indem sie die Studie als autonomes Projekt der Universität zuließen. Auch den Mitarbeitern des Büros der UOA sei gedankt, dass sie uns halfen, die für uns relevanten Berichte in Händen zu halten. Ebenso gilt mein herzlicher Dank dem Forschungsteam, das höchst engagiert gearbeitet hat.

Ich hoffe, die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden für die Betroffenen annehmbar, für die Entscheidungsträger in der psychosozialen Versorgung inspirierend und für die Katholische Kirche motivierend sein, die weitere Aufarbeitung voranzutreiben. Die Autonomie des Forschungsprojektes war zu jeder Zeit gegeben. Die vorliegenden Ergebnisse habe ich als Projektleiterin zu verantworten.

Inhalt

Einleitung.....	9
TEIL I	11
Hintergrund und Fragestellungen	11
Hintergrund	12
1. Kommissionelle Aufarbeitung von Gewalt. An- sowie Herausforderungen für Kommissionen und die Bedeutung der Aufarbeitung für Betroffene:	12
2. Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter	13
3. Folgen von Traumatisierungen.....	14
4. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Alter	15
Zusammenfassung.....	16
Fragestellungen	17
Traumaspezifische Fragestellungen	17
Fragestellungen zur Kommission	17
TEIL II	18
Methode und Rahmenbedingungen	18
Methode.....	19
1. Der Gewaltbegriff: Psychische, körperliche und sexuelle Gewalt.....	19
1.1 Sexuelle Gewalt	19
1.2 Körperliche Gewalt.....	20
1.3 Psychische Gewalt	20
1.4 Vernachlässigung.....	20
2. Psychotraumatologisches Rahmenmodell (Maercker, 2009)	20
3. Rahmenbedingungen des Forschungsprojekts	22
3.1 Finanzierung	22
3.2 Ethikvotum und Registrierung.....	22
4. Allgemeine Informationen	22
4.1 Projektorganisation und Ablauf für Studienteilnehmer.....	22
4.2 Die Unabhängige Opferschutzanwaltschaft (UOA) und die Unabhängige Opferschutzkommission (UOK)	24
5. Beschreibung der Fragebögen.....	26
6. Beschreibung der Interviews.....	30
TEIL III	32
Ergebnisse	32

Ergebnisse	33
1. Soziodemographische Charakteristika der Untersuchungstichprobe	34
1.1 Geschlecht	34
1.2 Alter bei Erhebung.....	35
1.3 Familienstand	35
1.4 Höchste abgeschlossene Ausbildung	35
2. Charakteristika des Verfahrens	37
2.1 Verteilung der Studienteilnehmer nach Bundesland	37
2.2 Dauer des Verfahrens.....	38
2.3 Finanzielle Unterstützung.....	38
3. Geschlechtsspezifische Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung	38
3.1 Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)	39
3.2 Brief Symptom Inventory (BSI).....	40
3.3 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).....	41
3.4 Disclosure of Loss Experience (DLE)	41
3.5 Connor Davidson Resilience Scale (CD-Risc) und Life Orientation Test (LOT-R)	42
4. Beschreibung der Ergebnisse zu „Tätern und Tatorten“	42
4.1 „Täter“	42
4.2 Einrichtungen und Orte.....	44
4.3 Informationsquellen zu den berichteten Gewaltanwendungen	44
5. Analyse der berichteten Gewaltanwendungen.....	46
5.1 Körperliche Gewalt.....	46
5.2 Sexuelle Gewalt	50
5.3 Psychische Gewalt	53
5.4 Gewalt auf den drei Ebenen physisch, sexuell und psychisch.....	56
5.5 Kombinationen der Gewaltarten.....	57
6. Analyse der berichteten Folgen	58
6.1 Traumaspezifische Folgen	58
6.2 Psychosoziale Folgen	60
TEIL IV	63
Empfehlungen	63
Empfehlungen	64
1. Empfehlungen zur Psychologischen Behandlung (Traumabehandlung/ Trauma- Psychotherapie).....	65
1.1 Definition der Komplexen PTBS.....	65

1.2	Behandlung der Komplexen PTBS	66
1.3	Evidenz.....	66
1.4	Beschreibung einzelner Behandlungstechniken mit guter Wirksamkeitsevidenz für die Behandlung der Komplexen PTBS	66
1.5	Stationäre Behandlung.....	67
1.6	Weitere Maßnahmen	68
2.	Empfehlungen zur Kommissionellen Aufarbeitung.....	70
2.1	Rückmeldungen der Betroffenen zur UOK sowie daraus abgeleitete Empfehlungen	72
2.1.1.1	Empfehlung zu Kontaktaufnahme und Ablauf	73
2.1.2.1	Empfehlung zur Kommunikation durch das Büro	73
2.1.3.1	Empfehlung zum Clearing.....	74
2.1.4.1	Empfehlung zur Entscheidungsfindung	75
2.1.5.1	Empfehlung zu Aspekte der Kommission	76
3.	Zusammenfassung der Empfehlungen	77
	Abbildungsverzeichnis.....	80
	Tabellenverzeichnis	80
	Literaturverzeichnis.....	81

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde der vorliegende Projektbericht unter der Verwendung des generischen Maskulinums verfasst.

Einleitung

In den vergangenen Jahren haben sich Meldungen von Gewalt und Missbrauch durch Vertreter der Katholischen Kirche in den USA und verschiedenen Ländern Europas, einschließlich Österreichs, gehäuft verbreitet und schienen erstmals auch das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu erreichen. Viele Menschen haben Jahre oder jahrzehntelang über ihre Gewalterfahrungen geschwiegen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Angst, man könnte ihnen keinen Glauben schenken, Sorgen hinsichtlich der Konsequenzen, Drohungen durch Täter³ oder Hoffnungslosigkeit aufgrund erfolgter oder befürchteter negativer Reaktionen des Umfelds.

Durch die Gründung der Unabhängigen Opferschutzanwaltschaft (UOA) bzw. Unabhängigen Opferschutzkommission (UOK) in Österreich wurde Betroffenen erstmals die Möglichkeit geboten über ihre Erlebnisse zu sprechen und aufzuzeigen, was für viele Jahre unter dem Mantel des Schweigens verborgen war.

Das Forschungsprojekt hat diese pionierhafte Aufarbeitung durch die UOA/UOK aus einer klinisch-psychologischen Perspektive wissenschaftlich zwischen August 2011 und Oktober 2012 begleitet. Ziele sind die Erforschung der psychotraumatologischen Konsequenzen für die Betroffenen⁴ der Gewalt durch Vertreter der Katholischen Kirche und die Untersuchung der kommissionellen Arbeit, insbesondere der Reaktionen Betroffener auf die Vorgehensweise der UOA/UOK.

Dadurch wird ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der internationalen Standards in der Opferforschung und Psychotraumatologie geliefert. Zudem werden auf Basis der Studienergebnisse Empfehlungen für die Entwicklung spezifischer Vorgangsweisen zur kommissionellen Aufarbeitung gegeben. Dies erfolgt vor einem klinisch-psychologischen Hintergrund, mit besonderem Augenmerk auf dem Schutz der Betroffenen.

Der vorliegende Forschungsbericht gliedert sich in vier Teile: Im ersten Abschnitt werden der theoretische Hintergrund des Projekts aufgearbeitet und diskutiert, sowie die daraus abgeleiteten Fragestellungen vorgestellt. Im zweiten Teil folgen Informationen zur methodischen Vorgehensweise, außerdem werden die Rahmenbedingungen des Forschungsprojekts näher erläutert. Daran anschließend folgen eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse und deren Interpretation vor dem Hintergrund aktueller Forschungsliteratur. Der vierte und letzte Teil ermöglicht dem Leser eine Auseinandersetzung mit den sich ergebenden Empfehlungen. Der Bericht schließt mit einem Ausblick auf mögliche Optimierungen und Verbesserungen des derzeitigen Gesundheitssystems, unter Beachtung der besonderen Bedürfnisse schwer traumatisierter Menschen.

³ Der Begriff „Täter“ gibt die Wortwahl der Betroffenen wieder, dies gilt ebenso für „Tat“ und „Tatort“

⁴ Im vorliegenden Bericht wird dem *Opfer*-Begriff weitgehend der Terminus „*Betroffener* von Gewalt“ vorgezogen. Betroffene möchten sich häufig nicht als Opfer bezeichnen, sondern auf ihre Stärken und Fähigkeiten in der Traumabewältigung hinweisen. Dies ist auch in der Traumatherapie üblich, wo sich mittlerweile der Begriff „Traumaüberlebender“ etabliert hat (Weber, 2002).

FORSCHUNGSPROJEKT

TEIL I

Hintergrund und Fragestellungen

Hintergrund

Im Jahr 2002 drang in den USA eine große Zahl von Meldungen sexuellen Missbrauchs in der Katholischen Kirche an das Licht der Öffentlichkeit. Das amerikanische Kriminalitätsforschungsinstitut „John Jay College“ wurde von der katholischen Bischofskonferenz mit einer gründlichen Aufarbeitung der Gewalt- und Missbrauchsfälle beauftragt und zeigte, dass in den Jahren 1950 bis 2002 rund 109.700 US-amerikanische Kinder und Jugendliche von etwa 4400 Priestern sexuell missbraucht wurden (John Jay College, 2004). In vielen europäischen Ländern, darunter Irland, Deutschland, Italien und den Niederlanden wurden ebenfalls zahlreiche Missbrauchsfälle bekannt.

In Österreich begannen Betroffene von Gewalt und sexuellem Missbrauch ihr teils jahrzehntelanges Schweigen im Jahr 2010 zu brechen⁵. Seither nimmt die Zahl der Meldungen stetig zu. Zur Aufarbeitung der Gewalt in Österreich wurde die Unabhängige Opferschutzkommission (UOK) eingerichtet, deren Struktur, personelle Zusammensetzung und Einbindung in das Forschungsprojekt ausführlich in Teil II (Methode) dargestellt werden.

1. **Kommissionelle Aufarbeitung von Gewalt. An- sowie Herausforderungen für Kommissionen und die Bedeutung der Aufarbeitung für Betroffene:**

Die Arbeitsweise, Kommunikation und operative Umsetzung der Aufgaben und Ziele einer Opferschutzkommission sind für die Betroffenen von besonderer Bedeutung. Das Angebot, sowie dessen Kommunikation, stellen die Basis für den Aufbau einer professionellen Beziehung dar. Insbesondere für traumatisierte Personen ist eine von gegenseitigem Vertrauen getragene Arbeitsbeziehung von besonderer Bedeutung, da die Traumatisierung mit einem massiven Vertrauensverlust einhergeht. Löckenhoff und Kollegen (2009) zeigen, dass das Erleben von Extrem-Ereignissen bei Trauma-Überlebenden die Tendenz erhöht, negative Affekte zu erleben, insbesondere Zorn und Ärger. Betroffene mehrfacher Traumatisierungen sind demnach weniger kooperationsbereit und geraten häufiger in Konflikte. Die Ergebnisse der Studie von Löckenhoff gehen konform mit den Diagnosekriterien für die Posttraumatische Belastungsstörung⁶ (PTBS), die Zorn, Entfremdung und erhöhte Erregbarkeit beinhalten.

Jede Kommission, die sich der Aufarbeitung von Ereignissen mit traumatischer Qualität widmet, steht auch für die öffentliche Anerkennung des erlittenen Leids und damit für soziale Anerkennung und Unterstützung. Nicht nur die Tätigkeit einer Kommission dieser Art wird von der Öffentlichkeit extensiv wahrgenommen, sondern auch die Betroffenen achten sensibel auf den Umgang mit ihnen. Die UOK-Mitglieder und deren Tätigkeit stehen in doppelter Hinsicht im Scheinwerferlicht. Die Gestaltung der Arbeitsbeziehung, der Ablauf der operativen Aufgaben einer solchen Kommission bedürfen daher einer besonderen Obsorge und Qualität.

Kaniasty und Norris (2008) belegen den Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der erhaltenen sozialen Unterstützung und der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Es zeigt sich, dass soziale Unterstützung einen wichtigen Schutzfaktor in der Verarbeitung traumatischer Lebensereignisse darstellt. Wie bereits im vorigen Absatz angedeutet, kommt Opferkommissionen wie

⁵ Bereits 1995 outete sich in Österreich ein Opfer sexuellen Missbrauchs, seitdem war immer wieder von Opfern die Rede. Kardinal Schönborn etablierte im Einverständnis mit der Bischofskonferenz im April 2010 die UOA Waltraud Klasnic, mit der Bitte, ein von der Katholischen Kirche unabhängiges Aufarbeitungsgremium einzurichten. Die UOK etablierte sich im April 2010, entwickelte ihr Regelwerk und nahm ihre Tätigkeit auf.

⁶ Die Diagnose einer PTBS umfasst A) die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, das intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen auslöst, B) das Wiedererleben des Ereignisses (Träume, Flashbacks, Erinnerungen), C) Vermeidungsverhalten oder Abnahme der Reagibilität und D) anhaltende Symptome erhöhter Erregung. Die Symptome müssen länger als vier Wochen bestehen und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen hervorrufen (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998).

der UOK eine wesentliche Rolle in der sozialen Unterstützung der Betroffenen zu. Parsons und Bergin (2010) zeigen in ihrer Literaturübersicht zwei Funktionen derartiger Kommissionen auf:

1) Die Auseinandersetzung mit Opferorganisationen kann für die Betroffenen einen kathartischen Effekt zeitigen. 2) Die Erinnerung an die Traumatisierung kann zur Bewältigung beitragen. Sie verweisen anhand von Studien bei vergewaltigten Frauen auf einen Anstieg des Selbstwerts durch die wahrgenommene Anerkennung, wobei das Ergebnis der rechtlichen Konsequenzen keinen Einfluss zu nehmen scheint (z.B. Ford & Regoli, 1993). Außerdem zitieren sie eine kanadische Studie, in der Betroffene sexuellen Missbrauchs Wiedergutmachung forderten. Die Teilnehmer dieser Studie berichten, dass sie das Bedürfnis haben, ihre traumatischen Erlebnisse zu erzählen und angehört zu werden. Sie wünschen sich, dadurch eine „offizielle“ Anerkennung ihrer Erlebnisse zu erhalten (Feldthusen, Hankivsky & Greaves, 2002, zitiert nach Parsons & Bergin, 2010). In dem von Parsons und Bergin (2010) vorgelegten Übersichtsartikel werden aber auch negative Effekte bei den Betroffenen berichtet, wenn sich diese um Wiedergutmachung vor Gericht bemühen. Sie verweisen auf zahlreiche Studien, die eine sekundäre Viktimisierung durch Kommissionen, insbesondere durch Erfahrungen als Zeugen vor Gericht, feststellen. Die Erfahrungen vor Gericht und die Konfrontation mit Tätern bzw. deren Rechtsanwälten können als sehr belastend erlebt werden.

Im Falle der Unabhängigen Opferschutzkommission (UOK) entscheidet diese – im Unterschied zu den Strafrechtsbehörden – nicht, ob es zu strafrechtlich relevanten Aktionen kommt und der/die Betroffene glaubwürdig ist, vielmehr ist die UOK eine Instanz im Dienste der Opferanerkennung und Schadensaufarbeitung, daher werden Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Negative Effekte können dennoch auftreten, da die Auseinandersetzung der Betroffenen mit den erlittenen Taten sogenannte Triggereffekte zeitigen kann. Schmerzliche Erinnerungen an Traumata aus der Vergangenheit werden wieder entfacht. Die Auseinandersetzung mit den Erlebnissen kann eine enorme Belastung darstellen und Gefühle wie Angst, Wut, Verzweiflung und Traurigkeit aufkommen lassen. Demnach ist bei der kommissionellen Aufarbeitung unter Berücksichtigung der Vulnerabilität Betroffener eine besonders sensible Vorgehensweise gefragt.

2. Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter

Zahlreiche Studien belegen, dass traumatische Ereignisse im Kindes- und Jugendalter zu einem hohen Prozentsatz zu Traumafolgestörungen, insbesondere zu einer komplexen PTBS⁷ (vgl. z.B. Herman, 1992; Finkelhor & Dzuiba-Leathermann, 1994; Childhelp, 2005) führen können. Typisch für sexuellen Missbrauch in der Kindheit ist eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Verlauf des weiteren Lebens erneut Opfer sexueller oder körperlicher Gewalt zu werden. Barnes und Kollegen (2009) haben in einer Langzeitstudie gezeigt, dass Frauen, die in ihrer Kindheit Opfer sexuellen Missbrauchs waren, im Erwachsenenalter doppelt so häufig sexuelle oder physische Gewalt erleben – also neuerlich Opfer werden – als Frauen, die keine derartigen Kindheitstraumata erlebt haben. In diesem Zusammenhang wird von einer sogenannten Reviktimisierung gesprochen. Cloitre und Kollegen (2009) gehen davon aus, dass die Anzahl der traumatischen Expositionen vor dem 18. Lebensjahr eine Vorhersage auf die Symptomkomplexität erlaubt. Sie haben 582 erwachsene Frauen untersucht, die während ihrer Kindheit sexuelle, körperliche und/oder emotionale Gewalt erlebt haben und/oder vernachlässigt wurden und darüber hinaus sexueller und/oder körperlicher (z.B. häuslicher) Gewalt in ihren Erwachsenenjahren ausgesetzt waren. Die Mehrheit dieser Frauen (67%) durchlebte zwischen drei und fünf Traumatisierungen. Der Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und Traumatisierung im Erwachsenenalter war in dieser Stichprobe signifikant gegeben, d.h. je mehr

⁷ Die komplexe PTBS wird derzeit in der Fachliteratur diskutiert und stellt eine Erweiterung der PTBS dar, die sich als Folge langanhaltender, schwerwiegender Traumatisierungen (z.B. durch sexuellen Missbrauch, Folter etc.) entwickeln kann. Sie ist durch eine größere Bandbreite affektiver, kognitiver und psychosozialer Symptome gekennzeichnet (Herman, 1992).

Traumatisierungen in der Kindheit stattgefunden haben, desto wahrscheinlicher und ausgeprägter war auch eine Traumaexposition im Erwachsenenalter vorfindlich.

Eine Fülle an Studien stellt einen Zusammenhang zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und Störungen im Entwicklungsprozess fest, insbesondere in Bezug auf Emotionsregulation und Beziehungsfähigkeit (z.B. Shipmann, Edwards, Brown, Swisher, & Jennings, 2005). Durch die Empfindlichkeit und Verletzung selbstregulativer Kompetenzen entstehen multiple, komplexe und bisweilen widersprüchliche Symptombilder, die als komplexe PTBS (s.o.) klassifiziert werden können. Überaktivität bzw. Vermeidung von Gefühlen und schwieriges interpersonelles Verhalten zeigen sich in Dysphorie, Ärger oder Dissoziationen sowie in wütenden, dependenten, distanzierten oder auch vermeidenden Verhaltensweisen in Beziehungen. Auch posttraumatische Symptome werden als Defizite der Selbstregulation beschrieben, insbesondere als chronisch dysregulierte emotionale Antwort auf traumatische Erinnerungen, wie z.B. in den gemeinsam auftretenden Symptomen des Hyperarousal/Numbing oder der Hypervigilanz/Konzentrationsschwäche (z.B. Friwen & Lanius, 2006).

3. Folgen von Traumatisierungen

Wie bereits im vorigen Abschnitt gezeigt, sind die Auswirkungen von Traumatisierungen vielfältig und mitunter schwerwiegend. Zahlreiche Studien haben sich der Erforschung der Zusammenhänge verschiedener psychischer Störungen und Traumatisierungen verschrieben.

Heim und Kollegen (2006, 2009) präsentieren Befunde, die einen Zusammenhang zwischen Fatigue⁸ und PTBS zeigen. Sie vermuten, dass die PTBS eine Prädisposition zur Fatigue ist. Ein Grund dafür könnte in einer neuroendokrinen Dysfunktion liegen.

In einem Überblicksartikel von Stewart (1996) wird anschaulich verdeutlicht, dass ein starker Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und früheren traumatischen Erlebnissen besteht. Besonders bei Menschen, die unter einer PTBS leiden, treten Alkoholprobleme im erhöhten Ausmaß auf. In einer Studie von Johnson und Kollegen (2010) berichten alkoholabhängige Frauen im Vergleich zu alkoholabhängigen Männern schwerwiegendere Kindheitstraumatisierungen.

Schuld- und Schamgefühle sind bei komplex-traumatisierten Missbrauchsbedingten vorhanden und muten mitunter paradox an. Scham richtet sich gegen das Individuum selbst und drückt sich u.a. in harter Selbstkritik aus. Schuldgefühle zeigen sich vor allem als negative Beurteilung eigener Handlungen im traumatischen Kontext. Beide psychische Prozesse zeigen sich insbesondere in sozialen Kontexten und haben massive Auswirkungen auf interpersonale Beziehungen (Tangney et al., 1996; Wilson, Drozdek & Turkovic, 2006). Schuldgefühle führen zu Versuchen der Wiedergutmachung, Scham führt vor allem zu sozialem Rückzug und Vermeidung (Dorahy, 2010). Dies stellt möglicherweise eine Barriere für die Kontaktaufnahme mit Kommissionen dar oder kann zumindest erschwerend auf die Kontaktgestaltung einwirken.

Yehuda und Flory (2007) betonen, dass Reaktionen auf traumatische Expositionen vielfältig und unterschiedlich sind. Es ist erwiesen, dass es unterschiedliche Ausmaße an Verletzbarkeit und Widerstandsfähigkeit, sogenannter Resilienz, gibt. In Bezug auf die Traumaschwere gibt es bis heute keine klare Antwort über den Zusammenhang mit psychischen Reaktionen. Vergewaltigung gilt als die Traumatisierung mit der höchsten Lebenszeitprävalenz von PTBS. Dennoch kann keine Aussage über das objektive Geschehen und den Zusammenhang zur Ausprägung einer PTBS oder einer anderen Störung getroffen werden. Es findet sich keine Aussage in der wissenschaftlichen Literatur, die z.B. feststellt, ob ein Vergewaltiger schlimmer ist als zwei, eine Vergewaltigung weniger pathologische Konsequenzen zeitigt als mehrere oder die Androhung oder Anwendung von zusätzlicher Gewalt in

⁸ Die Fatigue wird als Zustand chronischer körperlicher Erschöpfung definiert.

Zusammenhang mit der Entwicklung von Störungen steht. Auch die Frage, welcher Zusammenhang zwischen Trauma und subjektiver Reaktion des Betroffenen besteht, ist bislang empirisch kaum untersucht. Die Autorinnen folgern, dass die Bedeutungszuschreibung zu einem traumatischen Ereignis bzw. die individuelle subjektive Beurteilung der Traumaschwere für die Entwicklung negativer psychischer Folgen ausschlaggebend seien. Festgehalten werden kann, dass es im Zusammenhang mit sexueller Gewalt sowie mit anderen Traumatisierungen zu massiven psychischen Reaktionen bei den Betroffenen kommt, die nicht immer psychopathologisch sind, aber trotzdem massive Leidenszustände hervorrufen.

4. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Alter

In den vergangenen Jahren wurde in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen zur PTBS gezeigt, dass PTBS-Symptome vermehrt im Alter (wieder) auftreten können (z.B. Port, 2001). Es liegen diesbezüglich vor allem Studien über zivile Kriegsüberlebende und Veteranen vor, in denen verdeutlicht wird, dass sich PTBS erst nach vielen Jahrzehnten entwickelt (vgl. Andrews, Brewin, Philpott & Stewart, 2007) oder im höheren Lebensalter wieder in Erscheinung treten kann (Floyd, Rice & Black, 2002). Mehrere Erklärungsansätze liefern überzeugende Argumente für eine erhöhte Vulnerabilität älterer Menschen für die Entwicklung einer späten PTBS.

Der Lebensabend geht bei vielen älteren Menschen mit unterschiedlichen Verlusten einher. Es kommt zu körperlichem Abbau und zum Nachlassen kognitiver Fähigkeiten. Neurobiologische Veränderungen stellen sich ein, soziale Kontakte werden weniger, die allgemeine Lebenssituation verändert sich (z.B. Umzug ins Pensionistenheim), Konfrontationen mit Tod und Sterben häufen sich (vgl. z.B. Floyd, Rice & Black, 2002; Erikson, Erikson & Kivnick, 1986; Hansson & Carpenter, 1994). Diese Veränderungen führen zu einem Abbau oder Verlust wichtiger Ressourcen, und bisher wirksame Bewältigungsstrategien brechen zusammen. Außerdem blicken viele ältere Menschen retrospektiv auf ihr vergangenes Leben zurück. Sie lassen ihr Leben Revue passieren, wodurch vermehrt unangenehme Erinnerungen aus der Vergangenheit geweckt werden können. Diese Prozesse können zudem von einem verstärkten Bedürfnis begleitet werden, vergangene negative Erfahrungen aufzuarbeiten und abzuschließen.

Gerade bei solchen Menschen, die in Institutionen Traumatisierungen erfahren haben und ihren Lebensabend in Heimen oder Krankenhäusern verbringen, besteht eine erhöhte Gefahr zur Traumareaktivierung. Diese kann durch unterschiedliche Trigger ausgelöst werden, also Situationen, Personen, Gerüche und ähnliches (z.B. Pflegehandlungen, Alltagsroutinen, Heimsituation, Mehrbettzimmer etc.), die Betroffene an ihre traumatischen Erlebnisse erinnern.

Diese Überlegungen sind besonders hinsichtlich der vorliegenden Untersuchung von entscheidender Bedeutung. Viele ältere Menschen waren in ihrer Kindheit und Jugend von körperlicher, sexueller und/oder emotionaler Gewalt betroffen. Die zuvor erfolgten Ausführungen zeigen, dass frühere Traumata im Alter erwachen können, die zum einen zu einer starken Belastung der Betroffenen führen, zum anderen möglicherweise auch das hiesige Gesundheitssystem in Zukunft vor eine Herausforderung stellen. Diese Menschen benötigen demzufolge beispielsweise altersadäquate psychosoziale Versorgung, spezielle Therapien, die der Traumaverarbeitung älterer Menschen gerecht werden können, sowie eigens geschultes und entsprechend sensibilisiertes Personal in Pensionistenheimen und geriatrischen Krankenhausabteilungen.

Zusammenfassung

Menschen, die in ihrer Kindheit oder Jugend von körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt betroffen waren, sind in besonderem Ausmaß gefährdet, im Laufe ihres Lebens psychische Probleme zu entwickeln. Darüber hinaus lassen sich massive Auswirkungen auf die berufliche Entwicklung, die allgemeine Lebensführung und die Güte zwischenmenschlicher Beziehungen beobachten. In Österreich wurden in den vergangenen Jahrzehnten eine Vielzahl schwerer Übergriffe auf Kinder und Jugendliche durch Vertreter der Katholischen Kirche berichtet. Für die Aufarbeitung der Gewalt wurde eine unabhängige Kommission (UOK) einberufen, deren Tätigkeit durch das Forschungsprojekt von August 2011 bis November 2012 begleitet wurde. Ein Ziel des Projekts war es, Rückmeldungen und Empfehlungen hinsichtlich kommissioneller Tätigkeiten im Allgemeinen und der Arbeit der UOK im Besonderen zu geben. Die Hauptanliegen der Untersuchung sind jedoch psychotraumatologische Fragestellungen, die Aufschluss zur aktuellen Belastung der Betroffenen geben sollen, um daraus den Bedarf an zukünftigen Angeboten und Interventionen ableiten zu können.

Fragestellungen

Das vorangegangene Kapitel liefert einen Überblick über den theoretischen Hintergrund von Gewalt und Missbrauchserfahrungen und ihre Folgeerscheinungen sowie eine fragmentarische Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes.

Im Zuge des Forschungsprojektes wurde eine Gruppe von Betroffenen untersucht, die in ihrer Kindheit oder Jugend Gewalt und Missbrauch durch Vertreter der Katholischen Kirche erfuhren und sich an die Unabhängige Opferschutzkommission gewendet haben.

Die Untersuchung basierte zum einen auf Fragestellungen zu verschiedenen psychotraumatologischen Themenbereichen, zum anderen auf Fragen die kommissionelle Arbeit betreffend.

