



**Potenzielle Effekte von Gewalterlebnissen im
Erwachsenenalter auf psychische und somatische Symptome
von Rehabilitations-PatientInnen mit besonderer
Berücksichtigung von Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz**

FH-Hon.Prof. Mag.^a (FH) Mag.^a Astrid Russ

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor philosophiae (Dr. phil.)

University of Nicosia

Department of Social Sciences

School of Humanities and Social Sciences

September 2022

Verfasst von: FH-Hon.Prof. Mag.^a (FH) Mag.^a Astrid Russ

Matr.nr.: U144N2534

Betreut von Prof. DDr. Christa Kolodej, MA – Adjunct Lecturer
Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer – Adjunct Professor
Mag. Dr. Ingrid Salem – Adjunct Assistant Professor

Abstract

Hintergrund/Ziel: Österreich ist europaweit an vorderster Stelle gereiht, wenn es um die Arbeitslosigkeit von Menschen mit psychischen Problemen geht - seit 2007 ist die Zahl um 140 % gestiegen (pro mente, 2019). Eine Maßnahme, um Menschen möglichst lang im Erwerbsleben zu behalten, ist die in Österreich angebotene psychische Rehabilitation. Das Ziel dieser Studie war die Erfassung der Prävalenz von Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter bei Rehabilitations-PatientInnen. Die ermittelte Prävalenz sollte zum einen mit der Prävalenz von Gewalterfahrungen bei der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung verglichen werden. Zum anderen sollten bei Reha-PatientInnen Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und den drei Syndromen Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit unter Berücksichtigung der Schutzfaktoren Bindung, Resilienz sowie Handlungsorientierung untersucht werden, um daraus Erkenntnisse für die Therapie in der Rehabilitation abzuleiten.

Methodik: Es wurden 243 Reha-PatientInnen (65 % weiblich) zwischen 18 und 71 Jahren in einer österreichischen Klinik für psychosoziale Gesundheit zu Beginn und am Ende einer sechswöchigen Rehabilitation befragt. Die Erfassung der Gewaltprävalenz mittels Fragebogen und der Vergleich mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung erfolgte auf der Grundlage der „Österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern“ von Kapella et al. (2011). Es wurde die Prävalenz von folgenden Formen der Gewalt erfasst: psychische Gewalt, physische Gewalt, sexuelle Belästigung, sexuelle Gewalt und Mobbing. Für die Erfassung von Symptomen und Schutzfaktoren wurden validierte und reliable psychologische Testverfahren verwendet.

Ergebnisse: Die Prävalenzen von erlebter psychischer, physischer und sexueller Gewalt waren sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Reha-Patienten signifikant höher im Vergleich zu den Gewaltprävalenzen bei den weiblichen und männlichen Personen aus der Stichprobe von Kapella et al. (2011). Bezüglich der Prävalenz von sexueller Belästigung gab es zwischen weiblichen Reha-Patientinnen und weiblichen Personen aus Kapella et al (2011) keine signifikanten Unterschiede. Männliche Reha-Patienten erlebten jedoch signifikant häufiger sexuelle Belästigung im Vergleich zu den männlichen Personen aus Kapella et al (2011). Es gab Hinweise, dass eine hohe Ausprägung von Resilienz und Bindung die Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und psychischen sowie physischen Symptomen verringert. Der Schutzfaktor Handlungsorientierung verringerte eine Somatisierung nur bei PatientInnen ohne Gewalterfahrungen.

Conclusio: Reha-PatientInnen zeigten höhere Prävalenzen von Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter als die Stichprobe aus der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Dies ist

bei der Therapie in der Rehabilitation zu berücksichtigen. Bei hoch ausgeprägten persönlichen Schutzfaktoren waren psychische und physische Symptome von PatientInnen mit Gewalterfahrungen weniger stark. Dies betraf insbesondere Erfahrungen von psychischer Gewalt, physischer Gewalt, sexueller Belästigung und Mobbing. Diese Erkenntnisse sollten in die Therapie in der Rehabilitation zu Eingang finden.

Schlüsselwörter: Gewaltprävalenz, RehabilitationspatientInnen, Somatisierung, Psychosomatik, Psychische Gewalt, Physische Gewalt, Sexuelle Gewalt, Sexuelle Belästigung, Mobbing



Background/Objective: Austria ranks in first place in Europe when it comes to unemployed persons with mental health problems – their number has increased by 140% since 2007 (pro mente, 2019). One measure to keep persons in employment for as long as possible is the psychological rehabilitation programme offered in Austria. The aim of this study was to record the prevalence of violent experiences in adulthood among rehabilitation patients. On the one hand, the prevalence determined in this group was to be compared with the prevalence of violent experiences in a sample from the general population. On the other hand, correlations between violent experiences in adulthood and the three syndromes of somatisation, depressiveness and anxiety were to be investigated in rehabilitation patients (whilst taking into account the protective factors of attachment, resilience and action orientation) in order to derive findings for therapy in rehabilitation.

Methodology: 243 rehabilitation patients between the ages of 18 and 71 (65% of them female) in an Austrian psychosocial health centre were interviewed both at the beginning and end of a six-week rehabilitation programme. The “Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern “ ("Austrian Prevalence Study on Violence against Women and Men") by Kapella et al. (2011) was used as a basis for recording the prevalence of violence by means of a questionnaire and comparison with a sample from the general population. The following forms of violence were recorded for prevalence: psychological violence, physical violence, sexual harassment, sexual violence and bullying. Validated and reliable psychological test procedures were used to record signs and symptoms as well as protective factors.

Results: For experiences of psychological, physical and sexual violence, prevalence was significantly higher among both female and male rehabilitation patients in comparison with female and male respondents in the sample of Kapella et al. (2011). With regard to the prevalence of sexual harassment, there were no significant differences between female rehabilitation patients and female respondents in Kapella et al. (2011). However, male rehabilitation patients had experienced sexual harassment significantly more often than male respondents in Kapella et al (2011). There was evidence that high levels of resilience and attachment mitigated the connections between violent experiences on the one hand and psychological as well as physical signs and symptoms on the other. The protective factor of action orientation only reduced somatisation in patients without violent experiences.

Conclusion: In rehabilitation patients, violent experiences in adulthood had higher prevalence than in a sample from the general adult population. This should be taken into account in rehabilitation therapy. With highly developed personal protective factors, the psychological and physical signs and symptoms of patients with violent experiences were

less severe. This was especially true for experiences of psychological violence, physical violence, sexual harassment and bullying. These findings should be incorporated into therapy in rehabilitation.

Keywords: Prevalence of violence experiences, rehabilitation patients, somatization, psychological violence, physical violence, sexual violence, sexual harassment, bullying



Danksagung

Ein Erfolg hat wie immer viele Väter und Mütter und daher ist es mir wichtig auch meinen Unterstützerinnen und Unterstützen vorneweg meinen Dank auszusprechen.

Herr Prim. Dr. Paul Kaufmann, Leiter eines medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationszentrums Sonnenpark Neusiedlersee ist der Initiator dieser Studie. Aus seinem Interessensschwerpunkt ist der Gedanke entstanden, potentielle Effekte von Gewalterlebnissen zu untersuchen. Danke lieber Paul, dass Du uns 2014 an Deinen Gedanken teilhaben hast lassen und unerwartet nun acht Jahre auf die Ergebnisse gewartet hast. Darüber hinaus auch mein an Dank Karoline Lenek, MSc, die vor Ort in der Klinik die Datenerhebung unterstützt hat und meine Linking Partnerin nach Rust war.

Frau Mag. Irene Zahrl, meine Kollegin in der Studie, die mich überhaupt erst auf die Idee gebracht hat, ein Doktoratsstudium zu absolvieren und die mir den Gedanken mit einer Leichtigkeit nähergebracht hat, sodass ich doch tatsächlich inskribiert habe. Danke liebe Irene auch für die gemeinsame Datenerhebung und Deine Auswertungen im Bereich der potentiellen Effekte von Gewalterlebnissen im Kindheitsalter. Alles Gute auch für Dich für die Fertigstellung deiner Arbeit.

Vielen Dank an meine BetreuerInnen. Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Dr. Christa Kolodej, MA, die nahtlos aufgrund eines Betreuerwechsels die Begleitung fortgeführt hat und mit wesentlichen theoretischen Inputs die Arbeit gereift hat. Danke auch für die motivationale Begleitung und für Ihre Zuversicht, dass ich diese Studie gut abschließen werden.

Bei Herrn Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer möchte ich mich besonders bedanken, da er sehr rasch die Betreuung von Dr. Renner weitergeführt hat, als dieser unerwartet im Jahr 2018 verstorben ist. Danke Herr Dr. Gatterer für Ihre finale Bewertung, sodass ich diese Studie gut abschließen konnte.

Frau Dr. Salem und Herrn Dr. Nechtelberger gilt mein Dank, da Sie mir beide immer stark ihre Unterstützung signalisiert haben und ich mich immer bei Ihnen melden konnte.

Abschließend möchte ich mich bei meinem Mann Oliver Russ bedanken, der mit den Worten „wofür machst du das?“ wahrscheinlich unwissend den größten motivationalen Beitrag geleistet hat. Danke!

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich ehrenwörtlich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig und ohne fremde Hilfe geplant, erarbeitet und verfasst wurde und auf meinen eigenständigen Untersuchungen basiert. Ich erkläre, dass ich andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den angegebenen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet wurden. Die vorliegende Arbeit wurde bisher keiner inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde zur Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

I declare that the work in this thesis was carried out in accordance with the regulations of the University of Nicosia. This thesis has been composed solely by myself except where stated otherwise by reference or acknowledgment. It has not been previously submitted, in whole or in part, to this or any other institution for a degree, diploma or other qualifications.

September 2022

FH-Hon.Prof. Mag.^a (FH) Mag.^a Astrid Russ

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemstellung.....	3
1.2	Ziel und Hauptfragestellung.....	7
1.3	Aufbau der Dissertation	8
2	Theoretischer Hintergrund.....	11
2.1	Definition und Begriffsabgrenzung von Gewalt.....	11
2.1.1	<i>Definition von Gewalt</i>	11
2.1.2	<i>Formen der Gewalt</i>	25
2.1.3	<i>Gewalt am Arbeitsplatz und Mobbing</i>	28
2.1.4	<i>Psychische und somatische Symptome als unmittelbare Folge von Gewalterfahrungen</i>	36
2.1.5	<i>Psychische Auswirkungen von Mobbing</i>	41
2.1.6	<i>Schutzfaktoren: Resilienz, Bindung und Handlungsorientierung</i>	44
2.2	„Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt 2011“	51
2.2.1	<i>Methodik der Gewaltprävalenzstudie</i>	52
2.2.2	<i>Ergebnisdarstellung der „Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“</i>	54
2.2.3	<i>Gewalthandlungen während der Kindheit</i>	78
2.2.4	<i>Hilfsangebote</i>	79
2.2.5	<i>Psychische und somatische Beschwerden</i>	80
2.2.6	<i>Kritische Würdigung</i>	84
2.3	Rehabilitationen in Österreich.....	86
2.3.1	<i>Entwicklung und Ziele</i>	86
2.3.2	<i>Zahlen und Bedarf</i>	92
3	Empirische Vorgehensweise.....	98

3.1	Fragestellungen und Hypothesen	98
3.2	Zielgruppe	101
3.3	Entwicklung des Fragebogens.....	107
3.3.1	<i>Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen</i>	108
3.3.2	<i>Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)</i>	109
3.3.3	<i>Fast and Frugal Tree - Fragebogen für Mobbing (FFTM)</i>	110
3.3.4	<i>Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R)</i>	110
3.3.5	<i>Brief Symptom Inventory (BSI-18)</i>	111
3.3.6	<i>Die Resilienzskala (RS) – Kurzform (RS-13)</i>	113
3.3.7	<i>Bindungsfragebogen - Kurzfassung (BinFB)</i>	114
3.3.8	<i>Fragebogen zur Erfassung von Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP - 90)</i>	115
3.4	Erhebungsprozedere	118
3.5	Ethik	119
3.6	Statistische Analysen	121
4	Darstellung der Ergebnisse	125
4.1	Beschreibung der Stichprobe	125
4.2	Gesundheitszustand (körperlich, psychisch, sozial).....	126
4.2.1	<i>„ICD-10“ Diagnosen</i>	126
4.2.2	<i>Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes</i>	128
4.2.3	<i>Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit</i>	130
4.2.4	<i>Soziale Gesundheit und Lebensbereiche</i>	134
4.3	Partnerschaft.....	136
4.4	Gewalterfahrung.....	137
4.4.1	<i>Psychische Gewalt</i>	138
4.4.2	<i>Physische Gewalt</i>	141
4.4.3	<i>Sexuelle Belästigung</i>	146
4.4.4	<i>Sexuelle Gewalt</i>	151
4.4.5	<i>Übersicht der Gewalterfahrungen</i>	155

4.5	Mobbing	156
4.6	Bindung	159
4.7	Handlungsorientierung	160
4.8	Resilienz	161
4.9	Hypothesenprüfung	164
4.9.1	<i>Hypothese 1: Die Prävalenz von psychischer Gewalt ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011</i>	165
4.9.2	<i>Hypothese 2: Die Prävalenz von physischer Gewalt ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011</i>	166
4.9.3	<i>Hypothese 3: Die Prävalenz von sexueller Belästigung ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011</i>	167
4.9.4	<i>Hypothese 4: Die Prävalenz von sexueller Gewalt ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011</i>	169
4.9.5	<i>Hypothese 5: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Erleben von psychischer, physischer, sexueller Gewalt, sexueller Belästigung und Mobbing</i>	170
4.9.6	<i>Hypothese 6: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit</i>	171
4.9.7	<i>Hypothese 7: Resilienz moderiert die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit</i>	172
4.9.8	<i>Hypothese 8: Handlungsorientierung moderiert die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit</i>	175
4.9.9	<i>Hypothese 9: Es gibt einen mediiierenden Effekt von Bindung auf die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit</i>	176

5	Diskussion.....	181
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	194
7	Abkürzungsverzeichnis.....	xviii
8	Anhang.....	216



Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Übersicht der Ergebnisse der Gewaltprävalenzstudie</i>	82
<i>Tabelle 2: Häufigste Krankheitsgruppen in Prozent, die Ursache für eine Zuerkennung einer vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit in den Jahren 2003 und 2004 waren</i>	86
<i>Tabelle 3: Die 927 Betten der psychiatrischen Reha-Kliniken in Österreich</i>	87
<i>Tabelle 4: Verhältnis der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zu anderen Pensionsformen</i>	93
<i>Tabelle 5: Entwicklung der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension</i>	93
<i>Tabelle 6: Wegen Psychiatrischen Krankheiten in Pension</i>	94
<i>Tabelle 7: Wegen psychischer Krankheiten im Krankenstand</i>	94
<i>Tabelle 8: Krankenstandfälle seit 2000 mit Diagnose psychische Krankheit</i>	95
<i>Tabelle 9. Psychische Erkrankungen bei Neuzugängen zur Invaliditätspension 2016 nach ICD-10 Diagnosegruppen</i>	96
<i>Tabelle 10. Übersicht über die Testverfahren zum Erfassen der Zielgrößen</i>	107
<i>Tabelle 11: Deskriptive Item- und Skalenwerte des BSI, differenziert nach Stichproben</i>	112
<i>Tabelle 12: Kennwerte der RS-13</i>	114
<i>Tabelle 13: Berechnung der Bindungsstile</i>	115
<i>Tabelle 14. Zusammenfassung der Verfahren, die zum Einsatz kamen</i>	117
<i>Tabelle 15. Übersicht über die erfassten Variablen</i>	123
<i>Tabelle 16. BSI-18-Ergebnisse im Vergleich Franke et al (2011)</i>	131
<i>Tabelle 17. BSI-18-Ergebnisse getrennt nach Geschlecht</i>	131
<i>Tabelle 18. Einschätzung der eigenen Beeinflussbarkeit verschiedener Lebensbereiche</i>	135
<i>Tabelle 19. Häufigkeitsverteilung der partnerschaftlichen Einschätzung (Angaben %) ..</i>	136
<i>Tabelle 20. Häufigkeitsverteilung getrennt nach Geschlecht von PatientInnen, die nicht betroffen sind von Gewalterfahrungen (n = 155 – 240)</i>	138
<i>Tabelle 21. Antworten in Prozenten für Einzelitems betreffend psychische Gewalt (Angaben in %; n = 236-240)</i>	139
<i>Tabelle 22. Bedrohlichkeit und Erlebnisse in den letzten drei Jahren von psychischer Gewalt (Angaben in %; n = 59-190)</i>	140
<i>Tabelle 23. Folgen von psychischen Gewalterfahrungen (Angaben in %; n = 20-212)</i>	141
<i>Tabelle 24. Physische Gewalterfahrungen (Angaben in %; n = 222-226)</i>	143
<i>Tabelle 25. Physische Gewalterfahrungen in den letzten drei Jahren erlebt bzw. als bedrohlich erlebt (Angaben in %; n = 3-136)</i>	144
<i>Tabelle 26. Reaktionen auf physische Gewalt (Angaben in gültige %; n = 173)</i>	145

<i>Tabelle 27. Folgen von physischen Gewalterfahrungen (Angaben in %; n = 110)</i>	146
<i>Tabelle 28. Sexuelle Belästigung (Angaben in %; n = 195-213)</i>	148
<i>Tabelle 29. Sexuelle Belästigung in den letzten drei Jahren erlebt bzw. als bedrohlich erlebt (Angaben in %; n = 17-121)</i>	149
<i>Tabelle 30. Reaktionen auf die Situation der sexuellen Belästigung (Angaben in %; n=148)</i>	150
<i>Tabelle 31. Folgen von sexueller Belästigung (Angaben in %; n = 142)</i>	150
<i>Tabelle 32. Von sexueller Gewalt als betroffen in den letzten drei Jahren (Angaben in %; n = 32-192)</i>	152
<i>Tabelle 33. Lebensbereiche sexueller Gewalt (Angabe in %; n=36-64)</i>	152
<i>Tabelle 34. Orte der sexuellen Übergriffe (n=86)</i>	153
<i>Tabelle 35. Reaktionen auf die Situation der sexuellen Gewalt (Angaben in %; n = 90)</i> .	154
<i>Tabelle 36. Folgen von sexueller Gewalt (Angaben in %; n = 90)</i>	154
<i>Tabelle 37. Übersicht über die Gewalterfahrungen (Angaben in %)</i>	155
<i>Tabelle 38. Fast and Frugal Tree-Fragebogen für Mobbing</i>	156
<i>Tabelle 39. Dimensionen von Mobbinghandlungen im NAQ-R (Angaben in %; n = 174-191)</i>	157
<i>Tabelle 40. Antworten zu den einzelnen Mobbinghandlungen im NAQ-R (Angaben in %; n = 190)</i>	158
<i>Tabelle 41. Ergebnisse des Bindungsfragebogens (Angaben in %; n=241)</i>	159
<i>Tabelle 42. Ergebnisse des HAKEMP-90 (Angaben in Anzahl und Prozent in Klammern; n=209)</i>	161
<i>Tabelle 43. Ergebnisse der RS-13 (Angaben in Werten zwischen 1 und 7 Punkten; n=133)</i>	162
<i>Tabelle 44. Ergebnisse der RS-13 Gesamtskala in Kategorien (Angaben in %)</i>	163
<i>Tabelle 45. Gegenüberstellung von Kennzahlen der vorliegenden Prävalenzstudie mit Kapella et al. (2011)</i>	164
<i>Tabelle 46. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von psychischer Gewalt (Angaben in %)</i>	165
<i>Tabelle 47. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von physischer Gewalt (Angaben in %)</i>	167
<i>Tabelle 48. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von sexueller Belästigung (Angaben in %)</i>	168

<i>Tabelle 49. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von sexueller Gewalt (Angaben in %) ..</i>	<i>169</i>
<i>Tabelle 50. Korrelationsmatrix der vier verschiedenen Formen von Gewalt.</i>	<i>171</i>
<i>Tabelle 51. Korrelationsmatrix für den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und psychischer sowie physischer Somatisierung anhand der Skalen des BSI-18.....</i>	<i>171</i>
<i>Tabelle 52. Moderationseffekt von Resilienz auf den Einfluss von Gewalterfahrungen auf Depression, Somatisierung und Ängstlichkeit</i>	<i>173</i>
<i>Tabelle 53. Moderationseffekt von Handlungsorientierung auf den Einfluss von Gewalterfahrungen auf Depression, Somatisierung und Ängstlichkeit.....</i>	<i>176</i>
<i>Tabelle 54. Korrelationen zwischen Gewalterfahrungen und Skalen des Bindungsfragebogens (Mediator).....</i>	<i>177</i>
<i>Tabelle 55. Zusammenhänge zwischen der Bindung (Mediator) und den Skalen des BSI-18 bei Aufnahme in die Klinik.....</i>	<i>178</i>
<i>Tabelle 56. Mediationsanalyse der Beziehung zwischen psychischer Gewalt und BSI.....</i>	<i>179</i>



Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1</i> Prozessmodell nach Geen (2001).....	19
<i>Abbildung 2: General Aggression Model</i> (2002)	20
<i>Abbildung 3: Ökologisches Erklärungsmodell der WHO</i>	21
<i>Abbildung 4. Typische Eskalations- und Angriffsphasen nach Breakwell (1998)</i>	23
<i>Abbildung 5. Das Modell der bio-psycho-sozialen Mechanismen der Aggression</i>	24
<i>Abbildung 6. Modellskizze der Ursachen für geplante und impulsive Aggression</i>	25
<i>Abbildung 7: Typologien von Gewalt</i>	26
<i>Abbildung 8. Vorfälle an der Arbeitsstelle – Verursacher von beobachteten Vorfällen</i>	31
<i>Abbildung 9. Psychische Belastung und Beanspruchung</i>	32
<i>Abbildung 10: Systematisierung gesundheitlicher Folgen von Gewalt</i>	38
<i>Abbildung 11. Gesundheitliche Folgen von Gewalt (Auszug aus Schröttle & Müller, 2004)</i>	40
<i>Abbildung 12: Gewalterlebnisse im Erwachsenenalter</i>	56
<i>Abbildung 13: Formen psychischer Gewalt</i>	57
<i>Abbildung 14: Folgen psychischer Gewalt</i>	59
<i>Abbildung 15: Langfristige Folgen psychischer Gewalt</i>	60
<i>Abbildung 16: Inanspruchnahme von Hilfe</i>	60
<i>Abbildung 17: häufige Orte physischen Gewalt</i>	62
<i>Abbildung 18: Folgen physischer Gewalt</i>	64
<i>Abbildung 19: langfristige Folgen physischer Gewalt</i>	65
<i>Abbildung 20: Inanspruchnahme von Hilfe</i>	66
<i>Abbildung 21: Formen sexueller Belästigung</i>	67
<i>Abbildung 22: Umgang mit sexueller Belästigung</i>	69
<i>Abbildung 23: Folgen sexueller Belästigung</i>	70
<i>Abbildung 24: Langfristige Folgen sexueller Belästigung</i>	71
<i>Abbildung 25: Inanspruchnahme von Hilfe</i>	71
<i>Abbildung 26: Formen sexueller Gewalt</i>	73
<i>Abbildung 27: Umgang mit sexueller Gewalt</i>	75
<i>Abbildung 28: Folgen sexueller Gewalt</i>	76
<i>Abbildung 29: Langfristige Folgen sexueller Gewalt</i>	77
<i>Abbildung 30: Inanspruchnahme von Hilfe</i>	80
<i>Abbildung 31. Verteilung der ICD-10 Diagnosen bei PatientInnen der Reha-Klinik in Rust 2016 getrennt nach Geschlecht (n = 907)</i>	105

<i>Abbildung 32. Häufigkeitsverteilung der ICD-10-Diagnosen F30 bis F39 getrennt nach Geschlecht (n = 597)</i>	<i>106</i>
<i>Abbildung 33. Häufigkeitsverteilung der ICD-10-Diagnosen F40 bis F48 getrennt nach Geschlecht (n = 204)</i>	<i>106</i>
<i>Abbildung 34. Häufigkeitsverteilung der ICD-10 Diagnosen getrennt nach Geschlecht .</i>	<i>127</i>
<i>Abbildung 35. Vergleich der Häufigkeitsverteilung der ICD-10 Diagnosen zwischen der Gesamtpopulation (n = 907) und der Stichprobe (n = 243)</i>	<i>127</i>
<i>Abbildung 36. Häufigkeitsverteilung der Einschätzung des Gesundheitszustandes.....</i>	<i>129</i>
<i>Abbildung 37. Häufigkeitsverteilung der Veränderung des Gesundheitszustandes innerhalb der letzten drei Jahre</i>	<i>129</i>
<i>Abbildung 38. Boxplots für BSI-18 Skalen Depressivität, Somatisierung, Ängstlichkeit bei Aufnahme (linke Seite) und Entlassung (rechte Seite) aus der Reha-Klinik getrennt für Frauen (oben) und Männer (unten)</i>	<i>132</i>
<i>Abbildung 39. BSI-18 Skalen bei Aufnahme in Rehabilitation im Vergleich zwischen den häufigsten ICD-10 Diagnosen</i>	<i>133</i>
<i>Abbildung 40. Vorher-Nachher Vergleich des BSI-Scores aufgeteilt nach Berufsgruppen</i>	<i>134</i>
<i>Abbildung 41. Häufigkeitsverteilung der Erfahrungen von psychischer Gewalt</i>	<i>138</i>
<i>Abbildung 42. Häufigkeitsverteilung der Erfahrung von physischer Gewalt.....</i>	<i>142</i>
<i>Abbildung 43. Häufigkeitsverteilung der Erfahrungen von sexueller Belästigung</i>	<i>147</i>
<i>Abbildung 44. Häufigkeitsverteilung der Erfahrungen sexueller Gewalt</i>	<i>151</i>
<i>Abbildung 45. Fast and Frugal Tree für Mobbing</i>	<i>156</i>
<i>Abbildung 46. Boxplot-Darstellung der NAQ-R Skalen links für Frauen und rechts Männer</i>	<i>159</i>
<i>Abbildung 47. Boxplot-Darstellung der Bindung-Skalen-Skalen „Angst / Zurückweisung“ (links) und „Vermeidung / Nähe“ (rechts) getrennt für Frauen und Männer.....</i>	<i>160</i>
<i>Abbildung 48. Boxplot-Darstellung der Handlungsorientierungs-Skalen „HOM“ (links) und „HOP“ (rechts) getrennt für Frauen und Männer.....</i>	<i>161</i>
<i>Abbildung 49. Boxplot-Darstellung der Resilienzskalen RS13 „Persönliche Kompetenz“ (links) und „Akzeptanz“ (rechts) getrennt für Frauen und Männer.....</i>	<i>163</i>
<i>Abbildung 50. Diagramm für die Moderationsanalyse mit Resilienz.....</i>	<i>172</i>
<i>Abbildung 51. Moderatoreffekt von Resilienz „Akzeptanz“ auf die Beziehung zwischen Mobbing und Ängstlichkeit bei Aufnahme</i>	<i>174</i>
<i>Abbildung 52. Moderatoreffekt von Resilienz „Persönliche Kompetenz“ auf die Beziehung zwischen Physische Gewalt und Somatisierung bei Aufnahme</i>	<i>174</i>

Abbildung 53. Diagramm für die Moderationsanalyse mit Handlungsorientierung..... 175
Abbildung 54. Diagramm für die Mediationsanalysen..... 178



Abkürzungsverzeichnis

ACE	Adverse Childhood Experiences
AMS	Arbeitsmarktservice
APA	American Psychological Association
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BinFb	Bindungsfragebogen (Ina Grau)
BSI - 18	Brief Symptom Inventory - 18
DIAMO	Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation
Dr.	Doktor
DSM-II	Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen, American Psychiatric Association, 1980
ECWS	European Working Condition Survey
EN ISO	Europäische Norm
EU	Europäische Union
FFTM	Fast and Frugal Tree- Fragebogen für Mobbing
FH-Hon. Prof	Fachhochschul Honorar Professorin
GAM	General Aggression Model
GLM	General Learning Model
GeSchG	Gewaltschutzgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HAKEMP 90	Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv
HOM	Handlungsorientierung nach Misserfolg
HOP	Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung
HOT	Handlungsorientierung bei der Tätigkeitsausführung
ICD-10	(International Classification of Diseases, WHO 1992)

IAO	Internationale Arbeitsorganisation
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFES	Institut für empirische Sozialforschung GmbH
ILO	International Labour Organization
NAQ-R	Negative Acts Questionnaire-Revised
NSM	Nahtstellenmanagement
Mag. ^a	Magistra
Mag. ^a (FH)	Magistra, erworben an einer Fachhochschule
M/MW	Mittelwert
Md	Median
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGB	Österreichische Gewerkschaftsbund
OÖ	Oberösterreich (Bundesland in Österreich)
p-Wert	Überschreitungswahrscheinlichkeit oder Signifikanzwert
pkorr	Bonferroni-Holm Korrektur des p-Wertes
Prim.	Primar
Prof.	Professor
PSY	medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation angegeben unter im Rehabilitationsplan 2012
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
Reha	Rehabilitation
RS-13	Resilienzskala– Kurzform
r	Korrelation
SD	Standardabweichung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Statistik:

Seiten 267

Wörter 61.083



1. EINLEITUNG

 UNIVERSITY of NICOSIA

1 Einleitung

Die vorliegende Dissertation möchte potentielle Effekte von Gewalterlebnissen im Erwachsenenalter auf psychische und somatische Symptome von Rehabilitations-PatientInnen untersuchen. Besondere Berücksichtigung sollte dabei die Gewalterfahrung dieser PatientInnen am Arbeitsplatz finden. Die Forschungsfrage entstammte ursprünglich aus der Initiative von Prim. Dr. Paul Kaufmann, Leiter des medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationszentrums Sonnenpark, Neusiedlersee. Anlässlich einer „pro mente Reha Tagung“ wurde von Herrn Prim. Dr. Paul Kaufmann starkes Interesse bekundet, die Gewalterfahrung von psychiatrischen PatientInnen zu untersuchen. Aus Sicht von pro mente Reha GmbH, der Trägerin des Rehabilitationszentrums Sonnenpark, sollte sich die Untersuchung an der „Österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern“ orientieren, die 2011 mit Mitteln des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend entstanden ist (Kapella, Baiertl, Rille-Pfeiffer, Geserick, Schmidt & Schröttle, 2011). Die Ergebnisse der Studie von Kapella, et al. (2011) sollten dabei mit den Ergebnissen einer Studie zur Gewaltprävalenz bei Rehabilitations-PatientInnen für einen Vergleich herangezogen werden.

Die vorliegende Gewaltprävalenzstudie bei Rehabilitations-PatientInnen wurde nach Beauftragung von Herrn Prim. Dr. Paul Kaufmann, Herrn Prim. Prof. Dr. Michael Bach, Leiter der Abteilung Forschung bei pro mente Reha GmbH und Herrn MMag. Gernot Koren MAS, Geschäftsführer der pro mente OÖ, von der Verfasserin, Doktoratsanwärterin Mag.^a (FH) Mag.^a Astrid Russ und der Doktoratsanwärterin Mag.^a Irene Zahl durchgeführt. Die Datenerfassung erfolgte von beiden Doktoratsanwärterinnen gemeinsam. Während Frau Mag.^a Irene Zahl ihren Forschungsschwerpunkt auf die Folgen von kindlichen Gewalterfahrungen gelegt hat, war der Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit bei den Folgen von Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter.

Die Hauptforschungsziele der vorliegenden Arbeit lassen sich in zwei Punkten zusammenfassen. Erstens soll eine Prävalenz von Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter bei RehabilitationspatientInnen ermittelt werden und diese mit den Ergebnissen der „Österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern“ von Kapella et al. (2011) verglichen werden. Zweitens sollten Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und mit psychischen und somatischen Symptomen untersucht werden. Dies unter Berücksichtigung der Schutzfaktoren Bindungsfähigkeit, Resilienz sowie Handlungsorientierung der PatientInnen.

1.1 Problemstellung

In vielen Aspekten der psychischen Gesundheit besteht in Österreich eine massive Problemlage. Jeder dritte Erwachsene und jede/r vierte Jugendliche leidet 2019 an einer psychischen Erkrankung, die Präventionsmaßnahmen sind laut Einschätzung vom Rechnungshofbericht und pro mente ungenügend, es gibt erhebliche Zeitverzögerungen und Versorgungslücken. Die Behandlung von psychischen Erkrankungen verursacht die höchsten Kosten und die stärksten Verluste an Lebenszeit. Diese Kosten werden sich ausgehend von 2019 bis 2030 mindestens verdoppeln – auch aufgrund der Neuzugänge in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Jetzt schon verursachen psychische Erkrankungen die höchste Anzahl an Krankheitstagen und dieser Wert hat sich seit 1990 fast verdreifacht. Die Suizidrate liegt in Österreich deutlich über dem OECD-Durchschnitt und wir liegen im Spitzenfeld bei der Arbeitslosigkeit von Menschen mit psychischen Problemen und bilden das Schlusslicht beim Mental Health Index der OECD (pro mente, 2019).