Traumaspesifische Fragestellungen

- Welcher Art waren die Traumatisierungen der Betroffenen?
- Wie alt waren die Betroffenen zum Zeitpunkt der Tat/en?
- Über welchen Zeitraum haben Übergriffe stattgefunden?
- In welchem Kontext und welchem Ausmaß fanden Gewalt und Missbrauch statt? In institutionellen Einrichtungen, im privaten Umfeld?
- Welche Beziehung bestand zu den Tätern? Welche Funktionen nahmen Täter beispielsweise im institutionellen Kontext ein?
- Wem vertrauten sich Betroffene an (Peers, Familie, soziales Umfeld, Schule etc.)?
- Welche Folgen und Konsequenzen bringen die Gewalterfahrungen mit sich? Wie geht es den Betroffenen heute?
- Bestehen Traumafolgestörungen bei der Stichprobe und unterscheiden sich diese bei Männern und Frauen?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen erhaltener sozialer Unterstützung und den psychotraumatologischen Folgeerscheinungen?
- Welchen Einfluss hat der Zeitpunkt der und die Reaktionen auf Disclosure⁹ auf die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen?
- Welche Forderungen stellen Betroffene, können Aussage über Motive wie Gerechtigkeit oder Rache abgeleitet werden?
- Zeigen sich Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit Non-Disclosure bzw. Disclosure?
- Wie stellt sich der Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren bzw. Schutzfaktoren und dem heutigen Befinden der Opfer dar?

Fragestellungen zur Kommission

- Welche Personen suchen Hilfe, und wird die Zielgruppe (d.h. Betroffene von Gewalt und Missbrauchserfahrungen) effektiv und effizient angesprochen?
- Wird das Angebot ausreichend und vertrauenswürdig im Sinne des Opferschutzes kommuniziert und entsprechen die Angebote bzw. die Vorgehensweise der Kommission den Bedürfnissen der Adressaten?
- Welche Barrieren verhindern die Inanspruchnahme des Angebotes?
- Wie kann man das Angebot einer Kommission für die Zukunft verbessern, um damit eine adäquate Anlaufstelle für Gewalt- und Missbrauchs-betroffene zu schaffen?
- Kann ein Zusammenhang zwischen Symptomschwere und den Forderungen festgestellt werden?

⁹ Unter dem englischen Begriff „Disclosure“ ist das *Offenlegen* von traumatischen Erlebnissen und damit im weiteren Sinne das Berichten über ebendiese zu verstehen (vgl. z.B. Omarzu, 2000; Ruggiero et al., 2004, Chaudoir & Fisher, 2010).

FORSCHUNGSPROJEKT

TEIL II

Methode und Rahmenbedingungen

Methode

Im folgenden Methodenteil werden zunächst grundlegende Begriffe und Modelle der vorliegenden Forschungsarbeit aufbereitet und diskutiert. Anschließend werden die Rahmenbedingungen des Projektes und der operative Ablauf erläutert. Schließlich folgt eine Darstellung der methodischen Vorgehensweise, der zum Einsatz gekommenen Instrumente und des Interviewleitfadens.

1. Der Gewaltbegriff: Psychische, körperliche und sexuelle Gewalt

Kein Land, keine Gesellschaft, keine Gruppierung ist gewaltfrei. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Religion, Bildung oder sozioökonomischem Status findet sich Gewalt in den vielfältigsten Ausprägungen in allen Bevölkerungsgruppen. Diese Omnipräsenz mag den Eindruck erwecken, Gewalt sei ein notwendiges menschliches Übel, beinahe selbstverständlich. Gewaltpräventionsprogramme, therapeutische Maßnahmen und öffentlichkeitswirksame Kampagnen zeigen jedoch, dass diese Sichtweise nicht haltbar ist und Gewalt wirksam bekämpft werden kann (WHO, 2003).

Gewalt wird von verschiedenen Berufsgruppen auf unterschiedliche Art und Weise definiert. So unterscheiden sich beispielsweise juristische Gewaltdefinitionen von sozialwissenschaftlichen oder psychologischen Definitionen. Eine allgemein anerkannte und inhaltlich umfassende Definition ist jedoch unerlässlich, um im wissenschaftlichen Diskurs ebenso wie in der Öffentlichkeit auf Basis einer einheitlichen Begriffsgrundlage diskutieren zu können. So können wissenschaftliche Ergebnisse variieren, wenn ihnen heterogene Definitionen zugrunde liegen (Hartwig & Hensen, 2008).

Definitionen sind in Umfang und Vollständigkeit begrenzt, daher ist es das Anliegen der Forschungsgruppe, jene Definitionen zu wählen, die unter Berücksichtigung des derzeitigen Forschungsstandes die zu untersuchenden Gewaltkonstrukte aus unserer Sicht am besten beschreiben. Dies schließt nicht aus, dass diese in den nächsten Jahren verändert bzw. adaptiert werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt ganz allgemein in folgendem Sinne:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt (WHO, 2003)“

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit jenen Gewaltformen, die von Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen ausgeübt werden. Man spricht in diesem Zusammenhang von interpersoneller Gewalt und unterscheidet sexuelle, körperliche und psychische Gewalt sowie Vernachlässigung (WHO, 2003).

1.1 Sexuelle Gewalt

Es existieren verschiedene Termini für sexuelle Gewalt, die in der Öffentlichkeit und der Wissenschaft diskutiert werden: sexueller Missbrauch, sexuelle Übergriffe, sexuelle Misshandlungen, sexualisierte Gewalt, sexuelle Ausbeutung usw. Im deutschen Sprachraum hat sich für sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche die Bezeichnung „sexueller Missbrauch“ am stärksten durchgesetzt, kritische Stimmen merken dazu jedoch an, dass dies auch „einen richtigen Gebrauch von Kindern“ suggeriert (Bange, 2002).

Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen umfasst: „ [...] jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen (Bange & Deegener, 1998 zitiert nach, Hartwig & Hensen, 2008)

Diese Definition impliziert also auch sexuelle Handlungen, die nicht zwingend mit Körperkontakt einhergehen müssen. Damit sind auch Worte, Gesten oder übergriffige Verhaltensweisen impliziert, wie beispielsweise das Zeigen pornografischer Fotografien oder sexuell motivierte, intime Fragen.

1.2 Körperliche Gewalt

Nach einer Definition der WHO werden zur körperlichen Gewalt gegen Kinder all jene Handlungen gezählt, die körperliche Schäden verursachen oder zumindest eine Gefahr für Verletzungen bergen können (WHO, 2002). Körperliche Gewalt umfasst eine lange Reihe verschiedener Arten physischer Übergriffe auf Schutzbefohlene, beispielsweise Ohrfeigen, Schläge und Prügel mit Gürteln, Kleiderhaken, Holzruten, Schuhen oder anderen Gegenständen, Verbrennen mit Zigarettenstummeln, Schütteln (z.B. Schütteltrauma bei Kleinkindern), Zerren an Haaren, Ohren oder anderen Körperteilen, Untertauchen in kaltes oder heißes Wasser u.v.m.

1.3 Psychische Gewalt

Die WHO (2002) zählt zur psychischen bzw. emotionalen Gewalt, wenn Eltern bzw. Erziehungsberechtigte keine – den Bedürfnissen von Kindern – angemessene und unterstützende Umwelt schaffen und Verhaltensweisen zeitigen, die einer gesunden emotionalen Entwicklung des Kindes zuwiderlaufen können. Dazu zählen zum Beispiel Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, Ausgrenzung, Spott und Verhöhnung, Drohungen und Einschüchterungsversuche, Ablehnung und Anfeindungen.

1.4 Vernachlässigung

Wenn Eltern oder Erziehungsberechtigte bewusst Aufgaben missachten, wodurch die gesunde körperliche und geistige Entwicklung ihrer Kinder bzw. Schutzbefohlenen gefährdet wird, spricht man von Vernachlässigung. Der WHO zufolge können nachstehende Bereiche davon betroffen sein: Gesundheit (z.B. kein Arztbesuch bei Krankheit oder Verletzung), Bildung, emotionale Entwicklung, Ernährung (zu wenig oder ungesunde Nahrung), Wohnen und Sicherheit (WHO, 2002).

Die genannten Gewaltformen, ausgeübt im Kontext von Institutionen sind insbesondere durch den Missbrauch von Abhängigkeits- und Autoritätsverhältnissen gekennzeichnet, die die Ausübungen der Gewaltformen begünstigen.

2. Psychotraumatologisches Rahmenmodell (Maercker, 2009)

Die psychologische Forschung erfolgt vor dem Hintergrund ausgewählter Modelle. Diese dienen der Verdeutlichung von Sachverhalten, werden im Laufe des Forschungsprozesses regelmäßig überprüft, gegebenenfalls überarbeitet, erweitert oder durch besser angepasste Modelle ersetzt. Dem Forschungsprojekt liegt das Multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2009) zugrunde, das die Ätiologie¹⁰ von Traumafolgestörungen beschreibt. Es bietet Erklärungsmöglichkeiten zur Frage, welche Faktoren die Entwicklung einer Traumafolgestörung begünstigen oder möglicherweise abwenden können.

Im Modell (siehe Abbildung 1) werden Faktoren dargestellt, die posttraumatische Prozesse bedingen können, sowie die daraus resultierenden psychosozialen Folgen (vgl. Maercker, 2009):

¹⁰ Ätiologie: Lehre der Ursache von Krankheiten

1. Prätraumatische Risiko- bzw. Schutzfaktoren

Dazu zählt beispielsweise das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung: Jüngere Kinder, aber auch ältere Erwachsene haben das vergleichsweise höhere Risiko, eine Traumafolgestörung zu entwickeln (Maercker, 1999).

2. (Peritraumatische) Ereignisfaktoren

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung (z.B. Dauer, Schadensausmaß, Verletzungen) und dem Ausmaß der Folgen wird von Brewin und Kollegen (2000) sowie March (1993) berichtet (zitiert nach Maercker, 2009).

3. (Posttraumatische) Aufrechterhaltungsfaktoren

Hier werden beispielsweise kognitive und emotionale Veränderungen thematisiert, die eine suboptimale Verarbeitung bedingen können: Nach einem traumatischen Erlebnis geschieht häufig ein Wahrnehmungswandel. Traumaüberlebende nehmen die Welt im Allgemeinen oder sich selbst im Speziellen, in einer anderen Weise wahr, als dies vor dem Trauma der Fall war (z.B. subjektives Gefühl von Bedrohung, Misstrauen, Schuldgefühle, emotionale Abstumpfung) (vgl. Ehlers & Clark, 2000).

4. (Posttraumatische) gesundheitsfördernde Faktoren bzw. Ressourcen

Soziale Unterstützung gilt als wichtigster protektiver Faktor in der Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses (Brewin et al., 2000). Dazu gehört zum Beispiel ein gutes soziales Netzwerk, enge und positiv erlebte Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden, die Möglichkeit, sich über das Erlebte austauschen zu können, und von seiner Umwelt als Betroffener respektiert und anerkannt zu werden (Maercker, 2009).

5. Posttraumatische Prozesse und Resultate

Traumatische Erlebnisse können zu Gedächtnis- und neurobiologischen Veränderungen führen. Weitere Auswirkungen können sich in psychischen Störungen (Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angststörungen etc.) und psychosozialen Schwierigkeiten (zwischenmenschliche Probleme, Brüche im Ausbildungsweg und/oder beruflichem Werdegang etc.) manifestieren. Allerdings ist auch ein persönlicher Reifungsprozess (Calhoun & Tedeschi, 2006; Zöllner & Maercker, 2001, zitiert nach Maercker, 2009) möglich, der im Zuge der Verarbeitung des Erlebten einsetzen und sich auf verschiedenen Ebenen zeigen kann: In den Beziehungen zu anderen Menschen, einer wertschätzenden Einstellung dem Leben gegenüber, in der Wahrnehmung neuer Perspektiven und Möglichkeiten, der Entwicklung persönlicher Stärken oder in spirituell-religiösen Veränderungen (Maercker & Langner, 2001, zitiert nach Maercker, 2009).

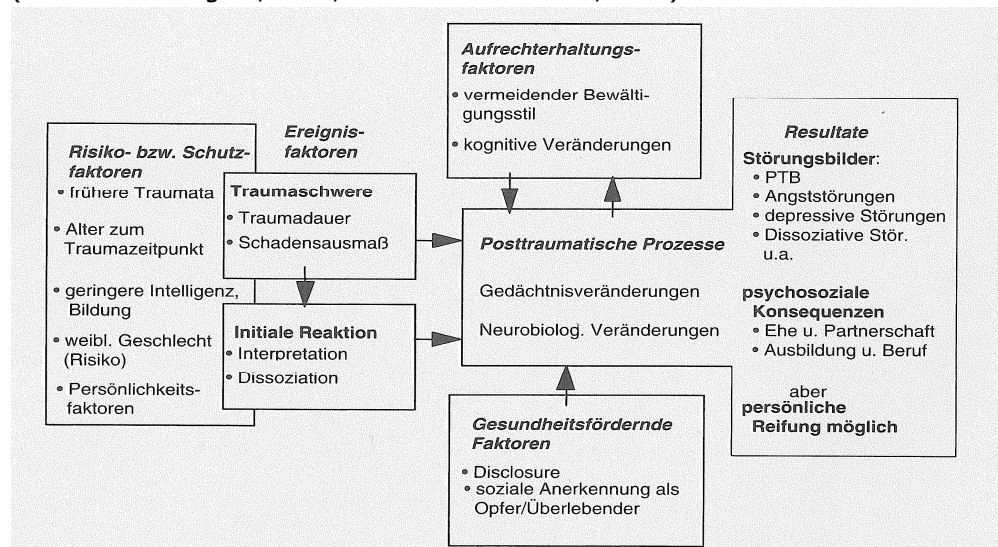


Abbildung 1. Psychotraumatologisches Rahmenmodell (Maercker, 2009, S. 34)

3. Rahmenbedingungen des Forschungsprojekts

3.1 Finanzierung

Das Forschungsprojekt „Wissenschaftliche Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche“ wurde durch den Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank für den Zeitraum eines Jahres (1.8.2011 bis 31.10.2012) gefördert. Der Fonds vergibt Förderungen nur an wissenschaftliche Arbeiten hoher Qualität und trifft Entscheidungen nach eingehender Begutachtung der Projektanträge durch zwei unabhängige Gutachter (sog. Peer-Review-Verfahren).

3.2 Ethikvotum und Registrierung

Die klinisch-psychologische Forschung sieht strenge ethische Richtlinien vor und schenkt damit dem Schutz von Studienteilnehmern allerhöchste Beachtung. Die Prüfung des ethisch-wissenschaftlichen Standards des Projekts erfolgte durch den Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Univ.-Prof. DDr. Ulrich Körtner¹¹. Das positive Ethikvotum erfolgte am 26.10.2011.

Außerdem wurde das Forschungsprojekt im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS)¹² eingetragen. Diese Vorgehensweise entspricht hohen wissenschaftlichen Standards und schafft ideale Rahmenbedingungen, die der Dringlichkeit und gesellschaftlichen Relevanz der im Folgenden dargestellten Inhalte Rechnung tragen.

4. Allgemeine Informationen

4.1 Projektorganisation und Ablauf für Studienteilnehmer

Aus Datenschutzgründen übernahm die UOA/UOK (Näheres zur UOA/UOK findet sich weiter unten) den Erstkontakt zu den Betroffenen, um über das Forschungsprojekt zu informieren: Die Betroffenen wurden per Post oder E-Mail über die Studie in Kenntnis gesetzt und zu einer Teilnahme angeregt. Dem Informationsschreiben der UOA/UOK war ein Brief der Projektleiterin beigelegt, in dem Sinn und Zweck der Studie sowie Ablauf und Teilnahmemöglichkeiten erläutert wurden. Per beigelegter Einverständniserklärung wurde den Betroffenen die Möglichkeit geboten, ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie abzugeben und im Zuge dessen auch dazu, dass ihre Kontaktdaten an das Forschungsteam weitergeleitet werden dürfen. Erst nach Einlangen dieser Einverständniserklärungen wurden dem Forschungsteam die Namen potentieller Studienteilnehmer bekannt gegeben. Die weitere Kommunikation und Organisation erfolgte von diesem Zeitpunkt an ausschließlich über das Projektteam.

¹¹ Link zur Homepage von Univ.-Prof. DDr. Ulrich Körtner:

<http://www.univie.ac.at/ierm/index.php?page=kortner-ulrich-o-univ--prof-dr>

¹² Weiterführender Link zur Registrierung der Studie bei DRKS: https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00003222

Die Studienteilnehmer konnten zwischen drei verschiedenen Teilnahmemöglichkeiten wählen (siehe Abbildung 2):

Passive Teilnahme:

1. TN¹³ stellt seine Daten (Dokumente, Clearingbericht), die der UOA vorliegen, dem Forschungsteam zur wissenschaftlichen Analyse und Auswertung zur Verfügung.

Aktive Teilnahme:

2. TN stellt seine Daten zur wissenschaftlichen Analyse (s.o.) zur Verfügung UND bearbeitet einen standardisierten Fragebogen (**aktiv 1**).
3. TN stellt seine Daten zur wissenschaftlichen Analyse zur Verfügung UND bearbeitet einen standardisierten Fragebogen UND führt ein sog. qualitatives Interview mit einem Mitarbeiter des Forschungsteams (**aktiv 2**).

	Daten	Fragebögen	Interview	Teilnahme
Daten				passiv
Fragebögen				aktiv 1
Interview				aktiv 2

Abbildung 2. Darstellung der Teilnahmemöglichkeiten

Detaillierte Informationen zu den Untersuchungsmethoden, den verwendeten Fragebögen und den Interviewinhalten sind den Kapiteln „Beschreibung der Fragebögen“ und „Beschreibung der Interviews“ zu entnehmen.

Die Fragebögen wurden den TN mit beigelegten Rücksendekuverts zugeschickt.

Alle TN hatten die Möglichkeit, das Forschungsteam bei Fragen, Problemen oder sonstigen Anregungen zu kontaktieren. Bei Bedarf wurde das Ausfüllen des Fragebogens telefonisch oder persönlich von den Psychologen des Teams begleitet.

Die Tiefeninterviews fanden nach Möglichkeit in der Nähe des Wohnortes der TN statt, in Ausnahmefällen bei den TN zu Hause. Die Durchführung der Interviews erfolgte durch die Psychologen des Forschungsteams. Diese Gespräche wurden mittels eines Audio-Gerätes aufgezeichnet. Die so gewonnenen Aufnahmen wurden anschließend transkribiert, anonymisiert und für das weitere Auswertungsprozedere aufbereitet. Die Originalaufnahmen werden nach erfolgter Auswertung und Dissemination unwiderruflich gelöscht.

Nach Studienabschluss erhalten alle aktiven TN eine Zusammenfassung der wichtigsten Studienergebnisse per E-Mail oder auf dem Postweg.

¹³ TN = Teilnehmer

4.2 Die Unabhängige Opferschutzanwaltschaft (UOA) und die Unabhängige Opferschutzkommission (UOK)

Da die UOA/UOK wichtige operative Partner für die Durchführung des Forschungsprojektes darstellen (s. Kontaktaufnahme/Durchführung) und ihre Arbeits- und Vorgehensweisen hinsichtlich der Aufarbeitung der Gewalterlebnisse Betroffener für das Verständnis des Forschungsprojekts essentiell sind, sollen diese Einrichtungen an dieser Stelle näher beschrieben werden.

Die UOA/UOK versteht sich als „Initiative gegen Missbrauch und Gewalt (UOA, 2010)“, die als zivilgesellschaftliche Einrichtung per definitionem frei und autonom agiert. Im März 2010 bat Kardinal Christoph Schönborn die ehemalige Frau Landeshauptmann der Steiermark – Waltraud Klasnic – den ein Gremium zur Aufarbeitung der Vorkommnisse zu Gewalt und sexuellem Missbrauch in der Katholischen Kirche einzurichten. Frau Klasnic entwickelte in der Folge die UOK und lud die Experten zur Mitarbeit ein. Diese Kommission, namentlich Unabhängige Opferschutzkommission (UOK), setzt sich aus Persönlichkeiten der Bereiche Recht, Psychologie, Psychiatrie, Sozialarbeit, Pädagogik und Publizistik zusammen und beschließt insbesondere finanzielle oder therapeutische Maßnahmen für jene Personen, die in ihrer Kindheit oder Jugend Opfer von Gewalt durch Kirchenmitarbeiter geworden sind. Diese Beschlüsse und Empfehlungen werden von der UOA in Zusammenarbeit mit der Stiftung Opferschutz eingeleitet respektive umgesetzt. „Ziel ist eine ehrliche, sensible und gründliche Aufarbeitung und damit eine präventive Wirkung. Insbesondere geht es um die Menschenwürde, um Offenheit und Wahrhaftigkeit (UOA, 2010)“.

Das Entschädigungsmodell

Das Entschädigungsmodell bemisst sich an der österreichischen Judikatur und setzt sich wie folgt zusammen. Gemessen an der Judikatur des OGH sind die Beträge relativ hoch angesetzt.

1. € 5.000,--
2. € 15.000,--
3. € 25.000,--
4. Darüber hinaus gehende Entschädigung in besonders extremen Einzelfällen

Die Kommission berücksichtigt als Entscheidungsgrundlage die Schwere, Dauer und Folgen der Übergriffe sowie das Alter. Die gesetzlichen Verjährungsfristen werden auf Wunsch der Kirche nicht beachtet. Detaillierte Informationen zu Aufbau und Arbeit der UOA/UOK können der Homepage der beiden Einrichtungen entnommen werden, unter: <http://www.opfer-schutz.at/>

Der Weg zur Kommission für Betroffene

Die UOA hat einen systematisierten Ablauf hinsichtlich der Vorgehensweise nach Erstmeldungen Betroffener entwickelt. Für den Großteil der Betroffenen war daher der Weg von der ersten Meldung der Gewalterlebnisse bei der UOA bis zur endgültigen Entscheidung und Rückmeldung durch die Kommission sehr ähnlich. Beispielhaft ist dieser Prozess wie folgt abgelaufen:

Nach dem Erstkontakt (brieflich, telefonisch, direktes Gespräch) stellte die UOA eine Liste bereit, aus der Betroffene einen klinischen Psychologen/Psychotherapeuten auswählen konnten. Es war auch die Möglichkeit gegeben, dass sich Betroffene einen Experten aus den Berufsgruppen Klinische Psychologie, Psychotherapie oder Psychiatrie ihres Vertrauens für den Clearingprozess suchten. Es bestand somit Wahlfreiheit. Mit diesem Experten wurde ein sogenannter Clearing-Prozess durchgeführt, der bis zu zehn Sitzungen in Anspruch nehmen konnte und unabhängig vom Ausgang des endgültigen Beschlusses finanziell vollständig von der UOA/UOK bzw. der Stiftung Opferschutz¹⁴

¹⁴ Die „Stiftung Opferschutz“ wurde von der Österreichischen Bischofskonferenz eingerichtet und hat die Aufgabe, die finanziellen Mittel für eine therapeutische und/oder finanzielle Unterstützung aufzubringen, die seitens der UOK beschlossen wurde. Diese Mittel werden der Österreichischen Bischofskonferenz zufolge nicht durch den „Kirchenbeitrag“ finanziert, sondern [...] beim Täter oder bei einer verantwortlichen Institution eingefordert (Österreichische Bischofskonferenz, 2010)“. Auch für Nachfragen bzw. Anfragen seitens der Opfer ist die Stiftung Opferschutz die Schnittstelle zu den Diözesen und Orden.

getragen wurde. Im Zuge des Clearingprozesses wurden Informationen zu Art und Ausmaß der Gewalterlebnisse sowie täterbezogene Daten (Name, Tatzeitraum bzw. -ort) erhoben. Bei Bedarf wurden auch klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Kurzinterventionen zur Stabilisierung durchgeführt. Die Betroffenen wurden über den Ablauf und die Verschwiegenheit der UOA/UOK hingewiesen. Sie erhielten die Liste der Clearing-Experten und wurden über die Wahlmöglichkeiten informiert. Des Weiteren wurde darüber informiert, dass die Betroffenen eigene Dokumente beibringen können. Ebenso wurde über die weitere Vorgangsweise entweder mündlich oder schriftlich informiert. Darüber hinaus wurde den Betroffenen anwaltliche Erstberatung angeboten. Dieser Ablauf wurde seitens der UOA/UOK entwickelt, da die anderen europäischen Aufarbeitungsgremien eine pauschalierte Vorgangsweise umsetzen.

Nach dem Abschluss der Clearingphase wurde von dem Psychologen/Psychotherapeuten ein klinisch-psychologischer Kurzbericht erstellt, der mit Zustimmung des Betroffenen an die UOA/UOK gesendet wurde. Dieser Bericht sowie sämtliche von den Betroffenen zur Verfügung gestellten Dokumente wurden in anonymisierter Form in einer der regelmäßig stattfindenden Sitzungen der Kommission zur Beurteilung vorgelegt, um eine möglichst unbeeinflusste und damit für alle Betroffenen gleiche Entscheidungsgrundlage zu schaffen.

Die Unabhängige Opferschutzkommission (UOK)

Die Kommission setzt sich aus Persönlichkeiten verschiedener Fachbereiche zusammen, die ihre kommissionsbezogenen Tätigkeiten ehrenamtlich verrichten. Die UOK tagt regelmäßig und entscheidet bei diesen Sitzungen anhand der anonymisierten Berichte über klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische und/oder finanzielle Hilfeleistungen. Die UOK berät darüber hinaus, wie es z. B. Gespräche zwischen Betroffenen und Tätern oder Entschuldigungen seitens der Einrichtungen, in denen Gewalt stattgefunden hat, geben soll (sofern dies von den Betroffenen gewünscht wird). Auch andere Wünsche Betroffener wurden umgesetzt.

Mitglieder der UOK (in alphabetischer Reihenfolge)

- Dr. Brigitte Bierlein (Vizepräsidentin des Verfassungsgerichtshofes)
- Dr. Hubert Feichtlbauer (Publizist, ehemaliger Vorsitzender der Plattform „Wir sind Kirche“)
- Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller (Psychiater und Neurologe)
- Hon.-Prof. Dr. Udo Jesionek (Präsident der größten Opferhilfsorganisation „Weißer Ring“)
- Mag. Ulla Konrad (Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen)
- Dr. Werner Leixnering (Leiter der Abteilung für Jugendpsychiatrie der Landes-Nervenklinik, Linz)
- Mag. Caroline List (Richterin am Oberlandesgericht Graz, Mitbegründerin des „Forums gegen Sexuellen Missbrauch“)
- Dr. Kurt Scholz (Langjähriger Präsident des Wiener Stadtschulrates, Restitutionsbeauftragter der Stadt Wien)

Der Beschluss der UOK wird an die Stiftung Opferschutz, die für die finanzielle Abwicklung verantwortlich zeichnet, weitergeleitet, und der Betroffene wird im Anschluss über den Beschluss informiert. Diese Prozesse sind in ihrer Dauer von Person zu Person sehr unterschiedlich, worauf im deskriptiven Teil des Berichts näher eingegangen wird.

Da die Tätigkeit der UOA/UOK als direkte Anlaufstelle zeitlich begrenzt war, wurden Betroffene seit Juni 2011 gebeten, sich direkt an die diözesanen Ombudsstellen der einzelnen Bundesländer zu wenden, die seither Erstkontakt und Erstgespräch übernehmen. Diese leiten – auf Wunsch der Betroffenen – die Unterlagen an die UOA/UOK weiter. Die UOA/UOK übernimmt darauf den Fall in der bisherigen Form zur Weiterbearbeitung.

5. Beschreibung der Fragebögen

In der klinisch-psychologischen Forschung wird eine sogenannte nomothetische Vorgehensweise angestrebt. Der Begriff „nomos“ (griech.) bedeutet „Gesetz“. Damit ist gemeint, dass die Wissenschaft nach allgemein gültigen Gesetzen sucht, um allgemein gültige Aussagen treffen zu können, also Aussagen, die auf möglichst viele Personen gleichermaßen zutreffen (Windelband, 1904). Dies wird durch standardisierte Fragebogenuntersuchungen erreicht, die in der klinisch-psychologischen Forschung state of the art sind. Ihre Entwicklung ist an hohe wissenschaftliche Standards und Qualitätskriterien geknüpft, wodurch eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit nationalen und internationalen Stichproben ermöglicht wird. Dadurch können universelle Aussagen getroffen werden, die auf die Gesamtpopulation generalisierbar sind. Im Allgemeinen spricht man bei dieser Vorgehensweise von quantitativer Forschung.

In der vorliegenden Studie sind folgende Instrumente zum Einsatz gekommen, die den TN als Fragebogenbatterie vorgegeben wurden.

1. **LOT-R** – Life Orientation Test: Optimismus und Pessimismus

Der „Life Orientation Test“ (LOT) dient der Erfassung des dispositionellen Optimismus. Dieses Instrument wurde ursprünglich von Scheier und Carver (1985) entwickelt, im Jahre 1994 von Scheier, Carver und Bridges überarbeitet und liegt nun in der revidierten Fassung als LOT-R vor. Die deutsche Übersetzung wurde von Glaesmer, Hoyer, Klotsche und Herzberg (2008) vorgenommen, die anhand der Daten von 4938 Personen psychometrische Kennwerte, Gütekriterien und Normwerte für beide Subskalen wie auch für die Gesamtskala vorlegen.

Das Konstrukt des „dispositionellen Optimismus“ wird von den Autoren Scheier und Carver „als Persönlichkeitsmerkmal verstanden, welches durch inhaltlich generalisierte und zeitlich stabile positive bzw. negative Ergebniserwartungen gekennzeichnet ist“ (Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008, S. 26). Eine optimistische oder pessimistische Einstellung zeigt sich demnach in der Erwartungshaltung ungewissen Situationen gegenüber.

Im Fragebogen wird der Proband aufgefordert anzugeben, inwieweit die persönliche Meinung mit zehn verschiedenen Aussagen übereinstimmt. Das fünf-kategorielle Antwortformat reicht von „trifft ausgesprochen zu“ bis zu „trifft überhaupt nicht zu“.

Ein positiv formuliertes Beispiel im Sinne des Optimismus lautet: „Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste“.

Eine Aussage der Pessimismus-Skala ist: „Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch“.

2. **CISS** - Coping Inventory for Stressful Situations: Stressbewältigung

Dieses Instrument wurde ursprünglich von Endler und Parker (1990) entwickelt und dient dazu, unterschiedliche Copingstile zur Bewältigung schwieriger und stressvoller Situationen zu differenzieren. Das ursprünglich englischsprachige Instrument besteht aus 48 Items¹⁵. In der vorliegenden Studie wurde die deutschsprachige Kurzform von Kälin (1995) eingesetzt. Diese 24-Item-Version liegt als Forschungsversion vor (d.h. es gibt derzeit noch keine Normierungsdaten). Vergleichsdaten existieren aufgrund des Einsatzes der Kurzform in verschiedenen Untersuchungen.

Der Fragebogen unterscheidet zwischen drei verschiedenen Coping-Strategien:

¹⁵ Als „Item“ oder „Testitem“ werden Fragen oder Aufgaben in psychologischen Testverfahren bezeichnet. In der bei der vorliegenden Studie eingesetzten Fragebogenbatterie kamen vor allem Items mit *Antwortvorgaben* zum Einsatz. Man spricht diesbezüglich von einem geschlossenen Antwortformat (Bortz, 2006).

1. Aufabenorientiertes Coping: Person stellt sich auftretenden Problemen und versucht diese aktiv zu lösen, z.B.: „Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe“.
2. Emotionsorientiertes Coping: Person stellt sich den eigentlichen Problemen nicht, die Aufmerksamkeit liegt verstärkt auf der Gefühlsebene, z.B.: „Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß, was ich machen soll.“
3. Vermeidungsorientiertes Coping: Person lenkt sich von dem Problem ab, z.B. „Ich mache einen Einkaufsbummel“.

Die Eingangsfrage des CISS lautet: „Was tun Sie typischerweise, wenn Sie in einer schwierigen, stressvollen oder ärgerlichen Situation sind?“ Den TN stehen für jedes der 24 Items je fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

Das ist für mich: „sehr untypisch“, „eher untypisch“, „teils-teils“, „eher typisch“, „sehr typisch“.

3. **DLE** – Disclosure of Loss Experience: Wirkung des Offenlegens traumatischer Erlebnisse

Unter dem englischen Begriff „Disclosure“ ist das *Offenlegen* von traumatischen Erlebnissen und damit im weiteren Sinne das Berichten über ebendiese zu verstehen (vgl. z.B. Omarzu, 2000; Ruggiero et al., 2004; Chaudoir & Fisher, 2010).

Der DLE stellt eine 12-Item-Kurzversion des sogenannten *Disclosure of Trauma Questionnaires* (DTQ, Müller, 2000) dar und erfasst die Einstellung zum *Offenlegen* traumatischer Erlebnisse. Das Original enthält 34 Items und deckt drei Bereiche ab, die für die Kurzversion adaptiert wurden:

- Verschwiegenheit: z.B. „Ich finde es schwer, mit jemandem über den Vorfall zu sprechen“
- Mitteilungsdrang: z.B. „Ich habe das Bedürfnis, sehr oft von dem Vorfall zu sprechen“
- emotionale Reaktion: z.B. „Nachdem ich jemandem von dem Vorfall erzählt habe, bin ich immer ganz erschöpft“

In der Instruktion wird der TN darum gebeten anzugeben, wie er es empfindet, anderen von Dingen zu berichten, die in Zusammenhang mit den eigenen Gewalt- bzw. Missbrauchserfahrungen stehen. Die Fragen können anhand einer sechsstufigen Likertskala beantwortet werden: „gar nicht“, „kaum“, „ein wenig“, „ziemlich“, „genau“, „ganz genau“.

4. **CD-Risc** – Connor Davidson Resilience Scale: Fragebogen zur Widerstandsfähigkeit/Resilienz

Die Connor Davidson Resilience Scale wurde im Jahre 2003 als Selbsteinschätzungsinstrument zur Messung der sogenannten Resilienz entwickelt. Unter Resilienz versteht man ganz allgemein die Fähigkeit, mit Stress-Situationen gut umgehen zu können. Damit ist gemeint, dass Menschen in Krisensituationen oder nach belastenden Ereignissen verschiedene Ressourcen aktivieren, die ihnen helfen, eine Krise weitgehend unbeschadet zu bewältigen (Connor & Davidson, 2003).

Die ursprüngliche Version der CD-Risc liegt als 25-Item-Variante vor. Für das Forschungsprojekt kam eine effizientere Kurzversion mit zehn Items zum Einsatz, die von Campbell-Sills und Stein (2007) erarbeitet wurde.

In der Instruktion werden die TN darum gebeten anzugeben, inwiefern sie mit zehn verschiedenen Aussagen übereinstimmen. Die Antwortmöglichkeiten lauten: „überhaupt nicht wahr“, „selten wahr“, „manchmal wahr“, „oft wahr“ und „fast immer wahr“. Beispielhaft für die zehn Aussagen sind die folgenden zwei Items:

- „Ich bin fähig mich anzupassen, wenn sich etwas verändert“
- „Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeinen Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein“

5. **PCL-C** – Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version: Checkliste zu posttraumatischer Symptomatik

Die PCL-C ist ein Selbsteinschätzungsinstrument zur Beurteilung einer derzeitigen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Sie beruht auf dem Kriterienkatalog des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung und wurde von Weathers und Kollegen (1993) entwickelt. Das Instrument erfragt die im DSM angeführten 17 Symptome einer PTBS aus den Kriterienbereichen: „Wiedererleben“, „Vermeidung“, „Abflachung der Reagibilität“ und „erhöhtes Arousal“. Die deutsche Übersetzung des Instruments wurde von Teegen (1997) vorgenommen.

In der Instruktion wird der TN darum gebeten, anhand einer Liste von Beschwerden und Problemen zu beurteilen, wie sehr diese Probleme im vergangenen Monat als störend empfunden wurden. Dabei kann zwischen fünf Antwortmöglichkeiten gewählt werden: „gar nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „äußerst“.

Drei Beispielitems lauten:

- „Wiederholte beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit“
- „Vermeiden, über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen, oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen“
- „Sich emotional taub fühlen, oder unfähig sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen“

6. **BSI** – Brief Symptom Inventory: Psychische Beschwerden

BSI ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erfassung psychischer Belastungen, das insgesamt 53 Fragen umfasst, die sich auf eine Reihe körperlicher und psychischer Symptome beziehen. Das Instrument wurde im Jahre 1983 von Derogatis und Milsaratos als Kurzform einer umfassenden Symptomcheckliste (SCL-90-R) entwickelt. Im BSI werden Symptome verschiedener psychischer Beschwerden erfragt, zum Beispiel Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten. Die deutsche Übersetzung stammt aus dem Jahr 2000 (Franke & Derogatis, 2000).

Die TN werden dazu aufgefordert, eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal auftreten können, nach ihrem Auftreten in den letzten sieben Tagen zu beurteilen. Dabei stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“.

Beispiele:

„Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...“

- Nervosität oder innerem Zittern
- Plötzlichem Erschrecken ohne Grund
- Einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft“

Die beiden folgenden Fragebögen wurden im Rahmen zweier Diplomarbeiten entwickelt, die in das Forschungsprojekt integriert waren:

7. **WSU** – Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei Betroffenen von Missbrauchs- und Gewalterlebnissen (Butollo, 2012)

Der Fragebogen wurde theoriegeleitet erstellt und fragt danach, ob sich von Missbrauch und Gewalt betroffene Personen gut unterstützt fühlen und fühlten. Die wahrgenommene soziale Unterstützung (WSU) wird in den Teildimensionen „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“ und „Soziale Integration“ erfragt.

Im Fragebogen werden Fragen zur WSU retrospektiv zu verschiedenen Zeitpunkten gestellt. Der erste Teil widmet sich der Zeit vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen, im zweiten Teil wird die soziale Unterstützung in den Wochen nach den Missbrauchs-/Gewalterfahrungen erfragt, und im dritten Teil des Fragebogens die WSU in der Gegenwart. Beispielsweise wird das Item „Es gibt/gab Menschen, denen ich vertrauen kann/konnte“ drei Mal zu den genannten Zeitpunkten gestellt.

Anschließend wird die Einstellung zur sozialen Unterstützung eruiert, beispielsweise mit der Frage: „Ich sehe nicht ein, warum ich anderen Menschen helfen soll“. Die vier genannten Teilbereiche werden mit Hilfe einer fünfstufigen Likertskala erfasst.

Der letzte Teil des Fragebogens dient dem Informationsgewinn darüber, wer in den Wochen nach den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen Beistand leistete. Personen im familiären Kreis sowie Personen institutioneller Einrichtungen können hierbei angegeben werden. Zusätzlich wird Raum für eigene Angaben gegeben.

8. Fragebogen zu „Disclosure“ (Moy, 2012)

Der Begriff der „Disclosure“ wurde bereits bei der Vorstellung des DLE eingeführt (siehe DLE – Disclosure of Loss Experience).

Der neu entwickelte, an einer Studentenstichprobe (N=105) validierte, aus 35 Items bestehende Fragebogen gliedert sich in sechs Teile:

- (1) Die Verzögerung der ersten *Disclosure* ist in Tagen, Monaten und Jahren zu beantworten.
- (2) Aus einer Liste von 14 Möglichkeiten und einer offenen Antwortmöglichkeit kann gewählt werden, welcher informellen oder formellen Vertrauensperson sich der TN als erstes anvertraute.
- (3) Fragen zur Erfassung der wahrgenommenen unmittelbaren sozialen Reaktion der Vertrauensperson orientieren sich am sogenannten *Social Reactions Questionnaire* (SRQ, Ullman, 2000). Das Original umfasst 48 Items, von denen acht für den Fragebogen zur Disclosure verwendet wurden: So werden positive soziale Reaktionen mit drei und negative soziale Reaktionen mit fünf Items erfasst. Ein Beispiel für positive soziale Reaktionen lautet: „Sie hat mir durch Zuhören und Trösten geholfen“; ein Beispiel für negative soziale Reaktionen: „Sie hat mir das Gefühl gegeben, dass ich Schuld sei.“
- (4) und (5) Gründe für Reden und Schweigen wurden anhand einer Literaturrecherche zusammengetragen und umfassen die Themenbereiche intraindividuelle, interindividuelle und gesundheitsbezogene Gründe für Reden (9 Items) sowie Ängste und täterbezogene Gründe für Schweigen (11 Items) (Beispiel: „Ich hatte Angst, dass man mich ausgrenzt“).
- (6) Der Fragebogen schließt mit zwei Fragen zur Wirkung der Medien.

Die Items für soziale Reaktionen, Gründe für Reden und Schweigen sowie Medien sind auf einer fünfkategoriellen Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft sehr zu“ zu beantworten und schließen mit der Zusatzkategorie „andere Gründe“, die ein offenes Antwortformat bietet.

6. Beschreibung der Interviews

Auf die Vorteile quantitativer Forschung wurde im vorangegangenen Abschnitt eingegangen. Dieser Forschungsansatz hat jedoch gewisse Grenzen. Studienteilnehmer merken diese zum Beispiel, wenn sie bei einem vorgegebenen Antwortformat keine für sie zutreffende Antwort auswählen können. Manche Themen sind anhand von Fragebogenuntersuchungen nicht zufriedenstellend explorierbar, vor allem dann, wenn Hypothesen erst entwickelt werden müssen und nicht bereits vorab bestehen. In diesen Fällen bietet die qualitative Forschung verschiedene Methoden, die diesen Anforderungen besser entsprechen. Im Rahmen des Forschungsprojekts sind daher sogenannte Leitfadeninterviews zum Einsatz gekommen.

Das Leitfadeninterview

Dabei handelt es sich nach Bortz und Döring (2006) um die gebräuchlichste Form qualitativer Befragungstechniken. Die Themen sind dabei bereits vorgegeben und werden in sogenannte Haupt- und Detailfragen untergliedert, wobei genug Raum für neue Fragestellungen gelassen wird. In der Auswertung der Interviews ergeben sich durch das offene Fragenformat oft Möglichkeiten, neue Themen herauszufiltern (Bortz & Döring, 2006).

Die Themen

Die Interviewthemen können grob in zwei Themenblöcke unterteilt werden: Zum einen lag das Interesse in klinisch-psychologischen Fragestellungen zu den Auswirkungen der erlebten Gewalt und den subjektiv wahrgenommenen bzw. realen Veränderungen, die die Erfahrungen möglicherweise in der eigenen Biografie bewirkt haben. Die Auswirkungen beziehen sich dabei zum Beispiel auf das psychische Erleben, kognitive Verarbeitungsmuster oder allgemeine psychosoziale Faktoren. Da es sich bei den Tätern um Vertreter der Katholischen Kirche handelt, stehen auch die möglicherweise bestehenden Einflüsse auf das aktuelle religiös-spirituelle Erleben der Betroffenen im Zentrum des Interesses.

Klinisch-psychologische Themen:

- Scham- und Schuldgefühle
- Rache
- Traumatischer Bruch
- Psychisches Erleben

Zum anderen waren die kommissionelle Arbeit und die Wahrnehmung der UOA/UOK durch die Betroffenen von großem Belang. Die umschriebenen Einrichtungen zeigen starkes Interesse an der Optimierung und Weiterentwicklung des bestehenden Angebots. Daher wurden im Rahmen des Forschungsprojekts einerseits entsprechende Rückmeldungen an die UOA/UOK gegeben. Darauf aufbauend wurden allgemeine Richtlinien für die Etablierung ähnlicher kommissioneller Einrichtungen entwickelt (s. Kapitel „Empfehlungen“).

Kommissionelle Aufarbeitung:

- Ablauf, Dauer
- Betreuung
- Wünsche, Erwartungen
- Vernetzung
- Ideale Kommission

FORSCHUNGSPROJEKT

TEIL III

Ergebnisse

Ergebnisse

Im vorigen Kapitel wurde das Studiendesign (Abbildung 2, S. 19) näher beschrieben und zwischen passiver und aktiver Studienteilnahme unterschieden. Das folgende Ablaufdiagramm (Abbildung 3) zeigt die Phasen der Datenerhebung und die jeweilige Teilnehmeranzahl in den verschiedenen Untersuchungsstadien auf einen Blick. Es lässt sich ablesen, dass insgesamt 448 Datensätze (passive Teilnahme) in die statistische Analyse einfließen.

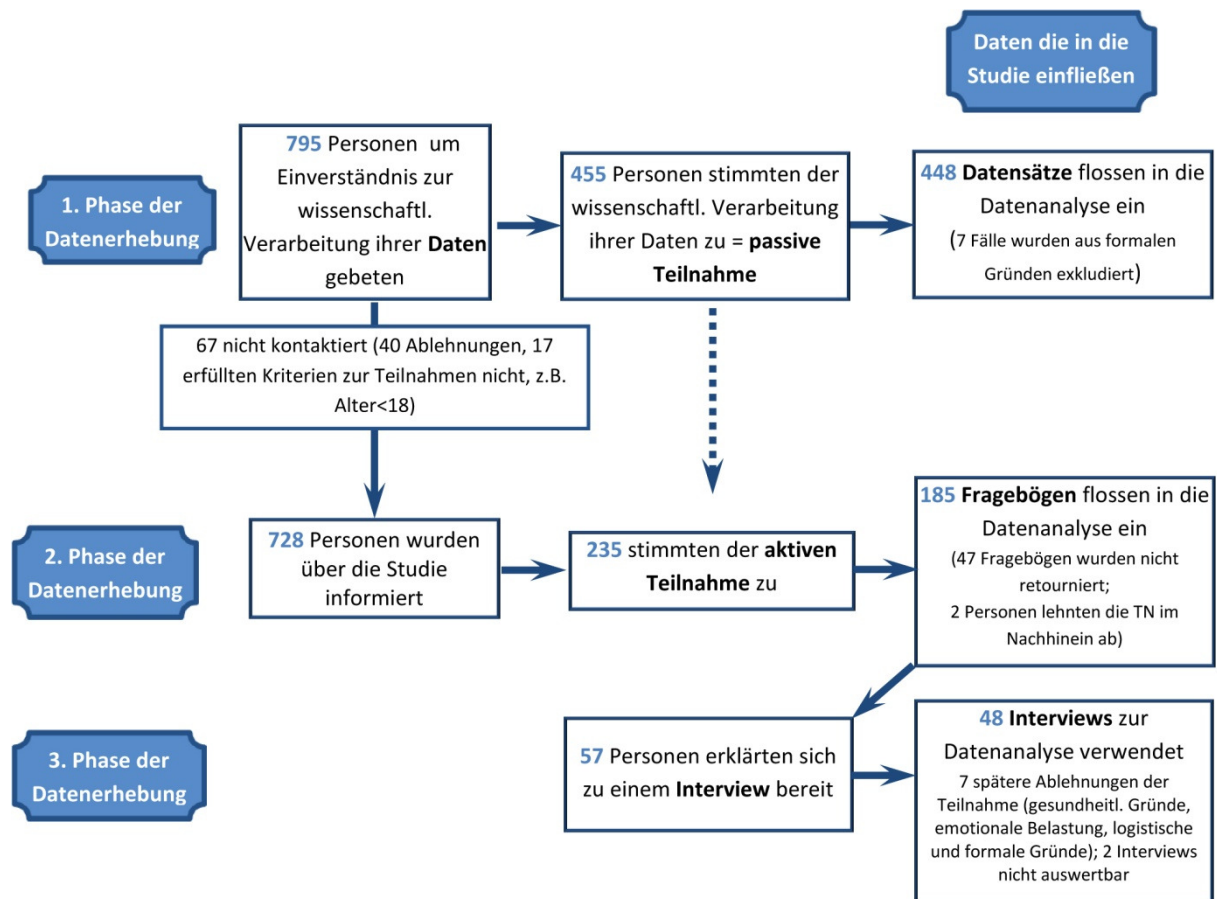


Abbildung 3. Ablaufdiagramm

Davon haben 185 Studienteilnehmer aktiv an der Fragebogenuntersuchung (aktive Teilnahme 1) teilgenommen, und von diesen Personen haben 48 ein Tiefeninterview (aktive Teilnahme 2) gegeben. Die nun folgenden Ergebnisse beruhen auf diesen unterschiedlichen Erhebungsebenen, sie basieren einerseits auf Daten aus den Clearingberichten, andererseits aus solchen aus der Erhebung mittels Fragebogen. Insbesondere die Clearingberichte sind von unterschiedlicher Ausführlichkeit gekennzeichnet, sie beinhalten die von klinischen Psychologen erhobenen Fakten zu den erlittenen Gewalttaten sowie deren Auswirkungen. Dabei wurde nicht einheitlich vorgegangen. In Bezug auf die von den Betroffenen genannten Taten, die Orte der Taten und die Täter erfolgte durch die UOK eine Plausibilitätsprüfung. Da nur Clearingberichte von bereits entschädigten Betroffenen oder Betroffenen, deren Fall bereits überprüft, aber noch nicht abgeschlossen wurde, in die Studie eingingen, kann

davon ausgegangen werden, dass die berichteten Taten, Orte und Täter plausibel sind. Auch die psychologischen Auswirkungen sind von den Clearing-Psychologen hin auf ihre Plausibilität in Zusammenhang mit den erlittenen Taten abgeklärt worden. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Informationen aus den Clearingberichten der 448 passiven Studienteilnehmer plausibel sind und der Zusammenhang zwischen traumatischem Erleben und psychologischen Konsequenzen gegeben ist. Einschränkend muss trotzdem erwähnt werden, dass keine Begutachtungen im Sinne einer Zusammenhangsüberprüfung vorliegen. Die Ergebnisse treffen ausschließlich eine Aussage über jene Personen, die sich bei der UOK gemeldet haben, und geben die Inhalte wider, die die Betroffenen in den Clearinggesprächen anführten. Es ist anzunehmen, dass nicht alle betroffenen Personen in diesen Gesprächen alle Erlebnisse vorbrachten, da dies Personen in den Interviews mehrfach anführten. Die Gründe dafür sind vielfältig: Missverständnisse zum Clearingprozess, emotionale Überforderung durch den Clearingprozess, erneutes Aufkeimen von Angst, falls der Täter von der Aussage erführe u.a.m. Es gibt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Dunkelziffer bezogen auf jene Personengruppe, die sich nicht gemeldet hat. Die Gründe für ein Nicht-Melden sind unbekannt, dennoch wird an dieser Stelle auf stete Zweifel an der Unabhängigkeit der Kommission verwiesen, die möglicherweise betroffene Personen davon abhielt, bei der UOK vorstellig zu werden. Optimierungsvorschläge zu Clearing und Kontakt und Kommunikation mit der UOK werden in Kapitel IV gemacht.

Im Folgenden werden Ergebnisse zu den Studienteilnehmern (soziodemographische Daten), den Taten, Orten und Tätern sowie den damit verbundenen Folgen, wie sie in den Clearingberichten angeführt wurden, dargestellt. Weitere Ergebnisse beziehen sich auf die Fragebogenerhebung, die die psychischen Konsequenzen des Erlittenen für die Gesamtstichprobe beleuchten, die in Folge aber auch den geschlechtsspezifischen Aspekt mitberücksichtigen.

Insgesamt sind Datensätze von 448 Studienteilnehmern in die statistische Analyse (185 bei der Fragebogenuntersuchung) eingeflossen, bei Vorhandensein von Missing Data (MD) ist die entsprechende Anzahl gesondert in der jeweiligen Tabelle angegeben. Die deskriptivstatistische Darstellung von Häufigkeiten erfolgt mittels Angabe von absoluten wie auch relativen Häufigkeiten (Prozentangabe), diejenige von kontinuierlichen Daten mittels Angabe von Mittelwert und Standardabweichung. Inferenzstatistisch wurden der Chi²-Test nach Pearson für Häufigkeitsvergleiche sowie der t-Test für Mittelwertvergleiche herangezogen. Als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ festgelegt, p-Werte kleiner 0,10 werden als Tendenz zur Signifikanz interpretiert.

1. Soziodemographische Charakteristika der Untersuchungstichprobe

1.1 Geschlecht

Die Aufteilung nach Geschlecht ergibt, dass 339 Männer (75,7%) und 109 Frauen (24,3%) an der Studie teilgenommen haben. Im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung zeigt sich eine deutliche Abweichung (siehe Tabelle 3). Der Anteil männlicher Studienteilnehmer liegt deutlich über jenem der Frauen, was jedoch der Geschlechterverteilung der Meldungen bei der UOK entspricht.

1.2 Alter bei Erhebung

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe liegt bei 55,09 Jahren ($SD^{16}=10,50$). Die männlichen Studienteilnehmer sind mit durchschnittlich 54,97 Jahren ($SD=10,90$) etwas jünger als die weiblichen Studienteilnehmerinnen, deren durchschnittliches Alter 56,03 Jahre ($SD=9,13$) beträgt. Hinsichtlich des Alters gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen ($p^{17}=0,243$). Aus der Fragebogenuntersuchung ging hervor, dass insgesamt 88 Teilnehmer (47,6%) zum Zeitpunkt der Erhebung bereits im Ruhestand waren. Von 68 Personen lagen dazu detailliertere Informationen vor, 39 (57,4%) davon gaben an, die reguläre Alterspension angetreten zu haben, die restlichen 29 (42,6%) hingegen bezogen Früh- bzw. Invaliditätspension.

1.3 Familienstand

Die Mehrheit (59,0%) der Teilnehmer ist verheiratet (36,2%) bzw. in Partnerschaft lebend (22,8%). Verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend sind mehr Männer als Frauen. Ledig sind 17,3% der Stichprobe, die Frauen haben in dieser Gruppe einen vergleichsweise höheren Anteil (19,3%). Dies trifft ebenfalls für die Gruppe der Geschiedenen zu, 28,4% der Frauen im Vergleich zu 18,1% der Männer sind geschieden, ebenso sind mehr Frauen als Männer verwitwet (5,7% im Vergleich zu 2,2%; siehe Tabelle 1). Im soziodemographischen Vergleich mit der österreichischen Bevölkerung zeigen sich ähnliche Verteilungen bezüglich der familiären Verhältnisse (siehe Tabelle 3).

Tabelle 1
Familienstand

	gesamt	männlich	weiblich	<i>p</i>
ledig	62 (17,3%)	45 (16,6%)	17 (19,3%)	0,045
Partnerschaft	82 (22,9%)	68 (25,1%)	14 (15,9%)	
verheiratet	130 (36,2%)	103 (38,0%)	27 (30,7%)	
verwitwet	11 (3,0%)	6 (2,2%)	5 (5,7%)	
geschieden	74 (20,6%)	49 (18,1%)	25 (28,4%)	

Anmerkungen. MD = 89.

1.4 Höchste abgeschlossene Ausbildung

Bezüglich des Ausbildungsstatus der Teilnehmer zeigt sich geschlechtsspezifisch ein tendenziell signifikantes Ergebnis. Lediglich 11 Personen (3,6%) haben keine Ausbildung abgeschlossen, 38 (12,3%) haben die Pflichtschule absolviert. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen (9,7% versus 20,8%), d.h. jede fünfte Frau und jeder zehnte Mann unter den Teilnehmern hat Pflichtschulabschluss. Nahezu jeder zweite Teilnehmer weist einen Lehrabschluss

¹⁶ SD = Standardabweichung (= Maß für die Streubreite der Werte eines Merkmals rund um dessen Mittelwert (arithmetisches Mittel), also die durchschnittliche Entfernung aller gemessenen Ausprägungen eines Merkmals vom Durchschnitt)

¹⁷ Statistische Signifikanz, p-Wert

Die statistische Signifikanz (p-Wert) sagt aus, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass der gemessene Unterschied dem Zufall entspringt. $p < 0,05$ bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit kleiner als 5% ist, dass der gemessene Unterschied zwischen den zwei Vergleichsgruppen nur auf Zufall beruht. Die statistische Signifikanz ist von der Größe der untersuchten Population abhängig. Wenn die Population genügend groß ist, erlangen schon kleine Unterschiede zwischen zwei Gruppen statistische Signifikanz. Der p-Wert ist ein rein statistischer Ausdruck und sagt nichts aus über die klinische Relevanz des Ergebnisses.

bzw. Abschluss einer berufsbildenden Schule auf. Die Relation zwischen Männern und Frauen ist hier in etwa vergleichbar. Jeder fünfte Mann bzw. jede fünfte Frau hat die Matura abgelegt, jeder fünfte Mann, aber nur jede zehnte Frau hat einen Hochschulabschluss (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2
Ausbildungsstatus

	gesamt	männlich	weiblich	<i>p</i>
keine	11 (3,6%)	8 (3,4%)	3 (4,2%)	0,087
Pflichtschule	38 (12,3%)	23 (9,7%)	15 (20,8%)	
Lehre, BMS	142 (46,1%)	112 (47,5%)	30 (41,7%)	
Matura	64 (20,8%)	48 (20,3%)	16 (22,2%)	
Hochschule	53 (17,2%)	45 (19,1%)	8 (11,1%)	

Anmerkungen. MD = 140.