Österreich ist europaweit an vorderster Stelle gereiht, wenn es um die Arbeitslosigkeit von Menschen mit psychischen Problemen geht - seit 2007 ist die Zahl um 140 % gestiegen (pro mente, 2019). Eine Maßnahme, um Menschen möglichst lang im Erwerbsleben zu behalten, ist die in Österreich angebotene psychische Rehabilitation.

Daher wird in Österreich seit der Invaliditätspension-Reform 2014 für alle Personen mit Geburtsjahr ab 1964, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen und unter gesundheitlichen Problemen leiden, anstelle der zeitlich befristeten Invaliditätspension, eine medizinische und berufliche Rehabilitation durch das Rehabilitationsgeld finanziert (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021). Die Zahl der Neuzugänge beim Rehabilitationsgeld stieg zwischen der Einführung 2014 und 2019 von rund 3.400 auf 7.660 im Jahr 2019 an, 2020 gab es einen Rückgang auf 7.080 Neuzugänge – wahrscheinlich aufgrund der Einschränkungen durch die Covid-19 Pandemie. Das Geschlechterverhältnis ist bezogen auf die Beschäftigungszahlen beinahe ausgeglichen. Im Jahr 2019 bilden die psychiatrischen Krankheiten bei den Neuzugängen zur Pension aufgrund von Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit ein Übergewicht mit 41,9% gesamt. Bei Frauen sind mehr als die Hälfte aller Neuzugänge aufgrund psychiatrischer Krankheiten (54,6%), bei Männern 33,9%. Keine andere Krankheitsform zeigt annähernd hohe Zahlen (Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt, 2019, S. 183). Wer AntragstellerInnen einer Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension ist, muss in Österreich verpflichtend ein psychiatrisches (bzw. in Deutschland: psychosomatisches) Rehabilitationsprogramm absolvieren.

Im Jahr 2011 wurde die erste österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern erstellt (Kapella et al. 2011). Die Studie erhebt den Anspruch, dass sie die erste empirische Repräsentativuntersuchung in Österreich darstelle, die Informationen liefere über verschiedene Formen von Gewalt und deren Auftreten in Familien beziehungsweise im nahen sozialen Umfeld einer Person.

Die Ergebnisse von Kapella et al. (2011) zeigten, dass 92,7 Prozent der befragten Frauen und 85,3 Prozent der befragten Männer Gewalterfahrungen in der Familie beziehungsweise im nahen sozialen Umfeld gemacht haben. Die TeilnehmerInnen der Studie waren hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnort, Bildung und Berufstätigkeit repräsentativ für die österreichische Bevölkerung zwischen 16 und 60 Jahren. Obwohl es sich bei den Ergebnissen um subjektive Selbsteinschätzungen der Befragten handelt, kann aus den Ergebnissen dennoch die Tendenz dahingehend abgelesen werden, dass Übergriffe von Gewalt ein gesellschaftliches Problem darstellen.

Es gibt sehr viele Studien, die gezeigt haben, dass Gewalterlebnisse einen starken psychosozialen Belastungsfaktor darstellen. Gewalterlebnisse können mit körperlichen Symptomen zusammenhängen und psychosomatische Beschwerden nach sich ziehen (Coelho, Andrade, Santana, Viana & Wang, 2021; Felitti, 1991; McCauley, 1995). In der Studie von Kapella et al. (2011) gaben 90 Prozent der Frauen und 80 Prozent der Männer, die von Gewalterlebnissen in Familie und im sozialen Umfeld gemacht haben, an, zumindest eine psychische Beschwerde nach Gewalthandlungen erlebt zu haben. Hilfeleistungen und professionelle Unterstützung bei psychischen Beschwerden wurden jedoch laut Selbstauskunft nur von zehn Prozent der Befragten in Anspruch genommen; für Frauen gibt es dabei ein dichteres Beratungsangebot als für Männer.

Statistik Austria führt in einer Studie zum Thema Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme aus, dass Gewalt beziehungsweise Gewaltandrohung die zweithäufigste psychische Belastung am Arbeitsplatz ist (4 %), gefolgt von Mobbing oder Belästigung (3,4 %). Zeitdruck und Überbeanspruchung war die häufigste psychische Belastung (38 %) (Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2013: "Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme". Erstellt am 24.11.2014)

Die Internationale Arbeitsorganisation (IAO/ILO) erkennt Gewalt am Arbeitsplatz als aufkommendes Problem. Sie definiert Gewalt am Arbeitsplatz in den Verhaltensrichtlinien im Jahr 2004 als **„Sämtliche Handlungen, Vorfälle beziehungsweise Verhaltensweisen, die von einem angemessenen Verhalten abweichen, bei denen ein Mensch während**

seiner Arbeitstätigkeit beziehungsweise als direkte Folge seiner Arbeitstätigkeit angegriffen, bedroht, geschädigt beziehungsweise verletzt wird”

(https://www.ilo.org/legacy/english/protection/safework/worldday/products04/report04_ger.pdf, S. 16; abgerufen am 5.11.2018).

Mit Bezug auf Mobbing geht aus einem Mobbingreport für die Bundesrepublik Deutschland hervor, dass 86,6 Prozent der Betroffenen psychische und/oder physische Beeinträchtigungen angab. Bei etwa einem Drittel davon kam es zu einer kurzfristigen Krankheit, und bei einem weiteren Drittel kam es zu längerfristigen Erkrankungen; eine längerfristige Erkrankung dauerte bei etwa der Hälfte der Betroffenen bis zu fünf Monaten und bei einem Fünftel über ein Jahr (Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff 2002).

Die unterschiedlichen Auswirkungen von Gewalterlebnissen auf betroffene Personen weisen darauf hin, dass es bestimmte Aspekte im Erleben und Verhalten des Menschen gibt, die dafür ausschlaggebend sind, ob eine Gewalterfahrung zu starken und somatischen Symptomen führt, die eine Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung erforderlich macht. Kessemair (2017) führte von Oktober 2012 bis Juni 2016 eine Untersuchung an PatientInnen der Fachkliniken für Psychosomatik der Rehakentren Oberharz sowie Bad Pyrmont durch. Dabei waren von gesamt 8472 PatientInnen 16,4 Prozent von Mobbing betroffen. Die untersuchten PatientInnen wurden in vier Gruppen geteilt: Die Einteilung in Gruppen erfolgte auf Grundlage von Mobbingerlebnissen (ja, nein) sowie besonderen beruflichen Problemlagen (zum Beispiel lange Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Arbeitslosigkeit, laufendes Pensionsverfahren sowie eine negative subjektive Erwerbsprognose). Eine Fragestellung der Studie beschäftigte sich mit den Unterschieden bezüglich der psychosozialen Gesundheit zwischen diesen vier Gruppen. Die psychische Symptomatik wurde mit folgenden Skalen des Selbstbeurteilungsinstruments Health-49 erhoben: Somatoforme Beschwerden, Depressivität und phobische Ängste. Zusätzlich wurde Arbeitsmotivation mit dem Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation (DIAMO) erfasst. Die Studie ergab, dass die RehabilitationspatientInnen, die von Mobbing betroffen waren, hohe Belastungen bezüglich Depressivität, Ängste, somatoforme Beschwerden sowie eine ungünstige Arbeitsmotivation zeigten. Die Belastungen traten unabhängig von anderen besonderen beruflichen Problemlagen auf.

Das Robert Koch Institut veröffentlichte im Jahr 2008, im Rahmen einer Studie zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt, eine Aufforderung an ForscherInnen, Gewalt vertiefend wissenschaftlich zu untersuchen: ForscherInnen sollten die Verbindungen zwischen den verschiedenen Ausprägungen von Gewalt zu psychischen, somatischen und

psychosomatischen Beschwerden und Folgebeschwerden untersuchen; dabei sollten besonders auch „Wechselwirkungen mit anderen gesundheitsbelastenden und -fordernden Bedingungen“ erforscht werden im Sinne der Prävention sowie der medizinischen beziehungsweise psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung Betroffener (Hornberg, Schröttle, Bohne, Khelaifat & Pauli unter Mitarbeit von Horch, 2008, S. 17).

Die Situation in Österreich kann durch die Zahlen der Sozialversicherung als klares Bild dargestellt werden. Die Antragsstellung von Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung hat in den letzten Jahren nochmals massiv zugenommen. So stellt sie im Jahr 2019 bei 43,8% die häufigste Ursache bei den Anträgen dar und mit 6.855 Personen von 17.248 rund 40% aller tatsächlichen Neuzugänge, die psychiatrischen Krankheiten bilden damit auch ein Übergewicht (41,9%) gesamt.

Die österreichische Sozialversicherung gab eine Analyse zur Ist-Situation der Versorgung psychisch kranker Menschen in Auftrag. Die Ergebnisse zeigen, dass rund 900.000 Personen im Laufe eines Jahres 2010 von einer psychischen Erkrankung betroffen waren. Rund ein Drittel dieser PatientInnen hatten eine schwere psychische Erkrankung. Die äquivalenten Kosten der Behandlung dieser Personen betragen im Jahr 2009 rund 800 Millionen Euro für Krankenbehandlung und Krankengeld (Hauptverband und Salzburger Gebietskrankenkasse: *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter; Projekt „Psychische Gesundheit“ Abschlussbericht*, Eigenverlag Wien/Salzburg, 2011). Hinzu kommen noch die laufenden Kosten für Rehabilitation sowie Berufsunfähigkeitspensionen, die aufgrund von psychischen Problemen beantragt wurden. Der Rechnungshof wies bereits 2016 auf die mit rund 1 Mrd. Euro allein für Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld hohen und stark steigenden Folgekosten psychischer Erkrankungen hin (Bericht des Rechnungshofes: *Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung*, 2019, S. 15).

Finanzielle Erwägungen stehen jedoch nicht allein im Vordergrund. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ ist rechtlich in der Österreichischen Sozialversicherung verankert: jeder Antrag auf Zuerkennung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension gilt gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation. (Strategie der Österreichischen Sozialversicherung: *Psychische Gesundheit*, 2011, S. 22)

Rehabilitationserfolg kann langfristig nachgewiesen werden, wenn geeignete Therapiepläne vorliegen (Skoumal & Böhm (2018), PVA Strategie Reha 2022 im Zuge des Reha Forums 2018, S.3, 2018). Die Österreichische Sozialversicherung als Vertreterin des Gesundheitssystem sieht sich verpflichtet, die geeignete und zweckmäßige Therapiemöglichkeiten, bereit zu stellen. (Strategie der Österreichischen

Sozialversicherung: Psychische Gesundheit, 2011, Seite 5) und hat somit 2019 mit der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit/ Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen zu fördern, die Forderung erneuert, Therapiekonzepte zu erforschen und zu erstellen (Arrouas & Fleischmann, 2019; Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz).

1.2 Ziel und Hauptfragestellung

Das erste Ziel war die Gewalterfahrungen von Reha PatientInnen im Erwachsenenalter zu erforschen und deren Prävalenz aufzuzeigen. Die Gewaltprävalenzen bei Reha-PatientInnen sollte dann verglichen werden mit den Gewaltprävalenzen der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung entnommen aus der „Österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“ (Kapella et al. 2011). Dieser Vergleich soll aufgestellt werden, um zu untersuchen, ob Personen, die eine Reha antreten, stärker mit Gewalterfahrungen konfrontiert waren als Personen aus dem Querschnitt der Gesamtbevölkerung. Die „Österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“ (Kapella et al. 2011) über 1292 Frauen und 1042 Männern bestätigt die Tragweite des Problems Gewalt.

Das zweite Ziel war die Frage zu beantworten, welche Zusammenhänge es zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und späteren psychischen sowie somatischen Symptomen bei Reha - PatientInnen gibt.

Das dritte Ziel dieser Studie war es, Aussagen zu Wechselwirkungen dieser Zusammenhänge mit gesundheitlichen Schutzfaktoren wie Bindung, Resilienz sowie Handlungsorientierung zu treffen.

Um diese Ziele zu erreichen wurde folgende Hauptfragestellung formuliert:

„Welche Gewaltformen haben Reha - PatientInnen im Erwachsenenalter im Vergleich zur Gesamtpopulation erlebt und welche potenziellen Effekte haben diese Gewalterfahrungen auf deren psychischen und physischen Symptomatik unter Berücksichtigung zusätzlicher Dimensionen, wie Bindung, Resilienz und Handlungsorientierung?“

1.3 Aufbau der Dissertation

Die vorliegende Dissertation gliedert sich in vier Hauptkapitel: Theoretischer Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Diskussion. Nachfolgend sei der Aufbau der vier Hauptkapitel vorgestellt.

1. Theoretischer Hintergrund	<ul style="list-style-type: none">• Stand der Forschung<ul style="list-style-type: none">• Psychische Gewalt• Physische Gewalt• Sexuelle Belästigung / Gewalt• Mobbing• Gewaltprävalenzstudie Kapella et al. (2011)• Rehabilitation in Österreich
2. Methodik	<ul style="list-style-type: none">• Forschungsfragen und Hypothesen• Zielgruppe• Entwicklung des Fragebogens• Erhebungsprocedere• Ethik• Statistische Ausführungen
3. Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none">• Deskriptive Statistik• Hypothesenprüfung
4. Diskussion	<ul style="list-style-type: none">• Interpretation und Diskussion• Limitationen• Handlungsempfehlungen und Ausblick

Das erste Hauptkapitel behandelt den theoretischen Hintergrund für diese Dissertation: Im ersten Teil wurde der Stand der Forschung zum Thema Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter in der Familie sowie im sozialen Umfeld erörtert. Bisherige Forschungsergebnisse zu Zusammenhängen von Gewalterfahrungen mit psychischen und somatischen Symptomen werden zusammengefasst. Ein Augenmerk wurde dabei auf Risikofaktoren von Betroffenen gelegt. Im zweiten Teil des theoretischen Hintergrunds wurde ausführlich die „Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“ von Kapella et al. (2011) vorgestellt. Im dritten und letzten Teil des theoretischen Hintergrunds wurden die Möglichkeiten der Rehabilitation in Österreich dargestellt.

Das zweite Hauptkapitel betrifft die Methodik der vorliegenden Untersuchung. Darin wurde die empirische Vorgehensweise für die Beantwortung der Forschungsfrage ausführlich erläutert. Es wurden die Hypothesen aufgestellt, die Zielgruppe definiert sowie die Erfassungsinstrumente vorgestellt.

Das dritte Hauptkapitel umfasst die Darstellung der Ergebnisse der Studie. Zunächst wurden die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe beschrieben. Dann wurden die Ergebnisse der einzelnen Fragebögen und Skalen deskriptiv-statistisch dargestellt. Zum Schluss erfolgt die Hypothesenprüfung mit inferenzstatistischen Methoden.

Im letzten Hauptkapitel wurden die Ergebnisse diskutiert und mit den Studien der bisherigen wissenschaftlichen Literatur in Bezug gesetzt. Limitationen des Untersuchungsdesigns und der Ergebnisse wurden angeführt.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

UNIVERSITY of NICOSIA

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund ist in drei Unterkapiteln aufgebaut: Im ersten Unterkapitel erfolgt eine Definition und Begriffsabgrenzung von Gewalt. Im zweiten Unterkapitel wurde die „Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“ von Kapella et al. (2011) vorgestellt. Drittens wurde die Rehabilitationsmöglichkeiten in Österreich beschrieben.

2.1 Definition und Begriffsabgrenzung von Gewalt

Dieses Kapitel behandelt die Definition und die Begriffsabgrenzung von Gewalt. Das Kapitel gliedert sich in sechs Abschnitten. Es wurden zuerst die Funktionen von Gewalt (2.1.1) beschrieben und der Begriff „Gewalt“ wurde dann von Ärger, Wut und Aggression abgegrenzt (2.1.2.). Es folgen psychologische Erklärungsversuche und Ausführungen zum Ursprung von Gewalt (2.1.3). Der vierte Abschnitt beschreibt drei Formen von Gewalt: physische, psychische und sexuelle Gewalt (2.1.4). Fünftens wird auf Gewalt am Arbeitsplatz und auf Mobbing eingegangen (2.1.5). Die psychischen und somatischen Symptome als Folge von Gewalterfahrungen wurden im sechsten Abschnitt (2.1.6) und die gesundheitlichen Faktoren Bindung, Resilienz sowie Handlungsorientierung werden im letzten Abschnitt beschrieben.

2.1.1 Definition von Gewalt

Gewalt als Begriff wird in der Alltagssprache sehr unpräzise verwendet. Eine eindeutige Definition und ein allgemeingültiges Verständnis liegen auch unter ForscherInnen nicht vor. Der Begriff ist in der Literatur als deskriptive Definition zu finden (Tedeschi, 2002). Ausgehend von der etymologischen Bedeutung des Begriffs Gewalt, lassen sich seine Wurzeln wie folgt übersetzen: Die indoeuropäische Wurzel bedeutet „stark sein, beherrschen“, im Althochdeutschen meint „waltan“ dann konkret das spezifische Merkmal eines Herrschenden (Wahl, 2012). Gudehus und Christ (2012) sehen Gewalt „verbunden mit zentralen Momenten der *Conditio Humana* wie Tod, Macht, Angst, Mut, Verlust, Rausch, Lust, Trauma, Terror, Recht, Unrecht, Freiheit, Zwang“ (Gudehus & Christ, 2012, S. VII) und somit wahrscheinlich von jedem Menschen schon einmal erlebt oder ausgeübt. Dabei kann Gewalt Ausdruck eines individuellen Handelns sein, aber auch des sozialen Umgangs miteinander. Ob Gewalt ausgeübt wird, oder ob darauf verzichtet

werden kann, ist Ausdruck in den Handlungsoptionen der menschlichen Strategien und der Anpassung an seine Umwelt (Volland, 2013). Genauere Definitionen liefert die Sozialforschung seit den 1980er Jahren. Der schwedische Friedensforscher Galtung lieferte 1975 für Gewalt die bis heute gültige und umfangreichste Begriffsklärung: „Gewalt liegt dann vor, wenn Menschen so beeinflusst werden, dass ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potenzielle Verwirklichung. Gewalt ist das, was den Abstand zwischen dem Potenziellen und dem Aktuellen vergrößert oder die Verringerung dieses Abstandes erschwert“ (Galtung, 1975, S. 9). Zusätzlich zu dieser allgemein gültigen Definition hat Galtung erstmals zwischen personeller und struktureller Gewalt, also ungleiche Machtverhältnisse, die den Menschen behindern oder bedrohen, unterschieden. Neben dieser Unterscheidung kann der Begriff weiter differenziert werden: physische, psychische, strukturelle, symbolische, kulturelle, politische Gewaltformen, sowie direkte, personale, individuelle oder kollektive Gewalt, aber auch danach, wogegen sich die Gewalt richtet: gegen Sachen, Personen oder auch die Naturgewalten (Popitz, 1992). Aufbauend auf Galtung hat Godenzi (1994) das Fehlen der einheitlichen Definition in Forschung und Wissenschaft zu erklären versucht. Er kontert, dass Gewalt in erster Linie politisch definiert ist und somit nicht über Grenzen hinweg einheitlich sein kann: „Wer welche Handlung, welches Ereignis, welche Institution als gewalttätig definiert, hängt entscheidend vom sozialen Ort der evaluierenden Person ab. Gewaltdefinitionen sind Werturteile, auch dann, wenn die Forschenden die Bestimmung und den Bedeutungszusammenhang der Gewalt den unmittelbar beteiligten Personen überlassen“ (Godenzi, 1994, S. 34). Die AutorInnen Selg, Mees und Berg (1997) verstehen unter Gewalt eine schwere Form von Aggression. Auch sie inkludieren die Absicht jemand zu schädigen und definieren zusätzlich ein psychisches oder physisches Machtgefälle, das in der Beziehung zwischen Schädigenden und Geschädigten zugrunde liegen muss. Folgt man dem Gedanken von Godenzi (1994) braucht es in jeder wissenschaftlichen Studie eine genaue Präzisierung, was unter dem Begriff verstanden wird. Beispielsweise erklären Gelles und Straus (1998) in ihren umfangreichen Studien Gewalt als Handlung, die eine andere Person absichtlich physisch verletzt. Gewalt wird in diesem Fall also mit physischer Gewalt gleichgesetzt. Die meisten Definition beziehen sich auf physische Gewalt und erklären damit Aktivitäten, die darauf abzielen die körperliche Unversehrtheit dem Menschen mit Vorsatz zu beschädigen. Dabei kann zwischen *lozierender* (bezogen auf den Ort des Körpers), *raptiver* (gegen einen bestimmten Körper) und *autoletischer* (es fehlt jeglicher kausale Zusammenhang zwischen der Gewaltausübung und dem Körper; der Sinn der Gewalt ist das Verletzen selbst) unterschieden werden (Reemtsma, 2008). Die britische Wissenschaftlerin Liz Kelly (2008) fasst hingegen den

Begriff wesentlich weiter, wobei sie ihre Definition auf die Gewalt gegen Frauen eingrenzt. Sie bezieht auch sexuelle und psychische Gewalt ein und definiert ein Kontinuum an Gewalt, das je nach Ausmaß und Stärke veränderbar ist. Je nachdem, wie die Gewalterfahrung empfunden wird, findet ein unterschiedliches Erleben statt (Kelly, 2008). Noch weiter gefasst ist die Definition von Ruthemann, in der wie folgt angeführt wird: „Es wird immer dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person zum Opfer wird. Das heißt, vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird“ (Ruthemann, 1993, S. 14; Kienzle, 2009, S.16). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt in ihrem Weltbericht Gewalt und Gesundheit (2003, S.15) folgendermaßen: „Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, die entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt“. Damit soll eine Auffassung der Thematik in einer Breite geschaffen werden, die die Bedeutung der Menschenrechte betont. Darüber hinaus werden durch diese Definition auch Sonderformen wie Suizid oder kollegiale hoch eskalierte Konflikte aufgenommen, ebenso Tatformen, die nicht rein physische Auseinandersetzungen darstellen, sondern auch Umstände, die als Bedrohung wahrgenommen werden.

Die vorliegenden Gewaltdefinitionen umspannen eine Bandbreite von einer eng gefassten Definition, welche nur physische Gewaltumfassen einschließt, bis hin zu einem allgemeinen Gewaltbegriff, der auch psychische beziehungsweise verbale Gewalt einschließt. Einigkeit bei diesen vielen verschiedenen Definitionen besteht darüber, dass Gewalt die absichtliche Schädigung von Menschen durch Menschen ist. Gewalt liegt somit vor, wenn es Betroffene gibt. Wenn in dieser vorliegenden Arbeit von Gewalt gesprochen wird, dann sind immer bei genauer Benennung die einzelnen Formen beziehungsweise allgemein gesprochen die Summe dieser Formen gemeint.

2.1.1.1. Funktionen von Gewalt

Die sozialbiologische Forschung erforscht die Frage nach dem Nutzen von Gewalt. Sie will herausfinden, wann eine Kosten-Nutzen-Bilanz für den Einsatz von Gewalt positiv ausfällt. Gewalt erfüllt in unserer Gesellschaft unterschiedlichste Funktionen, die auch von konstruktiven und nachvollziehbaren Ansätzen geprägt sind. Die Verteidigung von Besitztümern oder sozialen Beziehungen, insbesondere der Schutz der Nachkommenschaft,

ist zum Beispiel eine dienliche Form. Die Verteidigung einer Rangposition oder die Gewaltanwendung, wenn von einer Norm oder einem Gesetz abgewichen wird, ist institutionell zweckmäßig. Bei Kindern ist die erkundigende beziehungsweise explorative Aggression, die Grenzen austestet, eine Erfahrung in der Entwicklung, welche der Norm entspricht. Unterforderte Jugendliche hingegen sehen Gewalt als ein Mittel gegen die Langeweile in einer reizarmen Umgebung, sodass die Umwelt mit Gewalt erlebnisreicher wahrgenommen wird. Die Demonstration von Männlichkeit, der eine spezifische Definition von „Mann-Sein“ zugrunde liegt, kann als aggressiv oder gewalttätig erlebt werden, ebenso die Gegengewalt, die gegen eine als gewaltsam erlebte Umgebung eingesetzt wird (Eibl-Eibesfeldt, 1984; Hurrelmann, 2014). Gewalt hat auch einen kulturellen Aspekt. Ob und in welchem Umfang sich zum Beispiel eine Gesellschaft dem Thema Gewaltprävention widmet ist davon abhängig, wie Gewalt definiert wird und wo die Ursachen von Gewalt identifiziert werden (Gugel, 2010).

2.1.1.2 Abgrenzung: Ärger, Wut und Aggression

Wut ist eine menschliche Emotion beziehungsweise Gefühlsreaktion, die zusammen mit Freude, Ekel, Furcht, Verachtung, Traurigkeit und Überraschung die sieben Basisemotionen bildet (Ekman, 2010). Jede dieser Basisemotionen wird durch ein Geschehen oder durch eine Erinnerung an ein Geschehen in der Vergangenheit ausgelöst. Ebenso können Gedanken an ein Geschehen in der Zukunft Emotionen auslösen. Für die Gegenwart und die Handlungsfähigkeit eines Menschen ist es weniger wesentlich, welche Emotionen bei der Person entstehen, sondern vielmehr, wie es die Person vermag, mit dieser Emotion umzugehen. Entscheidend sind also die kognitiven, sprachlichen und psychischen Coping Strategien und Verarbeitungsmöglichkeiten. Nur wenn keine entsprechenden Coping Strategien vorliegen und eventuell die Emotion noch gesteigert wird, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich diese Emotionen in Aggression verwandeln (Ekman, 2010).

Aggression ist ein Begriff, der stark von der Psychologie geprägt ist (Silkenbeumer, 2000). Ein Blick in andere Disziplinen lässt unter dem Begriff nicht nur negative Interpretationen, sondern auch eine positive Besetzung, im Sinne von Tatkraft, zu. Negativ begriffen, im Sinn von einem Verhalten mit Schädigungsabsicht gegenüber anderen Personen, ist die Definition jedoch weit üblicher. Dabei muss jene Person, gegen die das Verhalten gerichtet ist, dieses auch als eindeutig aggressiv werten – also verletzend empfinden. Nur dann kann es als Aggression definiert werden (Scheithauer, 2003). Als

„Aggression (lat. *aggredi* – herangehen, angreifen) wird feindseliges Verhalten bezeichnet, durch welches versucht wird, die eigenen Interessen unter Verletzung der Interessen einer anderen Person durchzusetzen. Im menschlichen Verhalten äußert sich Aggression in verbalen oder tätlichen Angriffen gegenüber Personen, Personengruppen und Gegenständen. „Aggression ist eine Verhaltenssequenz, deren Zielreaktion die Verletzung einer Person ist, gegen die sie gerichtet ist.“ (Bierhoff, Wagner 1998, S. 5) Die Erforschung der Aggression kann eingeteilt werden nach den Gründen für die Handlung. Diese Motive können *affektiv*, *instrumentell* oder aber auch *appetitiv* sein (Bannenberg, 2017). Dabei spielt die Motivationsforschung eine wesentliche Rolle beim Versuch Amoktaten und Terrorismus aus kriminologischer Sicht zu erklären. Zusammengefasst ist Aggression somit, nicht wie in unserer Alltagssprache verwendet, ein Gefühlszustand, sondern ein beobachtbares Verhalten, eine Handlungsmotivation oder eine bewusste Unterlassung, die den Kriterien zielgerichtet, absichtlich und schädigend entspricht (Wahl, 2009). Nach Heinrich (2005) können unterschiedliche Auslöser und Dynamiken für die Erklärung von aggressiven Verhaltensweisen dienen, und Aggressionen lassen sich in drei Kategorien einteilen: *emotional*, *instrumentell*, *eruptiv*. Eine vierte Kategorie, die *verschobene* Aggression, kann einer der anderen Kategorien zugrunde liegen.

- *Emotionale Aggression*: Starke Emotionen und Erregung, wie beispielsweise Frustration, Neid, Ärger, Eifersucht sind Auslöser für das Verhalten und beeinflussen es.
- *Instrumentelle Aggression*: Die Aggression ist Platzhalter oder Mittel zum Zweck. Dies können (belohnenden) Effekte sein oder die Aggression ist dienlich bei der Erlangung eines persönlichen Vorteils.
- *Eruptive Aggression*: Diese Form der Aggression geht mit einem Verlust der Selbst-Kontrolle einher, indem die betroffenen Personen unkontrolliert massiv bedrohliches Verhalten zeigen. Es kommt zu einer schweren Gefährdung von Personen oder Sachen. Die Auslöser sind disproportional – sie können also die starke Gewaltdynamik nicht erklären.
- *Verschobene Aggression*: Wenn die Aggression nicht direkt an der/dem AuslöserIn ausgelebt werden kann, weil Normen oder andere Rahmenbedingungen dagegensprechen, so sucht sich die Person bei der verschobenen Aggression ein anderes, meist schwächeres Objekt, an dem das Verhalten ausagiert werden kann.

Diese vier Formen der Aggression kommen in der Praxis nicht so eindeutig abgegrenzt vor, sondern zeigen sich in Mischformen und fließenden Übergängen (Heinrich, 2005).

2.1.1.3. *Psychologische Erklärungsversuche und Ursprung von Gewalt*

Ebenso unterschiedlich wie die Definitionen von Gewalt sind auch die Erklärungsansätze, wie es zu Gewalt und insbesondere aggressivem Verhalten kommt. Dieses Kapitel bietet einen Überblick über die verschiedenen Erklärungsmodelle, indem einerseits die bekannten Modelle und Theorie nicht taxativ aufgelistet werden und andererseits einige neuere Theorien diskutiert werden.

2.1.1.3.1. Überblick über verschiedene Aggressionstheorien

Theorie der aversiven Reize (Breakwell, 1998) - diese Theorie geht davon aus, dass Rahmenbedingungen aus der Umgebung wahrgenommen (Lärm, Hitze, Enge, ...) werden und diese negativ bewertet werden. Diese negative Bewertung der Umwelt löst Aggression aus.

Triebtheorie (Freud, 1920) und **ethologisches Modell** (Lorenz, 1963) – beide Theorien gehen davon aus, dass Aggression ein notwendiges Verhalten ist, das das Überleben einer Art sichert und ein selektionsbedingter Trieb ist.

Lerntheorie (Pawlow, Skinner & Bandura, 1979) - 1. Lernen am Modell - 2. Lernen aus Erfahrung - beide Ansätze gehen davon aus, dass Aggression erlernt ist und entweder durch positive oder negative Verstärkung beibehalten wurde.

Gewalt als Folge von fehlenden humanitären Werten und fehlender Wertschätzung (Fromm, 1974) – Fromm geht davon aus, dass die auf Destruktion gerichtete Gewalt einer Charakterschwäche entspricht, sofern sie nicht Verteidigung zum Ziel hat. Einen spezifisch psychologischen Beleg zu dieser Theorie gibt es nicht, auch wenn diese durch eine Vielzahl von anthropologischen, ethnologischen und physiologischen Befunden beruht.

Motivationstheorie (Kornadt, 1981) - Aggressionsmotive erhöhen die Wahrscheinlichkeit aggressives Verhalten zu zeigen (zum Beispiel Angst, Bedrohung, Frustration, ...), während die Aggressionshemmung (durch Werte, Normen, Bewältigungsstrategien, Angst vor Konsequenzen, ...) das Ausleben von Aggression verhindert oder zumindest mindert.

Frustrations-Aggressionstheorie (Dollard & Miller, 1939) - Diese Theorie ist wohl die bekannteste unter allen Theorien und besagt, dass Aggression stets die Folge von Frustration ist. Frustration kann umgekehrt stets zu einer Form der Aggression führen. Die aufbauende und präzisierende Theorie von Berkowitz (1989, 1990, 1993) öffnet diese Theorie auch für

andere Emotionen und Rahmenbedingungen. Nicht nur Frustration kann Aggression auslösen, sondern auch andere Formen aversiver Stimulation.

Bedrohungs-Aggressions-Theorie (Hovland & Sears, 1940) – Die Autoren geben mit ihrer Theorie die Erklärung ab, dass bewusstes gewalttätiges Verhalten auch oft der Abwehr realer oder vermeintlicher Bedrohungen dienen soll und somit defensiven Charakter besitzt.

Attributionstheorie (Weber & Rammsayer, 2012) - Im Sinne dieser Theorie ist Aggression das Resultat von sozialer Interaktion zwischen zumindest zwei Personen. In dieser Interaktion erfolgt interne und externe Attribuierung, wobei der anderen Person die Ursache für die aversiven Ereignisse zugeschrieben wird.

Segregations-Aggressions-Theorie (Newcomb & Sherif, 1943, 1973) – Die Autoren konnten mit den Versuchen zu ihrer Theorie zeigen, dass die Unterbindung oder Reduktion von Kommunikation zwischen Gruppen eine Feindseligkeit fördert und zu Gewalt führt.

Personenzentrierte Theorien: Diese Theorien sehen die Ursachen für die Gewalt immer im Individuum mit seinen individuellen Persönlichkeitsmerkmalen begründet. Dabei gelten Abweichungen, Abnormalitäten oder Defekte als Basis für die Erklärung von Entstehung von Gewalt. Psychopathologische Ansätze gehen von einer Verknüpfung einer Krankheit mit dem gewalttätigen Verhalten aus. Diesen Theorien ist entgegenzuhalten, dass die sozialwissenschaftlichen Forschungsergebnisse mehrmals schon die Durchschnittlichkeit der TäterInnen nachweisen konnten (Kaselitz & Lercher, 2002).