Im soziodemographischen Vergleich mit der altersgemachten österreichischen Bevölkerung zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede. Die untersuchte Stichprobe zeigt vergleichsweise höhere Quoten beim Matura- und Hochschulabschluss, während Pflichtschul- und Lehrabschluss unterrepräsentiert sind. Die Vergleichsdaten legen also nahe, dass die untersuchte Population einen höheren Bildungsstand als die Gesamtbevölkerung aufweist (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3
Vergleich Stichprobe und Allgemeinbevölkerung

Variable	n	%	Allgemeinbevölkerung (%) ^a
Geschlecht	448		
m	339	75,7	49,38
w	109	24,3	50,62
Bildung	308		
keine, Pflicht	49	15,9	23,4
Lehre, BMS	142	46,1	54,6
Matura (AHS, BHS)	64	20,8	10,2
Hochschulabschluss	53	17,2	11,7

Familienstand	359		
Ledig	62	17,3	13,9
Verheiratet (+Partnerschaft)	212	59,1	68,4
verwitwet	11	3,0	4,0
geschieden	74	20,6	13,4

Anmerkungen. ^a Anteil in der österreichischen Allgemeinbevölkerung bei vergleichbarer Altersgruppe (Statistik Austria, 2012a, 2012b, 2012c).

2. Charakteristika des Verfahrens

2.1 Verteilung der Studienteilnehmer nach Bundesland

Die Zuordnung der Studienteilnehmer zu den Bundesländern erfolgte auf Basis der berichteten Taten. Die angeführten Zahlen beziehen sich also nicht auf den Wohnort der Betroffenen, sondern auf den bzw. die genannten Tatorte. Die Verteilung nach den Bundesländern entspricht ziemlich genau jener Zuordnung, die die UOK in Zwischenbericht vom April 2012 präsentiert hat. Die anteilmäßige Verteilung der Studienteilnehmer ist der Rangreihung nach Bundesländern jener der UOK vom April 2012 entsprechend, es gibt keine nennenswerten Abweichungen (siehe Abbildung 4).

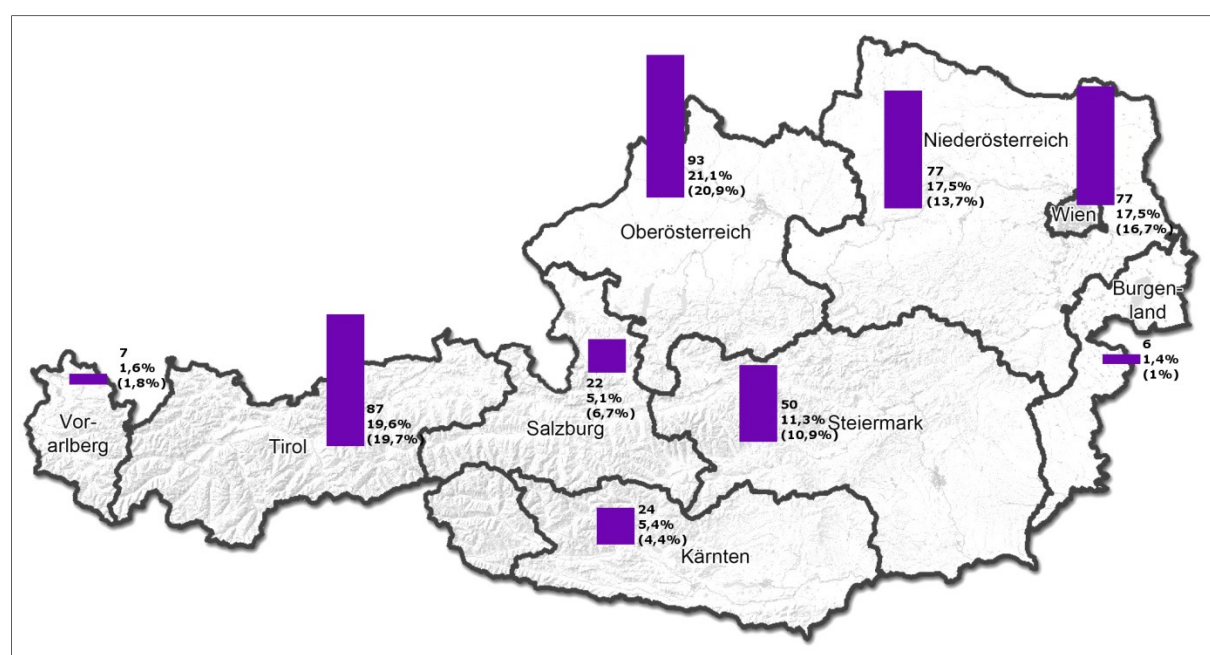


Abbildung 4. Verteilung der Studienteilnehmer nach Bundesland (in Klammer jeweils die entsprechenden Angaben der Gesamtverteilung der UOK, Stand April 2012)

2.2 Dauer des Verfahrens

Im Durchschnitt betrug die zeitliche Ausdehnung von der Kontaktaufnahme mit der UOK/UOA bis zur Entscheidung und Rückmeldung des Ergebnisses 11,93 Monate (SD=4,79). Die kürzeste Zeit zwischen Erstkontakt und Rückmeldung war zwei Monate, die längste 27 Monate. Die Dauer des Bearbeitungsprozesses konnte nur in 395 Dokumenten ermittelt werden, bei rund 100 Dokumenten waren keine Fristen ersichtlich bzw. war der Entscheidungsprozess noch nicht abgeschlossen.

2.3 Finanzielle Unterstützung

Von 165 Personen war zum Zeitpunkt der Datenerfassung die Höhe der finanziellen Unterstützung bekannt. In den Beschlüssen der UOK wurde zusätzlich zur Klinisch-psychologische Behandlung/Psychotherapie in unterschiedlichen Stundenkontingenten zuerkannt. Die finanzielle Bewertung erfolgte durch das Forschungsteam mit € 90,--/Stunde. Dies entspricht einem österreichischen Durchschnittswert (Auskunft Berufsverband österreichischer PsychologInnen). Männer erhielten von der UOK eine durchschnittliche finanzielle Entschädigung von € 12.736,-- sowie Klinisch-psychologische Behandlung/Psychotherapie im Umfang von € 2.895,--. Frauen wurden mit durchschnittlich € 12.873,-- entschädigt und erhielten Klinisch-psychologische Behandlung/Psychotherapie im Wert von € 3.467,--. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4
finanzielle Unterstützung (in Euro)

	männlich	weiblich	<i>p</i>
Finanzielle Unterstützung	12.736 (6.932)	12.873 (9.050)	0,921
Aufwand für Therapie	2.895 (2.365)	3.467 (2.960)	0,220
Summe	15.631 (8.003)	16.340 (10.738)	0,660

3. Geschlechtsspezifische Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung

An der Fragebogenerhebung nahmen insgesamt 185 Personen teil (141 Männer (76,2%), 44 Frauen (23,8%). Im Vergleich zu den Non-Respondern (jener Gruppe, die ihre Erlaubnis zur Dokumentenauswertung gab, aber an der Fragebogenuntersuchung nicht teilnahm) zeigte die Responder-Gruppe kaum Abweichungen bezüglich der soziodemographischen Charakteristika, lediglich der Familienstand unterschied sich in beiden Gruppen leicht (siehe Anhang).

Die Ergebnisse aus den validierten Fragebögen werden in der Folge je nach Erhebungsinstrument dargestellt.

3.1 Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)

Die PCL-C ist in der psychotraumatologischen Forschung ein international weit verbreitetes Screening-Instrument zur Erstellung einer Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach dem Diagnoseschlüssel DSM-IV-TR. Für die Diagnose PTBS sind aus unterschiedlichen Symptomgruppen unterschiedliche Symptomanzahlen erforderlich.

Die Symptomgruppe B besteht aus Intrusionen/Wiedererleben, belastenden Träumen bzw. Alpträumen, Flashbacks, Belastung durch symbolisierende Auslöser sowie physiologische Reaktionen bei Erinnerung an das auslösende Ereignis. Für die Diagnose einer PTBS ist ein Symptom aus dieser Symptomgruppe erforderlich.

Die Symptomgruppe C umfasst diverse Symptome zur Gedanken- und Gefühlsvermeidung sowie zur Aktivitäts- und Situationsvermeidung. Es sind mindestens drei Symptome für eine Diagnose erforderlich.

Die Symptomgruppe D umfasst (Teil-)Amnesien, Interessenverminderung, Entfremdungsgefühle, eingeschränkter Affektspielraum sowie das Gefühl, eine eingeschränkte Zukunft zu haben, und Scham- und Schuldgefühle. Es sind zumindest zwei Symptome für eine Diagnose erforderlich.

90 von 185 Teilnehmern, d.s. 48,9%, weisen eine PTBS-Diagnose nach DSM-IV-TR auf. Von den 44 teilnehmenden Frauen sind etwa zwei Drittel betroffen, von den 141 Männern knapp die Hälfte. 152 Personen (82,6%) leiden unter wiederkehrenden Erinnerungen, Alpträumen oder Flashbacks und reagieren auf Erinnerungen physiologisch. Zwischen Männern und Frauen zeigt sich in dieser Kategorie kein Unterschied. 110 Personen (59,8%) versuchen Gefühle, Gedanken, Aktivitäten oder Situationen zu meiden, die mit der ursprünglichen Gewaltanwendung in Zusammenhang stehen kann, 70,5% aller Frauen im Vergleich zu 56,4% der Männer leiden unter einem dieser Symptome. Dies ist ein tendenziell signifikanter Unterschied. 112 Personen (60,2%) weisen ein Symptom der Gruppe D auf, wiederum deutlich mehr Frauen (63,6%) als Männer (44,3%; siehe Tabelle 5).

Tabelle 5
PCL - C

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
PTSD Kriterium B (1+)	152 (82,6%)	113 (80,7%)	39 (88,6%)	0,227
PTSD Kriterium C (3+)	110 (59,8%)	79 (56,4%)	31 (70,5%)	0,098
PTSD Kriterium D (2+)	112 (60,2%)	79 (56,4%)	33 (75,0%)	0,028
PTSD-Diagnose	90 (48,9%)	62 (44,3%)	28 (63,6%)	0,025

3.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory ist ein international häufig verwendetes Verfahren, um das Ausmaß psychischen Leids in den letzten sieben Tagen zu messen. Es umfasst neun Subskalen sowie einen Gesamtwert.

Die Skala „Somatisierung“ umfasst Symptome des körperlichen Befindens, die Skala „Zwanghaftigkeit“ bezieht sich auf Zwangsgedanken bzw. Zwangshandlungen, die Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ beinhaltet Symptome der zwischenmenschlichen Einschränkungen“. Die Skala „Depressivität“ erhebt die depressive Symptomatik, die Skala „Ängstlichkeit“ beschreibt das Ausmaß der Angst, „Aggressivität/Feindseligkeit“ erhebt die Aggressionsbereitschaft. „Phobische Angst“ misst situationsgebundene Angstsymptome, „Paranoides Denken“ umfasst Gefühle des Verfolgtwerdens, und die Skala „Psychotizismus“ erhebt Symptome des psychotischen Formenkreises. GSI ist ein Gesamtwert über alle Items hinweg. Die vorliegenden Ergebnisse sind in sogenannten T-Werten abgebildet. T-Werte sind auf einen Mittelwert von 50 (SD=10) genormt, T-Werte zwischen 40 und 60 gelten dementsprechend als normal. Laut Manual werden T-Werte ab 63 als auffällig bezeichnet, Tabelle 6 zeigt im Geschlechtervergleich dementsprechend den Prozentsatz der Studienteilnehmer, die in der jeweiligen Skala den Cut-off-Wert übertroffen haben. Insgesamt gesehen zeigen diese Resultate ein beträchtliches Ausmaß an psychischem Leid in der erhobenen Stichprobe auf, in keiner einzigen Skala des Fragebogens unterschreitet der Prozentsatz der auffälligen Probanden die 50%-Marke. Besonders hoch ist die Quote der Auffälligen in den Skalen „Paranoides Denken“, „Depressivität“ und „Somatisierung“. Geschlechtsspezifisch höhere Quoten und damit eine signifikant höhere Belastung zeigen Frauen in den Bereichen „Depressivität“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“ und im Gesamtwert.

Tabelle 6
BSI-Subskalen

	gesamt n (%)	männlich n (%)	weiblich n (%)	<i>p</i>
BSI1 Somatisierung	116 (63,0%)	87 (62,1%)	29 (65,9%)	0,652
BSI2 Zwanghaftigkeit	102 (55,4%)	74 (52,9%)	28 (63,6%)	0,210
BSI3 Unsicherheit im Sozialkontakt	113 (61,1%)	84 (59,6%)	29 (65,9%)	0,452
BSI4 Depressivität	119 (64,7%)	85 (60,3%)	34 (79,1%)	0,024
BSI5 Ängstlichkeit	108 (59,0%)	79 (56,4%)	29 (67,4%)	0,199
BSI6 Aggressivität/Feindseligkeit	108 (59,0%)	83 (59,3%)	25 (58,1%)	0,894
BSI7 Phobische Angst	98 (53,3%)	67 (47,9%)	31 (70,5%)	0,009
BSI8 Paranoides Denken	131 (70,8%)	92 (65,2%)	39 (88,6%)	0,003
BSI9 Psychotizismus	106 (57,9%)	71 (50,7%)	35 (81,4%)	<0,001
BSI GSI	131 (71,6%)	95 (67,9%)	36 (83,7%)	0,044

Anmerkungen. Prozentangaben beziehen sich auf den relativen Anteil derer, die Werte höher als Cut-off von $T \geq 63$ aufweisen.

3.3 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Männer und Frauen unterscheiden sich in der Subskala Vermeidungsorientiertes Coping, wenn es um den Aspekt der sozialen Ablenkung geht, signifikant voneinander, wobei Frauen stärker zu dieser Form tendieren. Ähnlich verhält es sich, wenn es um emotionsorientiertes Coping geht, wobei hier der p-Wert knapp die Signifikanzgrenze verfehlt. Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hingegen finden sich in den beiden anderen Subskalen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7
CISS-Subskalen (Coping)

	gesamt m (SD)	männlich m (SD)	weiblich m (SD)	<i>p</i>
Aufgabenorientiert	19,95 (6,55)	19,94 (6,57)	19,98 (6,57)	0,976
Emotionsorientiert	16,53 (6,57)	16,07 (6,84)	18,00 (5,42)	0,060
Vermeidungsorient. – Zerstreuung	6,64 (4,20)	6,37 (4,08)	7,51 (4,50)	0,121
Vermeidungsorient. – Soziale Ablenkung	5,61 (3,81)	5,28 (3,70)	6,67 (3,99)	0,036

3.4 Disclosure of Loss Experience (DLE)

Geschlechtsspezifisch konnten bezüglich Sprechen über bzw. Schweigen über die traumatischen Erlebnisse keine Unterschiede gefunden werden, wohl aber bei den mit diesen Erlebnissen verbundenen Emotionen, Frauen zeigen diesbezüglich signifikant höhere Belastungsscores (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8
DLE-Subskalen (Disclosure)

	gesamt m (SD)	männlich m (SD)	weiblich m (SD)	<i>p</i>
Reden	8,43 (4,66)	8,27 (4,52)	8,93 (5,10)	0,410
Schweigen	9,16 (5,84)	8,86 (5,93)	10,11 (5,51)	0,214
Emotion	12,38 (6,12)	11,76 (6,22)	14,34 (5,38)	0,009

3.5 Connor Davidson Resilience Scale (CD-Risc) und Life Orientation Test (LOT-R)

Im Ausmaß an Resilienz und im mit dem LOT-R erhobenen Pessimismus-Wert konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen gefunden werden, im Optimismus-Wert hingegen schon: Männer wiesen ein signifikant höheres Maß an Optimismus auf (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9
Schutzfaktoren (Resilienz, Optimismus)

	gesamt m (SD)	männlich m (SD)	weiblich m (SD)	<i>p</i>
CD-Risc gesamt	23,13 (8,90)	23,68 (8,75)	21,39 (9,26)	0,137
LOT-R Optimismus T-Wert	44,47 (9,76)	45,36 (10,07)	41,61 (8,14)	0,014
LOT-R Pessimismus T-Wert	49,06 (10,09)	48,47 (9,95)	50,95 (10,44)	0,154

4. Beschreibung der Ergebnisse zu „Tätern und Tatorten“¹⁸

4.1 „Täter“

Vorweg gilt folgende Hinweis: Bei allen folgenden Zahlen zu den Beschuldigten, ist immer und unbedingt zu beachten dass diese erstens *auf den Angaben der Betroffenen* beruhen, und zweitens nie als absolute Werte interpretiert werden dürfen! Bedingt durch Erinnerungslücken oder Verzerrungen, wie sie für Traumatisierte typisch sind, fanden sich bei vielen Personen Unschärfen in der Nennung der Beschuldigtenanzahl. Weiters muss davon ausgegangen werden, dass es Täter gibt, die von denselben Personen genannt wurden (beispielsweise von Betroffenen, die in derselben Einrichtung lebten). Daher kann keine Aussage über die Gesamtzahl der involvierten Täter (und ihre Funktionen) gemacht werden. Interpretationen wie „138 Täter hatten das Amt eines Diözesanpriesters inne“ oder „Drei Täter waren weibliche Ordensobere“ (siehe Tabelle 10) dürfen auf keinen Fall getätigt werden, sie wäre schlichtweg falsch und würde nicht auf den empirisch ermittelten Daten dieser Untersuchung basieren. Eine erlaubte Interpretation wäre diese: „Die Betroffenen berichteten 138 Mal von einem Täter, der das Amt eines Diözesanpriesters inne hatten“ oder eben „Drei Betroffene berichteten von einer Täterin, die eine weibliche Ordensobere war“. Diese Aussage lässt zu, dass dieselben Täter von mehreren Betroffenen genannt wurden (beispielsweise dieselbe weibliche Ordensobere von drei unterschiedlichen Betroffenen). Dennoch liefern die folgenden Angaben interessante Aussagen über Relationen von Tätergeschlecht und Täterfunktion.

In den Clearingberichten wurden insgesamt 670 Einzelpersonen beschuldigt, 77% davon waren Männer. 670 Beschuldigte konnten den jeweiligen Gewalthandlungen eindeutig zugeordnet werden, bei weiteren 203 Personen konnte die tatsächliche Anzahl an Beschuldigten nicht eindeutig eruiert werden. Das ergibt sich aufgrund einer Kombinationen aus Einzel- bzw. Gruppentaten. Bei diesen

¹⁸ Die Begriffe „Täter“, „Tat“, „Tatort“ werden nicht im juristischen Sinne einer gerichtlichen Verurteilung verwendet, vielmehr beziehen sie sich auf die von den Betroffenen verwendete Bezeichnung

Personen wurden zumindest zwei Beschuldigte genannt (sie hatten entweder zwei oder mehrere Täter).

Pro Betroffenen wurden mitunter mehrere Einzelpersonen beschuldigt: 164 betroffene Personen berichteten von einem Einzeltäter, 50 von zwei Einzeltätern, 24 von drei Einzeltätern, vier von vier Einzeltätern und drei von fünf Einzeltätern. Wieder ist bei 203 Personen nicht genau zu eruieren, wie viele Täter es gab, aber es ist von mindestens zwei Beschuldigten pro Betroffenen auszugehen.

In den meisten Clearingberichten wurde auch die Funktion des bzw. der Beschuldigten angegeben, bei 63 Nennungen (9,4%) fehlt diese Information. Unter „nicht klerikal“ wurden jene Personen zugeordnet, die im Dienste der Kirche tätig waren, aber kein kirchliches Amt innehatten. Versucht man diese Tabelle nach dem Merkmal „Nähe zu Kindern“ zu verstehen, so zeigt sich, dass direkte Aufsicht, Betreuung und Umgang mit den Kindern offensichtlich so etwas wie „Gelegenheiten“ für Gewalt und sexuellen Missbrauch geschaffen haben. Weiter distante Funktionsträger im Rahmen der Katholischen Kirche wurden dementsprechend weniger genannt, wohl auch weil sie insgesamt weniger und wohl auch weniger intensive Kontakte mit den Kindern bzw. Jugendlichen hatten.

Noch einmal soll auf die oben genannte Warnung hingewiesen werden: Es ist sehr wahrscheinlich, dass es zu Überlappungen bei den Tätern kommt, da derselbe Täter mit entsprechendem Amt von mehreren Personen genannt worden sein kann.

Tabelle 10
Kirchenämter der Beschuldigten

	n	%
Diözesanpriester	138	20,6
Männliche Ordensangehörige	218	32,5
Weibliche Ordensangehörige	117	17,5
Männliche Ordensobere	7	1,0
Weibliche Ordensobere	3	0,5
Sonstige	16	2,4
Laienpersonal (keine klerikalen Funktionsträger)	108	16,1
Information fehlt	63	9,4
Gesamt	670	100,0

Freilich kann in der Tat- und Täterzuordnung die Erinnerung an die Funktionen/Ämter der Beschuldigten etwas unscharf sein. Zum einen nannten nicht alle Betroffenen mit allen Taten verbundene Täter, weil sie das belastende Erinnern überschwemmte, zum anderen sind die Gewalt- und Missbrauchstaten im Durchschnitt vor 45 Jahren begangen worden, wodurch das Erinnerungsvermögen im Detail beeinträchtigt sein kann. Auch psychotraumatologische Reaktionen bzw. Symptome können die Unschärfen mitverantworten, da durch die Traumatisierung das deklarative Gedächtnis beeinträchtigt wird (Brewin, 2000).

4.2 Einrichtungen und Orte

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Einrichtungen bzw. Orte, an denen die von den Opfern angegebenen Taten stattgefunden haben.

Tabelle 11

Einrichtungen/Orte, an denen Gewalt stattgefunden hat

	n	%
Heime	352	39,6
Internat	269	30,3
Schule	90	10,1
Pfarrräume, Kirche	100	11,2
Jugendgruppe	18	2,0
Priesterseminar	6	0,7
Kloster	9	1,0
private Räumlichkeiten	10	1,1
mehrere	13	1,5
Sonstige	22	2,5

Mehr als ein Drittel der in den Clearingberichten angeführten Taten fanden in Heimen statt, etwas unter einem Drittel in Internaten¹⁹. In Räumen der Pfarre erlitt ein Zehntel der Studienteilnehmer Gewaltausübungen bzw. wurden sie dort missbraucht. 10,1% der Taten wurden in katholischen Schuleinrichtungen ausgeübt. Auch hier finden sich Unschärfen in der Zuordnung, da bei den Clusterings den Begriffen der Betroffenen, die in den Clearingberichten verwendet wurden, gefolgt wurde.

4.3 Informationsquellen zu den berichteten Gewaltausübungen

Die Unterlagen, aus denen die Informationen zu den hier analysierten und berichteten Taten extrahiert wurden, waren vielfältig, gemeinsam war allen, dass diese Unterlagen in den

¹⁹ Internate verfolgen durch die Integration des Schulbetriebes andere Ziele als Heime.

Dokumentationsmappen der UOK zu den Opfern gesammelt vorlagen. Die Summe der in Tabelle 12 angegebenen Quellen ergibt nicht 100%, da pro Opfer eine unterschiedliche Kombination aus mehreren Arten von Informationsquellen möglich war.

Tabelle 12
Informationsquellen

	Ja n (%)	Nein n (%)
Clearingbericht	288 (86,6)	60 (13,4)
Bericht von Ombudsstelle	110 (24,6)	338 (75,4)
persönlicher Bericht ²⁰ per Mail	109 (24,3)	339 (75,7)
persönlicher Bericht per Brief	67 (15,0)	381 (85,0)
persönlicher Bericht telefonisch (Gesprächsprotokoll)	16 (3,6)	432 (96,4)
Polizeibericht/Anzeige	11 (2,5)	437 (97,5)
UOK Dokumentationsblatt	57 (12,7)	391 (87,3)

Anmerkungen. Gesamtstichprobe: N=448.

Die meisten Nennungen (86,6%) wurden aus den Clearingberichten heraus dokumentiert, zusätzliche Informationen wurden aus Berichten von Ombudsstellen, E-Mails oder Briefen sowie Gesprächsprotokollen nach Telefonaten, Polizeiberichten oder aus den Dokumentationsblättern der UOK gefiltert. Die Betroffenen stellten zur Dokumentation ihres Leidens vielfältige Dokumente zur Verfügung, die in dieser Studie ausgewertet wurden. Bei 60 Personen lag kein Clearingbericht vor. Hier wurden die oben angeführten Dokumente bzw. Informationsquellen für die Dokumentation herangezogen (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13
*Informationsquellen für Personen ohne
Clearingbericht*

	Ja n (%)	Nein n (%)
Bericht von Ombudsstelle	41 (68,3)	19 (31,7)
persönlicher Bericht per Mail	19 (31,7)	41 (68,3)
persönlicher Bericht per Brief	16 (26,7)	44 (73,3)
persönlicher Bericht telefonisch (Gesprächsprotokoll)	3 (5,0)	57 (95,0)

²⁰ Persönliche Berichte ergingen entweder an die UOA, an die gesamte Kommission oder an einzelne Mitglieder der Kommission

Polizeibericht/Anzeige	4 (6,7)	56 (93,3)
UOK Dokumentationsblatt	7 (11,7)	53 (88,3)

Anmerkungen. N = 60.

5. Analyse der berichteten Gewaltanwendungen

In einem ersten Schritt wurden die Taten²¹ aus den Clearingberichten extrahiert und in eine Datenbank übertragen. Je betroffener Person wurden die Taten übertragen, ebenso wurden Orte, Typen von Beschuldigten (Beruf im kirchlichen Kontext), Anzahl der Beschuldigten und Anzahl der Taten eingetragen. Die erlittenen Gewaltanwendungen wurden in drei Kategorien mit einer unterschiedlichen Anzahl an Untergruppen, den sogenannten Clustern, zusammengefasst. Diese Cluster wurden aus der Datenbank, die mit den Details der Clearingberichte gefüllt wurde, erstellt. Die Einteilung der Gewaltarten in die Cluster erfolgte in Zweiertteams von Ratern, die jeweilige Zuordnung einer Tat erfolgte jeweils im Konsens. Es gibt drei unterschiedliche Kategorien: körperlich, sexuell und psychisch (WHO, 2003). Die statistische Berechnung folgt einer international üblichen Vorgangsweise, die z.B. bei der Studie über die Opfer der Katholischen Kirche in Irland angewandt wurde (Carr et al., 2010) und auch in amerikanischen Studien zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (Cloitre, 2009). Je betroffener Person wurden die Arten von Gewalttaten addiert, d.h. die körperliche Gewaltanwendung, auch wenn sie mehrfach erlitten wurde, durch z.B. wiederholtes Geschlagen werden mit einem Gegenstand, wurde mit einem Punkt gewertet. Hat die gleiche Person zusätzliche eine sexuelle Gewaltanwendung erlitten, z.B. durch orale Manipulation, so kommt ein weiterer Punkt hinzu. Gab es bei der gleichen Person auch eine psychische Gewaltanwendung, indem der Person z.B. die Briefe ihrer Eltern vorenthalten wurden, sie also isoliert wurde, so hat die Person insgesamt drei Punkte im Bereich der Gewaltanwendung erlitten. Die weiter unten angeführten Ergebnisse (siehe Tabelle 21) summieren die Gewaltanwendungen über die 448 Studienteilnehmer auf und versuchen so ein Bild der multiplen Gewaltanwendungen nachzuvollziehen. Freilich bleiben bei dieser Art der Auswertung die Dauer sowie die Wiederholungen außen vor, auch die „Qualität der erlittenen Gewalt“ kann nicht zur Gänze in die statistischen Berechnungen einfließen. Da es für das Forschungsteam unmöglich war, die Gewalttaten zu bewerten, d.h. einen Maßstab zu entwickeln, welche Tat schlimmer ist als eine andere Tat, wurde diese addierende Vorgangsweise gewählt. Hier wurde demnach „nur“ errechnet, wie viele unterschiedliche körperliche, sexuelle und/oder psychische Gewaltanwendungen von den Studienteilnehmern genannt wurden.

5.1 Körperliche Gewalt

Aus der Gesamtbeschreibung aller körperlichen Gewalttaten konnten insgesamt 13 verschiedene Cluster extrahiert werden. Die angeführten Beispiele geben einen Einblick in die Vielfalt der Gewalttaten, sind jedoch hier nicht vollständig, sondern nur exemplarisch angeführt (siehe Abbildung 5).