Sozialpsychologische Theorien: Die Ursachen für Gewalt liegen in Faktoren im Außen, die auf das soziale System mit ihren einzelnen Mitgliedern einwirken. Hierzu gehören auch die Sozialen Lerntheorien nach Bandura (1986), die davon ausgehen, dass Gewalt ein erlerntes Verhalten ist, das eventuell schon in der Kindheit erlernt wurde. Im Sinne dieser Theorie müsste das aggressive Verhalten beziehungsweise das Gewaltverhalten auch wieder verlernbar sein. Stresstheorien, als weitere Kategorie der Sozialpsychologischen Theorien, gehen davon aus, dass es Stressoren in der sozialen Umwelt gibt, die eine derart hohe Beanspruchung darstellen, sodass eine Gewalthandlung wahrscheinlicher wird. Somit lässt sich keine Kausalität auf Grund von gegebenen Stressfaktoren (Belastungen) mit der Gewalthandlung (Beanspruchungsfolge) nachweisen, da hier die individuelle Bewertung und die Coping-Strategien eine wesentliche Rolle spielen (Otten & Mummendey, 2002).

Das Prinzip des **Lernens durch Erfolg** beschreibt 1978 Seligman, indem er auf die Tatsache verweist, dass das gewalttätige Verhalten für ein Kind die einfachste Weise ist, von seinen

Eltern Aufmerksamkeit zu erhalten und damit auch zur Erlangung der Befriedigung seiner Bedürfnisse zu kommen.

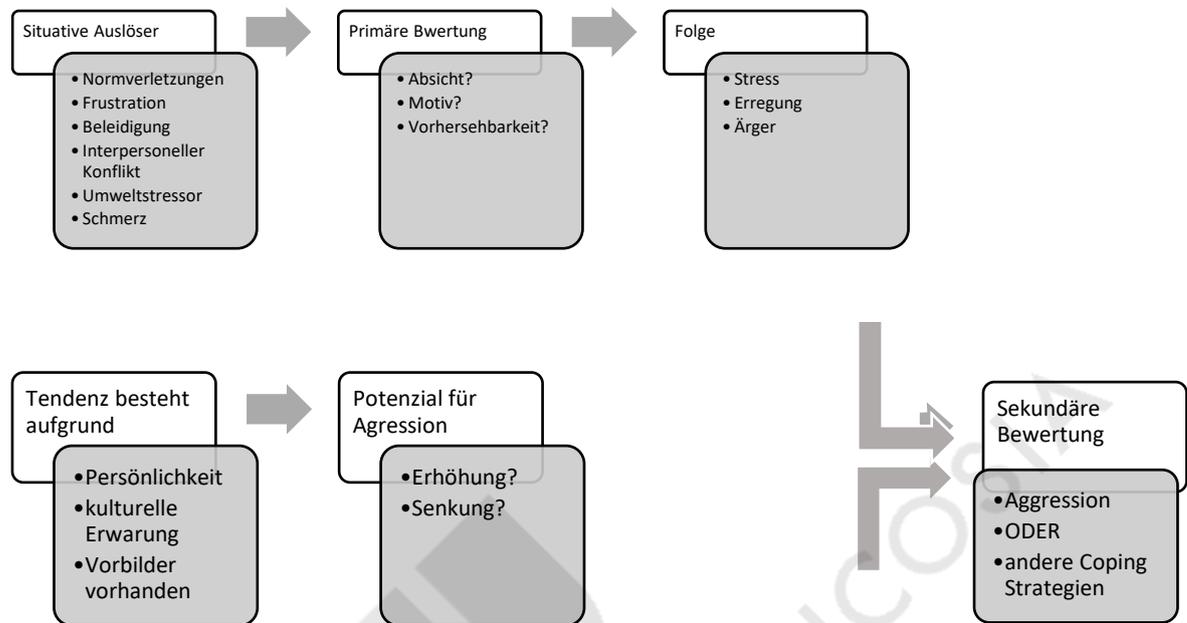
Soziostrukturelle und soziokulturelle Theorien: Wie bereits in der Definition von Gewalt beschrieben, steht Gewalt eng in Verbindung mit der Bewertung, was in einer Kultur und Gesellschaft als normal und was als abweichend von der Norm gilt. Teilweise finden hier auch personenzentrierte und sozialpsychologische Erklärungen Eingang. Ebenso gehen ressourcentheoretische Ansätze und Theorien zur Statusinkonsistenz davon aus, dass Menschen oder Gruppen bestimmte Ressourcen einsetzen, um Ziele des Einzelnen oder der Gruppe zu erreichen oder auch gegen den Widerstand anderer zu erreichen. Dabei geht es um Aufrechterhaltung von Rollen, Strukturen oder den Status innerhalb dieser Gruppe (Brown & Turner, 1981, zitiert nach Otten & Mummendey, 2002).

Systemtheoretische Ansätze hingegen betrachten die Gruppe (zum Beispiel am Arbeitsplatz) oder die Familie als System, die zwar nach außen als Einheit wahrgenommen wird, jedoch auch offene oder geschlossene Grenzen zu seiner Umwelt hat. Somit ist Gewalt in Familien oder in Teams ein Produkt des sozialen Austausches. Je nachdem wie im Innen und im Außen auf Gewalt reagiert wird, so wird auch die Entwicklung von Gewalt bestimmt. (www.gewaltinfo.at; 2018).

Prozesstheorie nach Geen: Russel G. Geen (2001) hat ein Prozessmodell entwickelt, welches dabei helfen soll, Interdependenzen möglicher Ursachen von Aggression zu verdeutlichen. Folgt man dieser Theorie, so entsteht Aggression aus dem Zusammenspiel von situativen Auslösern (wie beispielsweise Frustration, Konflikte und Beleidigungen, Norm- und Regelverletzungen, aber auch Stressoren aus der Umwelt, wie Hitze, Lärm oder Schmerz) und Hintergrundvariablen, die in der handelnden Person liegen. Diese Hintergrundvariablen können physiologische wie auch psychologische sein. Jeder situative Auslöser von außen wird einer Prüfung unterzogen und in Bewertungskategorien eingeteilt. Dies wird als die primäre Bewertung bezeichnet. Wenn die agierende Person zum Beispiel aus Absicht gehandelt hat, ihr ein schlechtes beziehungsweise böswilliges Motiv unterstellt wird oder die Vorhersehbarkeit des Handelns im Sinne negativer Konsequenzen vorhanden war, so mündet diese Bewertung in Stress, Ärger und physiologischer Erregung. Erst dann erfolgt die Abschätzung (= sekundäre Bewertung) der verfügbaren Strategien zur Bewältigung der Bedrohung. Die meisten Menschen verfügen über eine Vielzahl von Möglichkeiten, um auf aversive Reize zu reagieren – eine davon ist Aggression. Können jedoch andere Copingstrategien nicht oder nicht erfolgreich eingesetzt werden, so steigt die

Wahrscheinlichkeit, dass Aggression als Reaktion folgt (Bierhoff & Wagner 1998). Das Modell ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1 Prozessmodell nach Geen (2001)

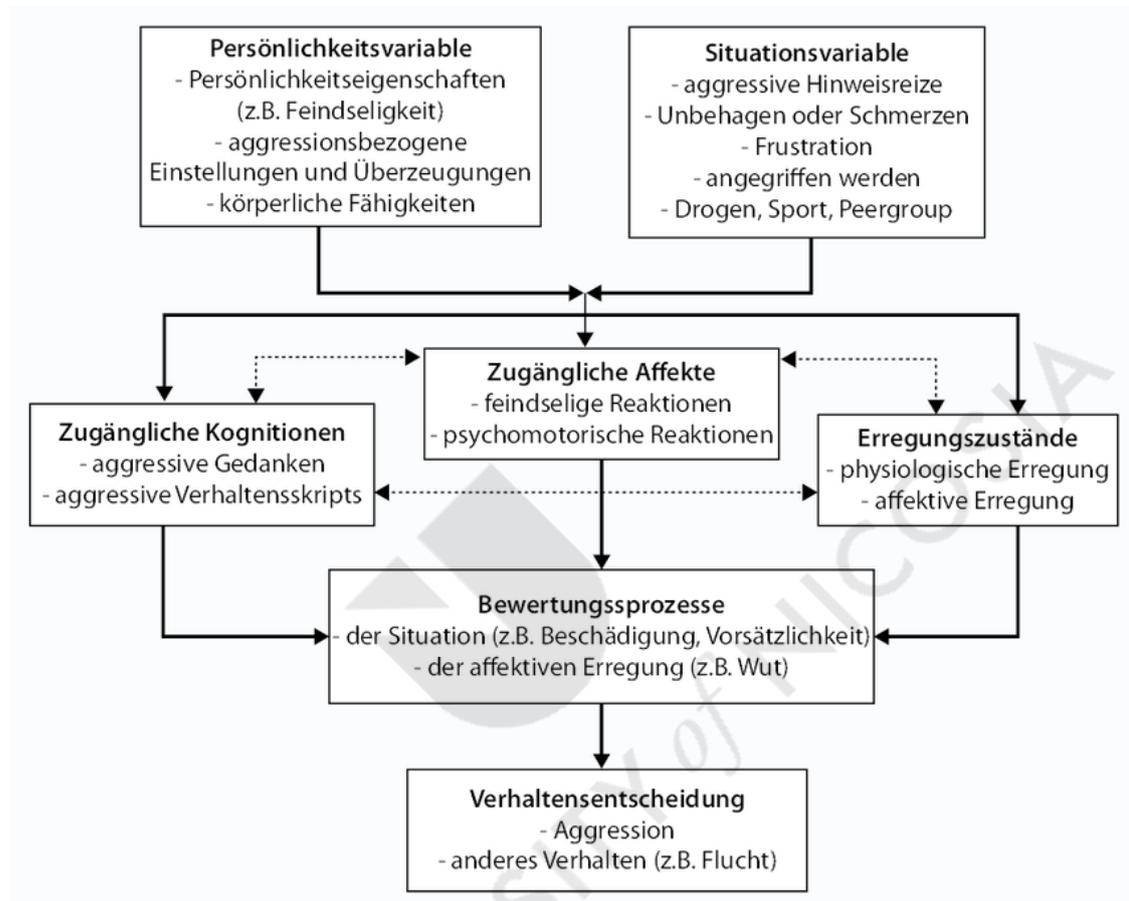


Quelle: eigene Darstellung

Das **General Aggression Model** – kurz **GAM** (Anderson & Bushman, 2002) dient ebenso oftmals als theoretische Grundlage, beispielsweise zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen der Wirkung von Gewaltspielen und ihren Ursachen. Dabei werden proximale Ursachen, die unmittelbar in der aktuellen Situation wirken und in einer Erweiterung auch distale, die erst über einen längeren Zeitraum hinweg Wirkung zeigen, definiert. Unter den proximalen Ursachen sind aggressive Verhaltensweisen, Priming von Aggressionskognitionen, Erzeugen eines aggressiven emotionalen Zustands sowie Erhöhung der physiologischen Erregung zu verstehen, unter den distalen sind es biologische und umweltbedingte Modifikatoren. Dabei geht das Modell von zwei Inputvariablen, den Persönlichkeitsvariablen und situationale Variablen aus. Diese Inputs wirken sich auf den momentanen inneren Zustand des Menschen dahingehend aus, dass seine Kognitionen, seine Affekte oder sein Arousal beeinflusst werden. Erst die Bewertungsprozesse (automatisch oder kontrolliert) führen zu einer Entscheidung über ein Verhalten (Aggression zeigen oder Alternativverhalten) (Anderson, 2007). Das Modell ist in Abbildung 2 dargestellt. Im Jahr 2006 wurde dieses Modell von den Autoren Buckley und Anderson (2006) zum **General**

Learning Model (GLM) verallgemeinert. Die Erweiterung besteht darin, dass das Modell nun nicht mehr nur im Speziellen das Erlernen von aggressivem Verhalten, sondern das Erlernen jeder beliebigen Verhaltensweise im Allgemeinen erklärt und somit jedoch wiederum nur Verhalten an sich umfangreich beschreibt.

Abbildung 2: General Aggression Model (2002)



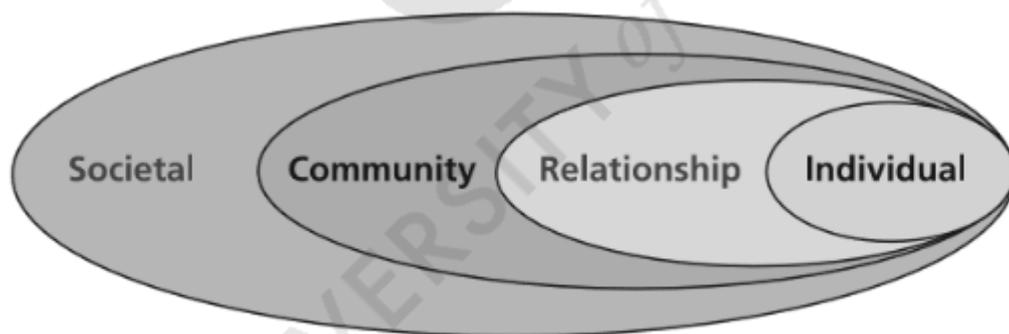
Quelle: www.researchgate.net

2.1.1.3.2. Ökologisches Erklärungsmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Das Ökologische Erklärungsmodell der WHO geht davon aus, dass Aspekte der Biologie, Soziologie, Kultur, Wirtschaft und Politik einen Einfluss auf die Entstehung von Gewalt haben und dass diese Aspekte sich wechselseitig beeinflussen. Diese Definition ist bis heute gültig. Das Modell geht davon aus, dass vier Aspekte oder Ebenen zur Ergründung des Ursprungs von Faktoren, die es begünstigen GewalttäterInnen oder Betroffene zu werden, zu berücksichtigen sind. Die erste Ebene umfasst die biologischen Faktoren und persönlichen Entwicklungsfaktoren, wie die demographischen Daten, aber auch Persönlichkeitsstörungen und psychische Erkrankungen oder auch frühere Erfahrungen mit

Gewalt oder Missbrauch. Die zweite Schicht, die Ursache von Gewalt sein kann, ist die Beziehungsebene. Hier wird der Frage nachgegangen, ob Familie, Freunde, IntimpartnerInnen, KollegInnen oder Peers die Gewaltwahrscheinlichkeit beziehungsweise das Risiko für Gewalt erhöhen oder reduzieren. Die dritte Ebene betrifft die sozialen Beziehungen und das Umfeld von Gemeinschaften wie Schulen, Arbeitsplätze und Nachbarschaften. Entsprechende Settings können förderlich oder hinderlich wirken. Erst die letzte Ebene fasst die gesellschaftlichen Faktoren und Einstellungen sowie Werte der Gesellschaft zusammen. Diese können ein förderndes oder ihr abträgliches Klima schaffen. Im World Report on Violence and Health (WHO, 2002) wird das Modell graphisch dargestellt. Die graphische Darstellung ist in Abbildung 3 wiedergegeben. Die Kreise des Modells überschneiden sich und zeigen auf, dass sich die Ebenen gegenseitig verstärken oder manipulieren können. Das Modell klärt Gewaltursachen auf und trägt zur Transparenz der komplizierten Wechselwirkungen bei. Darüber hinaus macht es aber auch deutlich, dass – sollte man Prävention betreiben wollen – es nicht ausreicht, nur eine Ebene zu betrachten und zu berücksichtigen (WHO, 2002).

Abbildung 3: Ökologisches Erklärungsmodell der WHO



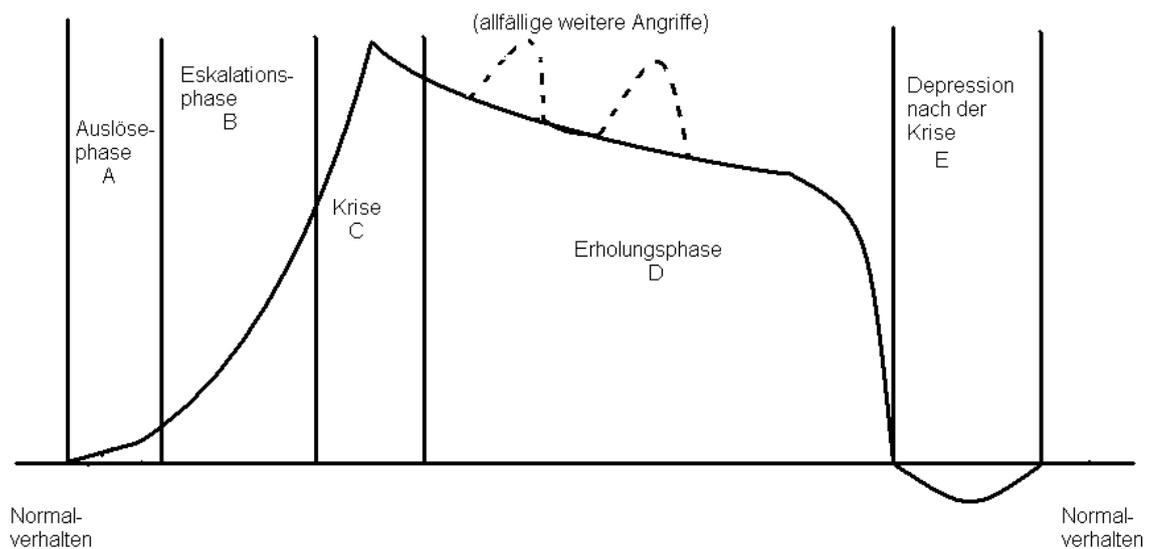
Quelle: World report on violence and health (2002)

2.1.1.3.3. Eskalation von Gewalt nach Breakwell

Breakwell (1998) beschäftigt sich anhand von Untersuchungen von Situationen mit dem Verlauf von normalem zu aggressivem Verhalten nach einer Eskalation und gibt Handlungsanleitungen, wie in welcher Phase interveniert werden kann. Er beschreibt die Gewalthandlung als eine geordnete Abfolge in bestimmten Phasen. Die *Auslösephase* ist der Beginn der Abfolge und markiert somit den Anfang der Entfernung vom normalen

Verhalten. Diese ersten Anzeichen können sowohl verbal als auch nonverbal kommuniziert werden. Jedenfalls sind es Hinweise auf eine drohende Eskalation (Breakwell, 1998). Im Unterschied zu Ursachen von Gewalt werden Auslöser als eher momentane Gegebenheiten definiert, die dann zu aggressiven oder gewalttätigen Handlungen führen (Fröhlich-Gildhoff, 2006). Die *Eskalationsphase* ist jene Phase, die einen ununterbrochenen Anstieg des Aggressionspotentials bis zum gewaltsamen Verhalten aufzeigt. Die Person weicht dabei stetig von ihrem Normalverhalten ab, bis der Gipfel der Eskalation erreicht ist, sofern niemand in einem sehr frühen Stadium dieser Phase interveniert. In einem späten Stadium dieser Phase sind Interventionen, zum Beispiel in Form von Ablenkungen oder anderen rationalen Eingreifen kaum mehr möglich (Breakwell, 1998). In der *Krise* ist die Person körperlich, gefühlsmäßig und psychisch erregt und hat kaum Kontrolle über den Gewaltausbruch. Daher ist auch jede Intervention weder zweckmäßig noch hilfreich, denn jeder Versuch kann als weitere Konfrontation und somit aversiven Reiz erlebt werden (Breakwell, 1998). In der *Erholungsphase* fällt das Potenzial stetig ab und führt idealerweise wieder zum Regelverhalten. Wird jedoch zu früh interveniert, kann der noch immer bestehende hohe Grad an psychischer und physiologischer Erregung zu einem erneuten Gipfel führen und somit zu einer Wiederholung des Vorfalls. Jedenfalls sind Auslösereize in dieser Phase zu vermeiden. Die Erholungsphase führt jedoch nicht direkt in das Normalverhalten zurück, sondern über den Umweg der *Depression nach der Krise*. Die massive Erschöpfung nach der Krise, die meist physisch wie psychisch begründet ist, lässt die Person aus Sicht des Aggressionspegels unter das Ausgangsniveau sinken. Erst nach der *Normalisierung* ist die Krise vorüber und Interventionen können sinnvoll gesetzt werden (Breakwell, 1998). Das Modell ist in Abbildung 4 veranschaulicht.

Abbildung 4. Typische Eskalations- und Angriffsphasen nach Breakwell (1998)



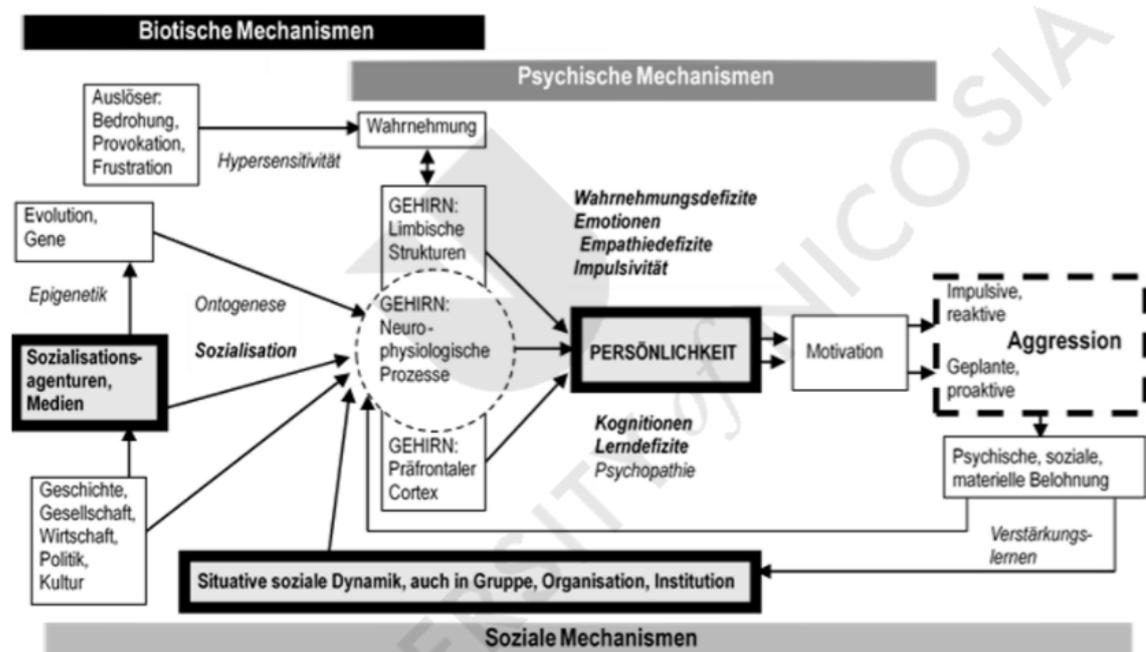
Quelle: Breakwell (1998)

2.1.1.3.4. Integrierte Gewalt- und Aggressionstheorien

Gudehus und Weierstall (2017) geben in ihrem Beitrag im Buch „Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch“ ein Plädoyer für eine integrative Theorie der Gewalt in der Psychologie ab und schränken ein, dass die bisherigen Forschungen eine starke Konzentration auf die Naturwissenschaft vorweisen, die kulturwissenschaftlichen Erklärungsmodelle dabei jedoch weitgehend außen vorgelassen werden. Versuche eines interdisziplinären Modells lassen sich etwa bei Borum (2004) zum Thema Terror finden, bei Gendreau und Archer (2005) im Modell der Aggression bei Tieren und Menschen, jedenfalls im Modell der biotischen, psychischen und sozialen Faktoren und Mechanismen der Aggression (Wahl, 2009). Die Darstellung des Modells lässt sich seinem aktuellen Buch „Aggression und Gewalt“ entnehmen (Wahl, 2009, S. 172). Wahl stellt sich mit seinem Modell dem Versuch die Überschneidung in der Erforschung von Aggression in den biologischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Zugängen zu finden. Aus der Biologie können Erkenntnisse über die genetischen Grundlagen, der Epigenetik, der biopsychischen Mechanismen, der Gehirnstruktur und dessen neurophysiologischen Zusammenwirkens entnehmen. Aus der Psychologie und Psychiatrie fließen Erkenntnisse über Emotionen, Kognitionen und Motive sowie Motivationsprozesse ein. Den Sozialwissenschaften wird die Dynamik von Aggression entnommen, sowie dazu korrespondierende Ideologien und die historische Einbettung. Die Epigenetik erforscht das

Zusammenwirken von Gene und Umwelt. Dabei steht das Thema Genexpression („Ab- und Anschalten“ von Genen) und Vererbung jedoch losgelöst von der klassischen DANN-Vererbung im Fokus. Besonderen Schwerpunkt bilden dabei traumatische Erfahrungen (zum Beispiel Misshandlung) in frühen Phasen der Kindheit, die beispielsweise über biochemische Prozesse (zum Beispiel Serotonin-System) beeinflussen (Walters, Chiochetti & Freitag 2015). Wahl nimmt in seinem Modell an, dass es viele Faktoren gibt, die zur Aggression motivieren (Evolution, Gene, Einflüsse während der Schwangerschaft, Sozialverhalten, Peers und Medien sowie situative Faktoren). Diese prägen sich über die Neuroplastizität in unser Gehirn ein und wirken daher alle neuropsychologisch zusammen.

Abbildung 5. Das Modell der bio-psycho-sozialen Mechanismen der Aggression

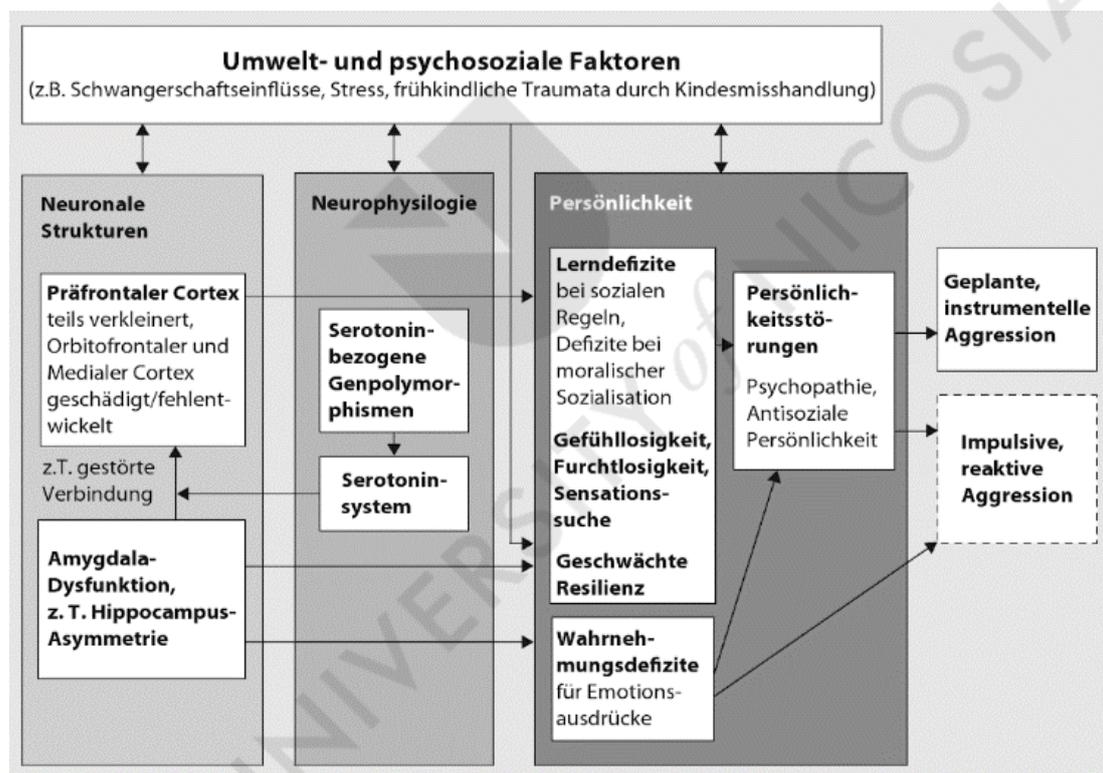


Quelle: Das Modell der bio-psycho-sozialen Mechanismen der Aggression (Wahl, 2013, www.gewaltpraevention.info)

In Summe ergibt sich daraus ein heuristisches Modell, das das Vorausgehen von Aggression beschreibt. Je nach Konstellation mündet dieses in ein „impulsiv-affektiv-reaktiv-defensive Aggressions – Formenbündel“ oder in ein „geplant-instrumentell-proaktiv-offensives – Aggressions – Formenbündel“ (Wahl, 2009, S. 171). Nach dem Zeigen der Aggression wirkt ein Rückkoppelungsmechanismus über die psychischen und/oder sozialen Konsequenzen der eigenen Handlung. Handelt es sich um kollektive oder institutionelle Gewalt, so enthält die Rückkoppelung auch Informationen aus der sozialen Situation (inklusive Sozialisierungsprozesse) und der Gruppe beziehungsweise Institution.

Dieses Feedback kann entweder eskalierend oder deeskalierend auf die Situation und somit auf die Person wirken. Laut Wahl ist das Modell derzeit noch nicht in seiner Tiefe erforscht. Insbesondere die Differenzierung nach Geschlecht und Alter sollte einen nächsten Forschungsschritt darstellen. Aus Sicht der Psychologie benötigt das Modell noch eine Betrachtung über den Zusammenhang mit dem Aspekt des Selbstwertgefühls. Auch dürfte es zwischen der „impulsiv-affektiv-reaktiv-defensiven Aggression“ und der „geplant-instrumentell-proaktiv-offensiven Aggression“ eine Überlappung geben, die eine Definition benötigt. „Wissenschaftliche Forschungsresümees sind eben nur Momentaufnahmen von langen Hypothesen generierenden, prüfenden, verwerfenden oder bestätigenden Erkenntnisprozessen.“ (Wahl, 2009, S. 172, siehe Abbildung 6)

Abbildung 6. Modellskizze der Ursachen für geplante und impulsive Aggression



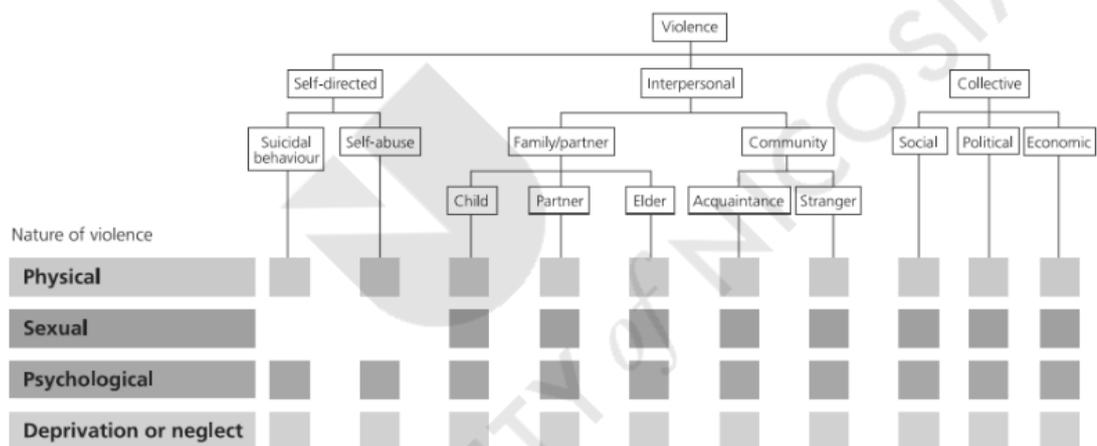
Quelle: Modellskizze der Ursachen für geplante und impulsive Aggression (Wahl, 2009, S. 113)

2.1.2 Formen der Gewalt

In einigen Forschungsarbeiten findet sich bis heute die Beschränkung auf eine Form von Gewalt, wobei mittlerweile in aktuellen Studien weitgehender Konsens darüber herrscht, dass es wesentlich mehr zu untersuchen gibt als physische Gewalt und Gewalt in der Familie oder im sozialem Nahraum (Kaselitz & Lercher, 2002). Im „World Report on

Violence and Health“ (2002) werden Formen von Gewalt kategorisiert. Dabei wird zwischen Gewaltformen unterschieden, die sich gegen einen selbst, gegen eine andere Person oder gegen das Kollektiv wenden. An sich selbst gerichtete Formen sind einerseits der Suizid, andererseits aber auch Vernachlässigen beziehungsweise Misshandlungen der eigenen Person. Zwischenmenschliche Gewalt kann interfamilär beziehungsweise partnerschaftlich oder innerhalb einer speziellen Community stattfinden. Gewalttaten, die sich gegen eine Institution oder eine Gemeinschaft richten, werden oft eingesetzt, um damit politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Zwecke zu erreichen (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano Red, 2002). In Abbildung 7 sind die Formen der Gewalt in einer Übersicht zusammengefasst.

Abbildung 7: Typologien von Gewalt



(Quelle: „World Report on Violence and Health“, 2002)

2.1.2.1. Physische Gewalt

Physische Gewalt kann gegen eine Person und somit gegen das Opfer im engeren Sinne aber auch gegen Personen im Umfeld des Opfers und somit gegen das Opfer im weiteren Sinne gerichtet werden. Physische Gewalt kann auch gegen Gegenstände im Besitz des Opfers oder auch gegen Tiere gerichtet werden. (www.gewaltinfo.at, 2018) Physische Gewalt beinhaltet alle Formen von Misshandlungen von leichtem Stoßen oder Treten über starke körperliche Auseinandersetzungen mit oder ohne Waffen bis hin zum Mordversuch oder Mord. Leichtere Formen von Gewalt sind oftmals gesellschaftlich toleriert, etwa sogenannte Kavaliersdelikte, und auch als normal akzeptiert, wie beispielsweise die allgemein hin so bezeichnete „g’sunde Watschn“. Ebenso kann Gewalt im Sinne von

Zerstörung und Vandalismus gegen Sachen gerichtet sein. In diesem Sinne, aber auch im Zusammenhang mit Körperverletzung, kann physische Gewalt in weiterer Folge als geplante Maßnahme oder Aktion der Macht verstanden werden (Imbusch, 2002; 2003).

In der Wissenschaft und in der österreichischen Gerichtsbarkeit wird zum Thema Schaden und Körperverletzung zwischen leichteren, mittelschweren und schweren Verletzungen unterschieden. Zu den leichteren Formen zählen Schläge ins Gesicht, schütteln, packen oder aber auch kneifen. Diese Formen werden oft geduldet. Schwere Formen hingegen, wie Frakturen, Brandwunden, Schnitte oder Verletzungen mit inneren Blutungen als Folge, werden auch von der Gesellschaft als negativ eingestuft (www.gewaltinfo.at, 2018). Die Übergänge zwischen leichteren, mittelschweren und schweren Formen von Gewalt sind nur vage formuliert, da sie stark vom individuellen Erleben einer Person abhängen und eine wissenschaftlich fundierte Bewertung bisher nicht vorgenommen wurde.

2.1.2.2. Psychische Gewalt

Seelische, auf emotionaler Ebene ausgeübte Gewalt ist wesentlich schwerer einheitlich zu definieren als Gewalt auf körperlicher Ebene. Im Arbeitskontext wird der Begriff der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz nach der EN ISO 10075-1: 2000 herangezogen, im privaten Bereich werden eher nicht taxativ zu verstehenden Aufzählungen verwendet. So zählen die Isolation, der Liebesentzug, Drohungen, Nötigungen und Angstmachen und auch die Androhung, Dritte zu verletzen, zu psychischer Gewalt. Dadurch erübrigt sich vermeintlich die eigentliche physische Gewalt, da die Angst davor bereits einschüchternd wirkt. Ebenso hinzugezählt werden das Lächerlichmachen in der Öffentlichkeit, beleidigende und abfällige Äußerungen, Belästigung und Terror beziehungsweise Stalking. Werden insbesondere Kinder als PartnerInersatz oder zur Erfüllung narzisstischer Wünsche der Eltern herangezogen, so ist auch dies eine spezielle Form der psychischen Gewalt. Ebenso zählt die Vernachlässigung von Kindern als eine Form der psychischen Gewalt (Winterhoff, 2008). Eine Unterform der psychischen Gewalt ist die ökonomische Gewalt. Sie bezieht sich auf jene Abhängigkeitsbeziehungen, in denen eine Person der PartnerInnenschaft über kein eigenes Einkommen verfügt und der/die PartnerIn diese Situation gewalttätig ausnützt. Dies kann geschehen, indem er/sie der anderen Person die finanziellen Mittel vorenthält oder die Verwendung streng kontrolliert. Als Sonderform ist die ökonomische Gewalt auch definiert, wenn ein Familienmitglied die eigenen finanziellen Mittel abliefern muss (Kaselitz, Lercher, 2002).

2.1.2.3. Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt, oder auch sexualisierte Gewalt genannt, beinhaltet alle Handlungen, die gegen die sexuelle Integrität gerichtet sind und die einer Person oder einem minderjährigen Kind aufgedrängt oder aufgezwungen werden (www.gewaltinfo.at, 2018). Sie umfasst alle sexuellen Handlungen, die einer erwachsenen Person beziehungsweise auch einem Kind aufgezwungen werden. „Sexuelle Gewalt ist ein Akt der Aggression und des Machtmissbrauchs, nicht das Resultat unkontrollierbarer sexueller Triebe“ (Appelt, Höllrigel & Logar, 2001, S.389). Als Sonderform der sexuellen Gewalt wird sexuelle Belästigung und sexuelle Ausbeutung angesehen (Wahl, 2009). Sexuelle Belästigung sind Gewaltakte, die von Menschen als unerwünscht angesehen werden. Durch sie werden die Grenzen ihrer Intimsphäre und ihrer Selbstbestimmung übertreten, was zu einer maßgeblichen Beeinträchtigung des Lebensgefühls führt. Laut Wachter (2015) ist diese Form der Gewalt eine, die es besonders schwer für die Betroffenen macht die Geschehnisse zu verarbeiten. Die Auswirkungen der Betroffenen sind sehr vielfältig, und es ist gerade für diese Form typisch, dass die Vorfälle unkommentiert längere Zeit vor sich hergeschoben werden oder sogar dementiert werden (Prager & Hlous, 2006). Sexuelle Ausbeutung liegt dann vor, wenn zum Beispiel pornografisches Material ohne Zustimmung der betroffenen Person verkauft wird und die Person zur Prostitution gezwungen wird (www.gewaltinfo.at; Download 13.03.2018). Das SOS-Kinderdorf und Rat auf Draht haben 2017/2018 eine österreichweite Erhebung zur Erforschung sexueller Cyber-Belästigung bei 11- bis 18-Jährigen in Auftrag gegeben. Vierhundert Kinder und Jugendliche wurden über ihre Erfahrungen mit sexueller Belästigung im Netz befragt, und das Ergebnis zeigt deutlich, dass es ein Breitenproblem ist: 27 Prozent der Befragten geben an, dass sie schon mindestens einmal Betroffene von sexueller Belästigung im Internet geworden seien (www.futurezone.at; 2018).

2.1.3 Gewalt am Arbeitsplatz und Mobbing

Die Internationale Arbeitsorganisation (IAO/ILO) erkennt Gewalt am Arbeitsplatz als aufkommendes Problem und definiert bereits 2004 in den Verhaltensrichtlinien Gewalt am Arbeitsplatz als **„Sämtliche Handlungen, Vorfälle bzw. Verhaltensweisen, die von einem angemessenen Verhalten abweichen, bei denen ein Mensch während seiner Arbeitstätigkeit bzw. als direkte Folge seiner Arbeitstätigkeit angegriffen, bedroht, geschädigt bzw. verletzt wird“** (<https://www.ilo.org/legacy/english/protection/safework/>

worldday/products04/report04_ger.pdf, S. 16; abgerufen am 5.11.2018). Im Jahr 2014 erfolgt eine Adaption der Definition (www.ilo.org, 2014) von Gewalt am Arbeitsplatz als **"jede Handlung, Begebenheit oder von angemessenem Benehmen abweichendes Verhalten, wodurch eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt, verwundet wird"**.

Bei Gewalt am Arbeitsplatz wird zwischen interner Gewalt, die von KollegInnen oder Vorgesetzten ausgeübt wird und externer Gewalt, die durch KundInnen und/oder PatientInnen ausgeübt wird, unterschieden (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007). Körperliche Gewalt wird dabei häufiger als externe Gewaltform erlebt, also als eine Gewaltform, die von KundInnen und/oder PatientInnen ausgeht (Murarovic, 2015).

ArbeitgeberInnen haben die Pflicht das Leben, die Gesundheit und die Würde ihrer ArbeitnehmerInnen am Arbeitsplatz zu schützen. Dies ist einerseits durch die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin gem. §1157 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, andererseits durch §18 Angestelltengesetz, Gleichbehandlungsgesetz oder ArbeitnehmerInnenschutzgesetz geregelt. Diesen Gesetzen folgend müssen ArbeitgeberInnen Maßnahmen im Falle von Übergriffen einleiten und haben für angemessene, unverzügliche Abhilfe zu sorgen. Zusätzlich zur gesetzlichen Regelung besteht auf EU-Ebene darüber hinaus eine freiwillige Rahmenvereinbarung zum Thema Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz. Das Ziel dieser Vereinbarung ist es, Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz zu verhindern, auftretende Anlassfälle zu bewältigen und überhaupt erst einmal zu sensibilisieren (EU-Rahmenvereinbarung gegen Gewalt am Arbeitsplatz; www.vida.at; 2018). Bereits ältere Studien zeigen, dass die Gewalt längst ein Bestandteil in unseren Betrieben und Arbeitsplätzen ist. In Österreich sind rund 3% der Frauen und Männer, also rund 127.000 Menschen von Belästigung oder Mobbing am Arbeitsplatz betroffen. Unter psychischer Gewalt oder Drohungen leiden etwa 1% der Erwerbstätigen (Ihle & Leitner, 2009).

Gewalt hat bereits seit vielen Jahren Einzug in die Arbeitswelt gefunden. Studien im EU-Raum zeigen, dass es sich dabei um psychische wie physische Angriffe handelt, aber auch um Raubüberfälle. Es ist naheliegend, dass davon besonders Servicekräfte und jene ArbeitnehmerInnen betroffen sind, die in der Beratung arbeiten, sogenanntes Front-Line-Personal (Di Martino, Hoel & Cooper, 2003). Zusätzlich zu diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, dass es Branchen und Berufsgruppen gibt, die besonders häufig von Gewalt und Übergriffen betroffen sind:

- „Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- Krankenhäuser und Rettungsdienste
- Einrichtungen mit Einzel- oder Nachtarbeitsplätzen
- Bars, Hotels und Restaurants
- Polizei und Sicherheitskräfte“

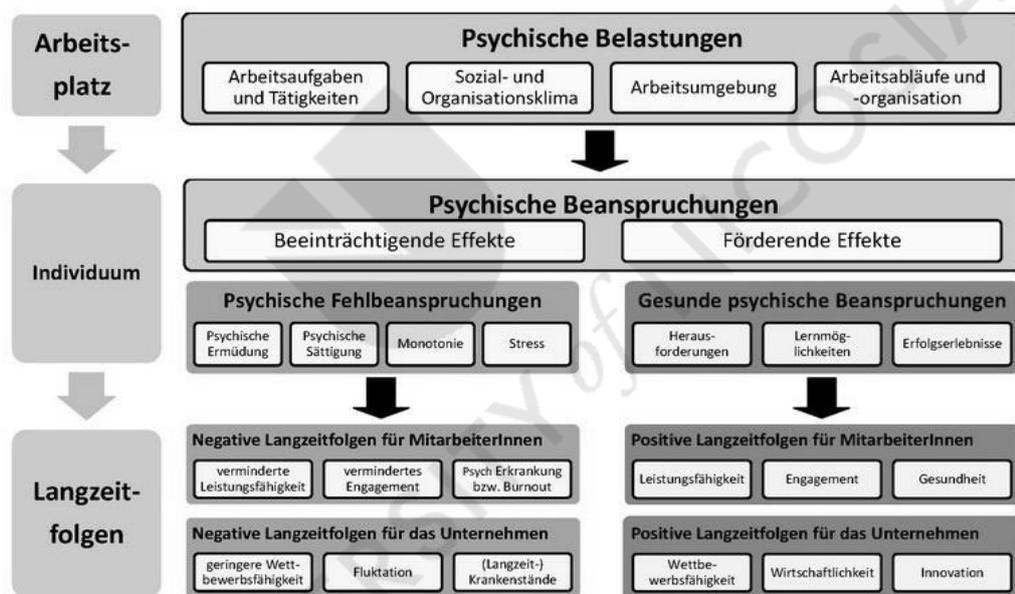
(International Labour Organization (1998). When working becomes hazardous. World of Work, 26, p. 6-9).

Aktuellere Daten zu Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen liefern die Ergebnisse des EUROSTAT-Berichts über „Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in Europa von 1999 bis 2007“ (2010) und aus dem Ad-hoc-Modul zur Europäischen Arbeitskräfteerhebung im Jahr 2013, die in Österreich im Rahmen des Mikrozensus durchgeführt wurde. Bereits in der ersten Untersuchung gaben 3,1% der berufstätigen Männer und 3,3% der Frauen an, dass Belästigung oder Mobbing einen psychischen Belastungsfaktor darstellt. Auch gaben 1,1 % der Männer und 1,3 % der Frauen an, am Arbeitsplatz Gewalt oder Androhung derselben am Arbeitsplatz zu erleben (EUROSTAT-Berichts über Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in Europa von 1999 bis 2007, 2010). In der Europäischen Arbeitskräfteerhebung 2013 wurden die Themen Arbeitsunfälle, arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme und Risikofaktoren am Arbeitsplatz in zufällig ausgewählten Haushalten erhoben. Alle Ergebnisse beziehen sich auf Personen über 15 Jahren. Als hauptsächliches psychisches Erkrankungsrisiko wird Zeitdruck (38,3%) angegeben, wobei bereits an zweiter Stelle Androhung von Gewalt (3,5%) und an dritter Stelle Mobbing (3,4%) folgt (Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2013: "Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme", 2014). Insgesamt nimmt die Gewalt in der Arbeitswelt zu. Leider ist die Ursachenforschung nicht derart aufschlussreich, wie die Statistiken zu den Häufigkeiten der Gewalterfahrungen. Laut der Broschüre „Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz“, herausgegeben im Jänner 2011 von Bundesarbeitskammer, Industriellenvereinigung, Österreichischer Gewerkschaftsbund, Verband der Öffentlichen Wirtschaft und Gemeinwirtschaft Österreich sind die Ursachen und Belastungen sehr vielfältig und lassen sich in folgende Themenbereiche clustern:

- Druck durchwachsenden Wettbewerb
- Reduktion der Ressource Personal
- Arbeiten unter Terminangaben oder Termindruck
- Sorgen um Arbeitsplatzverlust
- Mangelndes Kommunikationsverhalten

teilt sich wie immer in Erhebung und gegebenenfalls Einleitung sowie Umsetzung von Gegenmaßnahmen (ASchG i.d.g.F). Unter psychische Belastung am Arbeitsplatz versteht die EN ISO 10075-1:2000: „**Die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken**“ (EN ISO 10075-1:2000; Kapitel 3. Begriffe, 3.1); darunter werden zum Beispiel Konfliktsituationen, Überforderung, Zeitdruck oder Lärm verstanden. Psychische Beanspruchung ist hingegen das individuell unterschiedlich interpretierte Resultat der Bewältigung dieser Belastung (EN ISO 10075-1/2/3 Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1 bis Teil 3; 1991/1996/2004, siehe Abbildung 9).

Abbildung 9. Psychische Belastung und Beanspruchung



Quelle: Epp G. in Anlehnung an ÖNORM EN ISO 10075:2000

Als eine Sonderform von Gewalt am Arbeitsplatz wird *Mobbing*, also eine mit unfairen Mitteln ausgetragene Konflikteskalation, verstanden. Der Arbeitspsychologe und Betriebswirt Heinz Leymann (1993, 2006) beschreibt Mobbing als „**negative kommunikative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (von einer oder mehreren anderen) und die sehr oft und über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen.**“ (Leymann, 1993, S. 21) Diese Definition hat in der jüngeren Literatur eine Präzision erfahren, die insbesondere auch die Prozesshaftigkeit mit einbezieht.

Die Person wird somit

- gezielt und systematisch
- kontinuierlich
- häufig über einen längeren Zeitraum
- von einer anderen Person oder Personengruppe (Machtgefälle)
- häufig unter zunehmender Isolation

einer schikanösen Handlung ausgesetzt (Kolodej & Majoros, 2010; Kolodej, 2018).

Mobbing ist in Österreich kein Rechtsbegriff im engeren Sinne, es gibt keinen eigenen Mobbing-Tatbestand. Der Begriff wird jedoch in der Judikatur seit 1997 verwendet und jene Handlungen, unter denen Mobbing verstanden wird, ziehen zumindest teilweise rechtliche Konsequenzen nach sich (Smutny & Hopf, 2003). Neben der populären Auseinandersetzung mit Mobbing haben sich unterschiedliche weitere Begriffe etabliert, die insbesondere das Machtgefälle zwischen den Beteiligten berücksichtigen. Wenn etwa die Führungskraft die Schikane ausübt, so kann von *Bossing* gesprochen werden, geht diese von mehreren Untergebenen gegen die Führungskraft aus, so spricht man von *Staffing*. *Bullying* ist im Englischen das Synonym für Mobbing, im deutschsprachigen Raum ist es hingegen nur für Mobbing im Schulbereich gebräuchlich. Gerade im schulischen Bereich und unter Jugendlichen werden verstärkt neue Medien verwendet, um die Mobbing-Attacken auszuführen. Das Schikanieren trägt dann die Begriffe Cyber-Mobbing oder Cyber-Bullying (Schwickerath, 2012). Die neuen *Modi Operandi* von Gewalt sind beispielsweise „Cybermobbing/-bullying (jegliche Form wiederholter, verbaler, psychischer oder körperlicher Belästigung durch einzelne oder mehrere Personen zum Beispiel durch Beleidigen, Bedrohen, Bloßstellen oder Belästigen), Cyberstalking (beharrliches Verfolgen via Internet), Cybergrooming (der Versuch von Erwachsenen, sich via Internet an Kinder oder Jugendliche zur Anbahnung sexueller Kontakte heranzumachen) und das Happy Slapping (Filmen und Verbreiten von körperlichen Übergriffen) anzuführen“ (Fekter, 2010. S.16).

Belsey (2010) definiert Cybermobbing wie folgt: **„Cyberbullying involves the use of information and communication technologies such as email, cellphone and pager text messages, instant messaging, defamatory personal Websites, and defamatory online personal polling Websites, to support deliberate, repeated, and hostile behaviour by an individual or group, that is intended to harm others.“** (Belsey, 2005 zit. nach Fawzi 2009, S. 32).

Slonje und Smith (2008) definieren Cybermobbing als **„aggressive, vorsätzliche Handlung, einer Gruppe oder eines Einzelnen, unter Verwendung elektronischer Kontaktformen, um ein Opfer, das sich selbst nicht verteidigen kann, wiederholt und über einen längeren Zeitraum zu schikanieren.“**

Sowohl beim klassischen Mobbing als auch beim Cybermobbingbegriff gilt das Kriterium des Ungleichgewichts. In der virtuellen Welt gibt es allerdings andere Mächte, wie die Anonymität oder die Änderung der Identität, und es kann ortsunabhängig ausgeführt werden. Anders als beim klassischen Mobbing braucht das Cybermobbing nicht die Prozesshaftigkeit als Kriterium. So kann bereits eine einzelne Nachricht oder auch ein einzelnes Posting an eine große Anzahl an Personen weitergeleitet werden und die Öffentlichkeit für immer im hohen Ausmaß erreicht werden (Kowalski & Limber, 2007). Oftmals sind Drohungen die Verbote möglicher Gewaltdelikte, unabhängig ob in Form von Gewalt im engeren Sinne, oder als Mobbing oder Cybermobbing. Sie drücken die erklärte Absicht aus, einer Person Leid oder Schaden zuzufügen oder deren körperliche Unversehrtheit zu verletzen (Meloy, 2000).

Als erste wesentliche Untersuchung, die in Deutschland repräsentative Daten lieferte, ist die Studie von von Meschkutat, Stackelbeck und Langenhoff (2002) anzuführen, die im Rahmen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Deutschland durchgeführt wurde. Sie konnten in einer Befragung 2.765 Personen mittels telefonischer Interviews eine Mobbingquote der erwerbstätigen Bevölkerung von 2,7 % feststellen. EU-weite Befragungen aus Interviews von 15.800 Personen im Jahr 2005 zeigen ein ähnliches Bild. Vier Prozent gaben an, schon einmal Betroffene körperlicher Gewalt geworden zu sein, 2 % haben sexuelle Belästigung und 8 % Mobbing bereits erleben müssen. Rechnet man diese Prozentangaben hoch auf die Allgemeinbevölkerung in der gesamten EU, so wären 6 Millionen EuropäerInnen von körperlicher Gewalt (4 %), 3 Millionen von sexueller Belästigung (2 %) und 12 Millionen von Mobbing (8 %) betroffen (Paoli 2005, Working conditions in the European Union). Es ist jedoch schwierig die „Mobbing-Quoten“ zwischen den unterschiedlichen Studien zu vergleichen, da Definitionen und Erhebungsmethoden der unterschiedlichen AutorInnen abweichen (Niedl 1995, S. 45). Eine Metastudie von Nielsen, Matthiesen & Einarsen (2010), die 102 Studien umfasst, zeigte, dass vorhandene oder nicht vorhandene Definitionen, die Wahl des Inventars, der methodische Einsatz und geographische Faktoren einen deutlichen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen. Unabhängig von der Methodik konnte über alle Studien eine Prävalenz von Mobbingereferenzen von 14,6 % angegeben werden.

Die regelmäßigen Erhebungen im Rahmen des European Working Condition Survey (EWCS), der in einem Fünfjahresabstand von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den europäischen Staaten durchgeführt wird, liefern systematisierte Daten, die auch einen Vergleich über die Jahre und über Länder der EU hinweg zulassen, auch wenn Ländervergleiche, insbesondere nach demographischen Daten, laut AutorInnen vorsichtig zu interpretieren sind. Die vierte europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (Parent-Thirion, Macías, Hurley & Vermeulen, 2008) zeigt auf, dass im Jahr 2005 jede/jeder zwanzigste Erwerbstätige (5 % von 29.766 Personen) gemobbt wurde. Die österreichischen Zahlen liegen etwas höher. Von den befragten 1.009 Personen geben 5,5 % an, von Mobbing betroffen gewesen zu sein. In den Auswertungen des EWCS 2010 konnte errechnet werden, dass 7,2 % der befragten Beschäftigten in Österreich angaben, gemobbt oder schikaniert worden zu sein. Diese liegt deutlich über dem der Europäischen Union (4,1 Prozent). Im Vergleichszeitraum von 2005 bis 2010 legte Österreich 2 Prozentpunkte zu, obwohl in den EU-15- und in den EU-27-Ländern der gegenteilige Trend zu beobachten war. Besonders stark von dieser Steigerung sind Menschen über 50 Jahre (8,6 %) und Frauen (8 %) betroffen. Eine erneute Steigerung beim EWCS 2015 auf 17 % der Frauen und 15 % der Männer, die sich negativem Sozialverhalten ausgesetzt haben, sowie die Angabe von 7 % aller Erwerbstätigen über Erfahrungen mit Diskriminierung – auch hier eine leichte Steigerung gegenüber 5 % im Jahr 2005 und 6 % im Jahr 2010 lassen keinen besonders positiven Trend ablesen (<http://www.eurofound.europa.eu/europeanworking-conditions-surveys-ewcs>, 2018). In den Auswertungen des ECWS 2015 finden sich Angaben zum negativen Sozialverhalten. Zu diesem Thema wurden die Personen befragt, ob sie Beleidigung, sexueller Belästigung, Drohungen und erniedrigendem Verhalten sowie in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung körperlicher Gewalt, sexueller Belästigung und Mobbing ausgesetzt waren. Die Antworten zeigen eine erneute Steigerung, denn es erklärten 17 % der Frauen und 15 % der Männer negativem Sozialverhalten ausgesetzt gewesen zu sein. Ebenso berichten 7% aller Erwerbstätigen über Erfahrungen mit Diskriminierung – auch hier eine leichte Steigerung gegenüber 5% im Jahr 2005 und 6% im Jahr 2010 (<http://www.eurofound.europa.eu/europeanworking-conditions-surveys-ewcs>; 2018). Im Jahr 2020 konnte der EWCS nicht wie gewohnt durchgeführt werden, daher liegen derzeit noch keine aktuellen Daten vor. Die Untersuchung wurde 2021 fortgeführt (<https://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/2020/european-working-conditions-survey-2020>; 2021), die Ergebnisse von 70.000 ArbeitnehmerInnen in 36 europäischen Ländern werden im Dezember 2022 vorliegen.

2.1.4 *Psychische und somatische Symptome als unmittelbare Folge von Gewalterfahrungen*

Das DSM-II (*Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen*, American Psychiatric Association, 1980) ermöglichte mit seiner dritten Ausgabe zum ersten Mal ätiologisch durch Gewalt verursachte seelische Erkrankungen als solche zu definieren und eine Kodifizierung in Form der *Posttraumatischen Belastungsstörung* zuzuführen. Das DSM-IV wurde um die *Akute Belastungsstörung* erweitert und alle Kodifizierungen wurden im DSM-V weitergeführt. Das ICD-10 (*International Classification of Diseases*, WHO 1992) folgt in seiner Aufteilung weitgehend den DSM-Kriterien. Beide Kodifizierungssysteme gehen von einem Ereigniskriterium aus und sehen die beiden Krankheiten *Posttraumatische Belastungsstörung* und *Akute Belastungsstörung* als Gewaltfolgestörung. Es muss dazu angemerkt werden, dass in allen folgenden Studien nur jene Erkrankungen in die Statistik eingegangen sind, die auch als solche kodifiziert werden konnten (Seidler, 2013). Wittchen und Hoyer definieren psychische Erkrankungen wie folgt: „Psychische Erkrankungen sind krankhafte Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens, Verhaltens bzw. der Erlebnisverarbeitung oder der sozialen Beziehungen.“ Darüber hinaus ist „bei der betroffenen Person eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung zu beobachten. Es handelt sich dabei nicht um momentane Befindensbeeinträchtigungen, sondern um länger anhaltende Erkrankungen, bei denen eine bedeutsame Beeinträchtigung oder Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen vorhanden sind.“ (Wittchen & Hoyer, 2006, Seite 3-23).

Bereits sehr frühe Studien konnten zeigen, dass ein Gewalterlebnis (insbesondere sexuelle Gewalt) ein sehr hoher psychosozialer Belastungsfaktor, der signifikant mit körperlicher Symptomatik korreliert und weit über die Situation hinaus noch mit seinen psychosomatischen Beschwerden bestehen bleibt (Felitti, 1991; McCauley, 1995). Gewalt beeinträchtigt in seinen Folgen nicht nur die Würde sowie die Gesundheit von Menschen, sondern hat auch Auswirkungen auf die Produktivität im Betrieb - sinkende MitarbeiterInnenzufriedenheit, vermehrte Krankenstände, Personalsuchkosten - und verursacht darüber hinaus bedeutende Kosten für die Gesellschaft (WHO, 2003). Prinzipiell muss betont werden, dass über somatische und psychosomatische Folgen von Gewalt und die konkreten multifaktoriellen Wirkungszusammenhänge wenig gesichertes und systematisches Wissen vorliegt. Es fehlen insbesondere umfangreiche Studien über die verschiedenen Gewaltformen, die Folgeproblematiken und andere Einflussfaktoren, welche

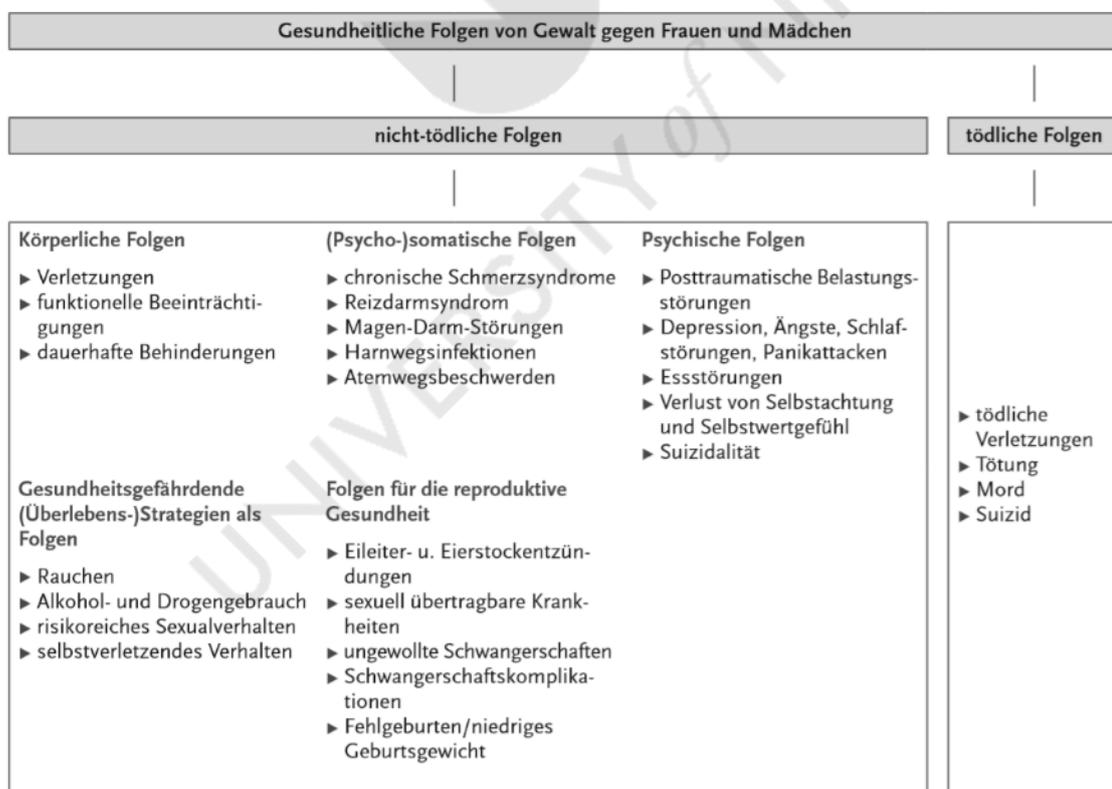
die Entstehung und den Verlauf somatischer und psychosomatischer Beschwerden erklären und voraussagen könnten (Robert – Koch – Institut, 2008). In zahlreichen aktuellen nationalen und internationalen Studien zu den Krankheitsbildern (Seidler, Freyberger & Maercker, 2015) konnte gezeigt werden, wie folgenreich Gewalterfahrungen insbesondere in der Kindheit und im jungen Erwachsenenalter sind (Scarpa, 2001). Vor allem sind Gewalt und ihre Auswirkungen bei Frauen und in der Familie gut beforscht. Beschimpfungen, Abwertungen und Diffamierungen senken das Selbstwertgefühl und haben somit Einfluss auf die seelische Gesundheit. Es werden die eigenen Werte, die Identität und die eigenen Empfindungen und der Glaube an Rechte oder Wahlfreiheit zerstört (Kaselits, 2001; Schröttle, 2006). Vergleichbare Ergebnisse lieferte auch die PatientInnenbefragung des Berliner S.I.G.N.A.L.-Begleitprojektes (Brzank, 2003). Hier wurden ursächlich mit Gewalterfahrungen in Verbindung stehende somatische Beschwerden und Schmerzsyndrome untersucht. Es konnten auch signifikante Korrelationen zwischen körperlicher Gewalt und funktionellen Herzbeschwerden sowie Asthma aufgezeigt werden.

Betroffene von Gewalt erleiden nicht immer direkte körperliche Verletzungen, sondern sind mit Problematiken im Bereich der reproduktiven Gesundheit konfrontiert, wie ungewollte Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten und sexuelle Funktionsstörungen. Dabei darf man auch nicht dem Trugschluss unterliegen, dass die Folgen unmittelbar auftreten. Die gesundheitlichen Auswirkungen können über lange Zeit scheinbar folgenlos erscheinen, jedoch auch über die Zeit anhalten und zu chronifizierten körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen werden (WHO, 2003). Gewalterfahrungen und Gewalthandlungen haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit, sowohl psychosozial als auch körperlich. Neben den körperlichen und seelischen Verletzungen führen Gewalterlebnisse oft zu Rückzug und Isolation, Depression und Angststörungsbildern, aber auch zu Beeinträchtigungen im Sozialkontakt und in Folge zu schlechteren Berufs- und Bildungschancen. Somit ist Gewalt kein individuelles Problem, sondern hat erhebliche Public-Health Relevanz (Coker, Davis & Arias, 2002; Juan et al., 2021; Sirotych, 2008; Sterud & Hanvold, 2021; Sundaram, Helweg-Larsen, Laursen & Bjerregaard, 2004). Aufgrund der Ergebnisse der Studie des Robert Koch-Instituts von 2008 ist davon auszugehen, dass Gewalt als Risikofaktor eine Reihe an körperlichen und psychischen, zum Teil sehr intensiven und langanhaltenden Gesundheitsbeeinträchtigungen und Störungen auslösen kann, jedoch in der Forschung immer noch unterschätzt wird.

Viele Studien unterscheiden zwischen mittelbaren und unmittelbaren beziehungsweise zwischen kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen und psychischen Folgen (Arias,

2004; Campbell, 2002a, 2002b; Coelho et al., 2021). Als wichtiger Forschungsgegenstand werden die Gewalterfahrungen in der Kindheit gesehen (Kavemann, 2006, Kindler, 2007), Gewalterfahrungen von Frauen in der Familie (Schrötte & Müller, 2004) und die kumulierten Gewalterfahrungen im Laufe eines Lebens. Die Studien unterscheiden sich nicht nur in den Forschungsgegenständen, sondern auch in ihren methodischen Zugängen, wie Prävalenzen erhoben werden. Einerseits handelt es sich um Interviews von betroffenen Personen, die nach einer konkreten Gewalterfahrung oder einem Gewalterlebnis über ihre psychischen wie physischen Beeinträchtigungen befragt wurden. Andererseits wurden Vergleiche von Betroffenen und Nicht-Betroffenen bezugnehmend auf den Gesundheitszustand und den psychischen sowie physischen Beschwerden durchgeführt, ebenso auf das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von und die Versorgung mit medizinischen Leistungen (Arias, 2004; Campbell, 2002; Campbell, et al., 2002; Coelho, Andrade, Santana, Viana & Wang, 2021; Felitti, 1991; Juan, Edmeades, Petroni, Kapungu, Gordon & Ligiero, 2019; Lee, Osborne, Massetti, Watson & Self-Brown, 2021; McCauley et al., 1995).