Körperliche Gewalt		
Cluster-Nr.	Beschreibung	Beispiele aus den Clearingberichten
1	Verletzungsfolgen im Zuge	An Ohren und Haaren gezogen werden, bis

²¹ Abermals wird darauf hingewiesen, dass die Begriff „Tat“ und „Täter“ nicht im juristischen Sinne verwendet werden.

	körperlicher Gewalt (Ausnahme: siehe Cluster 9!)	man blutet; Schläge mit Stock und Lineal, die zu Blutergüssen führten; geprügelt werden bis zur Bewusstlosigkeit; Verbrennung mit Zigarette auf immer gleicher Hautstelle
2	Prügel/Schläge mit Gegenständen	Schläge mit Stock; Schlagen mit Schlauch; Abendliche Exekutionen mit massiven Schlägen mit dem Teppichklopfer; Schläge mit Lineal; mit Kopf gegen Kasten geschlagen; gegen eine Wand gestoßen werden
3	Schläge; Ohrfeigen; Tritte	Schläge; Tritte; Mitschüler mussten den Betroffenen schlagen; Ohrfeige; Watschenplattler; heftige Schläge ins Gesicht; Kopfnüsse
4	körperliche Gewalt (Vorgängercluster ausgenommen)	Am Kragen packen; an den Haaren ziehen; an Ohren ziehen; Stöße, um B. in „gewünschte“ Positionen für sex. Missbrauch zu zwingen; Festhalten (ins Bett drücken); Brennesseln pflücken ohne Handschuhe/in Brennesseln gestoßen werden
5	Nahrung (Essen/Trinken)	kein Essen als Strafe; Erbrochenes essen; Zwang, Speisen zu essen, vor denen man sich ekelt; nichts trinken dürfen
6	Toilette	Toilettenverbot ab 19:00 Uhr; durfte nur 3x täglich aufs WC (mit nur 3 Blatt WC-Papier)
7	Wasser	Seife in den Mund stecken, kaltes Abduschen; eiskalte Dusche; Untertauchen in kaltem Wasser; Kopf in gefülltes Waschbecken tauchen
8	Ausharren (Stehen, Knien); (wenn in der NACHT, dann 11)	Bücher auf ausgestreckten Armen tragen; stundenlang knien vor Kreuzifix; auf der Fensterbank stehen; Holzscheitknien
9	Turnübungen als Disziplinierungsmaßnahme	Kniebeugen bis zum Zusammenbruch; Turnübungen; lange Spaziergänge bei extremer Kälte; Muskelriss nach stundenlangem Laufen müssen
10	Bewegungsfreiheit einschränken	fesseln; in Zwangsjacke gesteckt werden; in eine Kiste eingesperrt werden
11	Schlafentzug	Nachts am Gang stundenlang stehen und Turnübungen machen; nachts stundenlang in der Kälte stehen; nur mit Nachthemd bekleidet am kalten Gang stehen/knien

12	Bestrafen von Einnässen/Einkoten/ Menstruation	schmutzige Unterhose in Mund gestopft bekommen; mit kaltem Wasser in Keller abgeduscht, als Strafe für Bettnässen
13	Sonstige (zu keinem anderen Cluster zuordenbar; nicht eindeutig bzw. zu allgemein formuliert)	schwarze Pädagogik; Kinderarbeit; körperliche Gewalt; Gewalttätigkeit

Abbildung 5. Clusterbildung körperlicher Gewalttaten

5.1.1 Rangreihung der Häufigkeiten der Cluster Gewalt physisch

Tabelle 14 zeigt, in absteigender Reihenfolge ihrer Häufigkeiten, die Ergebnisse der Angaben der Studienteilnehmer an körperlicher Gewalt insgesamt sowie im geschlechtsspezifischen Vergleich.

Tabelle 14
Gewalt körperlich

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	p
Cluster3	212 (47,3%)	165 (48,7%)	47 (43,1%)	0,312
Cluster2	138 (30,8%)	109 (32,2%)	29 (26,6%)	0,275
Cluster8	104 (23,2%)	64 (18,9%)	40 (36,7%)	<0,001
Cluster1	99 (22,1%)	77 (22,7%)	22 (20,2%)	0,580
Cluster5	94 (21,0%)	55 (16,2%)	39 (35,8%)	<0,001
Cluster4	84 (18,8%)	59 (17,4%)	25 (22,9%)	0,198
Cluster13	60 (13,4%)	34 (10,0%)	26 (23,9%)	<0,001
Cluster7	44 (9,8%)	28 (8,3%)	16 (14,7%)	0,050
Cluster12	27 (6,0%)	22 (6,5%)	5 (4,6%)	0,468
Cluster11	22 (4,9%)	19 (5,6%)	3 (2,8%)	0,231
Cluster6	17 (3,8%)	11 (3,2%)	6 (5,5%)	0,264
Cluster9	15 (3,3%)	10 (2,9%)	5 (4,6%)	0,375
Cluster10	15 (3,3%)	6 (1,8%)	9 (8,3%)	0,003

212 Personen, nahezu jede zweite Person, wurden geschlagen, getreten, stark verprügelt. 138 Personen oder 30,8% der Studienteilnehmer wurden mit Gegenständen geschlagen und verprügelt. Fast ein Viertel (104 Personen) musste stundenlang ausharren, etwa in kniender Position oder stehend auf einer Fensterbank. In diesem Cluster gibt es einen signifikanten Unterschied zu

Ungunsten der Frauen, sie waren davon stärker betroffen. 99 Personen wurden so geschlagen, dass sie davon Verletzungen erlitten, 94 Personen mussten z.B. Erbrochenes essen oder bekamen zur Strafe kein Essen oder durften nichts trinken, auch hier gibt es zu Ungunsten der Frauen einen signifikanten Unterschied. 84 Personen waren Gewaltanwendungen ausgesetzt, wie etwa an den Haaren gezogen werden, sie wurden in eine bestimmte Position gedrückt, um sexuelle Handlungen zu ermöglichen, oder mussten Brennesseln ohne Handschuhe pflücken. Bei 60 Personen konnten die Taten aufgrund einer abstrahierenden Beschreibung in den Clearingberichten nicht zugeordnet werden. Diese Beschreibungen lauten „schwarze Pädagogik, Kinderarbeit oder Erleiden von Gewalttätigkeiten“. Frauen waren von dieser Art der Taten deutlich mehr betroffen. 44 Personen, davon wieder deutlich mehr Frauen, erlitten Gewalt, bei der Wasser eine Rolle spielte, z.B. kaltes Abduschen oder Seife in den Mund gesteckt bekommen. Bei 27 Personen konnte den Clearingberichten entnommen werden, dass sie für Einnässen bzw. Einkoten bestraft wurden. 22 Personen wurden mit Schlafentzug „behandelt“, und 17 Personen berichteten ihren Clearingpsychologen, dass sie z.B. Toilettenverbot ab einer gewissen Tageszeit hatten. Die ausgewiesenen signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind jeweils zu Ungunsten der Frauen, d.h. im Bereich der körperlichen Gewalttaten sind Frauen deutlich stärker betroffen als Männer.

5.1.2 Häufigkeiten der Summen der Cluster Gewalt körperlich

Von den 448 Studienteilnehmern waren 142, also etwa ein Drittel, von körperlicher Gewalt nicht betroffen. Taten im Rahmen eines bis zu drei verschiedenen Clustern gaben etwa 45% an, Taten im Bereich von vier bis sechs verschiedenen Clustern weitere ca. 25%, Taten aus mehr als sieben unterschiedlichen Clustern wurden lediglich von Einzelpersonen angegeben. Geschlechtsspezifisch lässt sich vermerken, dass Männer prozentuell in den niedrigeren Clustersummen stärker vertreten waren, Frauen hingegen in den höheren Clustersummen, d.h. dass bei Frauen die körperlichen Gewalttaten deutlich stärker gestreut waren (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15
Summen der Cluster Gewalt körperlich

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
0	142 (31,7%)	107 (31,6%)	35 (32,1%)	<0,001
1	60 (13,4%)	47 (13,9%)	13 (11,9%)	
2	74 (16,5%)	64 (18,9%)	10 (9,2%)	
3	60 (13,4%)	51 (15,0%)	9 (8,3%)	
4	51 (11,4%)	35 (10,3%)	16 (14,7%)	
5	38 (8,5%)	25 (7,4%)	13 (11,9%)	
6	16 (3,6%)	6 (1,8%)	10 (9,2%)	
7	4 (0,9%)	3 (0,9%)	1 (0,9%)	
8	2 (0,4%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	
9	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	

5.2 Sexuelle Gewalt

Bezüglich sexueller Gewalt²² ließen sich insgesamt zehn verschiedene Cluster extrahieren, die in Abbildung 6 beispielhaft dargestellt sind.

Sexuelle Gewalt		
Cluster-Nr.	Beschreibung	Beispiele aus den Clearingberichten
1	mehrere Täter bei Vergewaltigung, Penetration	Gleichzeitige Vergewaltigung durch mehrere Täter
2	Penetration, Vergewaltigung, Vergewaltigungsversuch	anale Vergewaltigung; vaginale Vergewaltigung; schmerzhafte, brutale Einführung des Fingers in Anus
3	orale sexuelle Handlungen	Oralverkehr; Berührung der Genitalien mit Händen und Zunge
4	Masturbation, Onanie, Ejakulation, manuelle Befriedigung, Befriedigung bis zum Orgasmus	Masturbation des Penis des Betroffenen oder des Täters; Zwang, den Täter manuell zu befriedigen; Täter onaniert Penis des Betroffenen
5	Berührungen im Intimbereich, Manipulation, Reiben, Streicheln, Betasten	Reiben des Glieds an der Klitoris der Betroffenen; Reiben der Hoden des Betroffenen; unter Zwang mit Glied des Betroffenen spielen; Berühren, Massieren des Intimbereichs; Eincremen am ganzen Körper; Kopf in Schoß legen müssen; Berührung von Bauch und Betasten des Genitalbereichs; Spiele und Berührungen am Oberkörper; Streicheln des ganzen Körpers; Täter zieht Hände der Betroffenen in seinen Schoß; B. muss auf Schoß des Täters sitzen und spürt dessen Erektion
6	Berührungen (ausgenommen Intimbereich)	Streicheln; Täter legt sich auf ihn; auf den Schoß nehmen; Austausch von Zärtlichkeit
7	Küssen	Küsse; Zungenküsse; Versuch, Betroffenen zu küssen
8	Sexuell „übergriffig“ und nackt sein müssen (Vorgängercluster ausgenommen); KEINE Berührung	Gespräche über Sexualität; Anweisungen, wie Geschlechtsteile gewaschen werden sollen; Betroffener muss sexuelle Übergriffe beichten; muss Pornofilm anschauen; sich nackt fotografieren lassen müssen, sich nackt

²² Sexuelle Gewalt wird für den Begriff „Missbrauch“ verwendet, siehe auch Definition der WHO

		ausziehen müssen; sich nackt zeigen müssen
9	Brutalität, Schmerzen zufügen, sadistische Handlungen mit sexuellem Inhalt	Brennnesseln auf Intimbereich; mit Rute auf erigierten Penis geschlagen; übers Knie legen und sexuelle motivierte Schläge auf das Gesäß
10	Sonstiges (Taten ungenau, nicht eindeutig zuordenbar)	Zwang zu sexuellen Handlungen mit unbekanntem Personen; rektales Fiebermessen; sexuelle Nötigung; unter die Kutte nehmen

Abbildung 6. Clusterbildung der sexuellen Gewalttaten

5.2.1 Rangreihung der Häufigkeiten der Cluster Gewalt sexuell

In Tabelle 16 sind die Häufigkeiten der einzelnen Cluster wiederum in absteigender Reihenfolge sowohl global als auch geschlechtsspezifisch gelistet.

Tabelle 16

Gewalt sexuell

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	p
Cluster5	186 (41,4%)	153 (45,1%)	33 (30,3%)	0,006
Cluster4	127 (28,3%)	112 (33,0%)	15 (13,8%)	<0,001
Cluster2	77 (17,2%)	60 (17,7%)	17 (15,6%)	0,613
Cluster8	76 (17,0%)	65 (19,2%)	11 (10,1%)	0,028
Cluster3	75 (16,7%)	65 (19,2%)	10 (9,2%)	0,015
Cluster6	59 (13,2%)	48 (14,2%)	11 (10,1%)	0,275
Cluster10	49 (10,9%)	44 (13,0%)	5 (4,6%)	0,015
Cluster7	45 (10,0%)	37 (10,9%)	8 (7,3%)	0,280
Cluster1	8 (1,8%)	6 (1,8%)	2 (1,8%)	1,000
Cluster9	7 (1,6%)	6 (1,8%)	1 (0,9%)	1,000

186 Personen (41,4%) waren Berührungen im Intimbereich ausgesetzt, in Relation zu Frauen waren hier die Männer signifikant häufiger betroffen. 127 Personen (28,3%) erlebten sexuelle Gewaltanwendungen wie z.B. Masturbation, Onanie, manuelle Befriedigung bis zum Orgasmus oder das Reiben des Gliedes des Täters bis zum Orgasmus des Täters. Auch hier waren Männer signifikant häufiger betroffen. 77 Personen (17,2%) wurden von Einzeltätern vergewaltigt, hier zeigt sich kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Sexuellen Übergriffen waren 76 Personen (17,0%) ausgesetzt, hier wieder deutlich mehr Männer als Frauen. Orale sexuelle Handlungen mussten 75

Personen (16,7%) erdulden, auch davon waren Männer stärker betroffen. Berührungen, abgesehen vom Intimbereich, gaben 59 Personen (13,2%) zu Protokoll. Sogenannte sonstige sexuelle Gewaltanwendungen (abstrahierte Beschreibungen in den Clearingberichten oder sexuelle Gewaltanwendungen, die keinem Cluster zuordenbar waren) erlitten 49 Personen (10,9%), hier wiederum deutlich mehr Männer als Frauen. Küssen gegen den Willen der Betroffenen war für 45 Personen (10%) eine Gewaltanwendung. Acht Personen wurden von mehreren Tätern vergewaltigt, in diesem Cluster gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen. Sieben Personen erlitten sadistische Gewaltanwendung sexuellen Inhalts, auch hier findet sich kein Geschlechtsunterschied. Insgesamt waren Männer von den sexuellen Gewaltanwendungen deutlich stärker betroffen, sie waren den sexuellen Handlungen der Täter signifikant häufiger in den unterschiedlichsten Formen ausgesetzt. Lediglich in fünf von zehn verschiedenen Clustern konnten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden werden.

5.2.2 Häufigkeiten der Summen der Cluster Gewalt sexuell

Von den 448 Studienteilnehmern waren 140, also wiederum etwa ein knappes Drittel, von sexuellen Gewalttaten nicht betroffen. Etwa jeder fünfte Befragte erlitt sexuelle Gewalttaten, die einem bestimmten Cluster zuordenbar waren, fast die Hälfte der Teilnehmer (218 Personen) jedoch gab sexuelle Gewalttaten zu Protokoll, die zwei bis vier unterschiedlichen Clustern entsprangen, Taten aus mehr als fünf unterschiedlichen Clustern wurden wiederum lediglich von Einzelpersonen angegeben. Geschlechtsspezifisch lässt sich bei dieser Form von Gewalt anmerken, dass jede zweite Frau von sexueller Gewalt verschont blieb, was bei Männern aber nur bei einem von vier der Fall war. Weiters waren Männer prozentuell in den höheren Clustersummen deutlich stärker vertreten, d.h. dass bei Männern die sexuellen Gewalttaten deutlich stärker gestreut waren (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17
Summen der Cluster Gewalt sexuell

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
0	140 (31,3%)	88 (26,0%)	52 (47,7%)	0,001
1	85 (19,0%)	65 (19,2%)	20 (18,3%)	
2	96 (21,4%)	75 (22,1%)	21 (19,3%)	
3	83 (18,5%)	70 (20,6%)	13 (11,9%)	
4	39 (8,7%)	36 (10,6%)	3 (2,8%)	
5	3 (0,7%)	3 (0,9%)	0 (0,0%)	
6	2 (0,4%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	

5.3 Psychische Gewalt

Die Angaben zu psychischer Gewalt konnten zu insgesamt elf verschiedenen Clustern zusammengefasst werden (siehe Abbildung 7).

Psychische Gewalt		
Cluster-Nr.	Beschreibung	Beispiele aus den Clearingberichten
1	Isolation, Abschirmung von Außenwelt (durch Institution); (ausgenommen „Einsperren“=> Cluster 8)	Isolation von anderen Zöglingen; Heimfahrverbot an Wochenenden; Päckchen von Mutter wurde unter Kindern verteilt; Verschweigen von familiären Ereignissen, die dadurch versäumt wurden; Briefzensur; Trennung von Geschwistern; Redeverbot
2	Angst-, Hilflosigkeitsgefühle (und ähnliche Gefühle)	Angst; Ekelgefühle; Klima der Angst; menschenwürdeverletzende Terrorherrschaft; Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht durch Unberechenbarkeit des Täters; Willkürliche körperliche Gewalt; Willkür; Schuldgefühle
3	Ausnützen des Abhängigkeits-/Hierarchieverhältnisses; Vertrauen ausnützen	Täter hat sich als Vertrauensperson angeboten; Täter nützte Vertrauen aus; Ausnutzung eines Autoritätsverhältnisses durch Täter
4	psychische Gewalt in Zusammenhang mit sexueller Gewalt (bzw. mit sexuellem Inhalt)	Zwang, sich auf den Schoß zu setzen; Unkeuschheit als großes Thema durch Täter angesprochen, traumatisierend; Täter hat ihn an anderen Mann „weitergereicht“; hatte ihm gesagt, dass es keine Sünde sei; Zwang, sexuelle Handlungen zu verschweigen; Liebeserklärungen und Kosenamen; Zwang, Liebesgeheimnis zu wahren
5	Zeuge, Mitwisser sein, beobachten	Beobachten einer Tat; Wissen über weitere Misshandlungen von Mitschülern; Beiwohnen der Strafe „vogelfrei“, bei der andere Mitschüler einen Schüler züchtigen mussten
6	Demütigungen, Beschimpfungen, Schikanen, Strafen, ungleiche/ungerechte Behandlung, Mobbing	Demütigungen; Schimpfen; ständiges Schreien; Anschreien; Abwertungen und ständige Beobachtung durch Täter; demütigende Unterwäschekontrolle vor allen Anwesenden; Mobbing; als „Hure“ bezeichnet werden; Bloßstellung als Bettnässer
7	Drohungen, Einschüchterung, Beschwichtigung,	Angstmachen/Drohen; Drohungen, niemandem etwas davon zu erzählen; Bedrohung mit Rasierklinge; Androhung von Prügeln, wenn

	Verharmlosung, Vertuschung	schimmelige Speise nicht gegessen wird; Druck auf B., dürfe nichts über Verarztungen sagen; ungleiche Behandlung, schlechte Noten, Strafen, Schikanen als Folge des Entziehens von den Übergriffen; Falsche Beschuldigungen; sadistische Sanktionen (z.B. bei Kastenkontrolle wurde alles auf den Boden geworfen)
8	Einsperren	Einsperren
9	Verfolgen, Kontrolle (Betroffener kann sich nicht entziehen)	Verfolgen; Überwachung; ständiges Aufsuchen der Eltern (zu Hause besuchen); ausgeliefert sein
10	Eindeutig klerikaler Bezug; Ausnützen der klerikalen Position; klerikale Begründung von Gewalt	Drohungen mit Gottesstrafe; Manipulation durch vermeintlich klerikales Wissen (Sünde, Seele retten etc.); vor und nach Prügeln endlos langen Rosenkranz beten; Ausnutzen von Informationen, die unter Beichtgeheimnis standen
11	Sonstiges	Mittags zwei Stunden im Bett liegen; Gute-Nacht-Geschichte von blutigen Szenen; konnte mit niemandem über Vorfall sprechen; B. wurde bevorzugt; Betroffener berichtet von Missbrauch durch Mitschüler, wird dafür geschlagen, nichts wird getan, um Missbrauch zu stoppen

Abbildung 7. Clusterbildung psychischer Gewalttaten

5.3.1 Rangreihung der Häufigkeiten der Cluster Gewalt psychisch

Tabelle 18 zeigt die Häufigkeiten der einzelnen Cluster wiederum in absteigender Reihenfolge sowohl global als auch geschlechtsspezifisch gelistet.

186 (41,5%) mussten Demütigungen, Beschimpfungen, Schikanen sowie ungerechte Behandlungen erdulden. Dies gilt tendenziell häufiger für Frauen. Isoliert von der Außenwelt bzw. dem Elternhaus wurden 108 Personen (24,1%), Frauen waren davon stärker betroffen. In ebenfalls 108 Clearingberichten sind sogenannten sonstige psychische Taten beschrieben, die aufgrund ihrer Einzigartigkeit oder abstrahierten Beschreibung keinem Cluster zuordenbar waren. 106 Personen (23,0%) wurden bedroht, eingeschüchtert, beschwichtigt, sie erlebten Verharmlosungen bzw. Vertuschungen. 103 Personen berichteten von einem Klima der Angst, in dem sie der Willkür der Täter ausgeliefert waren und sich hilflos fühlten, das sind 23,0% der Studienteilnehmer. 70 Menschen (15,6%) erlebten einen eindeutig klerikalen Bezug, wenn ihnen beispielsweise gedroht wurde, bzw. erfolgte die Gewaltanwendung mit eindeutigen klerikalen Argumenten wie etwa Versündigung. Bei diesen genannten Gewaltformen gibt es keine Geschlechtsunterschiede. Eingesperrt wurden 64 Personen (14,3%), eindeutig mehr Frauen als Männer. 63 (14,1%) wurden Zeuge von Gewalt oder wussten über Misshandlungen mit von Mitschülern oder Kollegen Bescheid oder mussten einer Bestrafung bewohnen. 55 Personen (12,3%) erlebten, dass der klerikale Täter sich zunächst ihr Vertrauen erschlich, um es in der Folge auszunutzen, oder dass der Täter seine Autoritätsfunktion ausnutzte. In diesen beiden Clustern konnten keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. In

44 Clearingberichten finden sich Aussagen bezüglich psychischer Gewalt, um sexuelle Annäherung zu erreichen/auszuüben/zu vertuschen, so wurde z.B. Unkeuschheit vorgeworfen, oder der Täter verlangte Geheimniswahrung, oder es wurden den Opfern Liebesschwüre abverlangt. Hier gibt es signifikant mehr betroffene Männer als Frauen. In 38 Clearingberichte schließlich wurde über eine Verfolgung durch den Täter berichtet, z.B. durch ständiges Aufsuchen der Eltern.

Tabelle 18
Gewalt psychisch

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	p
Cluster6	186 (41,5%)	132 (38,9%)	54 (49,5%)	0,051
Cluster1	108 (24,1%)	73 (21,5%)	35 (32,1%)	0,025
Cluster11	108 (24,1%)	77 (22,7%)	31 (28,4%)	0,224
Cluster7	106 (23,7%)	80 (23,6%)	26 (23,9%)	0,957
Cluster2	103 (23,0%)	83 (24,5%)	20 (18,3%)	0,185
Cluster10	70 (15,6%)	52 (15,3%)	18 (16,5%)	0,769
Cluster8	64 (14,3%)	31 (9,1%)	33 (30,3%)	<0,001
Cluster5	63 (14,1%)	45 (13,3%)	18 (16,5%)	0,397
Cluster3	55 (12,3%)	45 (13,3%)	10 (9,2%)	0,257
Cluster4	44 (9,8%)	42 (12,4%)	2 (1,8%)	0,001
Cluster9	38 (8,5%)	30 (8,8%)	8 (7,3%)	0,623

5.3.2 Häufigkeiten der Summen der Cluster Gewalt psychisch

Von den 448 Studienteilnehmern waren lediglich 75 Personen, also etwa nur eine von sechs, nicht von psychischer Gewalt betroffen. Etwa jeder fünfte Befragte erlitt psychische Gewalt, die einem bestimmten Cluster zuordenbar war, fast 60% der Teilnehmer (266 Personen) jedoch gaben psychische Gewalttaten zu Protokoll, die zwei bis fünf unterschiedlichen Clustern entsprangen, Taten aus mehr als fünf unterschiedlichen Clustern wurden wiederum lediglich von Einzelpersonen angegeben. Geschlechtsspezifisch lässt sich bei dieser Form von Gewalt erkennen, dass die Häufigkeiten über die Clustersummen zwischen Männern und Frauen etwa gleich gestreut sind (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19*Summen der Cluster Gewalt psychisch*

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
0	75 (16,7%)	60 (17,7%)	15 (13,8%)	0,346
1	96 (21,4%)	81 (23,9%)	15 (13,8%)	
2	111 (24,8%)	80 (23,6%)	31 (28,4%)	
3	89 (19,9%)	64 (18,9%)	25 (22,9%)	
4	49 (10,9%)	34 (10,0%)	15 (13,8%)	
5	17 (3,8%)	12 (3,5%)	5 (4,6%)	
6	7 (1,6%)	4 (1,2%)	3 (2,8%)	
7	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	
8	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	
9	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
10	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
11	2 (0,4%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	

5.4 Gewalt auf den drei Ebenen physisch, sexuell und psychisch

In einem weiteren Schritt wurde berechnet, wie viele Personen insgesamt je nach Art der Gewaltanwendungen (körperlich, sexuell, psychisch) zumindest eine Gewalttat in ihren Clearinggesprächen anführten und diese Tat auch im Clearingbericht beschrieben wurde (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20*Art der Gewalt*

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
körperlich	306 (68,3%)	232 (68,4%)	74 (67,9%)	0,915
sexuell	308 (68,8%)	251 (74,0%)	57 (52,3%)	<0,001
psychisch	373 (83,3%)	279 (82,3%)	94 (86,2%)	0,338

Von insgesamt 448 Studienteilnehmern erlebten 306 (68,3%) körperliche Gewalt. Etwa gleich viele, nämlich 308 der Studienteilnehmer, erlitten zumindest eine Art der sexuellen Gewaltanwendung. Männer sind im Vergleich zu Frauen davon signifikant häufiger betroffen. Psychische Gewalt wurde

von insgesamt 373 Studienteilnehmern (83,3%) angegeben, das sind deutlich mehr als in den beiden anderen Gewaltformen, hier konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gefunden werden.

5.5 Kombinationen der Gewaltarten

Ein weiterer Analyseschritt wurde gesetzt, indem nach Kombinationen von Gewaltformen ausgewertet wurde. Lediglich 57 Personen (12,7%) erlitten nur in einer Kategorie von Gewalt eine Form. 243 Personen (54,3%), also gut die Hälfte der Befragten, gaben eine Kombination von zwei verschiedenen Gewaltformen zu Protokoll. 148 Personen (33,0%) zeigten Kombinationen aus den drei Formen körperliche, sexuelle und psychische Gewalt. Die Häufigkeitsverteilungen zeigten diesbezüglich ein signifikantes Ergebnis zu Ungunsten der männlichen Studienteilnehmer (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21
Kombinationen von Gewalt

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
1	57 (12,7%)	38 (11,2%)	19 (17,4%)	0,035
2	243 (54,3%)	179 (52,8%)	64 (58,7%)	
3	148 (33,0%)	122 (36,0%)	26 (23,9%)	

Tabelle 22 zeigt alle möglichen Kombinationen der drei Gewaltformen mit entsprechenden Häufigkeiten. Während eher wenige Personen nur körperliche oder nur psychische Gewalt erfahren haben (jeweils 7 Personen), kam die Kombination aller drei Gewaltformen bei 148 Personen vor. Die überwiegende Mehrheit hat zwei bis drei Formen von Gewalt erfahren.

Tabelle 22
Differenzierung der Gewaltarten

	Gewaltart			Häufigkeiten (N=Betroffene)
	körperlich	sexuell	psychisch	
Ja	Nein	Nein	Nein	7
Nein	Ja	Nein	Nein	43
Nein	Nein	Ja	Nein	7
Ja	Ja	Nein	Nein	25
Ja	Nein	Ja	Nein	126
Nein	Ja	Ja	Nein	92
Ja	Ja	Ja	Nein	148
				448 Betroffene

6. Analyse der berichteten Folgen

6.1 Traumaspezifische Folgen

Ähnlich wurde bei der Erfassung und Auswertung der Folgen, die in den von den Psychologen verfassten Clearingberichten festgeschrieben wurden, vorgegangen.