Abbildung 10: Systematisierung gesundheitlicher Folgen von Gewalt



Quelle: Robert – Koch Institut, 2008, Seite 14

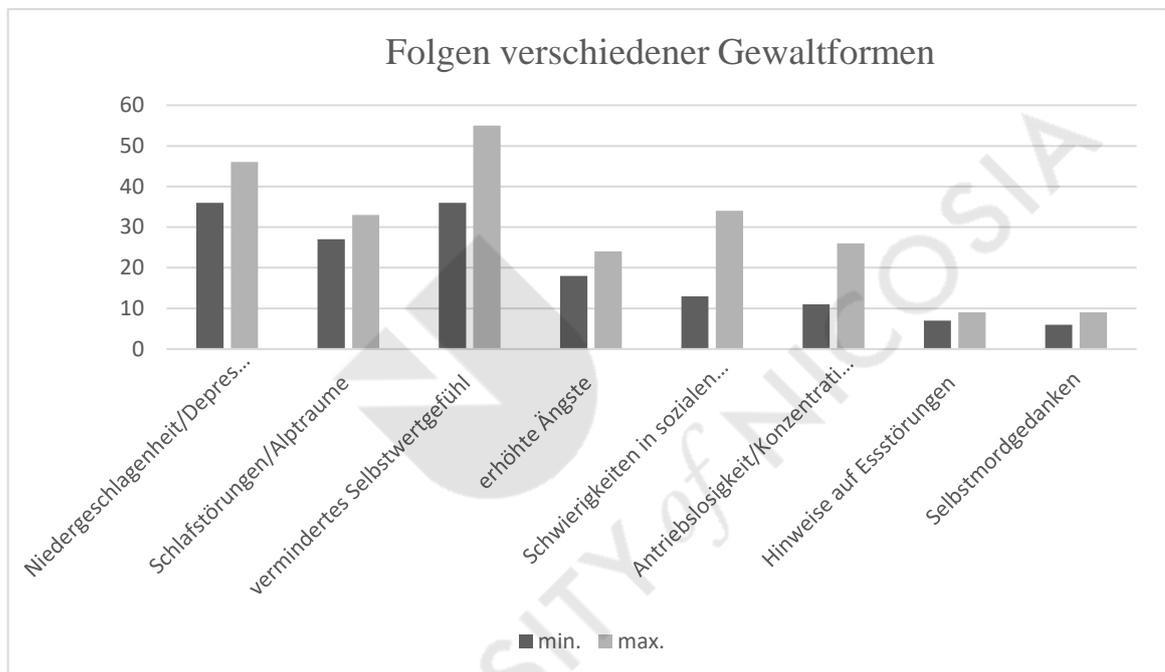
Abbildung 10 gibt entsprechend dieser Systematisierung einen Überblick über die Forschungsgegenstände und die Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Bei den Folgen wird somit in erster Linie zwischen tödlichen und nicht tödlichen Folgen unterschieden. Bei Letzteren kann eine weitere Unterscheidung zwischen unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen getroffen werden. Unmittelbare Auswirkungen ergeben sich vorrangig aus den akuten Verletzungsfolgen sowie aus den direkten psychischen und psychosozialen Folgeproblemen (Akute Belastungsreaktion – F43.0/ICD-10, Angst- und Bedrohungsgefühle, Stress, Leistungs- und Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhten Alkohol- und Medikamentenkonsum). Mittel- und langfristig zeigen sich somatische, psychosomatische und psychische Symptomatiken (Martinez et al., 2006).

Wirkungszusammenhänge von Gewalt und Gesundheitsfolgen sowie deren komplexen multifaktoriellen Ursachen sind empirisch schwierig zu erfassen. Zum einen ist nicht allein das Gewalterlebnis, sondern auch die individuelle Bewertung der erlebten Gewalt bedeutsam. Zum anderen nehmen die Möglichkeiten der Verarbeitung dieser Erfahrungen einen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit. Meist völlig unbeachtet sind zudem die Wechselwirkungen von gesundheitlicher Beeinträchtigung, erhöhter Vulnerabilität und Gewaltbetroffenheit sowie sozialen Folgeproblemen von Gewalt (Robert – Koch – Institut, 2008). Auch die WHO gibt zu bedenken, dass zwischen einer gewalttätigen Handlung und ihren Auswirkungen nur selten ein monokausaler Zusammenhang besteht. Die Ebenen des ökologischen Modells zeigen eine gegenseitige Beeinflussung im Sinne von förderlichen und hinderlichen Faktoren auf (WHO, 2003). „Gewalt verursacht jedoch nicht nur großes menschliches Leid, sondern hat auch ihren sozialen und wirtschaftlichen Preis, der sich zwar nur schwer quantifizieren lässt, aber erheblich ist.“ (WHO, 2003, Seite 11) In der Forschung gibt es gesicherte Ergebnisse zu psychischen Beschwerden und Symptomatiken im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben und in der Kindheit. Beschwerden und Symptomatiken, die insbesondere bei Frauen auftreten, sind Stresssymptome, Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS - F43.1, ICD-10), Essstörungen und Suizidalität (Schrötle und Müller, 2004). Bei Kindern konnte Unterstaller (2007) feststellen, dass Gewalt einen Einfluss auf die Entwicklung der kognitiven wie emotionalen Fähigkeiten nimmt. Burgess hat 1974 bereits das *Rape Träume Syndrom* beschrieben, das Folgen wie Schlaflosigkeit, Übelkeit, Schreckhaftigkeit, Alpträume sowie Zustände von Empfindungslosigkeit und Erstarrung infolge sexualisierter Gewalt umfasst (Burgess, 1974). Zahlreiche Studien bestätigen diesen Zusammenhang (Denis, 2020). Eine spezielle

Behandlung dieser Thematik zum Beispiel im ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2011) lässt sich derzeit nicht finden.

Die unmittelbaren Folgen verschiedener Gewaltformen im Zusammenhang mit der erlebten psychischen, physischen und sexuellen Gewalt können die Ergebnisse der deutschen Gewaltprävalenzstudie von Schröttle und Müller (2004, 2006) belegen. Die Ergebnisse sind auszugsweise in Abbildung 11 dargestellt.

Abbildung 11. Gesundheitliche Folgen von Gewalt (Auszug aus Schröttle & Müller, 2004)



Anmerkung: Die Prozentsätze beziehen sich auf die Angaben der Personen, die diese Symptomatiken erlebt haben oder noch immer erleben (Quelle: eigene Darstellung)

Sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenleben waren in einer Studie von Schröttle und Khelaifat (2008) signifikante Zusammenhänge zwischen aktuellen psychischen Beschwerden und unterschiedlichen Formen von Gewalt festzustellen. In folgenden Symptomen konnten bei den Betroffenen erhöhte Werte festgestellt werden: Betroffenheit durch Stress- und Belastungssymptome (Nervosität, Anspannung und Reizbarkeit), Selbstwertprobleme, Schwäche, Müdigkeit, Schlafprobleme, Antriebslosigkeit, Gedächtnisstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten, Angstanfälle / Panikattacken, Depressionen sowie Suizidgedanken. Wenn die Personen sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter neben körperlichen Gewalterfahrungen auch von

sexueller und/oder psychischer Gewalt betroffen waren, so zeigten sich besonders hohe Belastungswerte. Die Ergebnisse belegen den starken Einfluss kumulativer Gewalterfahrungen und dass Schwere und Intensität einen Zusammenhang mit dem Ausmaß an psychischen Beschwerden liefern. Einen Gesamtüberblick über den Einfluss und die Folgen von kindlicher Gewalterfahrung bietet Interessierten Kindler (2007) und Unterstaller (2007) – eine ausführliche Darstellung von Folgen kindlicher Gewalterfahrung wird in der Parallelstudie behandelt und findet daher keinen spezifischen Eingang in diese Arbeit.

2.1.5 Psychische Auswirkungen von Mobbing

Mobbingprozesse beeinflussen massiv die Lebensqualität der betroffenen Personen und zeigen Auswirkungen auf unterschiedlichste Lebensbereiche. Aus einem deutschen Mobbingreport (Meschkutat, Stackelbeck, Langenhoff, 2002) geht beispielsweise hervor, dass 86,6% der Betroffenen psychische und/oder physische Beeinträchtigungen hatten. Diese Beeinträchtigungen haben unterschiedliche Folgen: Knapp 37% erlitten eine kurzfristige Erkrankung. Ebenso etwa ein Drittel erlitt eine langfristige Erkrankung, wobei von diesen Personen wiederum etwa die Hälfte eine Erkrankung bis zu fünf Monate hatte, ein Fünftel benötigte für seine Genesung über ein Jahr. Fast ein Fünftel mussten nach einem Mobbingfall eine Kur in Anspruch nehmen und ein Sechste auch eine Behandlung in einer Klinik oder in einer anderen stationären Einrichtung durchführen. Therapeutische Hilfe nahm etwa ein Drittel der Betroffenen an (Meschkutat, Stackelbeck, Langenhoff 2002).

Mobbing kennt vielfältige Folgen. Neben dem möglichen Schaden an Körper und Seele sind auch betriebswirtschaftliche Kennzahlen zu betrachten. So werden viele Stunden an Arbeitszeit aufgewendet, um das Mobbing überhaupt durchführen zu können. Allein dies müsste Motivation genug für die Betriebe sein, dieser Schikane Einhalt zu bieten. Zusätzlich sinkt auch die Leistungsfähigkeit von Betroffenen, das Arbeitsklima sinkt und die Krankenstände erhöhen sich (Leitner, 2012). Die Auswirkungen bei Betroffenen sind vor allem bezogen auf die mentale Gesundheit beziehungsweise auf den psychischen Distress sowie auf Depression und Fatigue gegeben – bei Männern und Frauen übrigens in gleicher Weise. Dies kann in prospektiven Längsschnittanalysen belegt werden (Drössler & Steputat, 2016). Lahelma (2012) konnte in einer Metaanalyse verschiedener Längsschnittstudien als Ergebnis publizieren, dass Mobbingbetroffene eine 68 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit haben, an einer psychischen Beeinträchtigung der Gesundheit zu leiden Personen, die nicht von Mobbing betroffen waren: Neben den unmittelbaren Folgen, können auch noch fünf bis sieben Jahre später Gesundheitsprobleme auftreten.

Hält man sich ganz eng an die Kodifizierungskriterien von DSM-II (*Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen*, American Psychiatric Association, 1980) und an das ICD-10 (*International Classification of Diseases*, WHO 1992) braucht es, um die beiden klassischen Störungsbilder der *Posttraumatischen Belastungsstörung* und der *Akute Belastungsstörung* zu diagnostizieren einen Ereignisbegriff. Gerade Mobbing hat per Definition jedoch einen Prozessvorgang mit Einzelereignissen, die in Summe traumatogen sind. Eine Erweiterung der Kodifizierungssysteme, um auch den Prozessvorgängen gerecht zu werden, wäre wünschenswert (Seidler, 2013).

Eine medizinisch eingeleitete Studie eines Statistikdienstleisters aus 2012 analysierte die Daten von Behandlungsverläufen von 2.625 PatientInnen und derselben Anzahl von Personen in einer Kontrollgruppe (ohne Mobbing Erfahrung) in Deutschland zwischen Januar 2003 und Dezember 2012 (IMS - Disease Analyzer, IMS Health, Deutschland). Das Erstauftreten von Mobbing wurde als „Index-Datum“ definiert. Danach wurden alle Krankheiten notiert, die innerhalb eines Jahres vor dem „Index-Datum“ erstmals aufgetreten sind und die Prävalenzen berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mobbing-Fälle kontinuierlich von 2003 bis 2011 angestiegen sind beziehungsweise 2012 auf einem hohen Niveau verbleiben. Betroffene von Mobbing hatten grundsätzlich höhere Krankheitsprävalenzen (signifikant höhere bei Depressionen, Angst-, somatoformen und Schlafstörungen). Dies bedeutet, dass die Betroffenen bereits vorher häufiger krank waren im Vergleich zu Personen der Kontrollgruppe. Der Schluss darf nun aber nicht sein, dass Mobbing nicht krank macht, sondern dass die Wichtigkeit präventiver Maßnahmen bei chronisch kranken Menschen unterstrichen werden muss, um sie vor Mobbing zu schützen (Kostev et al., 2014). Ebenso würde die Betrachtung der Eindimensionalität nicht der dynamischen Entwicklung von Mobbing gerecht werden.

Eine zweite Studie erfolgte im Zeitraum von 2005 bis 2014 mit 7.374 PatientInnen-Akten mit und ohne Mobbing Erfahrung, die sich mit dem Auftreten eines kardiovaskulären Ereignisses beschäftigte. Es waren 67 % weibliche Teilnehmerinnen. Die PatientInnen waren im Durchschnitt 38 Jahre alt, wobei 35 % unter 30 und 18 % über 50 Jahre alt waren. Bei dieser Studie konnte gezeigt werden, dass 2,9 % in der Gruppe der Mobbingbetroffenen fünf Jahre nach dem Indexdatum ein kardiovaskuläres Ereignis erlitten haben, jedoch nur 1,4 % in der Kontrollgruppe. Das bedeutet, dass das Risiko in der Personengruppe der Mobbingbetroffenen um 69 % erhöht war. Zu erwähnen ist, dass keinerlei Behandlungsverläufe analysiert wurden, sofern der Patient zum Beispiel aufgrund eines kardiovaskulären Ereignisses innerhalb dieser fünf Jahre verstarb. Das Risiko für die

Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems dürfte daher höher ausfallen, wenn dieses Kriterium einbezogen werden würde (Jacob & Kostev, 2017).

Eine Studie aus Finnland brachte viele Jahre zuvor bereits mit 5.000 untersuchten Personen (Beschäftigte des Gesundheitswesens) einen Zusammenhang zwischen Mobbing, Depression und kardiovaskulärer Erkrankungen hervor. Dabei hatten Mobbingbetroffene ein vierfach erhöhtes Risiko für Depression und ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, wobei dieses auch mit dem vorhandenen Übergewicht in Wechselwirkung stand (Kivimäki et al., 2003; Winding, Skouenborg, Mortensen & Andersen, 2020).

Aktuelle Meta-Analysen beschäftigen sich mit einer Fülle von Studien zum Thema Mobbing. Verkuil (2015) führte eine Analyse mit mehr als 65 Studien mit Daten von 115.783 Personen durch. Er konnte einen positiven Zusammenhang zwischen Mobbing und Symptomen von Depression ($r = .28$), Angststörungen ($r = .34$) und stressbezogenen Beschwerden ($r = .37$) im Langzeitverlauf belegen (Verkuil et al. 2015). Mobbing stellt somit einen Prädiktor für Depression dar. Wenige Studien belegen lineare Zusammenhänge, sondern eher Wechselwirkungen zwischen den Beanspruchungen durch das Mobbing und den persönlichen Vulnerabilitäts- (zum Beispiel rigides ausgeprägtes Gerechtigkeitsempfinden) sowie Resilienzfaktoren (Linden 2003; Linden 2017). Auch im Fehlzeitenreport (2017) wird Mobbing als schwere Krise bezeichnet, die zu psychischen Erkrankungen und chronischen Schmerzen, wie auch körperlichen Erkrankungen führen kann. Ebenso wird erläutert, dass eine psychische Erkrankung das Risiko erhöht, von Mobbing betroffen zu werden (Köllner, 2017). Eine Längsschnittstudie von Nielsen & Einarsen (2012) konnte zeigen, dass psychische Probleme und Mobbing zueinander in einer Wechselbeziehung stehen. Hat eine Person bereits eine psychische Problematik, so steigt ihr Risiko von Mobbing betroffen zu sein. Ebenso haben Menschen mit Mobbing Erfahrungen wiederum ein erhöhtes Risiko eine psychische Erkrankung zu erleiden. Es besteht somit ein Zusammenhang von Mobbing und der Attacke auf besonders geschwächte Personen.

Nachdem Mobbing einen derart wichtigen, auch zeitlich intensiven Lebensbereich betrifft und eine enorme Belastung darstellt, gibt es neben den individuellen psychischen Folgen auch andere zu berücksichtigen, wie jene, die sich auf andere Lebensbereiche, wie das Sozialleben oder Privatleben beziehen (Kolodej, 1999/2017). Dabei werden insbesondere die zentralen sozialen Beziehungen in Frage gestellt. Darüber hinaus kann auch der Zusammenhang zwischen Mobbing und erhöhter Suizidalität belegt werden (Leach et al. 2017).

2.1.6 Schutzfaktoren: Resilienz, Bindung und Handlungsorientierung

Nachfolgend wurde Schutzfaktoren des Menschen erörtert: Resilienz, Bindung und Handlungsorientierung. Die bisherige wissenschaftliche Literatur zur Schutzwirkung dieser drei Faktoren werden behandelt.

2.1.6.1. Resilienz

Resilienz hat als Thema in den letzten Jahren enormen Aufwind erfahren. Gerade weil Resilienz eine erlernbare Widerstandskraft darstellt, beschäftigen sich Medien und der populärwissenschaftliche Büchermarkt stark mit dieser Thematik (Strahler, 2017). In der Psychologie versteht man unter Resilienz die seelische Spannkraft, Elastizität und Strapazierfähigkeit einer Person, die ihr hilft, kritische Situationen und Lebenskrisen ohne langfristige Beeinträchtigungen zu meistern (Rampe, 2005) sowie an ihnen zu wachsen und aus ihnen gestärkt hervorzugehen (Walsh, 1998). Eine recht allgemeine Definition von Resilienz liefert Schoon (2006). Sie definiert - in Anlehnung an andere WissenschaftlerInnen - Resilienz generell als einen dynamischen Prozess, in welchem Individuen Anpassung angesichts bedeutsamer Widrigkeiten gelingt. Sie selbst sieht Resilienz als eine menschliche Leistungsfähigkeit (Schoon, 2006). Die Resilienzforschung hat sich seit ihren Anfängen gewandelt. Stand anfangs die Identifikation der Schlüsselkonzepte und allgemeiner Schutzfaktoren im Vordergrund (VertreterInnen: Emmy E. Werner (1955 bis 1999), Norman Garmezy & Michael Rutter (1985) u.a.), so stand die zweite Phase eher für die Beforschung der Wechselwirkungen, Prozesse und Wirkmechanismen (Bengel u.a., 2007). Insbesondere durch den Begriff der „Invulnerabilität“ (Anthony, 1987, S. 40) und die Einführung des „syndrome of the psychopathological invulnerable child“ in die Literatur, gewann das Konzept der Resilienz an Beliebtheit. Die ersten fundierten Forschungsergebnisse der ersten Forschungsphase lieferte die amerikanische Psychologin Werner, die ab 1955 über 40 Jahre lang Kinder in einer Längsschnittuntersuchung mit sechs Messzeitpunkten begleitet hat. Diese Kinder hatten ab der Geburt ein erhöhtes Entwicklungsrisiko, ebenso wie ihre Eltern, an chronischer Armut zu leiden, ein geringes Bildungsniveau zu erlangen oder familiärer Disharmonie ausgesetzt zu sein. Jedoch nur zwei Drittel der Kinder erreichte diese Entwicklung – ein Drittel konnte ohne Intervention der ForscherInnen eine positive Entwicklung einschlagen (Mourlane, 2017).

Basierend auf dem Interesse des ForscherInnen-Teams Reivich und Shattle an der University of Pennsylvania (2002) konnten die *Sieben Säulen der Resilienz* aufgrund von Analysen diverser Arbeitsgruppen als auch von Erfahrungen in Trainings aufgestellt werden.

Hoch resiliente Menschen zeichnen sich durch besonders hohe Ausprägungen in den Werten bei folgenden Faktoren aus:

- Emotionssteuerung
- Impulskontrolle
- Kausalanalyse
- Empathie
- Realistischer Optimismus
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Reaching-Out/Zielorientierung

Noeker und Petermann (2008) publizieren in ihrem Artikel über „Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen“, dass bei Kindern durch Resilienz nachhaltig ein im psychologischen Sinne gesundes „Funktionieren“ erreicht werden kann. Dabei betonen die Autoren die protektiven Faktoren, die als Moderatoren die Effekte eines Risikos oder Ergebnisses hemmen oder neutralisieren vermögen. Diese Faktoren werden wie folgt zu vier Ebenen zusammengefasst:

- personale Kompetenzen (wie Stressverarbeitung, Selbstregulation, Motivation, Lernen, ...)
- das Familiensystem (wie Bindung, Interaktion, Erziehung, ...)
- Ressourcen des sozialen Netzwerkes (wie Schule, Gleichaltrige, ...)
- gesellschaftlich-kulturelle Faktoren (wie Normen, Werte, ...)

Die verschiedenen Ansätze, Konzepte und Klassifizierungen von Resilienz schaffen, ähnlich der Definition von Gewalt, eine Notwendigkeit der Klärung und Vereinheitlichung, was unter dem Konstrukt zu verstehen ist. Die Mitglieder des “Resilience and Healthy Ageing Network” schlagen folgende Definition von Resilienz vor (Windle, Bennett & Noyes, 2011): „Resilience is the process of effectively negotiating, adapting to, or managing significant sources of stress or trauma. Assets and resources within the individual, their life and environment facilitate this capacity for adaptation and ‘bouncing back’ in the face of adversity. Across the life course, the experience of resilience will vary.“ (Windle, 2011, S. 163). Diese Definition entspricht der Ableitung und Zusammenfassung aus der Analyse von über 270 Forschungsartikeln und soll eine Empfehlung für das Konzept Resilienz sein (Windle et al., 2011).

Die American Psychological Association (APA, 2011) hat zehn Verhaltensweisen formuliert, welche dabei helfen sollen, Resilienz aufzubauen:

- „1) Kontakte knüpfen, gute Beziehungen aufbauen und pflegen
- 2) Krisen nicht als unüberwindbare Probleme sehen
- 3) Akzeptieren, dass Veränderungen zum Leben dazugehören
- 4) Sich auf eigene Ziele zubewegen
- 5) Selbst entscheiden und Aktivitäten setzen
- 6) Nach Möglichkeiten zur Selbstfindung suchen
- 7) Positives Selbstbild aufbauen
- 8) Perspektiven bewahren
- 9) Optimistisch und hoffnungsvoll bleiben
- 10) Für sich selbst sorgen“

(<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>; 2015)

Bezeichnend für die aktuelle Beforschung (3. Phase) von Resilienz ist, welche Interventionen gesetzt werden können, um Resilienz nachhaltig aufzubauen. Derzeit liegen dazu noch recht wenig fundierte, wissenschaftliche Ergebnisse vor, die auch die Nachhaltigkeit der Interventionen belegen könnten (Bengel, 2007, Strahler, 2017). Über die Wirkung von Resilienz an sich, konnten viele Belege gefunden werden. Mehrere Studien stützen sich darauf, dass Resilienz als Schutz vor psychopathologischen Symptomen und Erkrankungen dienen kann (Campbell-Sills et al., 2006). Diese AutorInnen entwickelten ein Modell, das erklärt, wie Individuen ihre Resilienz nutzen, um in einem Prozess Angst und Depression entgegenzuwirken. Dazu stehen zwei Bewältigungsversuche zur Auswahl. Einerseits der Ansatz, der als „approach coping-psychopathology“ bezeichnet wird, der für die direkte Auseinandersetzung mit der betrüblichen Angelegenheit durch logische Analysen und positiver Neubewertung steht und andererseits der Ansatz, der „avoidance coping-psychopathology“ bezeichnet wird, welcher negative Emotionen, die in Zusammenhang mit dem Stressor stehen, minimiert. Internationale Studien konnten ähnliche Ergebnisse liefern. So zeigten Connor & Davidson (2003), dass hoch resiliente Menschen (gemessen an der Connor-Davidson Resilience Scale ab einem Wert von ≥ 92 bei einer maximalen Punktzahl von 100) weniger belastende Symptome entwickelten. Zielgruppe der Untersuchung waren KrankenpflegerInnen, die aufgrund ihrer Arbeitsbelastung immer wieder psychische Störungen entwickeln können. Es konnte evaluiert werden, dass nur 2 % der hoch resilienten, aber 14 % der nicht resilienten Individuen Symptome einer Depression aufwiesen. Zusätzlich waren nur 8 % der hoch resilienten Personen, aber 21 % der nicht

resilienten Individuen von Angstsymptomen betroffen (Mealer et al., 2012). Personen, die Gewalt erlebten, zeigten wenig Resilienz und Symptome von Angst und Depression (Aarestad, et al. 2020).

2.1.6.2. Bindung

Die Wurzeln der Bindungstheorie liegen, abgesehen von anthropologischen Theorien und evolutionären Weltansichten, in den Arbeiten des englischen Psychiaters und Psychoanalytikers John Bowlby (Grossmann & Grossmann, 2019, 2020). Sein besonderes Forschungsinteresses lag an der Analyse des Bandes (*attachment*), das Kinder zu besonderen Erwachsenen entwickelt. Aufbauend auf seinen Forschungsschwerpunkt gelang es Mary Ainsworth im Jahre 1950 die Bindungstheorie, stark geprägt von den Modellen des Sozialen Lernens, aufzustellen, nachdem sie Feldbeobachtungen bei kleinen Kindern und deren Müttern in Uganda durchführte (Grossmann & Grossmann, 2015). Die Definition von Bindung beruhte somit auf einem hypothetischen Konstrukt, war also nicht direkt beobachtbar und bezog sich auf die innere Organisation eines Menschen (Bowlby, 1969). Nach Ainsworth und Bell wird Bindung definiert als: **„das gefühlsmäßige Band, welches eine Person oder ein Tier zwischen sich selbst und einer bestimmten anderen Person/einem bestimmten anderen Tier knüpft – ein Band, das beide räumlich verbindet und zeitlich andauert“** (Ainsworth & Bell, 1970 zitiert nach Grossmann & Grossmann 2003, S. 243). Definiert nach Maccoby (1983) ist Bindung „die relativ dauerhafte emotionale Orientierung an einer anderen Person, die sich in vier Aspekte aufgliedern lässt:

- Nähe einer anderen Person suchen
- unter der Trennung von der Person leiden
- sich freuen bei der Rückkehr der Person
- sich auch dann an der Person orientieren, wenn sie nicht in unmittelbarer Nähe ist.“

(Bierhoff, 2006, S.33)

Bindung an eine andere Person kann unterschiedlich ausgeprägt sein, daher spricht man von Bindungsstilen, die eine Person mit einer anderen Person hat. Dabei kann zwischen drei (Ainsworth et al., 1978 Ainsworth, 1985) beziehungsweise vier (Resch, 1999) verschiedenen Bindungsstilen, auch Bindungsqualitäten oder Bindungsmustern, unterschieden werden. Diese Bindungsstile sind entweder mit einer gesunden Entwicklung oder einer gestörten Entwicklung des Kindes verbunden.

Ein *Sicherer Bindungsstil* oder B-Typ zeichnet sich dadurch aus, dass erwachsene Personen eine gute Balance zwischen Nähe zu anderen Menschen und Eigenständigkeit leben können. Wenn in einer Beziehung unterschiedliche Erwartungen oder Meinungen auftreten, so werden diese von der Person angstfrei verhandelt. In der Kindheit lassen sich diese Personen daran erkennen, dass sie emotional offene Strategien wählen und ihren Gefühlen Ausdruck geben. Bezugspersonen können diese Bindungsqualität insbesondere dadurch fördern, dass sie verfügbar sind, feinfühlig gegenüber den Signalen des Kindes sind und darauf eine liebevolle Reaktion zum Schutz oder Trost zeigen.

Der zweite Bindungsstil ist *unsicher-vermeidenden Bindungsstil* beziehungsweise A-Typ. Personen mit diesem Bindungsstil vermeiden oft Nähe und schätzen Distanz, weil diese ihnen Schutz vor Verletzung oder totaler Vereinnahmung bietet. In der Kindheit lassen sich diese Personen daran erkennen, dass sie Pseudounabhängigkeit von ihrer Bezugsperson zeigen wollen. Dabei ist ein auffälliges Kontakt-Vermeidungsverhalten zu beobachten. Kinder dieses Typs beschäftigen sich beispielweise vorrangig mit Spielzeug, um damit den Stress zu kompensieren. Diese Kinder haben keine Zuversicht entwickelt, dass man auf sie hilfreich reagiert, wenn sie Schutz suchen. Diese Zurückweisungen können in extremen Fällen auch mit Misshandlungen einher gehen, die dann im Erwachsenenalter zu Persönlichkeitsstörungen führen können (Grossmann & Grossmann, 2003).

Der dritte Bindungsstil *unsicher-ambivalenten* beziehungsweise *ängstlich-widerstrebend (resistent)* oder C-Typ drückt aus, dass sich das Kind unsicher ist, ob die Bezugsperson verfügbar ist, wenn sie gebraucht wird. Hierbei ist typisch, dass die Personen Probleme haben allein zu sein. Daher öffnen sie sich schnell anderen Menschen und gehen bedingungslose Beziehungen ein. Sie wünschen sich Autonomie und Unabhängigkeit, haben jedoch Angst so die Beziehung zu ruinieren (Trennungsangst). Daher klammern sie mehr, als dass sie echte Beziehungen mit starken Bindungen und Nähe eingehen. In der Kindheit lassen sich diese Personen daran erkennen, dass sie sich widersprüchlich-anhänglich gegenüber ihrer Bezugsperson verhalten.

Der *unsicher-desorganisierte Bindungsstil* oder D-Typ zeigt Personen mit sehr instabilen Beziehungen. Diese sind durch ein ständiges Auf und Ab sowie von Konflikten geprägt (Schramm & Klecha, 2010). In der Kindheit lassen sich diese Personen daran erkennen, dass sie bizarre Verhaltensweisen wie Erstarren, Im-Kreis-Drehen, Schaukeln und andere stereotype Bewegungen sowie völlige Emotionslosigkeit zeigen (Resch, 1999).

Bindungsverhalten entsteht bereits in der Kindheit im Umgang mit unseren Bezugspersonen und ist primär als Schutzfaktor vorgesehen. Dieser Schutzfaktor soll uns

vor Gefahren und Bedrohungen aus der Umwelt bewahren. Daher spielt unser Bindungsstil eine wesentliche Rolle bei der Besicherung unseres Lebens beziehungsweise Überlebens in einer bedrohlichen Umgebung (Grossmann & Grossmann, 2015). Besonders problematisch ist es daher, wenn gerade diese Bezugsperson diesen Schutz nicht bietet und in der Familie, Partnerschaft oder im vertrauten Arbeitskontext Gewalterfahrungen gemacht werden. Dann wird aus dem Schutzfaktor ein Risikofaktor, wie immer bei einem unsicher gebundenen Stil (Kindler 2006). Brisch, Grossmann, Grossmann und Köhler (2002) sehen Bindung für die menschliche Existenz als unverzichtbar und vergleichen es mit so ubiquitär Elementen, wie Licht oder Wasser. Jeder Bindungsstil hat daher Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes und des Lebens als erwachsene Person.

Nach Brisch (2015) sind die Folgen von sicherem Bindungsstil (Bindung als Schutzfaktor):

- Schutzfaktor bei Belastungen
- mehr Bewältigungsmöglichkeiten
- sich Hilfe holen
- mehr gemeinschaftliches Verhalten
- Empathie für emotionale Situationen anderer Menschen
- mehr Beziehungen
- mehr Kreativität
- mehr Flexibilität und Ausdauer
- mehr Gedächtnisleistungen und Lernen

Und die Folgen von unsicherem Bindungsstil (Bindung als Risikofaktor):

- weniger Bewältigungsmöglichkeiten
- Lösungen von Problemen eher allein
- Rückzug aus gemeinschaftlichen Aktivitäten
- weniger Beziehungen
- mehr Rigidität in Denken und Handeln
- weniger prosoziale Verhaltensweisen
- schlechtere Gedächtnisleistungen und Lernen

Bindungsstörungen haben einerseits weitreichende Folgen für die kindliche Entwicklung und gehen andererseits mit einer Reihe weiterer Störungen im Erwachsenenleben einher. Studien konnten belegen, dass Störungen der Bindung, aber auch

schon ein unsicher-desorganisierter Bindungsstil in engem Zusammenhang mit Missbrauch/Misshandlung sowie Deprivation und auch mit Beziehungsabbrüchen stehen (Grossmann, 2002; Lin, Yang, Elliott & Green, 2020). Schramm und Klecha (2010) konnten in ihren Studien zeigen, dass mit einem unsicheren Bindungsstil und mit Abbrechen von Bindungen bei diesen Personen die Anfälligkeit für Depressionen steigt.

Die derzeitigen Auflagen des DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) oder der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation – WHO, 2017) enthalten hierzu keine Diagnostik, da man der Meinung ist, Misshandlung sei keine Störung. Bindungsstörungen können jedoch sowohl im Kindesalter als auch im Erwachsenenalter schwere psychische Erkrankungen auslösen. Insbesondere sind im Kindesalter folgende Bindungsstörungen nach ICD-10 bekannt:

Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (ICD-10: F94.1):

- widersprüchliche oder ambivalente Reaktionen in unterschiedlichen sozialen Situationen
- emotional belastet und/oder zurückgezogen sowie
- atypisches interaktives Verhalten (massiv gehemmt, übermäßig wachsam, hoch ambivalent, vermeidend oder aggressiv)
- beeinträchtigte Sprachentwicklung
- ohne Hinweise auf ein gestörtes Milieu, Misshandlung oder Deprivation nur mit Vorsicht zu diagnostizieren

Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (ICD-10: F94.2):

- diffuse beziehungsweise mangelnde exklusive Bindungen
- Schwierigkeiten beim Aufbau enger, vertrauensvoller Beziehungen zu Gleichaltrigen
- unübliche Diffusität im selektiven Bindungsverhalten
 - Nähe- und Trostsuche unterschiedslos gegenüber vertrauten und fremden Menschen
 - wenig modulierte, distanzlose Interaktionen mit Fremden
- Aggressiv (anklammernd, emotional flach, oberflächlich und wenig emotional bezogen)
- Tendenz auch bei Änderung der Milieubedingungen zu persistieren

2.1.6.3. Handlungsorientierung

Handlungsorientierung ist ins Zentrum des Forschungsinteresses gerückt, nachdem nach selbstregulierenden Mechanismen von Mobbingbetroffenen gesucht wurde, um diese

vor gesundheitlicher Beeinträchtigung zu schützen. **„Selbstregulation von Emotionen ist die Fähigkeit, positive und negative Gefühle aus sich selbst heraus (d.h. ohne äußere Hilfe) zu steigern, aufrechtzuerhalten oder zu senken und ein zentraler Baustein für psychologisches Funktionieren“** (Koole, 2009). Dabei beschreibt die selbstgesteuerte Regulation von Emotion zwei Komponenten: misserfolgsbezogene Handlungsorientierung und Lageorientierung sowie die prospektive Handlungsorientierung und Lageorientierung. Während Handlungsorientierung die (überdauernde oder aktuelle) Affektregulation beschreibt, die es einer Person ermöglicht, handlungsfähig zu bleiben und nicht in einer Situation in einer emotionalen Lage zu verhaften, definiert Lageorientierung das Gegenteil (Kuhl, 2001). Es lassen sich dabei folgende Formen, wie sie auch im Fragebogen zur Handlungs- und Lageorientierung (HAKEMP 90) dargestellt werden, unterscheiden:

- bedrohungsbezogene oder misserfolgsbezogene Handlungsorientierung (Bewältigung einer negativen emotionalen Situation aufgrund der aktuellen oder erfolgten Bedrohung ist möglich)
- belastungsbezogene oder prospektive Handlungsorientierung (Bewältigung einer Situation, indem Entscheidungen getroffen werden und diese rasch in eine konkrete Handlung umgesetzt werden)

Handlungsorientierung liefert dabei auch für bevorstehende Situationen einen Vorteil. So können bei zukünftigen Bedrohungen hilfreiche Informationen zur Bewältigung aus der Erfahrung abgerufen werden und für Alternativen zur Lösung beitragen. Neben dem Abruf von Erfahrungswerten zur Lösung, bietet Handlungsorientierung auch einen Beitrag zum positiven Affekt, indem die Absicht zur Lösung bis zur positiven Ausführung aufrechterhalten bleiben kann und sich die Wahrscheinlichkeit einer Umsetzung der Handlung erhöht (Kuhl, 2001). Studien belegen, dass Lageorientierte schlechter bei Stress die eigenen Emotionen regulieren können und stärkere stressbedingte Beeinträchtigungen zeigen (Kuhl, 2001; Kuhl & Beckmann, 1994). Die Studie von Wojdylo et al. (2007) zeigt zwischen Handlungsorientierung und Mobbingvielfalt eine Interaktion auf. Gemessen mit dem Gesamtscore des BSI-18 geht Lageorientierung mit einer signifikanten Zunahme an allgemeinen Symptombelastungen einher ($\beta = 6.54, t = 2.18, p < .05$) (Wojdylo et al, 2007).

2.2 „Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt 2011“

Dieses Kapitel stellt die „Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“ von Kapella et al. (2011) vor. Zuerst wird die Methodik der

Gewaltprävalenzstudie beschrieben, und anschließend werden die Ergebnisse von Kapella et al. (2011) vorgestellt. Es wurde dabei zunächst auf die psychische sowie sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt und dann auf die psychischen und somatischen Beschwerden nach Gewalterfahrungen eingegangen. Die Ergebnisse wurden sowohl qualitativ als auch quantitativ aufgearbeitet. Die Erkenntnisse daraus sollten der späteren Präzisierung der Forschungsfragen und der Hypothesenaufstellung für die vorliegende Dissertation dienen. Eines der Ziele dieser Arbeit war es, die zu erhebenden Daten an Rehabilitations-PatientInnen mit den Daten der „Österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“ von Kapella et al. (2011) zu vergleichen.

Mangels einer Open Science Haltung wurden die Rohdaten von Kapella et al. nicht für die weitere Forschung zugänglich gemacht. Es konnten lediglich die veröffentlichten Ergebnisse und der entwickelte Fragebogen verwendet werden. Zudem wurden die vollzogenen Vergleiche ohne zusätzlichen statistische Testverfahren vorgenommen, sodass lediglich Prozentwerte gegenübergestellt werden können. Ebenso verhält es sich mit den vollzogenen Geschlechter-, Alters- und Bildungsvergleichen: Es gibt zwar Angaben zu prozentuellen Unterschieden, jedoch keine Hinweise auf statistische Signifikanz. Ebenso kritisch ist anzumerken, dass es sich bei den Ergebnissen der Studie von Kapella um Selbsteinschätzungen handelt, die nicht mit statistischen Daten, wie anzeigen oder medizinischen/psychiatrischen Diagnosen belegt wurden. Auch können Selbsteinschätzungen insbesondere im Bereich der sexuellen Belästigung einen weiten Interpretationsspielraum bedeuten, z.B. ob eine Bemerkung in einem bestimmten Kontext als sexuelle Gewalterfahrung aufzufassen ist.

2.2.1 Methodik der Gewaltprävalenzstudie

„Die Kernfragestellung einer Gewaltprävalenzstudie besteht in der Aufdeckung von Gewalthandlungen, die eine Person im Laufe ihres Lebens erlebt hat.“ (Gewaltprävalenzstudie; Kapella, et al, 2011, S. 39). Im Rahmen der Untersuchung durch Olaf Kapella, Andreas Baierl, Christiane Rille-Pfeiffer, Christine Geserick und Eva-Maria Schmidt sowie durch Hinzunahme von Monika Schröttle von der Universität Bielefeld als Konsultantin wurden insgesamt 1292 Frauen und 1042 Männer im Alter von sechzehn bis sechzig Jahren befragt. Mittels Face-to-Face-Interview wurden 1036 Personen und mittels Onlineerhebung weitere 1298 TeilnehmerInnen befragt. Für Erstere erfolgte eine Stratifizierung basierend auf Alter, Geschlecht, Ort, Bildung und Berufstätigkeit. Die erfassten Gewaltformen waren psychische Gewalt, physische Gewalt, sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt. TeilnehmerInnen wurden nach deren Gewalterfahrungen in der letzten

drei Jahren, in ihrer Kindheit, und getrennt davon nach Erfahrungen aus dem gesamten Lebenszyklus gefragt. Die erhobenen Daten sollten nicht nur zum Zwecke von statistischen Auswertungen erfasst werden, sondern ergänzend dazu auch für individuelle, qualitative Situationsschilderungen genutzt werden können. Die persönliche Bewertung und die wahrgenommene Schwere der erlebten Gewalthandlungen wurden ebenfalls abgefragt. Betreffend den *Schweregrad der Viktimisierung* wurde wie folgt vorgegangen: Die Erfassung der Schwere der erlebten physischen Gewalt basierte auf Studien von Schröttle und Ansorge (2009, zitiert nach Kapella et al., 2011, S. 118). Bei der Erfassung des Schweregrads der erlebten psychischen Gewalt sowie der sexuellen Belästigung wurden die Anzahl der Gewaltereignisse gezählt. Bei der sexuellen Gewalt wurde differenzierter vorgegangen; die Ereignisse wurden nach dem subjektiven Empfinden von Bedrohlichkeit, der Häufigkeit der erlebten Gewalt sowie der eingetretenen Folgen erfasst (S. 31, S. 37 ff., S. 44 f., S. 116-120). Es wurde unterschieden zwischen einer mäßigen, einer schweren beziehungsweise einer schweren Viktimisierung. Eine *mäßige Viktimisierung* wurde definiert als das Erleben von leichter bis mäßig schwerer Gewalt. Das Erlebnis hatte dabei keine Folgen, es wurde keine Bedrohung empfunden, und die Gewalt fand nur in einem einzigen Lebensbereich statt. Eine *Schwere Viktimisierung* wurde definiert als eine oder mehrere unterschiedlich schwere Gewalthandlungen. Dabei handelte es sich um Handlungen in unterschiedlichen Lebensbereichen oder mehrmals in einem einzigen Lebensbereich, und es waren Folgen oder Bedrohlichkeiten zu verzeichnen. Eine *sehr schwere Viktimisierung* wurde definiert, wenn von einer sehr schweren Gewalthandlung oder verschiedenen Erlebnissen beziehungsweise zumindest einer Folge von Taten in einem oder mehreren Lebensbereichen berichtet und zumindest eine Handlung als bedrohlich empfunden wurde.

Die AutorInnen Kapella et al. (2011) hatten als Grundlage für ihren Fragebogen zum einen den deutschen Fragebogen zu Gewaltprävalenz nach Ursula Müller und Monika Schröttle (2004, zitiert nach Kapella et al., 2011, S. 43), dessen Weiterentwicklung angestrebt wurde. Zum anderen wurden auch unterschiedliche Viktimisierungsstudien, Statistiken und ExpertInnen aus dem Fachbereich herangezogen. Der Anspruch der KollegInnen war es, möglichst alle relevanten Dimensionen einzuschließen, um vollständigen Aufschluss über das Gewaltphänomen erhalten zu können. Die eigentliche Studie von Kapella et al. (2011) wurde unter einem abweichenden Titel („*Familien- und Paarbeziehungen unter besonderer Berücksichtigung von Schwierigkeiten und belastenden Situationen*“) geführt. Die Arbeit von Kapella et al. (2002) untersuchten folgende Forschungsfragen: Zum einen sollten die geschlechtsspezifischen Unterschiede von Erlebnissen von Gewalthandlungen festgestellt werden. Es sollte zum anderen ein

bestmöglicher methodischer Zugang entwickelt werden für die Erfassung der Gewaltprävalenz. Obgleich sich diese geschlechtersensible Studie auf innerhäusliche und im nahen sozialen Umfeld stattfindende Gewalt konzentrierte, wurde auch außerhäusliche Erfahrung erhoben (Kapella et al., 2011, S. 31, S. 35, S. 40-43).

Die InterviewerInnen wurden aus erfahrenen MitarbeiterInnen eines Marktforschungsinstitutes rekrutiert, welche eine spezielle Schulung erhielten. Die Schulung sollte die MitarbeiterInnen für dieses Projekt motivieren, ihnen vermitteln, dass Gewalt kein geschlechts- oder bevölkerungsgruppenspezifisches Phänomen ist, ihnen Angst nehmen, indem sie auf alle möglichen Reaktionen vorbereitet werden sollten sowie Informationen über Beratungsstellen bieten können und ihnen vermitteln, wie eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden kann. Das Design der Erhebung sah vor, dass nach konkreten Gewalthandlungen gefragt werden sollte. In anderen Studien hatte sich gezeigt, dass bei dieser Befragungstechnik die Prävalenz höher sei. Diese Technik ermögliche zudem eine Reduktion der Unschärfe der Definition von Gewalt. Diese Fragen wurden im persönlichen Interview computergestützt erhoben, sodass die InterviewerInnen keinen direkten Einblick in die Antworten hatten. Auf diese Weise wurde das ehrliche Antwortverhalten der TeilnehmerInnen gefördert. Die Befragung der weiblichen Teilnehmerinnen wurde ausschließlich durch Frauen durchgeführt, die männlichen Interviewpartner wurden je zur Hälfte von Frauen beziehungsweise Männern befragt. Die Online-Erhebung wurde randomisiert an Personen des Online-Panels des Marktforschungsinstitutes verschickt. Die TeilnehmerInnen wurden offline per Telefon kontaktiert. Dieser Vorgang sollte die Qualität der persönlichen Daten verbessern und umfasste circa 15 000 Personen. Die Rekrutierung der Befragten fand nicht über Websites oder über E-Mail-Verteiler statt. Wäre die Rekrutierung über das Internet erfolgt, so hätte das Internetverhalten und auch die Internetzugänglichkeit für die Teilnahme eine Relevanz bzw. ein Vorauswahlkriterium dargestellt (Kapella et al., 2011, S.31, S.34 ff, S.43-46).

2.2.2 Ergebnisdarstellung der „Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“

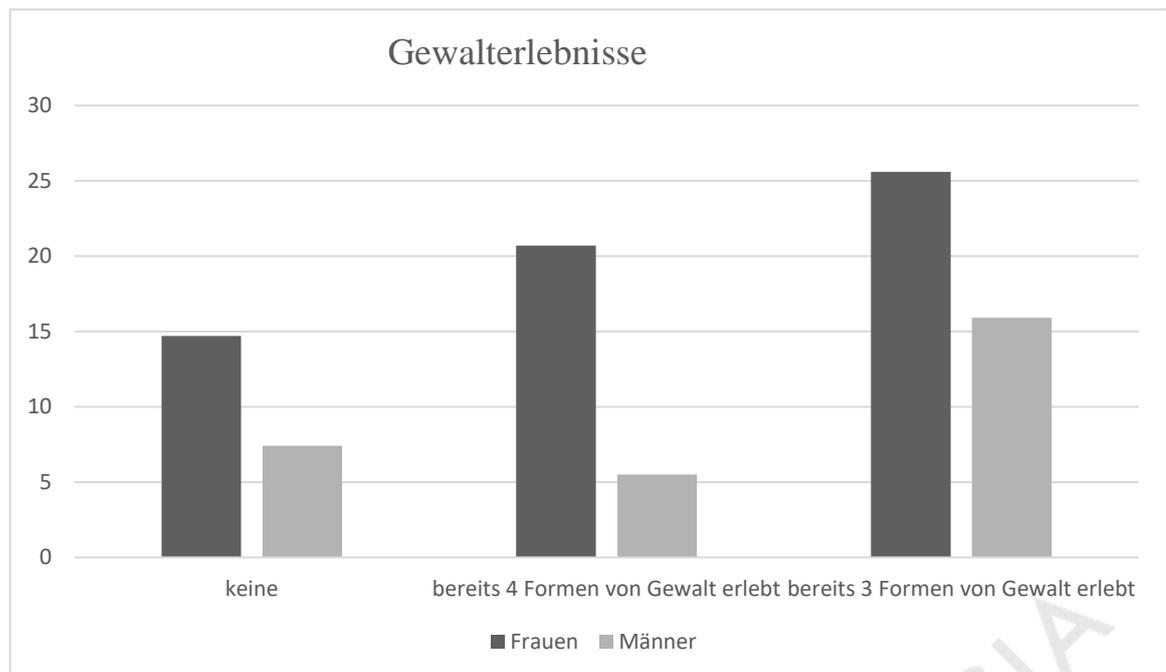
Die Ergebnisdarstellung gliedert sich wie folgt: Zunächst wurden die Art der Gewalterlebnisse und deren zeitliches Auftreten im Leben dargestellt. Zweitens wurden die Inzidenzraten der letzten drei Jahre berichtet. Drittens wurde die Geschlechterverteilung von GewalttäterInnen und die Benennung dieser in einer Liste, die bis zu 40 Personen umfassen konnte, analysiert. Der vierte Schwerpunkt betrifft die physischen, psychischen und die

langfristigen psychosozialen Folgen der Erfahrungen. Einen fünften Punkt stellte eine Situationsschilderung im offenen Antwortformat, die in Kombination mit spezifischen Fragen einen Einblick in den situativen Kontext bot. In erster Linie sollte zwar die Opferwerdung erfasst werden, eine mögliche sekundär erhobene, potentielle Täterschaft war der sechste Schwerpunkt. Für die Interpretation der Ergebnisse sind Verzerrungen zu berücksichtigen, welche beispielsweise aufgrund von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Wahrnehmung von Täter- oder Opfer-Rollen entstanden sind. Die Unterschiede im Antwortverhalten in Abhängigkeit von der Methodik wurden im Unterkapitel zu Methodeneffekten immer dann getrennt dargestellt, wenn ein Itemblock Methodeneffekte aufzeigte (Kapella et al., 2011, S. 38, S. 47f.).

2.2.2.1. Gewalthandlungen im Erwachsenenalter

Von 14,7% der Männer und 7,4% der Frauen wurde die Angabe getätigt, seit dem sechzehnten Lebensjahr keinerlei Gewalterfahrungen gemacht zu haben. Wenn Gewalttaten zu verzeichnen waren, berichteten vor allem Frauen verschiedene Formen von Erfahrungen. Es gaben 20,7 % der Frauen an, alle vier Formen der Gewalt erlebt zu haben; bei den Männern machten nur 5,5 % diese Angabe. Drei Formen von Gewalterfahrungen machten 15,9 % der Männer und 25,6 % der Frauen. Das Risiko, schwere Gewalt zu erfahren, erhöhte sich vor allem, wenn Gewalterfahrungen in der Kindheit vorlagen (Kapella et al., 2011, S. 60, S.126 f.). Da die Untersuchung jeden Bereich detailliert abdeckte, wurde im Nachfolgenden eine separate Zusammenfassung je nach Gewaltform vorgenommen. Die Zusammenfassung umfasst Ergebnisse zu Prävalenz, Details zu erlebten Gewalthandlungen, deren Schweregrad sowie Folgen und Reaktionen darauf. Die Ergebnisse wurden in Abbildung 12 mit einem Säulendiagramm dargestellt.

Abbildung 12: Gewalterlebnisse im Erwachsenenalter

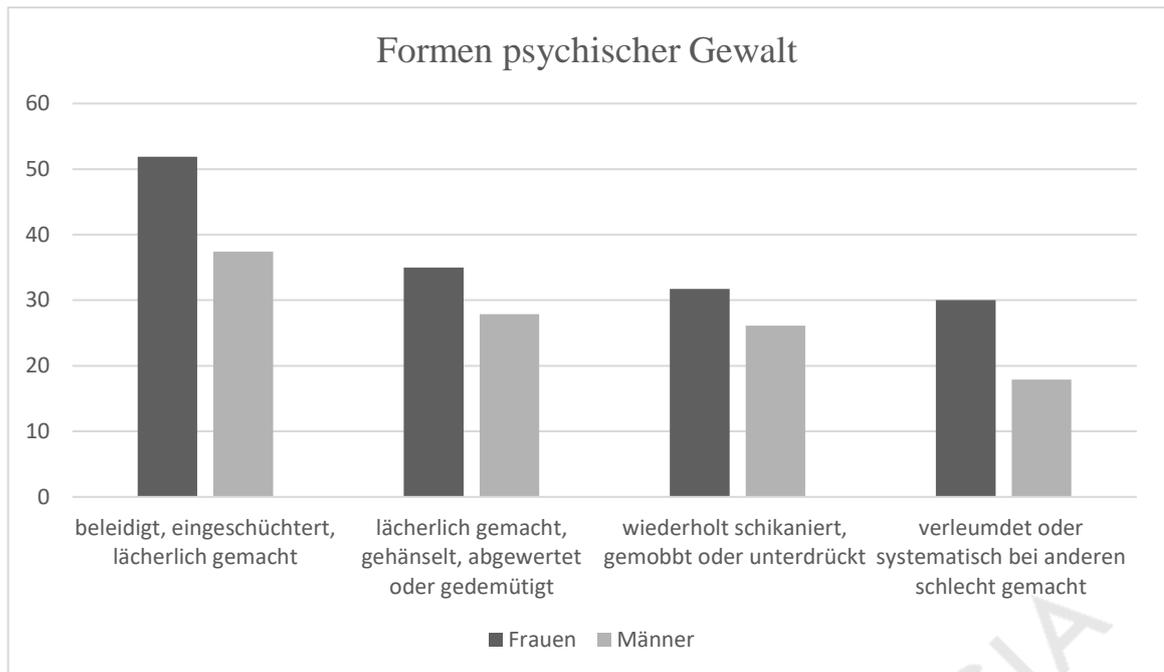


(Quelle: eigene Darstellung)

2.2.2.2. *Psychische Gewalt*

Psychische Übergriffe war die am häufigsten erlebte Form der Gewalt. Neun von zehn Frauen (85,6 %) und acht von zehn Männern (78,4 %) gaben an, zumindest einmal seit ihrem 16. Lebensjahr psychische Gewalt erlebt zu haben. Am häufigsten gaben Befragte an, wiederholt beleidigt, eingeschüchtert, lächerlich gemacht oder aggressiv angeschrien worden zu sein (43,6 % Männer, 51,9 % Frauen). Die zweithäufigste Angabe war, auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt worden zu sein (51,9 % Frauen, 37,4 % Männer). Am dritthäufigsten gaben Befragte an, wiederholt schikaniert, gemobbt oder unterdrückt worden zu sein (35 % Frauen, 27,9 % Männer). Verleumdet worden zu sein oder systematisch bei anderen schlecht gemacht worden zu sein, erlebten 31,7 % der Frauen und 26,1 % der Männer. Benachteiligt worden zu sein, zum Beispiel aufgrund des Alters, des Geschlechts, des Aussehens oder der Herkunft, gaben 30 % der befragten Frauen und 17,9 % der Männer an. Die Ergebnisse wurden in Abbildung 13 dargestellt.

Abbildung 13: Formen psychischer Gewalt



(Quelle: eigene Darstellung)

Übergriffe von psychischer Gewalt fanden am häufigsten am Arbeits- oder Ausbildungsplatz statt (Männer 46,6 %, Frauen 49,4 %). Während der zweithäufigste Lebensbereich für Frauen mit 44,6 % die Partnerschaft darstellte, war es bei den Männern mit 33,7 % der öffentliche Raum. Als bedrohlich erlebt wurden diese Übergriffe von 39,8 % der betroffenen Frauen, und von 30,6 % der betroffenen Männer. Am häufigsten wurde eine Gewalthandlung als bedrohlich erlebt, wenn Personen auf verletzend Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt worden waren. Im Speziellen stellten für Frauen häusliche Gewalterfahrungen in Partnerschaften eine Bedrohung dar, während für Männer benachteiligende Situationen oder persönliche Abwertungen als bedrohlich erlebt wurden (Kapella et al., 2011, S. 58, S. 62 f., S. 65, S. 82-85).

Der stärkste Unterschied in einer Gegenüberstellung der erhobenen Altersgruppen, zeigte sich bei Männern. Die 16- bis 20-Jährigen gaben mit 83,3 % am häufigsten an, bereits einmal eine psychische Gewalterfahrung gemacht zu haben. Im Vergleich dazu machte mit 74,5 % die Gruppe der 21- bis 30-Jährigen am seltensten diese Angabe. Ebenfalls war unter den Männern der größte Unterschied in Bezug auf die höchste abgeschlossene Schulbildung zu verzeichnen. Während 88,8 % der Männer mit Pflichtschulabschluss ohne

Lehre psychische Gewalt erlebt hatten, gaben dies 71,5 % jener an, welche einen Pflichtschulabschluss mit Lehre absolviert hatten (Kapella et al., 2011, S. 77 ff.).

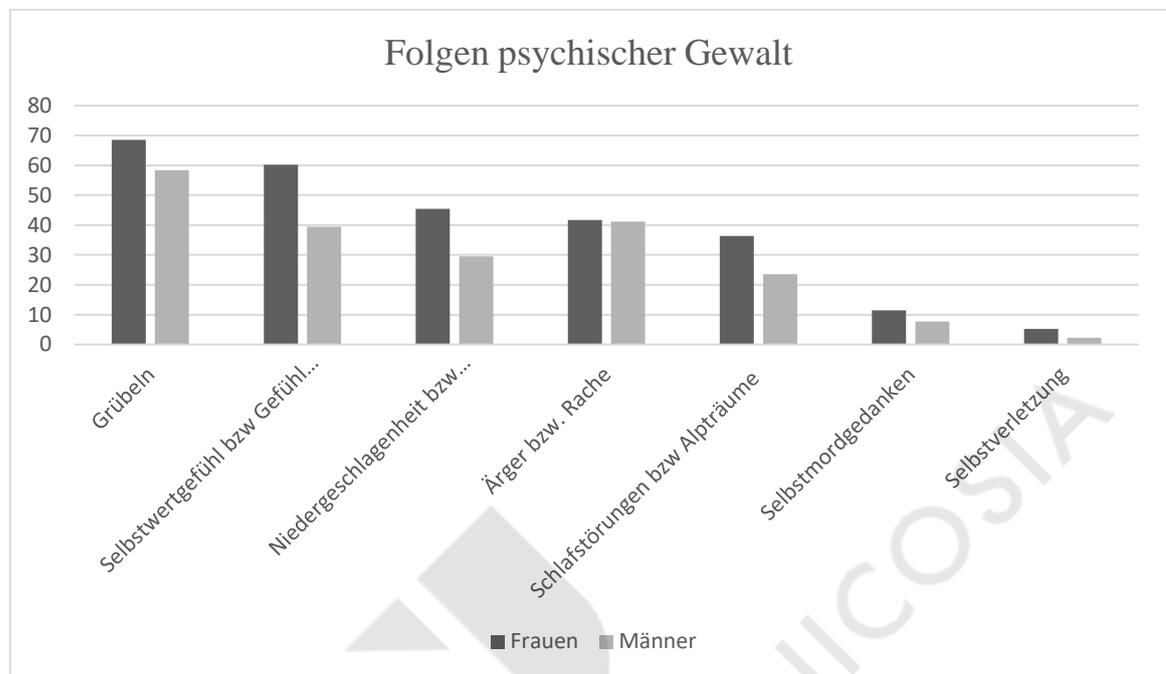
Der Schweregrad der psychischen Gewalterfahrungen war überwiegend als schwer beziehungsweise als sehr schwer einzustufen. Eine schwere Viktimisierung lag bei 50,8 % der befragten Frauen und bei 49,4 % der teilnehmenden Männer. Eine sehr schwere Viktimisierung war bei 30,3 % der Frauen und bei 18,8 % der Männer festzustellen (Kapella et al., 2011, S. 122).

Die befragten Personen wurden in der Studie aufgefordert anzugeben, welches Geschlecht die TäterInnen hatten. Hierbei wurde die Kategorie „überwiegend männlich“ von 49,2 % der Männer und von 50,4 % der Frauen angegeben. Von männlichen und weiblichen TäterInnen „im gleichen Ausmaß“ berichteten 30,6 % der betroffenen Männer und 34,2 % der Frauen. Bei der Angabe der TäterInnen zeigte sich der größte Unterschied hinsichtlich der Alterskohorten bei Männern zwischen der Gruppe der 16- bis 20-Jährigen und der Gruppe der 51- bis 60-Jährigen. Während die jüngere Gruppe angab psychische Gewalt ausschließlich durch Männer zu erfahren, machten nur 21,3 % die älteren Männer diese Angabe. Es gab hier eine Steigerung an Täterinnen. Zudem zeigte sich im Erleben der Gewalt durch ein oder mehrere TäterInnen, dass die älteren TeilnehmerInnen Gewalt eher durch ein und dieselbe Person erlebten (29,4 %) im Vergleich zu den Jüngeren (8 %). Insgesamt erleben 75,9 % der Männer und 69,9 % der Frauen psychische Gewalt durch mehrere verschiedene Personen (Kapella et al., 2011, S. 178 - 185).

Psychische Gewalthandlungen standen im Vergleich zu den anderen Formen der Gewalt am häufigsten mit **psychischen Folgen** im Zusammenhang. 87,8 % der Frauen und 79,1 % der Männer berichteten von mindestens einer psychischen Folge. Der Großteil der betroffenen Frauen (28,1 %) schilderte sechs bis elf Folgen, bei Männern waren es mehrheitlich (30,2 %) zwei bis drei Folgen. Insgesamt gaben 78,7 % der Frauen an von mindestens zwei Folgen betroffen gewesen zu sein, bei Männern waren es 66 %. Die psychischen Folgen umfassten vor allem das Grübeln über die Situation (68,5 % Frauen, 58,4 % Männer), ein angeschlagenes Selbstwertgefühl beziehungsweise das Gefühl von Erniedrigung (60,2 % Frauen, 39,5 % Männer), Niedergeschlagenheit oder Depression (45,4 % Frauen, 29,5 % Männer), Ärger und/oder Rachegefühle (41,7 % Frauen, 41,2 % Männer) sowie Schlafstörungen und/oder Alpträume (36,4 % Frauen, 23,5 % Männer). Bei 11,4 % der Frauen und 7,7 % der Männer führten psychische Gewalthandlungen zu autoaggressiven Folgen, in Form von Selbstmordgedanken. Von Selbstverletzung

berichteten 5,3 % der Frauen und 2,3 % der Männer (Kapella et al., 2011, S. 150-154). Die Ergebnisse wurden in Abbildung 14 dargestellt.

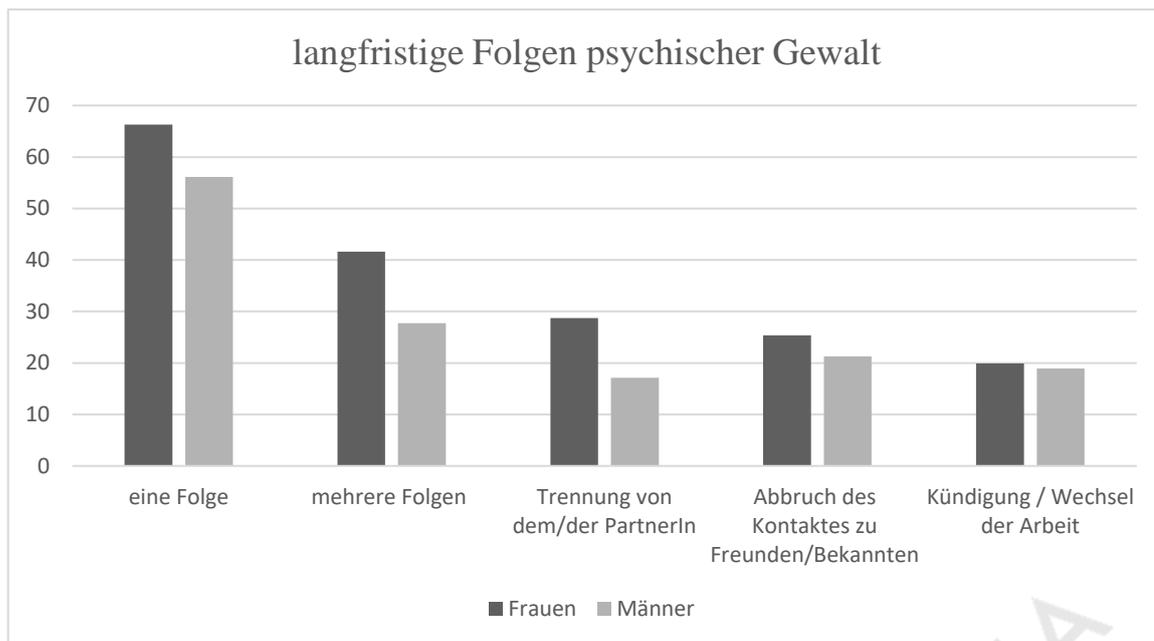
Abbildung 14: Folgen psychischer Gewalt



(Quelle: eigene Darstellung)

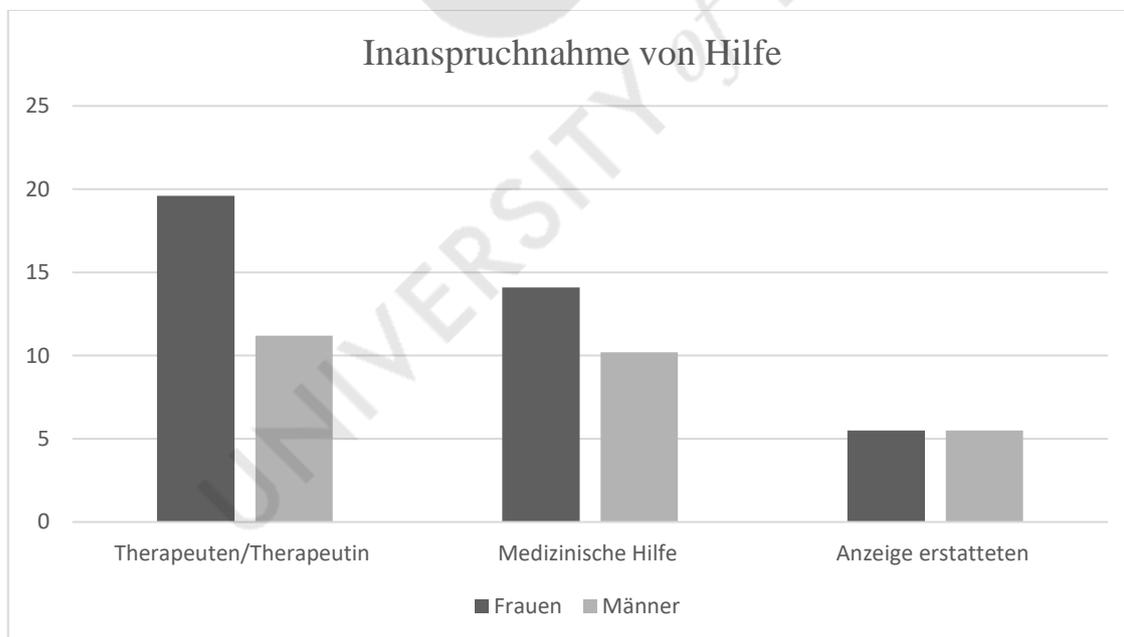
Langfristige psychosoziale Folgen wurden nach psychischen Übergriffen am stärksten berichtet. 66,3 % der Frauen und 56,1 % der Männer, die von psychischer Gewalt betroffen waren, gaben zumindest eine langfristige psychosoziale Folge an. Davon berichteten 41,6 % der Frauen und 27,7 % Männer von mehreren Folgen. Für Frauen kam es dadurch in erster Linie (28,7 %) zu einer Trennung von dem/der PartnerIn, bei Männern war dies die dritthäufigste Angabe (17,1 %). Bei ihnen kommt es überwiegend zu einem Abbruch des Kontaktes zu Freunden/Bekannten (21,3 %); dies wurde Frauen am zweithäufigsten genannt (25,4 %). Kündigung beziehungsweise der Wechsel der Arbeit wurde mit 19,9 % der Frauen und 18,9 % der Männer ebenfalls häufig genannt (Kapella et al., 2011, S. 161-164). Die Ergebnisse wurden in Abbildung 15 dargestellt.