Tabelle 23

Cluster Folgen traumaspezifisch

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	p
Cluster2 Intrusionen	94 (21,0%)	73 (21,5%)	21 (19,3%)	0,613
Cluster11 Scham/Schuld	67 (15,0%)	47 (13,9%)	20 (18,3%)	0,253
Cluster13 Schlafschwierigkeiten	51 (11,4%)	35 (10,3%)	16 (14,7%)	0,213
Cluster9 red. Affektspielraum	25 (5,6%)	20 (5,9%)	5 (4,6%)	0,604
Cluster5 Vermeidung	24 (5,4%)	19 (5,6%)	5 (4,6%)	0,682
Cluster18 Self-destr Behavior	16 (3,6%)	9 (2,7%)	7 (6,4%)	0,077
Cluster3 Physiol. Reaktionen	14 (3,1%)	9 (2,7%)	5 (4,6%)	0,344
Cluster4 Gedanken-/ Gefühlsvermeidung	14 (3,1%)	9 (2,7%)	5 (4,6%)	0,344
Cluster16 Hypervigilanz	14 (3,1%)	13 (3,8%)	1 (0,9%)	0,204
Cluster14 Reizbarkeit	10 (2,2%)	9 (2,7%)	1 (0,9%)	0,463
Cluster10 eingeschr. Zukunft	7 (1,6%)	5 (1,5%)	2 (1,8%)	0,679
Cluster8 Entfremdungsgefühle	6 (1,3%)	4 (1,2%)	2 (1,8%)	0,636
Cluster6 (Teil-)Amnesie	4 (0,9%)	3 (0,9%)	1 (0,9%)	1,000
Cluster15 Konzentrations- schwierigkeiten	4 (0,9%)	4 (1,2%)	0 (0,0%)	0,576
Cluster1 Peritraumatische Reaktion	2 (0,4%)	1 (0,3%)	1 (0,9%)	0,428
Cluster7 Interessensminderung	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0,243
Cluster17 Übermäßige Schreckensreaktion	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	1,000

Zunächst wurden sämtliche Folgen aus den Clearingberichten in eine Datenbank übertragen. Im Anschluss daran wurden auf Basis wissenschaftlicher Literatur zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung sowie zur Klassifikation nach DSM-IV und nach DSM-V Cluster erstellt. Danach wurden die Folgen von je zwei Mitgliedern des Forschungsteams den jeweiligen Clustern zugeordnet, wobei wiederum Konsens hinsichtlich der Zuordnung bestehen musste. In diesen Teil der Auswertung gingen wiederum alle 448 Clearingberichte der Betroffenen ein. Tabelle 23 zeigt eine Auflistung der traumaspezifischen Folgen in absteigenden Häufigkeiten sowohl global als auch geschlechtsspezifisch aufgelistet.

Beachtenswert sind vor allem die Häufigkeiten der ersten drei Cluster (Intrusionen, Scham/Schuld sowie Schlafschwierigkeiten), wobei hier keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausgemacht werden konnten. Die weiteren Clustern sind zum Teil mit sehr kleinen Häufigkeiten besetzt. So leiden in etwa je 5% unter einem reduzierten Affektspielraum oder unter Aktivitäts- bzw. Situationsvermeidung. Um je 3% der Aussagen aus den Clearingberichten führten Symptome aus den Gruppen selbstverletzendes Verhalten, physiologische Reaktionen bei traumatischer Reizsetzung, Gedanken-/Gefühlsvermeidung sowie erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz) an. Es folgen Angaben wie erhöhte Reizbarkeit, das Gefühl, eine eingeschränkte Zukunft zu haben, sowie Entfremdungsgefühle, also Symptome aus dem dissoziativen Bereich.

6.1.1 Häufigkeiten der Summen der traumaspezifischen Cluster

Von den 448 Studienteilnehmern war etwa die Hälfte, 234 Personen, von keinem traumabezogenen Symptom belastet. Etwa ein Viertel, 115 Personen, nannte zumindest ein Symptom aus dem Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung, weitere 20%, 91 Personen, zeigten sich von zwei oder drei Symptomen belastet, mehr als vier Symptome wurden lediglich von Einzelpersonen angegeben. Geschlechtsspezifisch zeigte sich bei dieser Auswertung kein signifikanter Unterschied (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24

Summen der Cluster Folgen traumaspezifisch

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
0	234 (52,2%)	184 (54,3%)	50 (45,9%)	0,547
1	115 (25,7%)	81 (23,9%)	34 (31,2%)	
2	68 (15,2%)	51 (15,0%)	17 (15,6%)	
3	23 (5,1%)	16 (4,7%)	7 (6,4%)	
4	7 (1,6%)	6 (1,8%)	1 (0,9%)	
5	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
6	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	

6.2 Psychosoziale Folgen

Tabelle 25 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der psychosozialen Symptome aus den Clearingberichten in absteigender Form, sowohl global als auch geschlechtsspezifisch.

Tabelle 25

Cluster Folgen psychosozial

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
Cluster30 Beziehungs-/				
Sexuelle Probleme	165 (36,8%)	130 (38,3%)	35 (32,1%)	0,240
Cluster21 Ängste, Traurig-/				
Hilflosigkeit	114 (25,4%)	84 (24,8%)	30 (27,5%)	0,567
Cluster23 Brüche	108 (24,1%)	90 (26,5%)	18 (16,5%)	0,033
Cluster29 Sozialer Rückzug	104 (23,2%)	82 (24,2%)	22 (20,2%)	0,389
Cluster28 Somatische Beschw.	85 (19,0%)	60 (17,7%)	25 (22,9%)	0,225
Cluster34 Psychische Störungen	83 (18,5%)	56 (16,5%)	27 (24,8%)	0,054
Cluster22 Selbstwert	68 (15,2%)	47 (13,9%)	21 (19,3%)	0,172
Cluster25 Suizid	62 (13,8%)	45 (13,3%)	17 (15,6%)	0,373
Cluster31 beruflich-soziale				
Folgen	57 (12,7%)	45 (13,3%)	12 (11,0%)	0,537
Cluster26 Befindlichkeits-				
störungen	47 (10,5%)	32 (9,4%)	15 (13,8%)	0,200
Cluster32 Religion	47 (10,5%)	39 (11,5%)	8 (7,3%)	0,217
Cluster24 Sucht	46 (10,3%)	39 (11,5%)	7 (6,4%)	0,128
Cluster20 Affekt-/				
Impulskontrollproblem	43 (9,6%)	35 (10,3%)	8 (7,3%)	0,357
Cluster19 Auflehnen/Protest	40 (8,9%)	35 (10,3%)	5 (4,6%)	0,068
Cluster33 Sonstiges	30 (6,7%)	27 (8,0%)	3 (2,8%)	0,058
Cluster27 Essstörungen	13 (2,9%)	4 (1,2%)	9 (8,3%)	0,001

165 Personen (36,8%) leiden unter sexuellen Folgen bzw. Problemen in Intimbeziehungen, unter Ängsten sowie Traurigkeit und Hilflosigkeit leiden 114 Personen (25,4%). Brüche, wie instabiler Lebenswandel, Schwierigkeiten im Berufsleben, häufiger Schulwechsel oder -abbruch, Kleinkriminalität wurde bei 108 Personen festgestellt, deutlich mehr bei Männern im Vergleich zu Frauen. 104 Personen

haben sich aus dem Sozialleben zurückgezogen, sie leiden unter Problemen, ihren Mitmenschen zu vertrauen, oder zeigen eine ängstliche bzw. gehemmte Haltung im sozialen Umgang. Somatische Beschwerden, etwa Herzprobleme, werden von 85 Personen angeführt, psychische Störungen in Folge der erlittenen Gewalt finden sich in 83 Clearingberichten, und unter einem Selbstwertproblem oder Minderwertigkeitsgefühl bzw. einer selbstunsicheren Persönlichkeit leiden 68 Personen. In 62 Clearingberichten (15,2%) wird über Suizidversuche bzw. Suizidabsichten zu irgendeiner Zeit im Leben der Betroffenen berichtet. Negative berufliche sowie soziale Folgen (z.B. durch Symptome keine regelmäßige Arbeit möglich oder Obdachlosigkeit) finden sich in 57 Clearingberichten (12,7%). Von 47 Personen (10,5%) wurden Befindlichkeitsstörungen berichtet, ebenso eine negative Haltung zur Religion. Unter Störungen aus dem Suchtbereich (Alkohol, Drogen, Medikamente, Spiel) leiden 46 Personen (10,3%). Für 43 Personen (10,3%) wurden Folgen im Bereich der Affekt-/Impulskontrolle festgestellt, etwa durch Formulierungen wie Affektüberflutung oder unangemessene heftige Reaktionen wie etwa Prügeleien. In 40 Clearingberichten wird eine Tendenz zur Auflehnung oder Problemen mit Autoritätspersonen berichtet (8,9%). In 13 Clearingberichten (2,9%) werden Essstörungen konstatiert. In diesem letzten Cluster finden sich signifikant mehr Frauen als Männer.

6.2.1 Häufigkeiten der Summen der psychosozialen Cluster

Nur etwa jeder Fünfte, d.s. 83 Personen, wurde von keinem Symptom im Sinne einer psychosozialen Folge der berichteten Tat belastet (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26

Summen der Cluster Folgen psychosozial

	gesamt ja n (%)	männlich ja n (%)	weiblich ja n (%)	<i>p</i>
0	83 (18,5%)	60 (17,7%)	23 (21,1%)	0,896
1	69 (15,4%)	52 (15,3%)	17 (15,6%)	
2	89 (19,9%)	70 (20,6%)	19 (17,4%)	
3	87 (19,4%)	67 (19,8%)	20 (18,3%)	
4	46 (10,3%)	35 (10,3%)	11 (10,1%)	
5	42 (9,4%)	29 (8,6%)	13 (11,9%)	
6	21 (4,7%)	17 (5,0%)	4 (3,7%)	
7	6 (1,3%)	4 (1,2%)	2 (1,8%)	
8	4 (0,9%)	4 (1,2%)	0 (0,0%)	
9	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
10	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	

Etwa jeder Dritte, 158 Personen, nannte zumindest eine oder zwei Folgestörungen, fast die Hälfte der Betroffenen wusste von mehr als drei belastenden Folgen zu berichten. Geschlechtsspezifisch zeigte sich bei dieser Auswertung kein signifikanter Unterschied.

FORSCHUNGSPROJEKT

TEIL IV

Empfehlungen

Empfehlungen

Ein sehr hoher Anteil der Studienteilnehmer leidet aktuell unter starken psychischen Belastungen, rund 50% weisen das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf, weitere 35% Symptome der PTBS. Viele leiden zudem unter Problemen in der Partnerschaft, biographischen Brüchen in Bezug auf die Ausbildung, die Berufsausübung o.ä. Daher konzentrieren sich die Empfehlungen vor allem auf die evidenzbasierten Empfehlungen für die Behandlung der komplexen PTBS, wenn es um die weitere psychosoziale Versorgung geht. Andere Empfehlungen basieren ebenfalls auf den Forschungsergebnissen und beziehen sich auf das weitere Umfeld der Betroffenen, etwa auf die Einbeziehung von Angehörigen, Hilfe zur Selbsthilfe, medizinische Altersversorgung sowie Pflegehandlungen. Die Rückmeldungen zur kommissionellen Arbeit, deren Informationen vor allem in den qualitativen Interviews erhoben wurden, fließen ebenfalls in die Empfehlungen ein. Sie werden jeweils als aus den Ergebnissen der Interviews abgeleitete Empfehlungen formuliert. Da die Arbeit der UOK in veränderter Form weitergeführt werden wird, beziehen sich diese Empfehlungen auf zukünftige Kommissionen, die sich ähnlichen Problemstellungen widmen werden.

Die Empfehlungen umfassen drei Bereiche: 1. Traumabehandlung, -psychotherapie, 2. Weitere Versorgung, 3. Empfehlungen zur Kommission

Ausgangssituation

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, sehen sich Betroffene von Gewalt und Missbrauchserfahrungen im Laufe ihres Lebens mit vielen psychischen und emotionalen Herausforderungen konfrontiert. Vielfach stehen sie dabei „alleine auf weiter Flur“, da bedingt durch jahrelanges Schweigen, Unverständnis des Umfeldes, fehlende Bezugspersonen, falsche Scham und Schuldgefühle ein adäquater, hilfreicher „Umgang“ mit diesen Erfahrungen und den einhergehenden Beschwerden und Belastungen kaum möglich ist.

Aus den Dokumenten der meisten Betroffenen geht nur in relativ wenigen Fällen hervor, ob sie bereits Traumatherapie bzw. Behandlung erhalten haben. Im Kontakt mit den Betroffenen entstand der Eindruck, dass sie wenig über Behandlungsmöglichkeiten, Zugänge und die damit verbundenen administrativen Schritte sowie Behandlungschancen informiert waren. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass viele der Betroffenen über Jahre hinweg litten.

Status quo der psychosozialen Versorgung und Behandlung bzw. Psychotherapie

In das psychosoziale Versorgungssystem Österreichs haben die Erkenntnisse rund um traumatische Erlebnisse bis dato noch zu wenig Eingang gefunden, bzw. schlagen sich die benötigten Veränderungen im System und in den Behandlungsmethoden noch nicht ausreichend nieder. Traumatisierte Menschen benötigen auf Grund der daraus entstehenden vielschichtigen Problematiken und Beschwerden ein spezielles und breites Angebot. Von besondere Bedeutung sollte dabei das jeweilige Lebensalter sein, insbesondere für ältere Personen gelten besondere Herausforderungen, da nicht nur die körperlichen Kräfte, sondern auch die psychischen Kräfte abnehmen und der Umgang mit den mentalen Problemen für die ältere Generation zunehmend mühsamer und anstrengender wird. So vielfältig die einzelnen Traumatisierungen ausfallen, so verschieden können sich diese bei den Betroffenen zeigen. Je nach Lebensphase und Art der Traumatisierung sowie je nach begleitenden psychosozialen Faktoren (emotionale Unterstützung, finanzieller Hintergrund, bereits vorhandene therapeutische Unterstützung etc.) existiert bei den einzelnen Betroffenen eine unterschiedliche Bedürftigkeit, auf die in Zukunft eingegangen werden sollte.

Dies stellt für das psychosoziale Versorgungssystem im Allgemeinen wie auch für jeden Einzelnen in diesem System eine große Herausforderung dar. Das Ziel sollte es sein, genau dieses Wissen um diese

speziellen Bedürfnisse in die Praxis einfließen lassen zu können. Daher wird hier vor allem auf die sogenannten evidenzbasierten klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutische Verfahren für die Behandlung der komplexen PTBS eingegangen, also Behandlungstechniken, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien sowie Metaanalysen nachgewiesen wurde.

1. Empfehlungen zur Psychologischen Behandlung (Traumabehandlung/ Trauma-Psychotherapie)

Leider gibt es kaum Wirksamkeitsstudien für die Behandlung von älteren Menschen mit posttraumatischen psychischen Problemen bzw. Symptomen. Preschl et al. (2012) konnten allerdings zeigen, dass die sogenannte Life-Review-Therapie (Lebensrückschau-Therapie) gute Ergebnisse bei der Behandlung von Depression bei älteren Menschen zeigt. In der Lebensrückschau-Therapie wird auf die Balance zwischen positiven und negativen Reminiszenzen eingegangen, und durch strukturiertes Fragen sollte eine ausgewogene Bilanz für das eigene Leben ermöglicht werden. Die ersten Wirksamkeitsnachweise sind ermutigend, doch ist der Forschungsstand noch zu gering, um diese Form von Therapie für Empfehlungen aufzunehmen.

Aus diesem Grund werden die kürzlich verabschiedeten Guidelines der International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) als Leitgedanke für die zukünftige Versorgung der Betroffenen darstellt. Die Empfehlungen der ISTSS wurden international abgestimmt, sie haben eine fundierte Forschungsgrundlage. In ihrem Zentrum steht die sogenannte komplexe PTBS. Dafür finden sich unterschiedliche Bezeichnungen sowie unterschiedliche Symptombeschreibungen in der wissenschaftlichen Literatur. Alternativbezeichnungen lauten „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS), „PTSD and Associated Features“ im DSM-IV bzw. „Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ in der ICD-10. Aufgrund dieser unterschiedlichen Definitionen der komplexen PTBS hat sich die Arbeitsgruppe der ISTSS auf die Definition mit der höchsten Evidenz geeinigt. In der elfte Version der ICD²³ (ICD-11) wird die Diagnose Komplexe PTBS mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgenommen werden.

1.1 Definition der Komplexen PTBS

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung beinhaltet die Kernsymptome der PTBS (Wieder-Erleben, Vermeidung/Grübeln, Hyper-Arousal) verbunden mit einer Reihe von Problemen im Bereich der Selbstregulationskapazitäten. Diese werden in fünf Kategorien eingeteilt: 1) Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation (z.B. Störungen im Affekt, Impulskontrollprobleme) 2) Beziehungsprobleme (z.B. chaotische Beziehungen, Beziehungsvermeidung), 3) Schwankungen in der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins (z.B. Dissoziationen, Konzentrationsprobleme, Übersprungshandlungen), 4) negativ beeinflusste Zukunftsvorstellungen (z.B. Gefühl, auf Dauer beschädigt zu sein, Scham, Hoffnungslosigkeit) und 5) Somatisierung oder Zerrüttungs- bzw. Auflösungsphänomene (z.B. chronischer Schmerz, Taubheitsgefühle in Körperregionen oder Lähmungserscheinungen, Phänomene der Persönlichkeitsstörungen). Die komplexe PTBS ist die typische Folge einer wiederholten oder langandauernden Traumatisierung oder von multiplen Formen interpersoneller Traumatisierung, die häufig unter Bedingungen auftreten, aus denen es keine Fluchtmöglichkeiten gibt. Die Unmöglichkeit der Flucht kann sozialen, familiären Umständen oder physischen und oder psychischen Zuständen bzw. einem geringen Reifegrad des Opfers geschuldet sein. Derartige Traumatisierungen sind

²³ ICD – International Classification of Diseases = Diagnosesystem der WHO (World Health Organisation), das in Österreich für die Verrechnung mit den Krankenkassen verwendet wird.

insbesondere Folge von Gewalt in der Kindheit, sexuellem Missbrauch in der Kindheit, Leben als Kindersoldat, Menschenhandel, Folter, Genozid oder anderen Formen organisierter Gewalt.

1.2 Behandlung der Komplexen PTBS

Das Symptomprofil der komplexen PTBS beinhaltet den Verlust von emotionalen, sozialen, kognitiven und psychologischen Kompetenzen, die sich entweder nicht entwickeln konnten oder aufgrund der traumatischen Einwirkungen beeinträchtigt bzw. zerstört wurden. Die Behandlung zielt daher nicht nur auf die Milderung der psychopathologischen Symptome ab, sondern versucht die Schlüsselkompetenzen für die Selbstregulation der Betroffenen aufzubauen. Einschränkungen aufgrund der Symptome in den Bereichen 1) emotionale Achtsamkeit und Ausdruck von Emotionen, 2) Selbstwert und Selbst-Effizienz, 3) Beziehungsfähigkeit und soziale Kompetenz sollen reduziert werden.

Es werden drei Phasen empfohlen, jede mit einer bestimmten Funktion. In Phase 1 wird auf das Sicherheitserleben bzw. die Sicherheit fokussiert und versucht, emotionale, psychologische und soziale Kompetenzen zu stärken. Phase 2 bezieht sich auf das Durcharbeiten (processing) ungelöster Aspekte der traumatischen Erinnerungen mit dem Ziel, diese in eine weiterentwickelte Repräsentation des Selbst, der Beziehungen und der Welt zu integrieren. In Phase 3 schließlich werden die Behandlungserfolge konsolidiert und die neuen Kompetenzen in ein aktiveres Sozial- und Beziehungsleben sowie in Beruf und Alltag transferiert.

1.3 Evidenz

Es gibt mehrere Studien zur Behandlung der komplexen PTBS als Folge von kindlichem Gewalterleben bzw. sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Diese Studien waren sogenannte RCTs (Randomized Controlled Trials), die phasenbasierte Behandlungen der psychotraumatologischen Symptomatik, insbesondere der komplexen PTBS untersuchten. Zum Vergleich kamen Behandlungen mit Stabilisierung sowie keiner oder wenig Trauma-Aufarbeitung und Behandlungen mit Traumafokussierten Komponenten, die in Kombination mit einem Skills-Training entweder gleichzeitig oder sequentiell mit der Stabilisierung einhergingen. Es wurde auch eine Gruppenbehandlung untersucht, die durch ein Fallmanagement Unterstützung fand. Insgesamt ging aus der Untersuchung hervor, dass der phasenbasierte Ansatz die beste Wirkung in Bezug auf die Symptomreduktion zeigte.

1.4 Beschreibung einzelner Behandlungstechniken mit guter Wirksamkeitsevidenz für die Behandlung der Komplexen PTBS

Angst-/Stressmanagement

Techniken (Entspannungstechniken, Atemübungen, Schlafhygiene), die Bewältigungsmechanismen zur Reduktion von Stress und den damit verbundenen Problemen (Muskelschmerzen, Rumination, schlechte Schlafqualität) verbessern

Kognitive Restrukturierung

Hilfestellungen, die das Verständnis und die Bedeutung der traumatischen Ereignisse mit Mitteln wie etwa Exploration, Überdenken identifizierter maladaptiver Kognitionen oder einer Neubewertung der Bedeutung eines traumatischen Ereignisses erleichtern

Aufklärung über das Trauma (Psychoedukation)

Systematische Erläuterungen und Beschreibungen zur Symptomatik und Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten, Argumente für eine Behandlung und deren Wirksamkeit gegenüber den Klienten und ihres nahen Umfeldes. Beim Klienten wird hierdurch ein Gefühl von Wahr- und Ernstgenommen werden sowie das Vertrauen, dass die komplexe PTBS behandelbar ist und die Probleme im Laufe der Zeit bewältigbar werden, etabliert

Emotionsregulationstechniken

Verbesserung der individuellen Fähigkeit, die Gefühle zu kontrollieren, zu verändern und auszudrücken. Dies erfolgt in einem für eine Zielerreichung der Behandlung förderlichen Rahmen

Interpersonales Skillstraining

Dient der Verbesserung der sozialen Kompetenzen sowie der Identifizierung und Bewältigung interpersonaler Probleme in diversen Beziehungen (Partnerschaft, Arbeitsplatz...) mit dem Ziel, positives Beziehungsverhalten zu stärken

Meditation/Achtsamkeitsübungen

Die direkte Beachtung wird für eine bestimmte Zeitspanne, auf einen Stimulus gelegt, wie beispielsweise das eigene Atmen, einen Ton oder ein Licht um Anspannungen zu reduzieren und die Konzentration zu verbessern. Achtsamkeitstrainings umfassen eine Gruppe von Techniken, die den Fokus auf subjektive Erfahrungen wie Wahrnehmungen, Sensationen und Gefühle legen, ohne diese zu bewerten. Ziel ist die Reduktionen von Stress und Angst sowie die Förderung des Wohlbefindens

Narration der traumatischen Erinnerungen

Es werden die Ereignisse erinnert sowie die Gedanken und Gefühle, die sich damit verbinden. Ziel ist die Reduzierung der psychischen Belastung während des Wiedererinnerns. Üblicherweise gehen damit eine Neubewertung und Bedeutungsveränderung der traumatischen Ereignisse einher (Definitionen nach Cloitre et.al, 2011, S. 627).

1.5 Stationäre Behandlung

Es sind keine Wirksamkeitsstudien für die stationäre Behandlung der komplexen PTBS bekannt. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) kam bislang vor allem für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Störung zum Einsatz. Sie stellt ein bewährtes Konzept dar, dessen Elemente nun auf die stationäre Behandlung von Patienten mit Komplexer PTBS zum Einsatz kommen. Die Vorschläge zur stationären Behandlung beziehen sich auf „Dialektische Behaviorale Therapie“ (DBT) für Posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit, wie sie von Bohus skizziert werden (Bohus, M. et al, 2011).

Die Besonderheit der Behandlung liegt im Umgang mit körperbezogenen Symptomen wie Selbsthass, Scham, Schuld und Ekel, die sich vor allem auf den eigenen Körper bezieht. Diese Gefühle haben durch langjährige psychische Prozesse im Austausch mit der sozialen Umgebung, insbesondere das Selbstkonzept betreffend, Verstärkung erfahren.

Die stationäre DBT stellt ein Intensivprogramm dar, das im Rahmen einer ambulanten Therapie von spezifisch ausgebildeten klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten vor- und nachbereitet wird. Vordergründig sollen die traumaassoziierten Emotionen durch adäquate realitätsbezogene Neubewertungen relativiert bzw. kompensiert werden. Automatische Verknüpfungen von Ekel, Angst, oder sexueller Erregung mit dem komplexen traumatischen Gedankenbündel können dadurch aufgelöst werden. Eine Akzeptanz des Erlebten, so wie es stattfand, verbunden mit dem Erleben der negativen Gefühlsmischung, die nach kurzem Aufflammen wieder abklingt, stellt den zentralen zu erreichenden Schritt dar. Die Erinnerungen bleiben bestehen, werden jedoch erträglich anstatt unerträglich. Bohus et al. (2011) beziehen sich auf die von M. Linehan propagierte Balance zwischen „Acceptance and Change“. Die akzeptanzbasierten Verfahren wie etwa Übungen zur Achtsamkeit und veränderungsorientierte Tools wie die kognitive Restrukturierung greifen in diesem stationären Programm ineinander. Die Komposition der Module ist dementsprechend aufeinander bezogen. Bohus et al (2011) führen Beispiele für diese Balance an, etwa: „Das Leiden reduziert sich mit der Akzeptanz

des Schmerzes.“ Oder: „Ich bin dafür verantwortlich, dass mein Lehrer mich vergewaltigte“ wird transformiert in: „Ich war zum Zeitpunkt des Traumas tatsächlich völlig ohnmächtig und wehrlos – aber das ist Vergangenheit.“ Sie schreiben: „Mit der Akzeptanz der Ohnmacht reduziert sich die Macht der Schuld und deren verheerende Wirkung auf das Selbstkonzept der Betroffenen.“

Die Maßnahme ist für 12 Wochen stationär bzw. teilstationär, eingebettet in eine multiprofessionelle Behandlungsgruppe, für eine homogene Störungsgruppe geplant. Das Team muss entsprechend trainiert sein, um erwünschtes Verhalten zu stärken und Problemverhalten mit möglichst wenig Aufmerksamkeit zu begegnen. Es besteht ein Behandlungsvertrag mit klaren Konsequenzen, etwa ein befristetes Time out, wenn dieser verletzt wird. Für alle Beteiligten ist geklärt, dass es zur Reaktivierung von belastenden Gefühlen durch die therapeutische Exposition kommen kann. Diese Gefühle haben allerdings keinen Realitätsbezug mehr. Das Programm durchläuft unterschiedliche Phasen der Behandlung, die von vorstationär über stationär zu post-stationär übergeleitet werden. Diese Art der Traumabehandlung ist empirisch gesichert und manualisiert.

1.6 Weitere Maßnahmen

1.6.1 Soziale Absicherung

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug etwa 55 Jahre. 88 Befragte der Teilnehmer der Fragebogenuntersuchung (47%) waren bereits im Ruhestand. Von 68 Personen lagen dazu detailliertere Informationen vor, 39 (57%) davon gaben an, die reguläre Alterspension angetreten zu haben, die restlichen 29 (43%) hingegen bezogen Früh- bzw. Invaliditätspension. Ein Anteil von 4% ist seit längerer Zeit arbeitslos. Insgesamt war die Gruppe der frühzeitig Pensionierten und der Arbeitslosen psychisch massiv belastet, 67% leiden unter PTBS, 33% unter somatischen Folgeproblemen, 31% unter Beziehungs- oder sexuellen Problemen und 22% unter Alkohol- bzw. Drogenproblemen.

Neben der erforderlichen psychischen Stabilisierung bedarf es also auch der sozialen Stabilisierung, die zum Teil nicht ausreichend gegeben ist. Insbesondere eine adäquate Altersversorgung ist anzustreben, d.h. zum einen bedarf es einer verbesserten sozialen Grundsicherung für jene, die an der Armutsgrenze oder bereits in Armut leben, zum anderen ist eine trauma-informierte soziale und medizinische Versorgung erforderlich. Der UOK ist die Notwendigkeit einer sozialen Stabilisierung durchaus bewusst. Das Bundessozialamt überprüft bereits Anträge von Betroffenen hinsichtlich Unterstützung.