Abbildung 15: Langfristige Folgen psychischer Gewalt



(Quelle: eigene Darstellung)

Abbildung 16: Inanspruchnahme von Hilfe



(Quelle: eigene Darstellung)

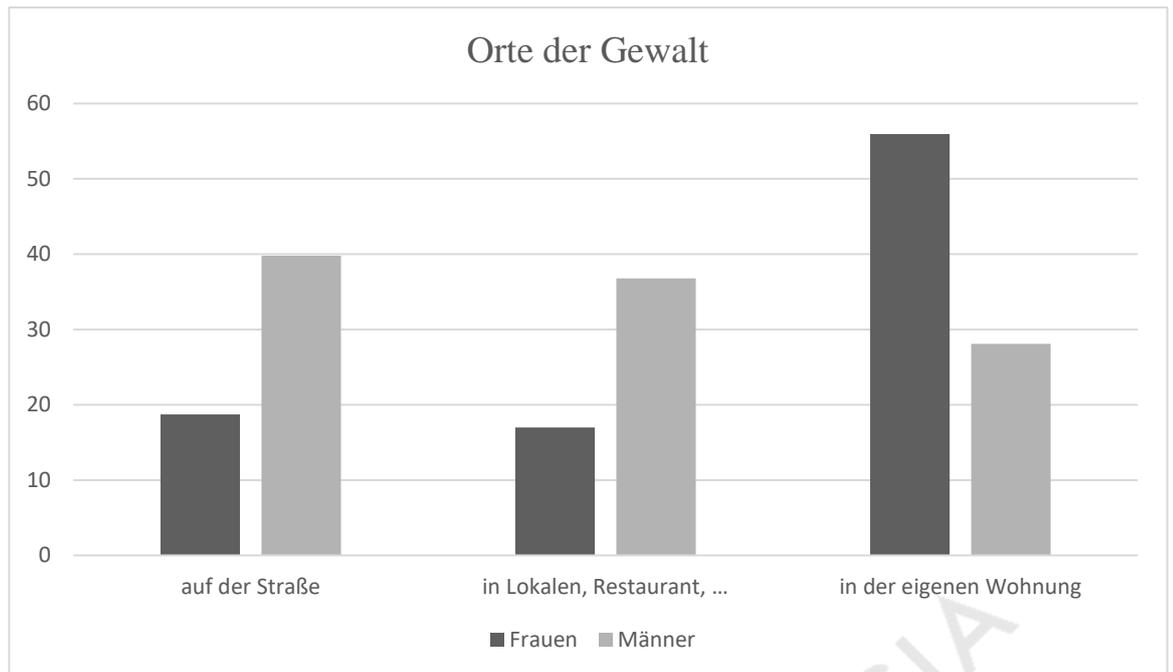
Eine **Inanspruchnahme von Hilfe** in Form des Aufsuchens einer Beratungsstelle oder eines Therapeuten/einer Therapeutin gaben 19,6 % der betroffenen Frauen und 11,2 % der Männer an. Medizinische Hilfe wurde von 14,1 % der Frauen und 10,2 % der betroffenen Männer genutzt. Anzeige erstatteten durchschnittlich 5,5 % der von psychischer Gewalt betroffenen TeilnehmerInnen. Eine Altersdifferenzierung zeigte, dass Frauen die möglichen Hilfsangebote mit zunehmendem Alter eher nutzten (Kapella et al., 2011, S. 204 ff., S. 210). Die Ergebnisse wurden in Abbildung 16 in Form eines Säulendiagramms dargestellt.

2.2.2.3. *Physische Gewalt*

Physische Übergriffe sind die zweithäufigste Gewalterfahrung, welche die Befragten machen. Diese Übergriffe reichen von ernsthaften Gewaltdrohungen, leichten Ohrfeigen, absichtlichem Wegstoßen, bis hin zu getreten, gestoßen oder hart angefasst werden. Bei Frauen bildet die fünfhäufigste Kategorie das Ziehen an Haaren oder Verdrehen des Arms, während Männer hier von gebissen oder gekratzt werden, berichten. Von diesen sind mit 61,4% fast zwei Drittel der Männer und mit 56,8% mehr als jede zweite Frau betroffen.

Während Frauen diese primär im engen sozialen Nahraum erleben - zu 29,1% in der Partnerschaft und zu 25,2% in der Familie - sind Männer häufiger mit physischer Gewalt im öffentlichen Raum konfrontiert, denn 33% der Befragten haben dies bereits erlebt. Von den befragten Männern erleben 11,5% gelegentlich beziehungsweise häufig Übergriffe in diesem Lebensbereich. Die befragten Frauen geben zu 13,7% an häufig oder gelegentlich Gewalt im sozialen Nahraum zu erleben. Dem Lebensraum entsprechend gestalten sich die Orte, an welchen körperliche Gewalttaten erlebt werden. Die betroffenen Männer erleben diese zu 39,8% auf der Straße, gefolgt von Lokalen, Restaurant et cetera durch 36,8% und am dritt häufigsten zu 28,1% in der eigenen Wohnung. Ausgelöst würden diese Streitsituationen beispielsweise durch Betrunkene, welche Streit suchen, Aufeinandertreffen mit feindlichen Fans, oder auch vordrängeln. Der primäre Ort für solche Übergriffe bildet für die betroffenen Frauen die eigene Wohnung mit 55,95%, für 18,7% kommt es auf der Straße dazu und schließlich bei 18% in der Wohnung von anderen. Auslöser für diese Erfahrungen führen Frauen vor allem bei Situationen mit Eltern und PartnerInnen genauer aus, hierbei handle es sich um Banalitäten oder Alltagsstreitigkeiten. Zumindest einen dieser erfahrenen körperlichen Übergriffe, haben 27,9% der Männer und 29,6% der Frauen als bedrohlich erlebt (Kapella et al., 2011, S. 59, S. 62 f., S. 64, S. 68 ff., S. 90-93, S. 193 f.).

Abbildung 17: häufige Orte physischen Gewalt



Ein Vergleich der Altersstufen weist den größten Unterschied unter den befragten Männern, hinsichtlich der Prävalenz physischer Gewalt, auf. Während 74,4% der 16- bis 20-Jährigen von einer zumindest einmaligen Gewalterfahrung berichten, ist dies bei den 31- bis 40-jährigen Männern zu 58,2% der Fall. Eine Gegenüberstellung hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung offenbart ebenfalls unter den teilnehmenden Männern den größten Unterschied. 75% der Teilnehmer mit einem Pflichtschulabschluss ohne Lehre haben bereits mindestens einmal eine Gewalterfahrung gemacht, während die nachfolgende Gruppe der Männer mit AHS oder BHS beziehungsweise Matura-Abschluss diese zu 61,4% angibt (Kapella et al., 2011, S. 77 ff.).

Prinzipiell werden physische Übergriffe in hohem Maße als bedrohlich erlebt. Frauen nehmen zwar diese Handlungen tendenziell als bedrohlicher wahr, erleben jedoch auch häufiger schwere Formen physischer Gewalt. Denn sehr schwere Viktimisierung liegt bei 9,4% der Frauen und 9,2% der Männer vor, schwere bei 39,9% der Frauen und 46,3% der Männer. Frauen (47,4%) fühlen sich häufiger hilflos als Männer (24,9%) und berichten vermehrt von Angst (39,1% der Frauen, 22,1% der Männer). Die meisten Befragten (71,45%) geben an, möglichst versucht zu haben, der Situation zu entkommen. Die nächsthäufigsten Reaktionen auf diese Übergriffe sind Wut (49,95%), gefolgt von Wehren mit Worten (45,4%). Zudem geben 35,1% der Frauen und 27,4% der Männer an, nicht gewusst zu haben, wie sie sich verhalten sollten (Kapella et al., 2011, S. 91, S.122 f., S. 201 ff.).

Die TäterInnen dieser Übergriffe sind in folgenden Kategorien angegeben: „überwiegend männlich“ berichten 67,6% der Männer und 68,9% der Frauen. Bei Männern folgen daraufhin „überwiegend weibliche“ Täterinnen zu 17,9%, für Frauen hingegen sind es zu 22% Männer und Frauen im „gleichen Ausmaß“. Der größte Unterschied in einem Vergleich der Alterskohorten, ist bei 16- bis 20-jährigen Frauen sowie jenen zwischen 41 und 50 Jahren festzuhalten. Während die Jüngeren zu 45,7% physische Gewalt durch Männer und Frauen gleichermaßen erleben, sind es nur 16,7% der älteren Frauen, während der Anteil männlicher Täter von 39,1% auf 78,5% steigt. Der Vergleich der ein- oder mehrfach TäterInnen lässt feststellen, dass Frauen zu 51,8% körperliche Gewalt durch ein und dieselbe Person erfahren, während die bei Männern zu 32,2% der Fall ist.

Vollzieht man hier eine Trennung in Alterskohorten zeigt sich bei den männlichen TeilnehmerInnen die stärkste Differenz. 84% der 16- bis 20-Jährigen haben physische Gewalterfahrung mit mehreren verschiedenen Personen gemacht, jene zwischen 51 bis 60 Jahren hingegen zu 62,1%.

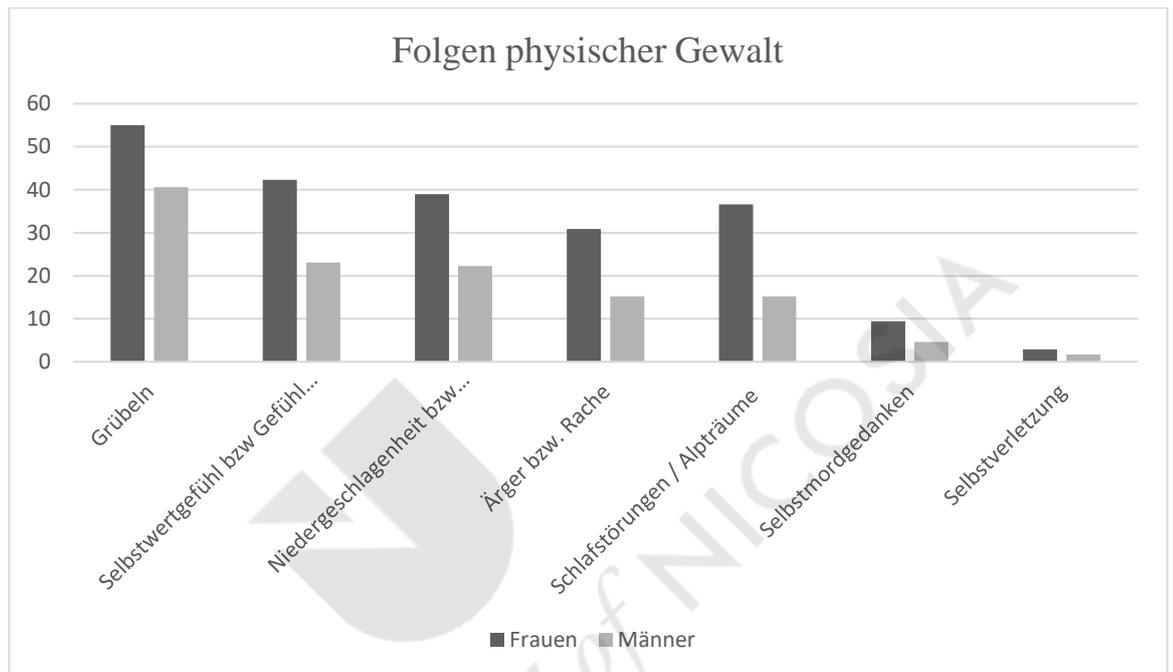
Circa die Hälfte der Betroffenen gibt an, der/die TäterIn habe unter Alkoholeinfluss gestanden, besonders auffällig ist hierbei, dass junge Männer häufiger (62,5%) davon berichten, als die ältesten Befragten (44,4%). 34,2% der männlichen Betroffenen und 13,9% der Frauen geben an, selbst unter Alkoholeinfluss gestanden zu haben. Drogenkonsum seitens der TäterInnen war in 6,7% der Fälle zu verzeichnen, selbst unter Drogeneinfluss standen 1,45% der Befragten. Von einer Beeinflussung der TäterInnen durch eine Streitsituation berichtet circa die Hälfte der Teilnehmer (49%) und 67,1% der Teilnehmerinnen. Auch hier ist ein Unterschied der Alterskohorten zu verzeichnen, sowohl Männer (29,2%) als auch Frauen (55,3%) zwischen 16 und 20 Jahren geben diese seltener an, als die Gruppe der 51- bis 60-Jährigen, hierin berichten 59,4% der Männer und 74,6% der Frauen davon.

Unter den TäterInnen befanden sich bei Frauen 19,1% und bei Männern 14,7% in einem psychischen Ausnahmezustand, bei 8,5% der Frauen und 5,8% der männlichen Befragten war dies selbst als Betroffene auch der Fall. Diese psychischen Ausnahmezustände der TäterInnen beschreiben einige Befragte genauer, beispielsweise wird genannt, dass die andere Person nicht ernst zu nehmen gewesen wäre, eine schwere psychische Krankheit vorliege, eine kurzfristiger, medizinisch erklärbarer Bewusstseinsausfall verantwortlich wären, aber auch äußere Umstände, sowohl akut als auch aufgestaute Belastung beispielsweise durch Schicksalsschläge sowie

Partnerschaftskrisen oder zurückliegende Traumata (Kapella et al., 2011, S. 178 - 192, S. 195 ff.).

Die Untersuchung der Folgen von physischer Gewalt zeigt, dass 76% der betroffenen Frauen und 61,9% der Männer von zumindest einer **psychischen Folge** berichten.

Abbildung 18: Folgen physischer Gewalt



Von diesen besteht bei nur 12,6% der Frauen und 18,3% der Männer nicht mehr als eine Folge. Die möglichen Folgen bestehen aus Grübeln über die Situation (55% der Frauen, 40,6% der Männer), angeschlagenem Selbstwertgefühl oder Gefühl von Erniedrigung (42,3% der Frauen, 23,1% der Männer), Niedergeschlagenheit oder Depression (39% der Frauen, 22,3% der Männer), Schlafstörungen und/oder Alpträume (36,6% der Frauen, 15,2% der Männer) sowie Ärger und/oder Rachegefühle (30,9% der Frauen, 28,9% der Männer). Diese körperlichen Übergriffe, führen aber auch zu autoaggressiven Denk- und Handlungsweisen. 9,4% der Frauen und 4,6% der Männer, die solche Taten erlebten, schildern Selbstmordgedanken, während es bei 2,9% der Frauen und 1,7% der Männer zu Selbstverletzung kam (Kapella et al., 2011, S. 150-154).

Von zumindest einer körperlichen Folge berichten 63,9% der Frauen und 62,4% der Männer, welche von physischer Gewalt betroffen sind. Aus diesen Frauen haben 44,5% und 45,1% der Männer von mehr als einer Folge berichtet. Diese umfassen vor allem blaue

Flecken/Prellungen/Hämatome (Frauen 52,9%, Männer 49,9%) sowie Schmerzen (46,6% Frauen, 48,2% Männer). Bei 13,9% der Frauen sind zudem Bauch- bzw. Magenschmerzen sowie Verstauchungen, Zerrungen, Muskelfaserrisse zu verzeichnen. Männer berichten zu 22,4% stattdessen von offenen Wunden, zum Beispiel Schnittwunden, Hautabschürfungen, Verbrennungen (Kapella et al., 2011, S. 155-160).

Langfristige psychosoziale Folgen haben physische Übergriffe für 25,9% der betroffenen Frauen sowie 11,8% der Männer, weitere 25,6% der Frauen und 21,6% der Männer berichten von einer langfristigen Folge.

Die meisten Männer (12,9%) und Frauen (27%) schildern die Trennung von dem/der PartnerIn. Einen Umzug oder Auszug aus der Wohnung benennen 18,3% der Frauen und 8,6% der Männer als Folge. Während unter den drei häufigsten Erscheinungen, Männer auch den Abbruch des Kontaktes zu Freunden/Bekanntem (12,2%) angeben, wird bei Frauen die Scheidung vom Partner (14,1%) angeführt (Kapella et al., 2011, S. 161-164).

Hilfsangebote werden von Männern am häufigsten in Form von medizinischer Hilfe genutzt (20% Männer, 21,1% Frauen), während Frauen häufiger Beratungsstellen oder TherapeutInnen aufsuchen (21,7% Frauen, 10,7% Männer). Das selbständige Einschalten der Polizei wird von 16,5% der betroffenen Frauen und 18,5% der betroffenen Männer angemerkt, die Polizei oder das Jugendamt wurde bei 8% der Frauen und 9,3% der Männer durch andere informiert, eine Anzeige erstattet haben schließlich 14,2% der Frauen und 17,4% der Männer (Kapella et al., 2011, S. 204 - 207, S. 210).

Abbildung 19: langfristige Folgen physischer Gewalt

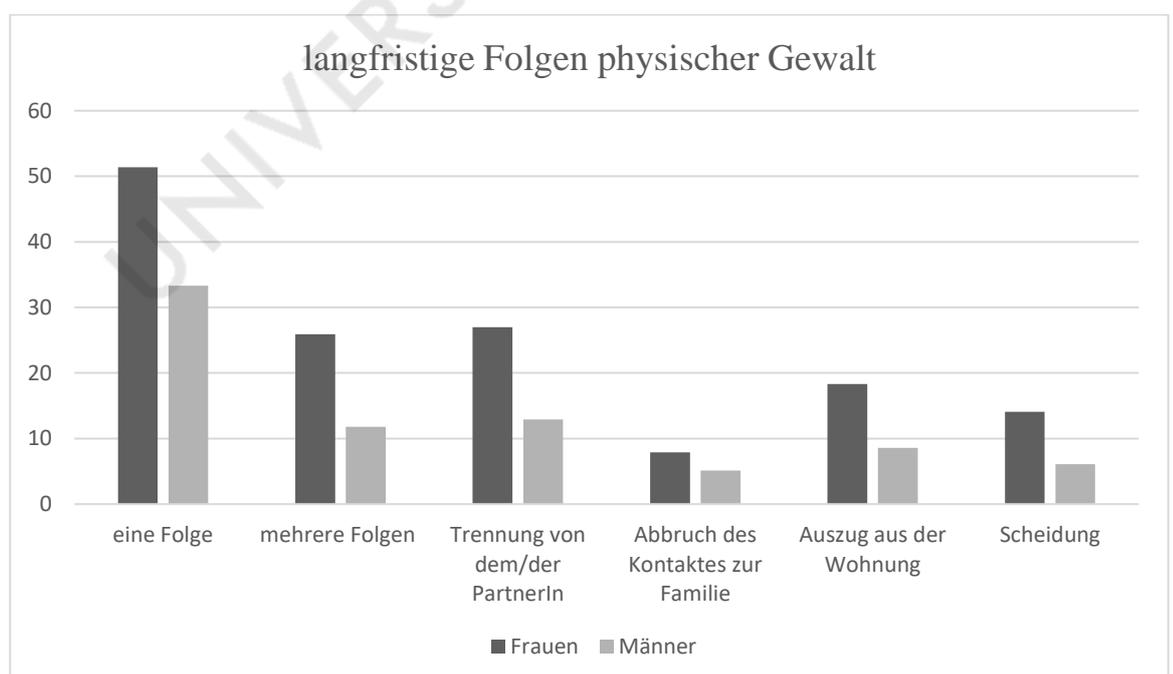
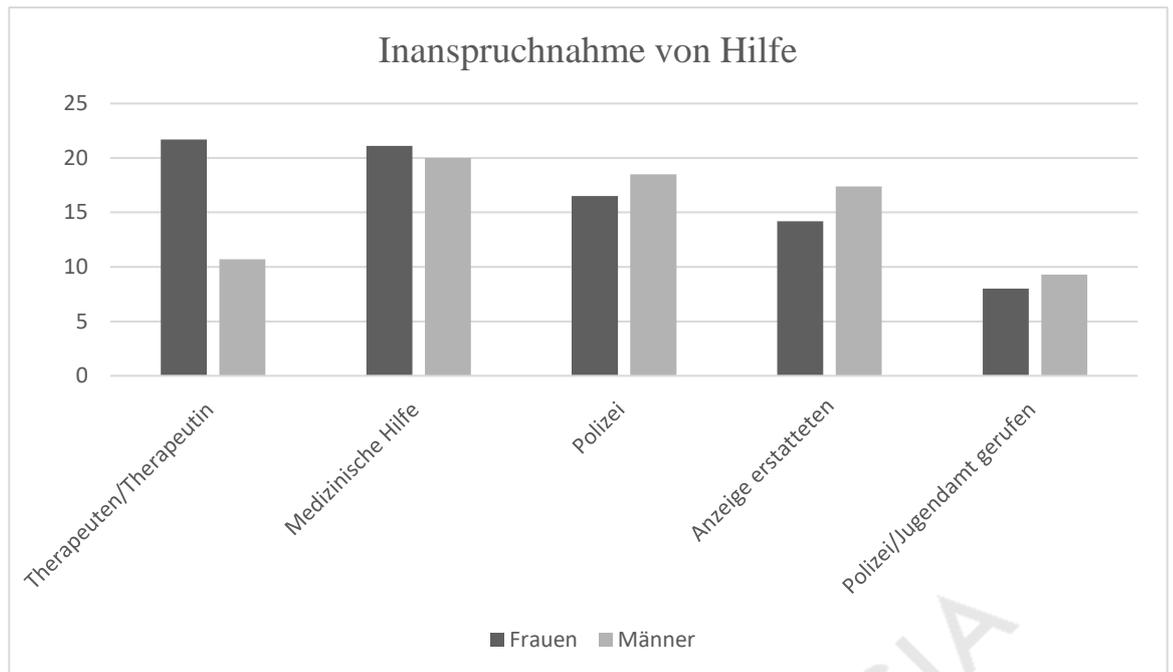


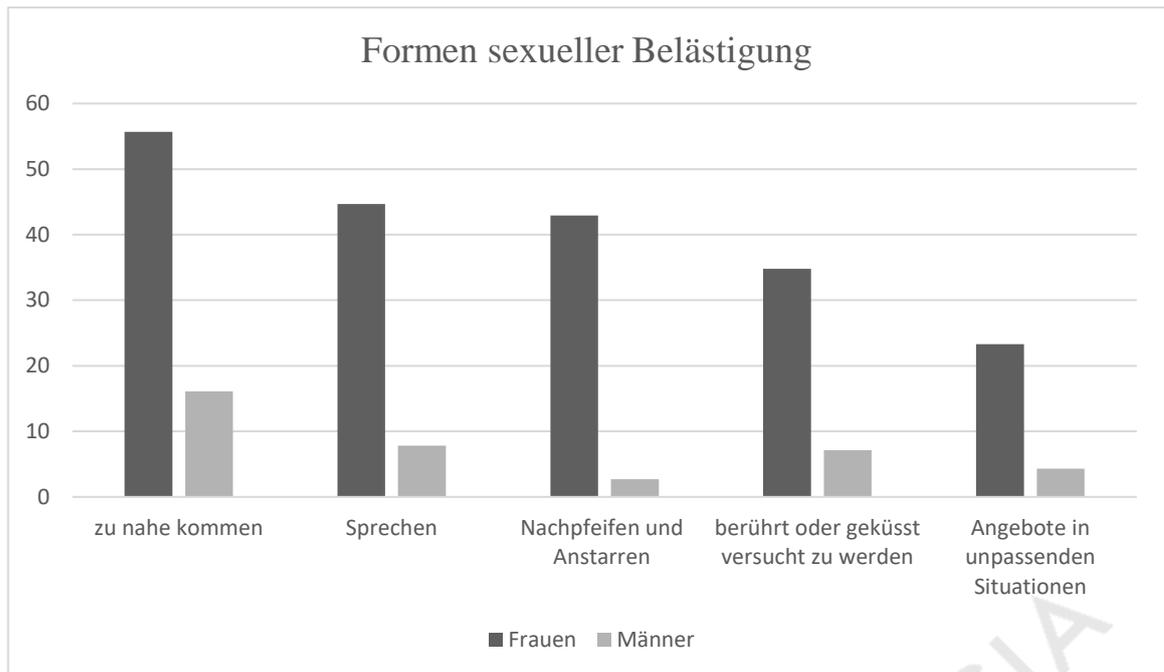
Abbildung 20: Inanspruchnahme von Hilfe



2.2.2.4. Sexuelle Belästigung

Am deutlichsten war der Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Erfahrungen zu sexueller Belästigung. Es berichteten 74,2 % der befragten Frauen von einem zumindest einmaligen Erlebnis, Männer berichteten davon zu 27,2 %. Im öffentlichen Raum, dem primären Bereich, erlebten 51,3 % der befragten Frauen und 12,5% der Männer sexuelle Belästigung; 22,4 % der Frauen gaben an, diese Form der Gewalt häufig oder gelegentlich zu erleben. Dem öffentlichen Lebensbereich folgt der Arbeits- oder Ausbildungsplatz mit 36,9 % der Frauen und 9,7 % der Männer, die dort sexuelle Belästigung erlebten. Genauere Beschreibungen der Situationen zeigten, dass einigen dieser Übergriffe Streitsituationen vorangegangen waren, etwa Eifersucht, Trennung oder Zurückweisung im partnerschaftlichen Kontext sowie Arbeitsverteilung und Uneinigkeit über Herangehensweisen im geschäftlich-professionellen Kontext (Kapella et al., 2011, S. 59, S. 62 f., S. 73, S. 194 f.). Ein Vergleich der Prävalenzen von sexueller Belästigung in den Altersgruppen getrennt nach dem Geschlecht zeigte, dass bei Männern ein Unterschied von 11 Prozentwerten besteht, und zwar zwischen den 16- bis 20-Jährigen (21,8 %) und jenen zwischen 51 und 60 Jahren (32,8 %). Eine Unterscheidung hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung wies einen deutlichen Unterschied zwischen Frauen, welche ein Studium abgeschlossen haben und jenen mit Pflichtschulabschluss auf. Erste erlebten sexuelle Belästigung zu 86,1 %, während die zweite Gruppe zu 68,1 % davon berichtete (Kapella et al., 2011, S. 77 ff., siehe Abbildung 21).

Abbildung 21: Formen sexueller Belästigung



(Quelle: eigene Darstellung)

Diese Erfahrungen setzten sich vor allem aus dem Zu-nahe-kommen, sodass es als aufdringlich empfunden wurde (bei 55,7 % der Frauen, 16,1 % der Männer), dem Sprechen auf eine sexuell belästigende Weise (44,7 % der Frauen, 7,8 % der Männer), Nachpfeifen und Anstarren (42,9 % der Frauen, 2,7 % der Männer), berührt oder geküsst versucht zu werden, obwohl man das nicht möchte (34,8 % der Frauen, 7,1 % der Männer) oder auch belästigenden, sexuellen Angeboten in unpassenden Situationen, wie zum Beispiel in Arbeit, Ausbildung oder Studium (23,3 % der Frauen, 4,3 % der Männer), zusammen. Diese sexuellen Übergriffe wurden durch Männer und Frauen ähnlich bedrohlich wahrgenommen. Bei jeder hier benannten Kategorie, ausgenommen Nachpfeifen und Anstarren (36,3 % der betroffenen Frauen, 42,1 % der betroffenen Männer), gab circa die Hälfte der Befragten an, dies auch als bedrohlich empfunden zu haben (Kapella et al., 2011, S. 71 f., S. 96 ff.).

Die Betrachtung der TäterInnen zeigte ein geschlechtsspezifisches Muster. Während 95,9 % der befragten Frauen von überwiegend männlichen Tätern berichteten, waren es bei Männern zu 60,5 % Frauen, welche diese Übergriffe begingen. Gleichgeschlechtliche TäterInnen sind bei Männern zu 24,3 % zu verzeichnen, bei Frauen liegt der Anteil bei 0,2 %. Der größte Unterschied innerhalb der Alterskohorten war zwischen 16- bis 20-jährigen Männern und jenen zwischen 31 und 40 Jahren festzustellen. Die jüngere Gruppe gab zu 54,5 % an, Übergriffe überwiegend durch Frauen erlebt zu haben, während die Älteren diese

zu 46,4 % benannten. Von 17,9 % der Älteren wurden ausschließlich Frauen als Täterinnen identifiziert, Jüngere gaben diese Kategorie nie an. Einen weiteren Unterschied gab es bei der Befragung, ob es sich um ein und dieselbe Person oder ob es sich um mehrere verschiedene TäterInnen handelte. Männliche Betroffene berichten zu 62,3 % von mehreren unterschiedlichen TäterInnen, Frauen jedoch zu 80,1 %.

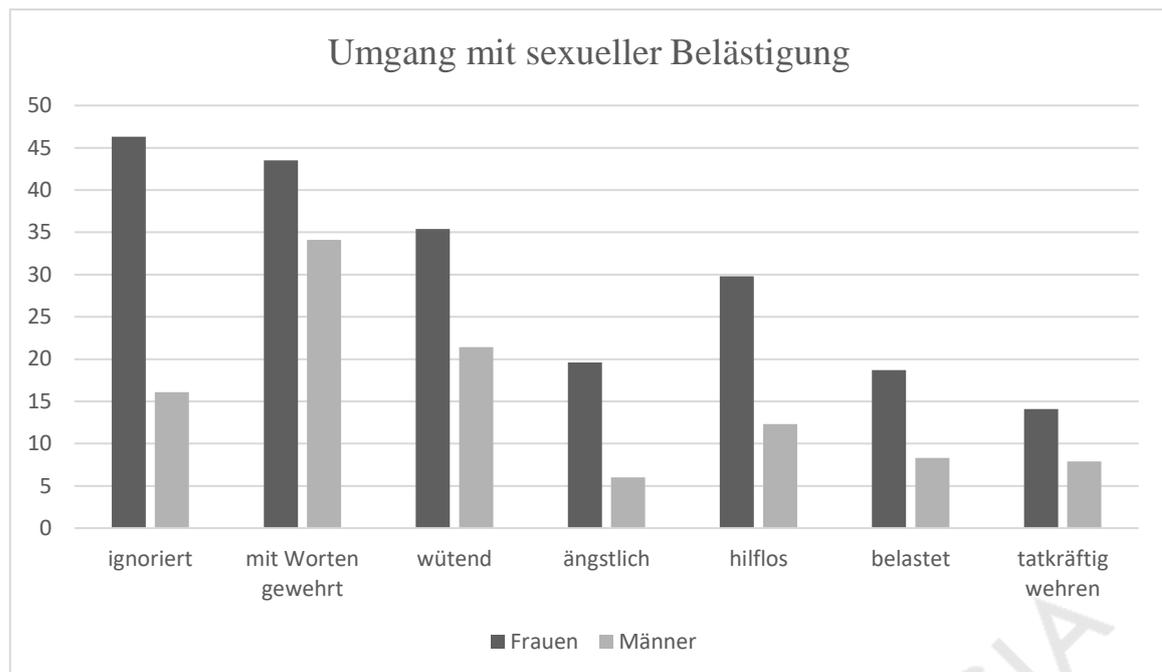
Circa die Hälfte der betroffenen Befragten gaben an, dass die TäterInnen ein- oder mehrmals unter Alkoholeinfluss standen, 26,5 % der Männer und 14,4 % der Frauen standen selbst unter Alkoholeinfluss. Eine Betrachtung der Alterskohorten zeigte hierbei, dass vor allem die 16- bis 20-jährigen Frauen durch TäterInnen unter Alkoholeinfluss belästigt wurden (58,9 %), 51- bis 60-jährige Frauen betraf dies am seltensten (38,8 %). Drogenkonsum der TäterInnen war in 4,5 % der Fälle mindestens einmal zu verzeichnen, die Betroffenen gaben zu 1,3 % eigene Beeinflussung an. Eine genauere Betrachtung dieser Vorfälle getrennt nach Altersgruppen wies den größten Unterschied bei Männern aus, 21- bis 30-Jährige berichteten zu 17,9 % von Drogeneinfluss der TäterInnen, teilnehmende Männer zwischen 41 und 50 Jahren berichteten dies gar nicht.