1.6.2 Trauma-Informierte Versorgung

Trauma-informierte Versorgung bedeutet, dass die entsprechenden mit der Opfergruppe befassten Berufsgruppen in Grundzügen über die chronischen Folgeerscheinungen komplexer Traumatisierungen Kenntnis haben und ein entsprechendes Verhaltensrepertoire aufgebaut haben. Dies gilt insbesondere für die Kommunikation mit den Opfern. Kompetenzen im Umgang mit vorherrschenden Gefühlen wie Misstrauen, erhöhte Aggression, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Weinerlichkeit oder dem Gefühl des Verfolgtwerdens sind zu entwickeln und praktisch umzusetzen. Aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, der Umgang mit dem eigenen Mitgefühl, sowie eine Ausbalancierung von Zuwendung und sachlicher Arbeit ermöglicht es den Betreuern einen hilfreichen Umgang mit den Betroffenen zu finden.

Dieselben Kompetenzen sind für Pflegekräfte erforderlich, zusätzlich bedarf es hier einer grundsätzlichen Aufklärung zum Thema Retraumatisierung. Pflegehandlungen besitzen das Potential, an die ursprünglichen, meist sexuellen Traumatisierungen zu erinnern, beispielsweise durch notwendige Berührungen im Intimbereich oder auch anderen Körperregionen. Die dabei entstehende körperliche Nähe kann traumatische Erinnerungen auslösen, insbesondere, wenn Menschen nicht mehr über ausreichende kognitive Kompetenzen verfügen, um zu verstehen, wozu Pflegehandlungen

erforderlich sind und die Realitätsverortung nicht mehr gelingt. Hier bedarf es einer Intensivierung der Schulungen für die ambulante und stationäre Pflege.

1.6.3 Medizinische Versorgung

Der Großteil medizinischer Versorgung wird durch Allgemeinmediziner umgesetzt. Ausreichend Kenntnisse in Bezug auf die richtige psychiatrische Medikation bei Patienten mit traumatischer Vorgeschichte sind bei Allgemeinmedizinern i.d.R. nicht ausreichend gegeben, erforderlich wäre daher eine Zuweisung zu Fachärzten, die den Guidelines gemäß Medikation verschreiben können. Es wäre empfehlenswert, dass Allgemeinärzte evidenzbasierte Screening-Instrumente in ihre Anamnesen aufnehmen oder zumindest die Frage nach schwerwiegenden Lebensereignissen in das erste Patientengespräch aufnehmen, um eine adäquate weiterführende Behandlung ermöglichen zu können. Das bloße gut gemeinte Verordnen von beruhigender Medikation birgt die Gefahr der Suchtentwicklung mit sich und ändert an der bestehenden Ursache der Beschwerden nichts. Eine aktivere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen wäre diesbezüglich natürlich wünschenswert, ein gemeinsames Orientieren an den angeführten Guidelines, etwa durch gemeinsame Fortbildungen könnte ebenfalls hilfreich sein.

1.6.4 Einbeziehung der Angehörigen und Selbsthilfe

Angehörige: Angehörige von Menschen, die unter komplexen Traumafolgestörungen leiden, leben täglich mit den emotionalen Problemen, die die direkt betroffenen Menschen durchleiden. Psychoedukation, praktische Unterstützung im Fall von erforderter Pflegebetreuung der Betroffenen sowie das Erlernen hilfreicher Kommunikationsstrategien können zur Beziehungsqualität einen Betrag leisten und die Stabilisierung des Betroffenen unterstützen. Die Integration in die stationäre sowie die ambulante Behandlung kann vom behandelnden Psychotherapeuten bzw. Psychologen durchgeführt werden.

Hilfe zur Selbsthilfe: Der Austausch in Selbsthilfegruppen hat für viele Betroffene den Vorteil, dass sie die Chance erhalten, sich weniger isoliert und ausgegrenzt zu fühlen. Die Erkenntnis, dass auch noch andere Menschen mit ähnlichen Erlebnissen und Problemen existieren, ist für viele Betroffene eine wichtige Erfahrung. Sie können einander unterstützen, indem sie z.B. hilfreiche Bewältigungsschritte austauschen. Gleichzeitig hat der Austausch der traumatischen Lebensereignisse retraumatisierendes Potential, da jede Lebensgeschichte an das eigene Leid erinnern kann. Es empfiehlt sich daher, Selbsthilfegruppe mit psychotraumatologischen Experten zu unterstützen, die durch Psychoedukation und Unterstützung beim Erwerb hilfreicher Kommunikationstechniken das Retraumatisierungspotential reduzieren.

1.6.5 Wege in die Behandlung/Psychotherapie

Niederschwellige Angebote scheinen bislang gefehlt zu haben. Die Etablierung einer kostenfreien Helpline oder Vermittlungsstelle, die österreichweit Betroffene fach einschlägigen Institutionen oder Praxen zuweist, könnte ein adäquates Angebot darstellen. Die Empfehlungen orientieren sich an der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.

Ein anderer Weg, der insbesondere den Opfern der Katholischen Kirche sowie anderen bei Opferschutzeinrichtungen registrierten Personen oder Betroffenen ohne jede Anknüpfung an Opferschutzorganisationen (Dunkelziffer!) zu Gute käme, wäre die Etablierung psychosozialer Zentren, die für die Versorgung der genannten Gruppen zuständig sind. Auch der Ausbau vorhandener Zentren, die für die Versorgung der genannten Gruppen zuständig sind. Auch der Ausbau vorhandener Zentren, mit entsprechenden psychotraumatologisch fundierte Kenntnisse ausgestattet, einem multiprofessionellem Ansatz und Vernetzung zu weiterführenden, insbesondere stationären und ambulanten Behandlungseinrichtungen für Betroffene komplexer Traumatisierungen, ist vorstellbar. Als Modell für noch zu etablierende Einrichtungen oder den Ausbau vorhandener Zentren könnte Esra dienen, eine Einrichtung der Kultusgemeinde, die vor allem den Überlebenden der Shoah und deren Nachkommen zur Verfügung steht. Auch hier könnte die UOK bzw. die UOA ihre gesellschaftliche

Stellung für die Betroffenen hilfreich einbringen und sich als Lobby im Sinne der Betroffenen einbringen. Freilich sind diese Vorschläge nicht in naher Zukunft umsetzbar. Eine detaillierte Analyse der einschlägigen Elemente der psychosozialen Versorgung zur Identifikation vorhandener Dienste sowie zur Erkennung von Mängeln und Optimierungsmöglichkeiten wäre eine solide Grundlage für die Implementierung spezifischer traumabezogener Inhalte. Diese Fragestellung war jedoch nie Aufgabe der Studie, daher ist diese Empfehlung als Ziel zu verstehen.

1.6.6 Zusammenfassung der Empfehlungen für die psychosoziale und medizinische Versorgung

Die empfohlenen Aufklärungs- bzw. Kommunikationskompetenzen sind in ihren Grundlagen einfach zu vermitteln. Sie können in die Regelausbildung der Berufsgruppen, die für die Versorgung traumatisierter Erwachsener zuständig sind, aufgenommen werden (Klinische Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Allgemeinmediziner, Pflegepersonal, Sozialarbeiter). Fortbildungsveranstaltungen zum Umgang mit traumatisierten Personen können von den entsprechenden Fachgesellschaften angeboten werden. Die angeführten Empfehlungen zu klinisch-psychologischer Traumabehandlung bzw. – Psychotherapie, Pflege, medizinischer Versorgung, psychosozialer Versorgung, Hilfe für Angehörige, Hilfe zur Selbsthilfe gehen über die Zielsetzungen der UOK/UOA hinaus. Die mediale Präsenz sowie die Reputation der UOA und der Mitglieder der UOK erscheinen hervorragend geeignet für die Weiterentwicklung vorhandener bzw. die Gründung neuer Versorgungsinstitutionen zu werben. Beispielsweise könnte eine Arbeitsgruppe mit Vertretern von Berufsgruppen und psychosozialen Trägerorganisationen angeregt werden. Die Zielgruppe für die weiterentwickelten Versorgungsmöglichkeiten scheint jedenfalls gegeben, da einerseits die Dunkelziffer der Betroffenen von Gewalt und Missbrauch aus jenen Jahren hoch sein dürfte und andererseits Opfer, die sich bei anderen Kommissionen vorgestellt haben, ebenfalls von derartigen Unterstützungsangeboten profitieren könnten. Die Empfehlungen haben allesamt den Charakter eines Zieles, eine detaillierte Analyse vorhandener psychosozialer Versorgungselemente wäre eine solide Basis für die Weiterentwicklung der Dienste in der empfohlenen Dimension.

2. Empfehlungen zur Kommissionellen Aufarbeitung

Grundsätzlich haben Kommissionen zum Opferschutz eine vielfältige Funktionen und nicht immer eindeutig zu interpretierende Aufgaben. Sie sind weder Wahrheitskommission noch Versöhnungskommission. Die Unabhängige Opferschutzkommission (UOK) bedient zwei Stränge, stets unter der Opferschutzperspektive und der Vertretung der Opferanliegen gegenüber Dritten. Einerseits werden eine Bestandsaufnahme der Geschehnisse sowie eine Ermittlung der Fakten (Plausibilitätsprüfung) durch die Stiftung Opferschutz eingeleitet, beispielsweise durch die Überprüfung, ob die genannten Täter zum angegebenen Tatzeitraum tatsächlich am Tatort gearbeitet und/oder gelebt haben. Andererseits unterstützt sie die Betroffenen durch Festsetzung einer finanziellen Leistung sowie der Zuerkennung einer Anzahl an Traumabehandlungs- bzw. psychotherapiestunden. Doch ist es zu keiner Zeit Aufgabe einer Opferschutzkommission polizeiliche Ermittlungen einzuleiten oder selbst zu ermitteln. Sie ist vielmehr ein Organ, das im Auftrag einer Institution versucht Geschehenes aufzuarbeiten, zu klären und vor allem die Opfer zu würdigen und zu entschädigen. De facto haben Opferschutzkommissionen wie die UOK keine juristischen Kompetenzen. Sie sind mit der Umsetzung ihrer Ziele immer auf die Kooperation jener Organisationen angewiesen, unter denen die Täter zum Tatzeitpunkt tätig waren (d.h. die einzelnen Orden bzw. Diözesen werden zur Mitarbeit und Recherche angehalten). Bislang wurde die Aufarbeitung von Missbrauch und Gewalt in der Katholischen Kirche nur in wenigen europäischen Ländern durchgeführt. Durchwegs wurde sich hier einer pauschalen Vorgangsweise bedient, die weder eine individuelle

Prüfung noch Bearbeitung beinhaltet und somit auch keine individuelle Würdigung und Wertschätzung gegenüber dem betroffenen Individuum umfassend gewähren konnte.

Die UOK hat sich entschlossen, die Fälle individuell aufzuarbeiten. Damit hat sie Pionierarbeit geleistet. Bearbeitungsschritte und ein Regelwerk wurden entwickelt und durch ein stetes „learning by doing“ weiterentwickelt, stets aus der Perspektive, sich bestmöglich der Bedürfnisse der Betroffenen anzunehmen und individuelle Lösungen nicht nur anzubieten, sondern auch umzusetzen²⁴. Dies erfordert hohe Expertise, die durch die Mitglieder der UOK, insbesondere durch ihre berufliche Herkunft gewährleistet wurde. In dieser Intention wurden die Mitglieder auch zur Mitarbeit eingeladen. Ebenso erfordert diese individuelle Vorgangsweise Zeit, um dem einzelnen Betroffenen gerecht werden zu können. Die von Betroffenengruppen bisweilen in Frage gestellte Unabhängigkeit vom „Auftraggeber“ Kirche ist eine unabdingbare Voraussetzung für ein derartiges Vorgehen. Jede Entscheidung über die Verbesserung des Regelwerkes, die Höhe einer Entschädigung, die Einforderung von Stellungnahme zu einem Gewaltereignis dient der Aufarbeitung der entsetzlichen Geschehnisse. Würde der „Auftraggeber“ Kirche hier Einfluss nehmen, wäre bestenfalls eine pauschale Vorgangsweise möglich.

Aus Sicht der Psychotraumatologie ist die Entscheidung jedenfalls individualisiert vorzugehen, um den Betroffenen größtmöglichen Respekt entgegenzubringen, zu begrüßen. Es wurde dem Individuum Leid zugefügt, dies erfordert darauf bezogene Antworten, die nur durch individualisierte Aufarbeitung möglich erscheint. Die gewählte Vorgangsweise ist komplex und greift in viele Strukturen ein. Beispielsweise kann auf Verlangen des Betroffenen eine Anzeige erstattet oder eine Entschuldigung eines Täters eingefordert werden. Hier wird die Kommission in anderer Weise aktiv, indem sie z.B. mit dem Täter bzw. dessen Vorgesetzten Kontakt aufnimmt und versucht, diesen zu einer Entschuldigung zu bewegen. Auch die Begleitung von Treffen von Opfern und Tätern erfordert eine spezifische Herangehensweise, die von der Kommission jeweils für die Herausforderung zu entwickeln und umzusetzen ist. An dieser Stelle ist auch die Tätigkeit der Stiftung Opferschutz nochmals zu erwähnen. Sie ist die Schnittstelle zwischen der UOA/UOK und den Diözesen bzw. Orden. Die UOK/UOA kann im Unterschied zu den Landeskommisionen keinen direkten Zugriff z.B. aufgrund einer anstehenden Zahlung auf die Unterlagen der Betroffenen nehmen. Grund hierfür ist der Datenschutz. Die Stiftung Opferschutz, als von der Kirche eingerichtete Stelle, hat die Möglichkeit, ebenso wie die Aufgabe, Anfragen in Bezug auf die Täter weiterzuleiten und Antworten einzufordern sowie das Geld je Entschädigung von den zuständigen Stellen einzufordern, damit es zur Auszahlung an den Betroffenen kommen kann. Die Stiftung Opferschutz ist durch die innerkirchliche Struktur auf die Kooperation der jeweils beschuldigten Stelle (Diözesen, Orden) angewiesen. Die UOK ist mit einer komplexen Situation hinsichtlich ihrer Ansprechpartner konfrontiert, was die Dauer bis zum tatsächlichen Abschluss eines Falles ausdehnen kann.

Die UOA/UOK erhält unter diesem Aspekt vor allem eine kommunikative Aufgabe, die mit dem Erstkontakt beginnt und der Beschlussfindung zum Fall einer bestimmten Person endet. Diesen Beschlüssen geht eine intensive Kommunikation voraus, die einerseits durch die Mitarbeiter des Büros von UOA getragen wird, andererseits durch die Mitglieder der Kommission geleistet wird. Diese Träger der Kommunikation überweisen die Betroffenen an die Clearingpsychologen (nach einer Liste, die vom Berufsverband der Österreichischen Psychologen zusammengestellt wurde) bzw. an einen Vertreter von Psychiatrie, Psychotherapie bzw. Klinischer Psychologie nach eigener Wahl des Betroffenen. Die finanzielle Unterstützung sowie die Finanzierung der Traumabehandlungs- bzw. Psychotherapiestunden erfolgt durch ein weiteres Organ (Stiftung Opferschutz, errichtet durch die Österreichische Bischofskonferenz), welches direkt der Katholischen Kirche zuzurechnen ist. Die Kontaktaufnahme mit der UOA/UOK wird über die Ombudsstelle der Katholischen Kirche geregelt. Betroffene Personen befinden sich also in einer vielschichten Kommunikationsstruktur, die es zu

²⁴ Das entwickelte Regelwerk wurde von den regionalen Opferschutzkommissionen übernommen.

verstehen gilt. Auch sind die kommunikativen Abläufe durch ihre Komplexität zeitaufwändig und werden von den Betroffenen auch als langsam empfunden, wenngleich die Dauer in Relation zu gerichtlichen Vorgängen durchaus im Rahmen bleibt. Die mit den Betroffenen befassten Organe sind mit den für Extremtraumatisierte typischen Gefühlen konfrontiert, die weiter oben beschrieben wurden. Sie hören ihnen zu, lesen deren Dokumente, vereinbaren Termine, treffen Entscheidungen und müssen die Balance zwischen Einfühlsamkeit, Sachlichkeit und eigenem Entsetzen halten.

2.1 Rückmeldungen der Betroffenen zur UOK sowie daraus abgeleitete Empfehlungen

Aus den 48 Interviews mit den Teilnehmern der Studie konnten folgende Rückmeldungen gezogen werden. Sie werden folgend auf einer sehr allgemeinen Ebene zusammengefasst.

Die *Empfehlungen* beziehen sich vor allem auf Folgekommissionen, da die Arbeit der UOK/UOA in veränderter Form weitergeführt wird und ein stetes „learning by doing“ im laufenden Arbeitsprozess der UOK/UOA erfolgt ist. Kommissionen zum Opferschutz, die zur Aufarbeitung von komplexen Vorgängen in der Zukunft eingesetzt werden, können auf die Erfahrungen von UOK/UOA zurückgreifen und dadurch von Anfang an ihre Arbeit den Erfordernissen entsprechend beginnen.

2.1.1 Kontaktaufnahme und Ablauf

Die Kontaktaufnahme mit der UOK war für viele Betroffene von einem schwierigen Entscheidungsvorlauf geprägt. Sie wollten einerseits ihr Leid bekanntgeben, andererseits aber keine Rückschau mehr halten. Sie wünschten Entschädigungen, fürchteten aber, dass ihre Ansprüche nicht ausreichend wahrgenommen werden. Wenn Zweifel über die Unabhängigkeit der Opferschutzkommission vorhanden waren, wurden sie bisweilen von Opferschutzplattformen über deren Medienarbeit verstärkt.

Durch die gedankliche Auseinandersetzung, die in der Entscheidungsphase stattfand, kamen erneut Erinnerungen an die traumatisierenden Ereignisse hoch und bildeten sich im Verhalten ab. Viele der Teilnehmer schilderten, dass sie erstmals mit ihren Partnern oder Familienmitgliedern über ihre Traumatisierungen sprachen und durch deren Unterstützung den Weg zur UOK fanden. Beratschlagungen mit Rechtsanwälten, Psychotherapeuten, Psychiatern oder anderen fach einschlägigen Berufsgruppen wirkten ebenfalls ermutigend.

Die Kontaktaufnahme mit den Betroffenen erfolgte über das Büro der UOK. Es wurde durch die UOK die Liste der sogenannten Clearingpsychologen übermittelt und Erläuterungen zum Clearing gegeben. Als nächsten Schritt sollte sich die betroffene Person an einen Clearingpsychologen wenden bzw. die Entscheidung treffen, zu welchen Clearingpsychologen oder Experten des eigenen Vertrauens sie gehen wollten, um das Clearing durchzuführen. Dieser Ablauf war für Betroffene bis Juni 2011 gültig. Danach erfolgte der Erst-Kontakt über die Ombudsstellen, die das Clearing einleiteten. Die Betroffenen waren mit einem normierten Ablauf konfrontiert, der sie mit der Einleitung des Clearingsprozesses fürs erste wieder von der UOK wegbrachte. Für viele war dies auch der erste Kontakt mit einem Psychologen sowie die erste Eröffnung in Bezug auf die traumatisierenden Erfahrungen in ihrer Kindheit; beides eine Herausforderung, die es zu bewältigen galt.

Lief der Erst-Kontakt über die Ombudsstellen der Katholischen Kirche, so hatten die Betroffenen vielfach die Sorge, nicht frei erzählen zu können, da die Ombudsstellen von der Bischofskonferenz zwar unabhängig gestellt, aber dennoch von den Diözesen eingerichtet wurden. Insgesamt wurde seitens der Betroffenen beklagt, dass ihnen der Ablauf der Kontaktaufnahme schwer fiel. Außerdem erhielten sie nach subjektivem Empfinden, nicht ausreichend Informationen, weshalb für sie es schwer nachvollziehbar wurde, warum sie zu einem Psychologen gehen sollten, insbesondere dann, wenn sie bereits Dokumente im Erstkontakt beibrachten.

2.1.1.1 Empfehlung zu Kontaktaufnahme und Ablauf

Bedenkt man, dass viele Betroffene u. a. altersbedingt keine Internet-User sind, oder wenig Routine mit dem Medium Internet haben, so zeigt sich eine Hürde in der Kontaktaufnahme. Die Internet-Auftritte der Ombudsstellen informieren zwar über Telefonnummern und E-Mail-Adressen die Betroffenen, doch muss bedacht werden, dass nicht alle Betroffenen dieses Medium zur Informationsgenerierung nutzen. Verstärkte Bewerbung der Anlaufstellen durch andere Medien (Radio, TV, Printmedien) ist daher zweckmäßig.

Die Zeitabläufe zwischen dem Erstkontakt, einer ersten Rückmeldung und den Entscheidungen erscheint vielen Betroffenen zu lang und sind für sie schwer nachvollziehbar. Die lange Phase bis zur endgültigen Entscheidungen hat gute Gründe und verweist auf die sorgfältige Bearbeitung durch die UOK, doch wird im Erleben der Betroffenen nicht ausreichend transparent dargestellt, was sich in dieser Zeit „hinter den Kulissen tut“. Dies führt dazu, dass sich die Betroffenen bisweilen als „nicht gehört“, „nicht ernstgenommen“ und zu wenig wertgeschätzt fühlen. Es kommt zu einer erneuten Kränkung/Enttäuschung und im schlimmsten Fall kann durch dieses „Nicht Gehört Werden“, ein Wiedererleben der traumatischen Situation entstehen. Definierte telefonische Betreuungszeiten mit psychotraumatologisch informiertem und in der Telefonberatung geschultem Personal sowie eine verstärkte Kommunikation über das Medium Brief könnten eine Lösung darstellen.

2.1.2 Kommunikation durch das Büro einer Kommission

Die Mitarbeiter des Büros waren und sind die Hauptansprechpartner für die Betroffenen. Sie waren und sind mit den Gefühlen der Menschen konfrontiert, wenn diese sich an die Kommission wenden. Diese Gefühle sind komplex und bisweilen auch negativ gefärbt, die Betroffenen rufen z.B. an, um über ein weiteres Detail zu berichten oder um nachzufragen, wann die Kommission über ihre Entschädigung entscheiden wird oder sonstige Anliegen vorzubringen.

2.1.2.1 Empfehlung zur Kommunikation durch das Büro

Für die Beantwortung der Fragen, vor allem hinsichtlich der Gefühlskomplexe, bedarf es ausreichender psychosozialer Kompetenz, die zusätzlich zu den üblichen administrativen Fertigkeiten notwendig ist. Eine verlässliche, stets ruhige und einfühlsame sowie achtende Kommunikation am Telefon, aus der sich gezielte Antworten ergeben können (z.B. durch eine Statusauskunft zu den Arbeitsschritten, sofern dies möglich ist, da die Komplexität der Abläufe bisweilen konkrete Antworten erschwert), fördert das Vertrauen in die kommissionelle Arbeit und deeskaliert starke negative Emotionen, die bisweilen den Mitarbeitern entgegengebracht werden. Die notwendigen Schulungsinhalte sind vergleichbar mit jenen, die für die psychosoziale Versorgung angeregt werden.

2.1.3 Clearing

Die UOA/UOK hat größtmögliche Freiheit für die Betroffenen im Umgang mit dem Clearing als wesentliche Maßnahme erachtet und dieser durch die freie Wahl eines Experten den Weg gebahnt. Abbrüche bzw. Wechsel des Experten wurden ebenso akzeptiert, wie eine sehr langsame Umsetzung. Die UOA/UOK hat bei emotionaler Überforderung auch das Angebot vorgehalten, Unterstützung zur Stabilisierung zu finanzieren.

Viele Betroffene hatten im Zuge der Clearinggespräche die erste Begegnung in ihrem Leben mit Psychologen. Vorurteile gegenüber dem Berufsstand, Unkenntnis über die tatsächliche Kompetenz und die Vorgangsweise, die unbewusste Tendenz, eine Konfrontation mit dem Geschehenen zu vermeiden, Angst, sich erneuten Belastungen auszusetzen, Sorge, sich nicht richtig ausdrücken zu können sowie oft auch die erste Offenlegung des Geschehen im Leben, kennzeichneten bisweilen die Situation der Clearinggespräche. Es gab einige Betroffene, die nur wenige Clearingtermine wahrnahmen, dafür schriftliche Berichte übermittelten und sich auf die Integration selbiger verließen. Andere konnten der Belastung, die durch die Gespräche entstand, nicht standhalten und berichteten nur Segmente ihrer

Erlebnisse, was sich in der subjektiven Rückschau auf die Höhe der Entschädigung auswirkte und sie veranlasste, erneut die UOK/UOA zu kontaktieren und weitere Details zu eröffnen.

Die Betroffenen berichteten über die Psychologen sehr unterschiedliche Eindrücke und Umgangsweisen, die sich auch in den Clearingberichten zeigt. Manche Clearingberichte deuten auf eine gewisse Oberflächlichkeit hin, andere wiederum sind ausführlich, detailgenau und beinhalten exakte Diagnosen sowie Beschreibungen der Erlebnisse und die Würdigung beigebrachter Dokumente und geben somit Zeugnis von gekonnter fachlicher Vorgangsweise bzw. im anderen Fall von geringerer Sorgfalt.

Trotz der schriftlichen Anleitung zu einer einheitlichen Vorgangsweise von Seiten der UOK wurde diese nicht von jedem Experten umfassend umgesetzt. Dementsprechend äußerten sich die Betroffenen zu den Clearinggesprächen. Die Rückmeldungen waren in Bezug auf die jeweilige Person des Clearingexperten positiv, jedoch bisweilen auch kritisch in Bezug auf den erlebten Umgang mit ihnen. Anders formuliert: der Mensch war nett, aber die Clearinggespräche wurden bisweilen als zu schnell, zu fordernd und somit als belastend erlebt.

2.1.3.1 Empfehlung zum Clearing

Die UOK/UOA hätte ihrerseits bisweilen mehr Qualität in den schriftlichen Clearingberichten einfordern können. Die konsequente Einforderung, dass der schriftlichen Vorgabe umfassend Folge geleistet wird, hätte die Aufbereitung der Akten für die kommissionelle Entscheidungsfindung mit hoher Wahrscheinlichkeit den Arbeitsprozess beschleunigt. Wieder muss auf die kommunikative Anforderung verwiesen werden, ebenso auf den Pioniercharakter des eingeschlagenen Weges. Finanzierte Unterstützung für eine Stabilisierung während des Clearingprozesses, verbesserte Informationen zum Clearingprozess sind ein Ergebnis des „learning by doing“ und können als zielführende Maßnahmen für die Tätigkeit anderer Kommissionen mit ähnlichen Aufgaben herangezogen werden. Sie werden hier der Vollständigkeit halber aufgeführt.

Insgesamt ist ein Clearingprozess unabdingbar und notwendig. Nur in einem geschützten Rahmen, der von Vertrauen geprägt ist, kann sich ein Betroffener von Gewalt öffnen, ohne ein zu großes Risiko der Retraumatisierung in Kauf nehmen zu müssen. Dafür ist es notwendig, dass die klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten psychotraumatologische Zusatzkompetenzen nachweisen und anwenden. Bei starker Traumatisierung, wie sie in der beschriebenen Gruppe eindeutig vorhanden ist, besteht bei nicht-psychotraumatologischer fundierter Vorgangsweise eine zu hohe Gefahr, massive Dissoziationen oder PTBS-Symptome durch Retraumatisierung hervorzurufen. Auch können nicht einschlägig geschulte Personen diese Symptome nicht diagnostizieren und stabilisieren und weisen u. U. auch nicht die Befugnis auf (z. B. Lebens- und Sozialberater, die ausschließlich mit gesunden Personen arbeiten dürfen), hier Kriseninterventionsmaßnahmen durchzuführen. Auch Seelsorger oder Sozialarbeiter sind nicht befugt, Menschen mit krankheitswertigen Symptomen entsprechende Unterstützung zu geben, obwohl sie Erfahrung um Umgang mit Menschen haben, die viele Sorgen haben. Menschen mit hoher traumatischer Belastung brauchen auch im Clearingprozess Gesprächspartner, die eine entsprechende Expertise aufweisen und erkennen, in welchem Ausmaß sie das Wieder-Erinnern an die Geschehnisse regulieren müssen.

2.1.4 Transparenz in der Entscheidungsfindung

Einige Betroffenen beklagten in den Interviews, dass sie nicht nachvollziehen könnten, warum sie die entsprechende Summe an finanzieller Unterstützung zugesprochen bekamen. Bisweilen hatten sie das Gefühl, dass nicht alle Taten und damit verbundenen Leidenszustände berücksichtigt wurden, insbesondere, wenn sie andere Opfer kannten, die vergleichbare Taten erlitten hatten. Es wurden auch Vergleiche zu anderen Rechtssystemen bzw. Opferentschädigungen gezogen und die Höhe der finanziellen Leistung wurde von den Betroffenen in einigen Fällen als insgesamt zu niedrig empfunden. Die UOA/UOK verwies stets darauf, dass die finanzielle Leistung entsprechend der österreichischen

Judikatur gestaltet waren, ebenso, dass die finanziellen Leistungen letztlich freiwillig erfolgten, da die meisten Fälle bereits verjährt waren. Auch hat die UOA/UOK bei Beschwerden zur Höhe der Zahlung eine nochmalige Überprüfung der Fälle durchgeführt, um hier größtmögliche Würdigung der Betroffenen zu gewährleisten. Dennoch zeigte sich hier die Mächtigkeit von Einflüssen wie etwa durch Rechtsanwälte, die den Betroffenen große Hoffnungen aus Entschädigungen amerikanischen Modells machten. Unklar blieb für einige Betroffene auch, warum die UOK/UOA keine Ermittlungen zu noch lebenden Tätern anstellt. Die UOA/UOK bekannte sich in jeder Hinsicht zum Opferschutz, ist aber per definitionem keine Einheit zur Täterverfolgung. Auch praktische Gründe standen einer Täterverfolgung im Wege, es fehlt der gesetzliche Auftrag. Die liegt bei der Dienstaufsicht der jeweiligen Orden bzw. Diözesen. Auch die Verjährung steht diesem Wunsch vielfach entgegen. Die UOA/UAK nimmt keine Beweisführung vor, lediglich eine Plausibilitätsprüfung. In solchen Fällen wurde auf Wunsch der Betroffenen eine erstanwaltliche Beratung durch die UOA/UOK finanziert, um Fragen zur Täterverfolgung abzuklären. Fragen zur Einsicht in den eigenen Akt wurden auf individueller Basis beantwortet. Jedenfalls wurde stets informiert, dass die UOA/UOK keine Dokumente besitzt, die nicht vom Betroffenen stammten.

2.1.4.1 Empfehlung zur Entscheidungsfindung

Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass die Einsicht in den eigenen Akt sehr hilfreich ist, da sie die Kontrolle durch die Betroffenen auf Vollständigkeit und Korrektheit dadurch eröffnet. Aus psychotraumatologischer Sicht wäre diese Kontrollmöglichkeit in jedem Fall zu befürworten, bedenkt man, dass jede psychotraumatologische Exposition ein Maximum an Kontrollverlust über das eigene Leben mit sich bringt. Praktische Gründe mögen diesem Aspekt entgegenstehen, doch psychotraumatologisch ist diese Maßnahme sinnvoll. Ausreichende Informationen über die Entscheidungsfindung und ein ausführliches (Telefon-) Gespräch oder eine schriftliche Begründung zur Entscheidung waren bereits Maßnahmen, die der psychischen Stabilisierung der Betroffenen zu Gute kamen. Hinsichtlich des Wunsches einer Akteneinsicht wurden und werden die Betroffene informiert, dass die UOA/UOK keine Schriftstücke bzw. Daten besitzt, die nicht direkt vom Betroffenen selbst kommen. Dies wurde auch immer wieder so gehandhabt und wird an dieser Stelle der guten Praxis halber in die Empfehlungen aufgenommen. Wiederholt ist zu betonen, dass die Betroffenen einer intensiven Beratung und Betreuung bedürfen, die sowohl Sachinformation als auch persönliche Zuwendung als wesentliche Elemente beinhaltet, um den gewünschten Beitrag zur Schmerzlinderung effizient leisten zu können. Der dafür benötigte Aufwand hinsichtlich Zeit und kompetenter Umgang sollte in zukünftigen Kommissionen sichergestellt sein.

2.1.5 Aspekte der Kommission

Die aus den Medien bekannten Kritikpunkte wurden auch von den Studienteilnehmern genannt. Insbesondere wurde an der Unabhängigkeit der Kommission gezweifelt. Auch die Verbindung zur Stiftung Opferschutz als geldanweisende Institution wurde als Argument genannt, genauso die Anbahnung des Kontaktes über die Ombudsstellen der Diözesen. Hinsichtlich der Besetzung der Mitglieder wurde mehrfach reklamiert, dass Opfervertreter Mitglieder der Kommission sein sollten und zwar nach der Leitlinie „Nichts für uns, ohne uns!“, der auch im Bereich der Menschen mit Behinderungen längst als Grundsatz gilt. So wurde als Idee vorgeschlagen, dass sowohl UOK als auch UOA im steten Austausch mit einem Vertretungsgremium von betroffenen Personen stehen könnte. Über die Zusammensetzung bzw. Delegation eines Betroffenenvertreters gibt es unter den Interviewpartnern keine konkreten Überlegungen. Des Weiteren wurde angeführt, dass die UOK/UOA nicht hochrangig genug sei, da die erlittenen Gewalttaten zwar im Rahmen der Katholischen Kirche stattfanden, diese aber immer wieder Erziehungsaufgaben im Auftrag der Republik/des Staates umgesetzt habe. Daher – so die Schlussfolgerung – wäre eine vom Bundeskanzler eingesetzte Kommission angemessen, um die Mitverantwortung der Republik abzubilden. Andere Studienteilnehmer verwiesen auf die Tatsache, dass sie mehrere Institutionen durchliefen, in denen

sie jeweils zum Opfer wurden. Durch die Vielzahl an Kommissionen waren sie einer Odyssee ausgesetzt, bis sie endlich bei der richtigen Kommission „gelandet“ waren.

Zu problematisieren ist nicht nur die Thematik der vielen Kommissionen, sondern auch die damit verbundene Notwendigkeit für die Betroffenen, mehrfach die belastende Offenlegung durchzumachen. Die UOA/UOK entwickelte daher diesbezüglich die Möglichkeit mit Einverständnis des Betroffenen die Unterlagen an weitere Kommissionen weiterzuleiten. Das Einverständnis der Betroffenen war Grundvoraussetzung, um diesen Schritt zu setzen.

In den Interviews wurden aber auch lobende und sehr wertschätzende Äußerungen zur Arbeit der UOK/UOA getan, vor allem im Sinne einer Würdigung, dass hier „endlich was getan wird“. Hoffnungen, dass sich durch die Aufarbeitung auch die Kirche zum Besseren entwickelt wurden ebenso artikuliert, wie das Gefühl der Anerkennung, als Opfer sowie endlich als solches wahrgenommen zu werden. Es gab ganz schlichte Äußerungen, die die positive Würdigung auf den Punkt bringen, zitiert sei hier „Die machen es gut!“.

2.1.5.1 Empfehlung zu Aspekten der Kommission

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf zukünftige Kommissionen, die dem Modell der UOA/UOK folgen wollen. Auch erfahren diese Empfehlungen keine praktischen Einschränkungen, wie etwa durch finanzielle, politische oder administrative Hürden.

Die Integration eines oder mehrere Betroffenenvertreter kann inhaltlich gut nachvollzogen werden, allerdings ist zu befürchten, dass die Umsetzung auf praktische Grenzen stößt, alleine wenn es darum geht, wie und nach welchen Kriterien eine Vertretung von Betroffenen delegiert wird. Möglicherweise wäre ein Betroffenenrat als anzuhörendes Gremium ein Medium, um diesem Wunsch entgegenzukommen.

Eine finanzielle Autonomie einer Kommission, d.h. eine Auszahlungsbefugnis der Entschädigungen direkt durch eben diese Kommission würde die Wahrnehmung der Unabhängigkeit einer Kommission deutlich stärken. Verloren ginge durch diese Vorgangsweise eine Controlling-Instanz. Sowohl das Argument der Mehrfachbetroffenheit, als auch jenes der staatlichen Mitverantwortung verweisen auf das Erfordernis einer staatlichen Dachkommission, die die regionalen und lokalen Kommissionen koordiniert und gleichzeitig die zentrale Wahrnehmung der Gewaltvorkommnisse symbolisiert. Es geht in dieser Empfehlung in erster Linie um die symbolische Verantwortungsübernahme durch höchste staatliche Vertreter, die praktische Umsetzung der Arbeit sollte wie im Modell der UOA/UOK weiterhin direkt ausgeübt werden. Aufgabe einer derartigen Dachkommission könnte die Zusammenschau der vorhandenen Daten sowie die daraus ableitbaren Erkenntnisse und Konsequenzen sein. Kinderschutz, Gewaltfreiheit, Menschenrechte, Anregungen sexuell bezogenes Wissen noch intensiver zu verbreiten sowie Anregungen zu präventiven Maßnahmen und deren Umsetzung durch geeignete Trägerorganisationen könnten Themen sein, für die sich eine Dachkommission einsetzt. Weiters könnten Anregungen zu einer gesamtösterreichischen wissenschaftlichen Aufarbeitung aus psychologischer und historischer Sicht gegeben werden. Unterschiede hinsichtlich des Risikos zum Opfer zu werden, Bedingungen, die die Gewalttaten begünstigen oder verhindern sowie die aktuelle psychische Gesundheit könnten Forschungsfragen sein, für die eine Dachkommission eintritt und Forschungsprojekte anregt sowie hilft, hier entsprechende Mittel zur Finanzierung einzuwerben.

Unbeantwortet bleiben muss die Frage nach der zeitlichen Aufrechterhaltung der UOK bzw. deren Tätigkeit. Es ist anzunehmen, dass noch eine erhebliche Anzahl an unbekanntem Betroffenen vorhanden ist, für die grundsätzlich die Möglichkeit gewährleistet bleiben soll in ähnlicher Form einen Ansprechpartner zu haben. Auch wäre die UOK eine gute Instanz um die weiter oben angeführten klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen sowie anderen Versorgungsnotwendigkeiten zumindest anzuregen, einzuleiten und anfangs zu koordinieren, da die UOK die Bedürfnisse der Betroffenen sehr gut kennt. Diese beiden Argumente sprechen für eine längerfristige

Aufrechterhaltung der UOK bzw. UOA. Die UOA/ UOK könnte sich des Weiteren als Lobby für die historische Aufarbeitung, weitere psychotraumatologische Forschungen sowie für juristische Anregungen im Bereich von Sexualdelikten einsetzen.

3. Zusammenfassung der Empfehlungen

Aufgrund der starken psychischen Belastungen, die in den Forschungsergebnissen deutlich wurden, wird empfohlen für die Bereiche Behandlung/Psychotherapie bzw. Versorgung:

- 1) Eine Helpline, die niederschwellig den Zugang zu einer wirksamen Traumabehandlung bzw. -psychotherapie ermöglicht.
- 2) Die Etablierung von Behandlungszentren (Weiterentwicklung vorhandener Einheiten nach Modellprojekten oder Aufbau neuer Zentren), die traumaspezifische Behandlungsangebote für die Betroffenen anbieten. Diese Zentren können und sollen auch für andere Betroffene von Gewalt und Missbrauch zur Verfügung stehen
- 3) Die Implementierung von wirksamkeitsnachgewiesenen Behandlungsmethoden für die komplexe PTBS in die Behandlungsangebote für die Betroffenen, ausgeführt von spezifisch ausgebildeten klinischen Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiatern
- 4) Weiterführung der Clearingprozesse durch traumaspezifisch qualifizierte klinische Psychologen im Zuge des Einbringens als Opfer bei der UOK. Eine Weiterführung durch nicht qualifiziertes Personal (z. B. Lebensberater oder Seelsorger) birgt ein hohes Risiko für eine Retraumatisierung. Konsequente Einforderung der Umsetzung von schriftlichen Vorgaben durch UOA/UOK
- 5) Die Integration einer besseren sozialen Versorgung in das gesamte weiterführende Versorgungsangebot, durch z. B. Überprüfungen von Ansprüchen durch das Bundessozialamt und in der Folge Entwicklung von spezifischen Angeboten für die erhöhten finanziellen Bedürfnisse der Opfer
- 6) Etablierung von expertenunterstützten Selbsthilfeangeboten
- 7) Psychoedukation und Hilfe zur Selbsthilfe für Angehörige
- 8) Die Implementierung von traumarelevanten Lehrinhalten zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Betroffenen und Berufsgruppen, die sich um die Bedürfnisse der Betroffenen kümmern, durch z.B. Aufnahme relevanter Wissensgebiete in die Regelausbildung sowie in die Fortbildungen der Berufsgruppen

Für zukünftige Kommissionen, die dem Beispiel der UOA/UOK folgen wollen wird empfohlen

- 9) Senkung der Schwelle für Betroffene durch noch intensivere Kommunikation der Angebote einer Kommission und Nutzung von altersadäquaten Kommunikationsmitteln im Betreuungsprozess (Brief statt Internet).
- 10) Verbesserte inhaltliche Beschreibung über Ablauf und Behandlung durch Kommissionen
- 11) Beschleunigung des Bearbeitungsprozesses sowie klar vereinbarte Betreuungselemente in diesem Ablauf
- 12) Detaillierte Beschreibung des Clearingverfahren, dessen Ziel und Zweck
- 13) Einfordern von Sorgfalt und Qualität im Clearingprozess
- 14) Die Etablierung einer staatlichen Dachkommission, vor allem um die symbolische Verantwortung des Staates zu übernehmen, durch z.B. Anregungen für weitere Forschungen, Gesetzesänderungen, um so gegen Gewalt und Missbrauch ein höchstrangiges Signal zu setzen.
- 15) Spezifische Schulungen und ausreichend Supervision für Mitarbeiter von Kommissionen

- 16) Stetes Einfordern von der Einhaltung von Kinderrechten und Maßnahmen, die die Wehrhaftigkeit der Kinder stärken durch die Vertreter der Kommission
- 17) Nachholen der fehlenden historischen Aufarbeitung der Missbräuche und Gewaltanwendungen
- 18) Lobbying für die Überprüfung der juristischen Aspekte von Sexualdelikten (z. B. Verjährung) sowie Lobbying, damit den Betroffenen mehr Glauben geschenkt wird.

Abschließend soll festgehalten werden, dass die Tätigkeit der UOA/UOK als zielführend im Sinne der finanziellen Unterstützungsleistung und Würdigung der Opfer anzusehen ist. Es gibt kaum andere Antworten für die Aufarbeitung von vergangenen Gewalttaten und Missbräuche als die Einsetzung einer unabhängigen Kommission sowie einer Opferanwaltschaft, die jeweils auf die Bedürfnisse der Individuen eingeht. Das hohe Engagement der Opferanwaltschaft und den einzelnen Mitglieder der Kommission, die ehrenamtlich über eine lange Periode zur Verfügung standen bzw. noch stehen geben davon Zeugnis.

Reflexion zur gesellschaftlichen Bedeutung

Die vorliegenden Forschungsergebnisse beinhalten Daten, die in ihrer Summe ein erschreckendes Bild ergeben. Sie verweisen auf die Notwendigkeit, stets eine gewaltfreie Erziehung einzufordern und die Rechte der Kinder zu wahren. In Bezug auf jenen Bevölkerungsteil, der in den 50er, 60er, 70er und auch noch 80er Jahren des 20. Jahrhunderts aufwuchs, finden sich heute viele Menschen, die ebenfalls Missbrauch und Gewalt in ihrer Kindheit und Jugend erlebten, aber weiterhin schweigen. Es ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen, für die es gilt auch weiterhin die Chance einer „Disclosure“ vor einer Opferschutzkommission zu wahren. Außerdem sollte weiterhin eine symbolische Entschädigungszahlung erfolgen, sowie Traumabehandlung bzw. –psychotherapie ermöglicht werden, immer im Wissen, das Geld, das Leiden nicht wieder gut machen kann.

Hilfe und Unterstützung für diesen Teil der Bevölkerung wird auch in Zukunft notwendig sein, denn die Altersversorgung komplex traumatisierter Menschen rückt zwar zunehmend ins Blickfeld der Verantwortungsträger, ist aber in der Praxis noch nicht ausreichend umgesetzt. Wissenschaftliche Forschung wird weiterhin erforderlich sein, z.B. um die Wirksamkeit der eingesetzten Methoden und Verfahren zu überprüfen. Detaillierte epidemiologische Studien zur Erfassung von einerseits Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung sowie deren psychopathologischer Konsequenzen fehlen weitgehend. Ohne derartiges Wissen wird eine bedarfs- und bedürfnisgerechte psychosoziale und medizinische Versorgung nur schwer sachgerecht umzusetzen sein. Ein Altern in Würde und Gesundheit wird Betroffenen von traumatischen Erlebnissen dadurch erschwert bis nahezu unmöglich gemacht.

Aber nicht nur die psychotraumatologische Komponente muss mehr Beachtung finden. Die historische Aufarbeitung steht am Anfang. Das Öffnen der Archive jener Institutionen aus denen die Beschuldigten stammten, wäre ein weiterer Schritt, der ansteht. Erste diesbezügliche Schritte sind in Österreich bereits getan, die Aufarbeitung aller Missbrauchs- und Gewaltfälle in österreichischen Institutionen fehlt leider noch.

Auf gesellschaftlicher Ebene bedarf es einer konsequenten Ächtung von Gewaltausübung gegenüber Kindern, Jugendlichen und Personen, die von der Hilfe durch Institutionen abhängen, verbunden mit der Forderung nach einem angemessenen Strafaufmaß für Täter und der Einsetzung von Behandlungsprogrammen für Täter in einem höheren Ausmaß als bislang. Ein konstantes Überprüfen der gesellschaftliche Haltung und somit auch der kirchlichen Haltung zu Gewalt, Missbrauch und

Vernachlässigung, verbunden mit der Einforderung der Wahrung der Menschenrechte und Kinderrechte als Konsequenz ist die gesellschaftlich erforderte Antwort.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1. PSYCHOTRAUMATOLOGISCHES RAHMENMODELL (MAERCKER, 2009)	21
ABBILDUNG 2. DARSTELLUNG DER TEILNAHMEMÖGLICHKEITEN	23
ABBILDUNG 3. ABLAUFDIAGRAMM	33
ABBILDUNG 4. VERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMER NACH BUNDESLAND (IN KLAMMER JEWEILS DIE ENTSPRECHENDEN ANGABEN DER GESAMTVERTEILUNG DER UOK, STAND APRIL 2012).....	37
ABBILDUNG 5. CLUSTERBILDUNG KÖRPERLICHER GEWALTTATEN.....	48
ABBILDUNG 6. CLUSTERBILDUNG DER SEXUELLEN GEWALTTATEN	51
ABBILDUNG 7. CLUSTERBILDUNG PSYCHISCHER GEWALTTATEN	54

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 FAMILIENSTAND	35
TABELLE 2 AUSBILDUNGSSTATUS	36
TABELLE 3 VERGLEICH STICHPROBE UND ALLGEMEINBEVÖLKERUNG	36
TABELLE 4 ENTSCHÄDIGUNG (IN EURO)	38
TABELLE 5 PCL - C	39
TABELLE 6 BSI-SUBSKALEN	40
TABELLE 7 CISS-SUBSKALEN (COPING)	41
TABELLE 8 DLE-SUBSKALEN (DISCLOSURE)	41
TABELLE 9 SCHUTZFAKTOREN (RESILIENZ, OPTIMISMUS)	42
TABELLE 10 KIRCHENÄMTER DER TÄTER	43
TABELLE 11 EINRICHTUNGEN/ORTE, AN DENEN GEWALT STATTFUNDEN HAT	44
TABELLE 12 INFORMATIONENQUELLEN	45
TABELLE 13 INFORMATIONENQUELLEN	45
TABELLE 14 TATEN KÖRPERLICH	48
TABELLE 15 SUMMEN DER CLUSTER GEWALT KÖRPERLICH	49
TABELLE 16 TATEN SEXUELL	51
TABELLE 17 SUMMEN DER CLUSTER GEWALT SEXUELL	52
TABELLE 18 TATEN PSYCHISCH	55
TABELLE 19 SUMMEN DER CLUSTER GEWALT PSYCHISCH	56
TABELLE 20 ART DER GEWALT	56
TABELLE 21 KOMBINATIONEN VON GEWALT	57
TABELLE 22 DIFFERENZIERUNG DER GEWALTARTEN	57
TABELLE 23 CLUSTER FOLGEN TRAUMASPEZIFISCH	58
TABELLE 24 SUMMEN DER CLUSTER FOLGEN TRAUMASPEZIFISCH	59
TABELLE 25 CLUSTER FOLGEN PSYCHOSOZIAL	60
TABELLE 26 SUMMEN DER CLUSTER FOLGEN PSYCHOSOZIAL	61
TABELLE 27 RESPONDER VS. NON – RESPONDER (DESKRIPTIV)	84

Literaturverzeichnis

- Andrews, B., Brewin, C., Philpott, R. & Stewart, L. (2007). Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1319–1326.
- Bange, D. & Körner, W. (Hrsg.). (2002). *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33, 412-420.
- Bohus, M., Priebe, K., Krüger, A., Steil, R., Kleindienst, N. (2011). download 27. 9. 2012. http://www.awp-freiburg.de/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=135
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Brewin, C. R., Andrew, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in traumaexposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Butollo, A. (2012). *Posttraumatische Fragestellungen bezüglich Sozialer Unterstützung zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche Österreichs*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Campbell-Sills, L. & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 1019–1028.
- Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., White, M., Daly, M., & Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect*, 34, 477-489.
- Chaudoir, S., & Fisher, F. (2010). The disclosure processes model: understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136(2), 236-256.
- Childhelp, Inc. (2005). National child abuse statistics. Retrieved January 7, 2011, from <http://childhelpusa.org/>
- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 5, 399 – 408
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charavustra, A.; Carapezza, R., Stolbach B.C. & B. L. Green (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practises. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 6, 615 - 627
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.

- Derogatis, L. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dorahy, M. J. (2010). The Impact of Dissociation, Shame, and Guilt on Interpersonal Relationships in Chronically Traumatized Individuals: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 5, 653-656
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Endler, N.S. & Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Erikson, E. H., Erikson, J. H., and Kivnick, H. Q. (1986). *Vital Involvement in Old Age*, Norton, New York.
- Finkelhor, D. & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). *Victimization of Children*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Floyd, M., Rice, J. & Black, S. R. (2002). Recurrence of Posttraumatic Stress Disorder in Late Life: A Cognitive Aging Perspective. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (4), 303-311.
- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2000). *Brief symptom inventory: BSI. Kurzform der SCL90-R*. Göttingen: Beltz Test.
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic selfdysregulation: Reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 110–124.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche J. & Herzberg, P. Y. (2008). Die deutsche Version des Life-Orientierung-Test (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16 (1), 26-31. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Hansson, R. O., and Carpenter, B. N. (1994). *Relationships in Old Age: Coping With the Challenge of Transition*. Guilford Press: New York.
- Hartwig, L. & Hensen, G. (Hrsg.). (2008). *Sexueller Missbrauch und Jugendhilfe*. München: Juventa Verlag.
- Heim, C., Nater, U. M., Maloney, E., Bonova, R., Jones, J. F. & Beeves, W. C. (2009). Childhood Trauma and risk for chronic fatigue syndrome: Association with neuroendocrine dysfunction. *Archives of General Psychiatry*, 66, 72 – 80.
- Heim, C., Wagner, D., Malony, E., Papanicolaou, D., A., Solomon, L., Jones, J. F., et al (2006). Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1258-1266.
- Herman, J. (1992): Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377–391.
- John Jay College. (2004). *The nature and scope of sexual abuse of minors by catholic priests and deacons in the United States 1950-2002*. Washington DC: USCCB.

Johnson, C.S., Heffner J. L., Blom, Th. J. & R. M Anthenelli (2010). Exposure to Traumatic Events Among Treatment-Seeking, alcohol-dependent Women and Men without PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 5, 649 – 652.

Kälin W. (1995). *Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ (CISS) von N. Endler & J. D. A. Parker*. Basierend auf der Übersetzung von N. Semmer, F. Tschan & V. Schade (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Universität, Institut für Psychologie.

Kaniasty, K., Norris, F. H. (2008) Longitudinal Linkages Between Perceived Social Support and Posttraumatic Stress Symptoms: Sequential Roles of Social Causation and Social Selection. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 3, 274 – 281.

Löckenhoff, C. E., Terracciano, A., Patriciu, N., S., Eaton W. W. & Costa, P. T. (2009). Selfreported Extremely Adverse Life Events and Longitudinal changes in Five-Factor Model Personality Traits in an Urban Sample. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 1, 53-59.

Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung* (3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Moy, Y. (2012). *Disclosure und soziale Reaktionen bei Betroffenen von Missbrauch durch Vertreter der katholischen Kirche*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

Omarzu, J. (2000). A disclosure decision model: Determining how and when individuals will self-disclose. *Personality and Social Psychology Review, 4*(2), 174-185.

Österreichische Bischofskonferenz (2010).

<http://www.bischofskonferenz.at/content/site/home/article/387.html>

Parsons, J., & Bergin, T. (2010). The Impact of Criminal Justice Involvement on Victims`Mental Health. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 3, 182-188.

Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G. & Best, C. (2004). Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from the national women`s study. *Child Maltreatment, 9*(1), 62-77.

Saß, H., Wittchen, H-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, selfmastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life-Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.

Schützwohl, M., A. Maercker (2000). Anger in former East German political prisoners: Relationship to posttraumatic stress reactions and social support. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 483-489.

Shipmann, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1015-1029

- Stewart, S. H. (1996). Alcohol Abuse in Individuals Exposed to Trauma: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 120 (1), 83-112.
- STATISTIK AUSTRIA (2012a). Bevölkerungsstand. Wien: Statistik Austria.
- STATISTIK AUSTRIA (2012b). Bildung in Zahlen 2012/11 – Tabellenband. Wien: Statistik Austria.
- STATISTIK AUSTRIA (2012c). Familien und Haushaltstatistik: Ergebnisse der Mikrozensus - Arbeitskräfteerhebung. Wien: Statistik Austria.
- Tangney, J., Wagner, P., Hill-Barlow, D., Marschall, D., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 797-809
- Teegen, F. (1997). *Deutsche Übersetzung der Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) des National Center for PTSD, Boston*. Hamburg: Psychologisches Institut III der Universität.
- Ullman, S. (2000). Psychometric characteristics of the social reactions questionnaire. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 257-271.
- UOA (2010). Unabhängige Opferschutzkommission. Link: <http://www.opfer-schutz.at/>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. & Keane, T. M. (1993). *The PTSD checklist: reliability, validity & diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, October.
- Weber (2002). Psychotherapeut und Traumaopfer - Risiken und Ressourcen des intersubjektiven Erlebens von Traumatherapeuten. In A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 199-226). Berlin: Springer.
- WHO (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers – chapter 3. In WHO (2002), *World report on violence and health* (S. 58-86). Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit*. Zusammenfassung. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Wilhelm Windelband (1904). *Geschichte und Naturwissenschaft* (3. Auflage). Straßburg: Heitz.
- Wilson, JP., Drozdek, B. & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic Shame and Guilt. *Trauma, Violence, Abuse*. 7, 2, 122-141
- Yehuda, R., Flory, J. D. (2007). Differentiating Biological Correlates of Risk, PTSD, and Resilience Following Trauma Exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 435 – 447

Anhang

Tabelle 27
Responder vs. Non – Responder (Deskriptiv)

	Gesamt	Responder vs. Non-Responder		p
		Responder (aktiv)	Non-Responder (passiv)	
	448	185 (41.2%)	263 (58.6 %)	.000
Geschlecht	448	185	263	.821
m	339 (75.7%)	141 (76.2%)	198 (75.3%)	
w	109 (24.3%)	44 (23,8%)	65 (24.7%)	
Familienstand	359	184	175	.000
ledig	62 (17.3)	32 (17.4%)	30 (17.1%)	
Partnerschaft	82 (22,8%)	60 (32.6%)	22 (12.6%)	
verheiratet	130 (36.2%)	52 (28.3%)	78 (44.6%)	
geschieden	74 (20.6%)	31 (16.8%)	43 (24.6%)	
verwitwet	11 (3.1%)	9 (4.9%)	2 (1.1%)	
Höchste abgeschlossene Ausbildung	326	182	126	.060
kein	11 (3.6%)	9 (4.9%)	2 (1.6%)	
Pflichtschule	38 (12.3%)	22 (12.1%)	16 (12.7%)	
Lehre, BMS	142 (46.1%)	86 (47.3%)	56 (29.4%)	
Matura	64 (20.8%)	42 (23.1%)	22 (17.5%)	
Hochschulabschluss	53 (17.2%)	23 (12.6%)	30 (23.8%)	

Anmerkungen. N = 448