Ein Streit wird von 9,25% der Befragten angeführt, in einem psychischen Ausnahmezustand befanden sich 5,85% der TäterInnen und 2,15% der Betroffenen selbst. Diese psychischen Ausnahmezustände der TäterInnen werden von einigen Befragten als partnerschaftliche Verlustangst oder psychische Krankheit umschrieben (Kapella et al., 2011, S. 178 - 192, S.197 f.).

Die Untersuchung zum Grad der Viktimisierung zeigte, dass in den meisten Fällen eine schwere sexuelle Belästigung vorlag, Frauen erlebten diese zu 53,3 %, Männer zu 17,7 %. Sehr schwere Viktimisierung war bei 14,4 % der Frauen und 1,6 % der Männer zu verzeichnen.

Die meisten Befragten gaben an, die erlebten sexuellen Belästigungen ignoriert zu haben (46,3 %), gefolgt von jenen, welche sich mit Worten gewehrt haben (43,5 % Frauen, 34,1 % Männer). Frauen tendierten hierbei dazu, häufiger wütend (35,4 % gegenüber 21,4 %), aber auch ängstlich (19,6 % Frauen, 6 % Männer) zu werden sowie sich öfter hilflos (29,8 % der Frauen, 12,3 % der Männer) und belastet (18,7 % gegenüber 8,3 %) zu fühlen. Jedoch wehrten sich Frauen (14,1 %) auch fast doppelt so häufig wie Männer (7,9 %) tatkräftig gegen sexuelle Belästigung (Kapella et al., 2011, S. 123, S. 201 f., siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Umgang mit sexueller Belästigung



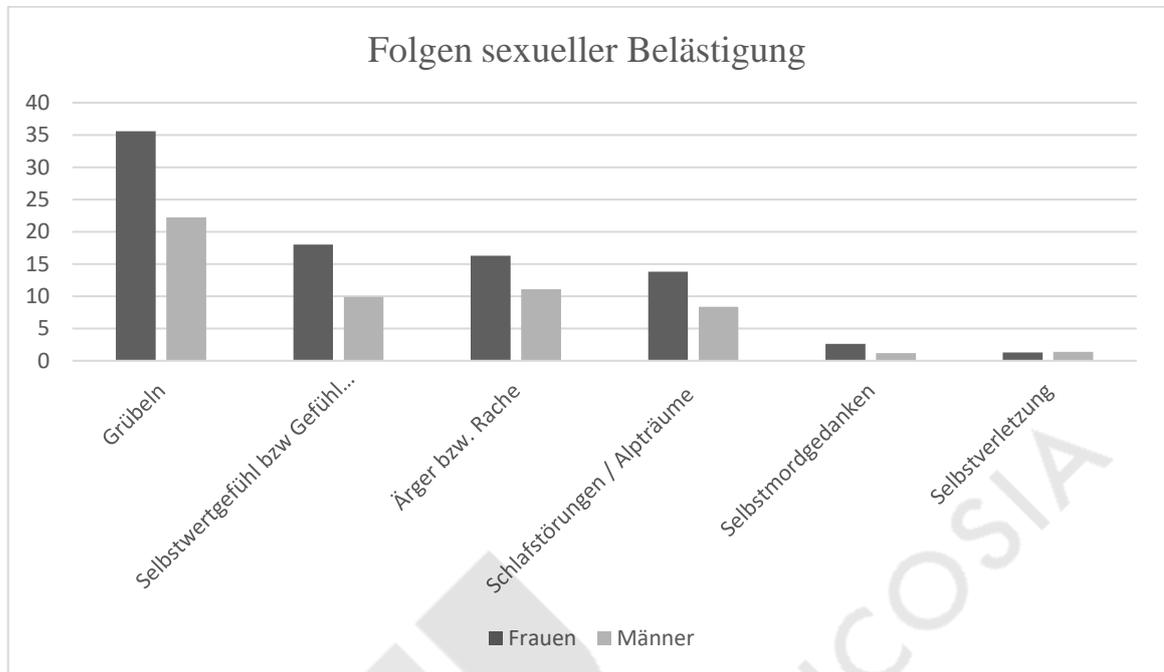
(Quelle: eigene Darstellung)

Von diesen sexuellen Belästigungen führten 4 % bei Männern und 9,5 % bei Frauen zu körperlichen Übergriffen. Diese führten wiederum zu 5,6 % bei Männern und 9,4 % bei Frauen zu sexuellen Übergriffen. Eine Gegenüberstellung der Altersgruppen zeigte vor allem bei Frauen eine Auffälligkeit - 19,1 % der sexuellen Belästigungen bei 51- bis 60-Jährigen führten zu körperlichen oder sexuellen Übergriffen. Bei 41 bis 50-Jährigen waren es 8,5 %. Dies ergab einen Unterschied von 10,6 Prozentwerten (Kapella et al., 2011, S.99f).

Zumindest eine psychische Folge sexueller Belästigung gaben 52,7 % der Frauen und 38,1 % der Männer an. Von diesen erlebten 27,1 % der Frauen und 37,8 % der Männer mehr als eine psychische Folge erlebten. Damit wiesen Personen, die sexueller Belästigung ausgesetzt waren, am seltensten psychische Folgen aus diesem Erleben vor. Die meisten Folgen waren bei Männern und Frauen gleich, so grübelten 35,6 % der Frauen und 22,2 % der Männer über die Situation, ein angeschlagenes Selbstwertgefühl; das Gefühl von Erniedrigung berichteten 18 % der betroffenen Frauen und 9,9 % der Männer. Ärger und/oder Rachegefühle empfanden 16,3 % der Frauen und 11,1 % der Männer. Von Schlafstörungen und/oder Alpträumen berichteten 13,8 % der Frauen und 8,3 % der Männer. Am vierthäufigsten gaben Frauen jedoch an, Probleme im Umgang mit Männern zu haben (13,8 %), während Männer in dieser Reihung angaben, Scham- und/oder Schuldgefühle zu verspüren (6,7 %). Zu autoaggressivem Verhalten wie Selbstverletzung kam es in 1,3 % der

weiblichen Fälle und 0,4 % der männlichen Fälle. Suizidgedanken vermerkten 2,6 % der Frauen und 1,2 % der Männer (Kapella et al., 2011, S. 150-154, siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Folgen sexueller Belästigung

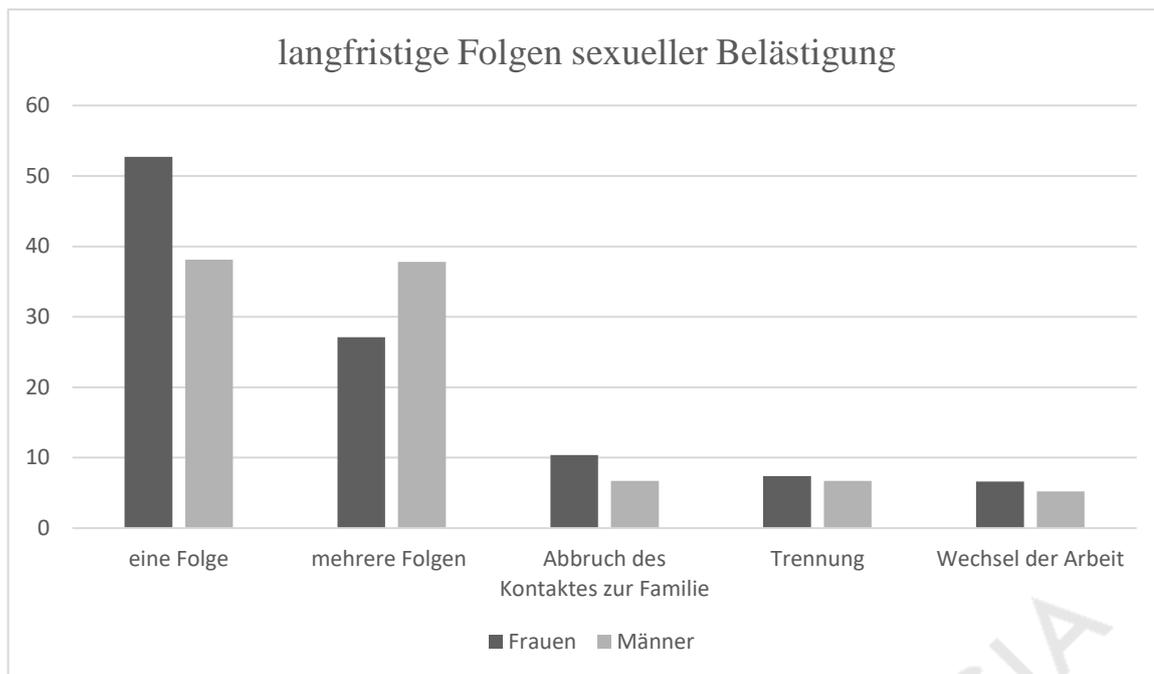


(Quelle: eigene Darstellung)

Psychosoziale Folgen der sexuellen Belästigung waren vorrangig der Abbruch des Kontaktes zu Freunden beziehungsweise Bekannten (10,4 % der Frauen, 9,1 % der Männer), die Trennung von dem/der PartnerIn (7,4 % der Frauen, 6,7 % der Männer) und eine Kündigung beziehungsweise der Wechsel der Arbeit (6,6 % der Frauen, 5,2 % der Männer). Insgesamt betrafen diese 15,4 % der Frauen und 11,9 % der Männer einmal, 8,1 % der Frauen sowie 6,9 % der Männer mehrmals (Kapella et al., 2011, S. 161-164).

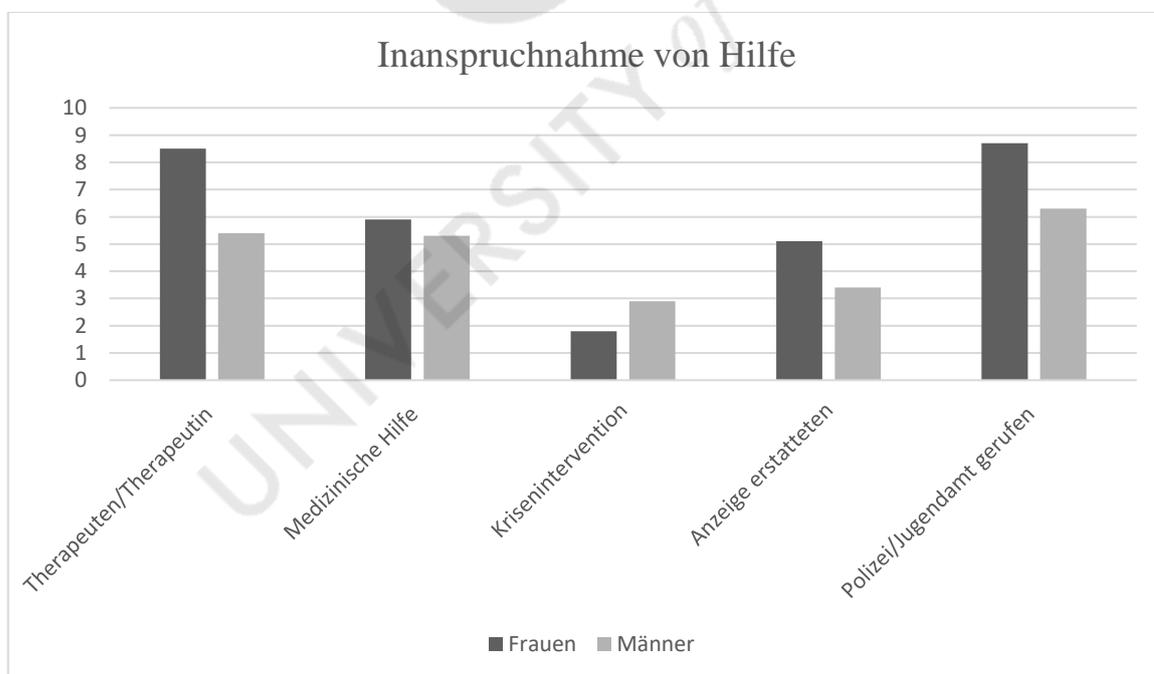
Hilfeleistungen: Infolge dieser Übergriffe suchten 8,5 % der Frauen und 5,4 % der Männer eine Beratungsstelle oder Therapeutinnen auf, 5,9 % betroffene Frauen und 5,3 % betroffene Männer harren medizinische Hilfe in Anspruch genommen. Vor allem bei diesen beiden Angeboten zeigte sich, dass Frauen mit zunehmendem Alter davon Gebrauch machten. Sich an Kriseneinrichtungen gewandt zu haben, berichteten mehr Männer (2,9 %) als Frauen (1,8 %). Bei 8,7 % der Frauen und 6,3 % der Männer wurde die Polizei beziehungsweise das Jugendamt informiert, von einer Anzeigenerstattung berichten Frauen zu 5,1 % und Männern zu 3,4 % (Kapella et al., 2011, S. 204 - 208, S. 210, siehe Abbildung 24).

Abbildung 24: Langfristige Folgen sexueller Belästigung



(Quelle: eigene Darstellung)

Abbildung 25: Inanspruchnahme von Hilfe



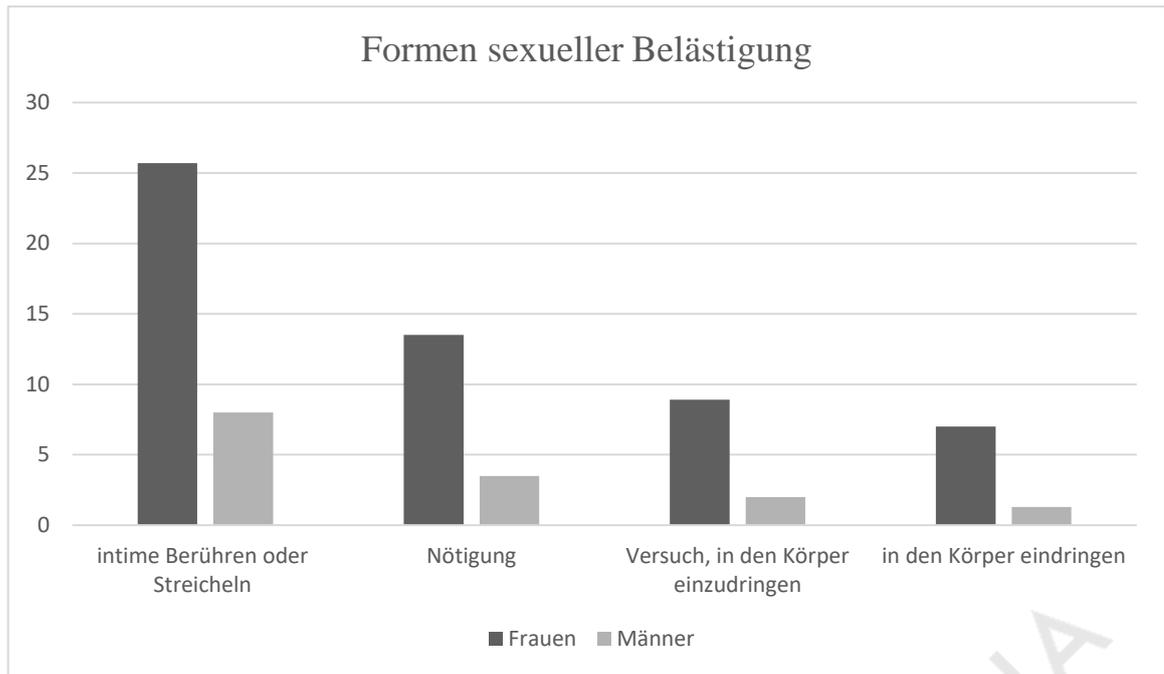
(Quelle: eigene Darstellung)

2.2.2.5. Sexuelle Gewalt

Es gaben 8,8 % der befragten Männer und 29,5 % der Frauen an, mindestens einmal seit dem 16. Lebensjahr sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Die befragten Frauen erlebten dies vor allem in der Partnerschaft (10,7 %), an öffentlichen Orten oder im Freundes- beziehungsweise Bekanntenkreis (je 10,1 %). Wenn Frauen angaben, dass eine Streitsituation dem Übergriff vorausgegangen war, fügten einige an, dass beispielsweise Beziehungskrisen, Zurückweisung, Mobbing, Arbeitsleistung oder auch Machtvermittlung die Ursache dafür gewesen wären. Die betreffenden Lebensbereiche für Männer sahen ähnlich aus. Der Bereich der Partnerschaft war durch den Arbeits- oder Ausbildungsplatz (2,3 %) zu ersetzen, während Freundes- und Bekanntenkreis mit 3,8 % und öffentliche Orte mit 3,2 % auch hier angegeben wurden. Konkret zeigte sich, dass 33,7 % der betroffenen Männer sexuelle Übergriffe in der Wohnung von anderen erlebten, 28,3 % in Lokalen, Restaurants et cetera und 20,7 % am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Die betroffenen Frauen erlebten diese zu gleichen Teilen in der eigenen oder in der Wohnung anderer (32,3 %) und zu 22,8 % in Lokalen, Restaurants et cetera. Ergänzend zu den erhobenen Orten, gaben Frauen den Urlaub und Aufenthalte in medizinisch-sozialen Einrichtungen an, bei Männern fanden das Bundesheer und Aufenthalte in Jugendherbergen Erwähnung (Kapella et al., 2011, S. 59, S. 62 f., S. 64, S. 76, S. 194 f.).

Die am häufigsten erlebte Gewaltform ist das intime Berühren oder Streicheln gegen den eigenen Willen, davon waren 25,7 % der Frauen und 8 % der Männer betroffen. Von diesen gaben 12,1 % der Frauen an, dies einmal erlebt zu haben, während 13,6 % der betroffenen Frauen mehrmalige Übergriffe schilderten. Von Nötigung zu sexuellen Handlungen berichteten 13,5 % der Frauen und 3,5 % der Männer. Auch hier kam es bei betroffenen Frauen häufiger zu mehrmaligen (6,8 %), als einmaligen (6,7 %) Übergriffen. Einen abgewehrten Versuch, zu sexuellen Handlungen genötigt zu werden oder in den Körper einzudringen, gaben 8,9 % Frauen und 2 % Männer an. Über das ungewollte Eindringen in den Körper wurde von 7 % der befragten Frauen und 1,3 % der Männer berichtet. Von sexuellen Übergriffen betroffene Frauen hatten zu 47,9 % und Männer zu 42,4 % zumindest zwei unterschiedliche Situationen erlebt. 34,9 % der Frauen und 34,8 % der Männer berichteten von einmaligen sexuellen Gewalttaten. Die Ergebnisse wurden in Abbildung 26 dargestellt.

Abbildung 26: Formen sexueller Gewalt



(Quelle: eigene Darstellung)

Aus forschungsethischen Gründen wurde im Fragenblock zu sexueller Gewalt nicht die Bedrohlichkeit der Situation erhoben, sondern erfragt, ob die betroffene Person in diesem Moment Angst hatte lebensbedrohlich oder ernsthaft verletzt zu werden. Es gaben 20,4 % der von sexueller Gewalt betroffenen Frauen und zu 11,1 % der betroffenen Männer an, dass dies ein- oder mehrmals der Fall war. Eine genauere Betrachtung hinsichtlich möglicher Altersunterschiede zeigte, dass unter den 51- bis 60-jährige 40,8 % der befragten Frauen bereits mindestens einmal von sexueller Gewalt betroffen waren, im Altern von 16 bis 20 Jahren lag die Anzahl bei 18,6 %. Ebenso zeigte sich ein Unterschied in Bezug auf die höchste abgeschlossene Schulbildung bei Frauen. Während 32,7 % derjenigen mit Pflichtschulabschluss mindestens einmal sexuelle Gewalt erleben mussten, betraf dies 37,3 % der Akademikerinnen (S. 74 ff., S. 77 ff., S. 105-109).

Das Bild der TäterInnen ist geschlechtsspezifisch. Frauen berichteten zu 98,9 % und Männer zu 39,5 % von männlichen Tätern. Männer berichteten zu 53,4 % von weiblichen Täterinnen. Somit erlebten 7 % der Männer und 0,5 % der Frauen sexuelle Übergriffe durch Männer und Frauen im gleichen Ausmaß. Bei Frauen traf dies ausschließlich die 21- bis 30-Jährigen (2,7 %), unter diesen (1,4 %) und in der Gruppe der 41- bis 50-Jährigen (1,1 %) waren auch die einzigen Übergriffe durch andere Frauen zu verzeichnen. Ein anderer Alterseffekt zeichnete sich bei den Männern ab, so berichteten unter den 16- bis 20-Jährigen 28,6 % von Übergriffen durch Frauen und Männer sowie 28,6 % durch Frauen. Männer

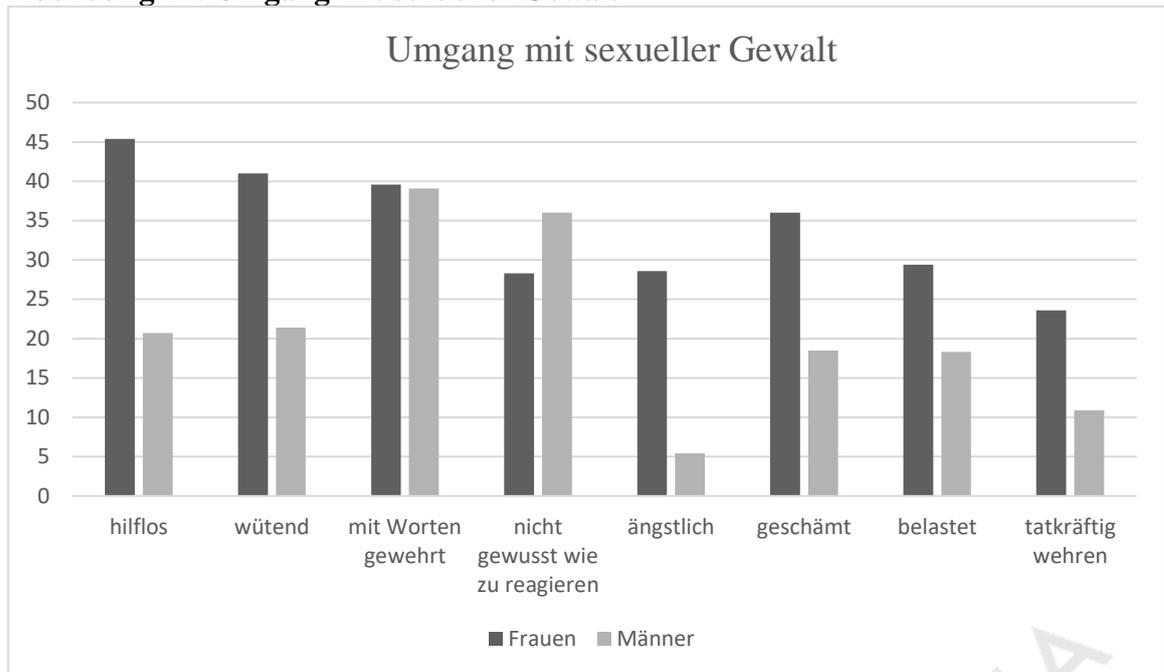
zwischen 51 und 60 Jahren hingegen, erlebten diese nur zu 2,8 % durch Männer und Frauen sowie zu 55,5 % durch Frauen. Ob es sich um einen oder mehrere TäterInnen handelte, war bei beiden Geschlechtern relativ ausgewogen. Jedoch zeigte sich bei einem Vergleich der Alterskohorten ein Unterschied zwischen Frauen im Alter von 16 und 20 Jahren und jenen zwischen 41 bis 50 Jahren. Während Erstere zu 71,4 % von derselben Person berichteten, war dies innerhalb der zweiten Gruppe nur zu 44,4 % der Fall.

Circa die Hälfte der TäterInnen stand mindestens einmal unter Alkoholeinfluss, bei den Betroffenen selbst zeigte sich ein Geschlechterunterschied; 43,5 % der Männer und nur 18,3 % der Frauen gaben an, selbst alkoholisiert gewesen zu sein. Berücksichtigt man auch das Alter, ließ sich feststellen, dass die größte Differenz zwischen 31- bis 40-jährigen (75 %) und 41- bis 50-jährigen (44,4 %) Männern bestand. Drogen waren ein- oder mehrmals bei 5,3 % involviert, selbst konsumiert hatten 5,1 % der Männer und 1,2 % der Frauen. Dies war für keinen Mann von 41 bis 60 Jahren der Fall, allerdings für 20 % der 16- bis 20-Jährigen sowie jenen von 31 bis 40 Jahren. Unter den weiblichen Betroffenen bildeten die 15,3 % der 21- bis 30-Jährigen die größte Gruppe, die Kleinste bestand aus den 2,9 % der 31- bis 40-Jährigen.

Eine Streitsituation beeinflusste 4,1 % der TäterInnen gegenüber Männern einmalig und 1,4 % mehrmals, für Frauen war dies zu 7,4 % mehrmals und 1,8 % einmalig der Fall. Von psychischen Ausnahmezuständen der TäterInnen berichteten 5,9 %, eigene Ausnahmezustände wurden zu 1,4 % angegeben. Diese Zustände der TäterInnen wurden von einigen Befragten als Verlustangst oder psychische Krankheit erklärt (Kapella et al., 2011, S. 178 - 192, S. 197).

Sexuelle Gewalterfahrungen wiesen überwiegend eine sehr schwere Viktimisierung auf, so waren 19,1 % der Frauen und 5,1 % der Männer davon betroffen. Schwere Viktimisierung war bei 9,7 % der Frauen und 3,6 % der Männer festzustellen. Die häufigste Reaktion bei Männern (39,1 %) bestand im Wehren mit Worten, bei Frauen (39,6 %) bildet dies die zweithäufigste Angabe, denn sie berichteten häufiger davon, sich hilflos gefühlt zu haben (zu 45,4 %, Männer 20,7 %). Nicht gewusst, wie sie reagieren sollten, haben 28,3 % der Frauen und 36 % der Männer. Mehr Frauen als Männer gaben auch an, wütend geworden zu sein (41,2 % Frauen, 21,7 % Männer), sich geschämt zu haben (36 % Frauen, 18,5 % Männer), sich belastet gefühlt zu haben (29,4 % Frauen, 18,3 % Männer), Angst verspürt zu haben (28,6 % Frauen, 5,4 % Männer) und sich tatkräftig gewehrt zu haben (23,6 % Frauen, 10,9 % Männer). Männer tendierten zu 23,9 % eher dazu, es zu ignorieren, Frauen machen diese Angabe zu 13,4 % (Kapella et al., 2011, S. 123 f., S. 201 f., siehe Abbildung 27).

Abbildung 27: Umgang mit sexueller Gewalt



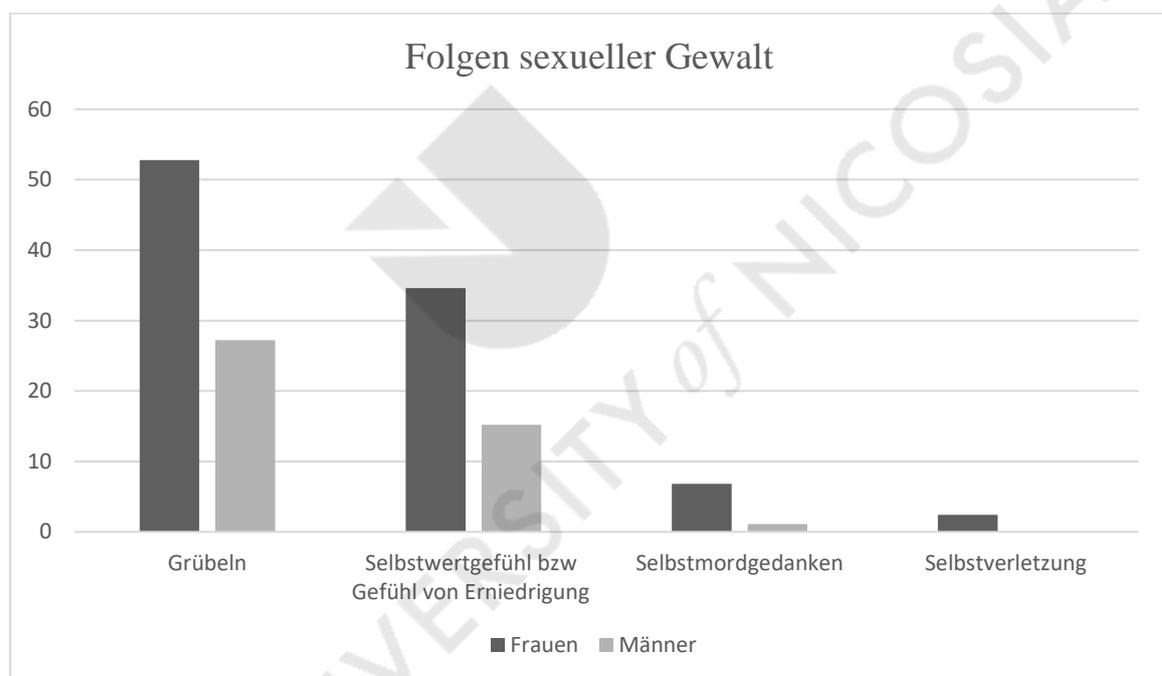
(Quelle: eigene Darstellung)

Der Gruppe jener, welche über das ungewollte Eindringen mit einem Penis oder etwas anderem in ihren Körper berichtete, war überwiegend auch physische oder psychische Gewalt widerfahren, sodass circa die Hälfte der Betroffenen auch zumindest eine körperliche Verletzung aufwies. Nicht einmal ein Drittel der hiervon betroffenen Männer und Frauen hatte medizinische Hilfe in Anspruch genommen, jedoch hatte die Hälfte der betroffenen und verletzten Frauen eine Beratungsstelle aufgesucht. Insgesamt hatten 16 % der von sexueller Gewalt betroffenen Frauen und 2,6 % der Männer eine Beratungsstelle oder einen Therapeuten/ eine Therapeutin aufgesucht. Männer (5,1 %) nahmen eher medizinische Hilfe in Anspruch, für Frauen war diese die zweithäufigste Nennung (11,3 %). Es hatten sich 4,1 % der Frauen an eine Kriseneinrichtung gewandt, was keiner der betroffenen Männer angibt. Selbst die Polizei eingeschaltet hatten 8,7 % der Frauen und 3,8 % der Männer, sie gaben häufiger an, dass die Polizei oder das Jugendamt durch andere eingeschaltet wurden (3,5 % der Frauen, 5,1 % der Männer). Anzeige erstattet hatten 6,4 % der betroffenen Frauen und 1,3 % der betroffenen Männer (Kapella et al., 2011, S. 110 ff., S. 204 - 210).

Infolge sexueller Gewalt erlebten 76,6 % der betroffenen Frauen und 50 % der betroffenen Männer mindestens eine psychische Folge. Diese umfassten für 52,5 % der Frauen und 27,2 % der Männer das Grübeln über die Situation. Bei Frauen folgte daraufhin ein angeschlagenes Selbstwertgefühl, das Gefühl von Erniedrigung (34,6 %), Männer berichteten am zweithäufigsten jedoch von Scham- und/oder Schuldgefühlen (18,5 %),

welche bei Frauen nicht unter den fünf meist genannten zu finden waren. Das Gefühl von Erniedrigung beziehungsweise ein angeschlagenes Selbstwertgefühl hatten 15,2 % der Männer. Es berichteten 27 % der Frauen von Niedergeschlagenheit oder Depression, während diese Folge bei Männern nicht unter den am häufigsten Genannten zu finden waren. Probleme im Umgang mit dem jeweils anderen Geschlecht, nach der erlebten sexuellen Gewalthandlung, hatten 26,8 % der Frauen und 10,9 % der Männer bemerkt. Von 26,2 % der Frauen und 9,8 % der Männer wurde schließlich berichtet, dass sie Schwierigkeiten hätten, in Beziehungen Vertrauen aufzubauen. Zu Suizidgedanken führten diese Erlebnisse bei 6,8 % der betroffenen Frauen und 1,1 % der betroffenen Männer. Von Selbstverletzung berichteten 2,4 % der weiblichen Betroffenen, jedoch kein Mann (Kapella et al., 2011, S. 150-154). Die Ergebnisse wurden in Abbildung 28 dargestellt.

Abbildung 28: Folgen sexueller Gewalt

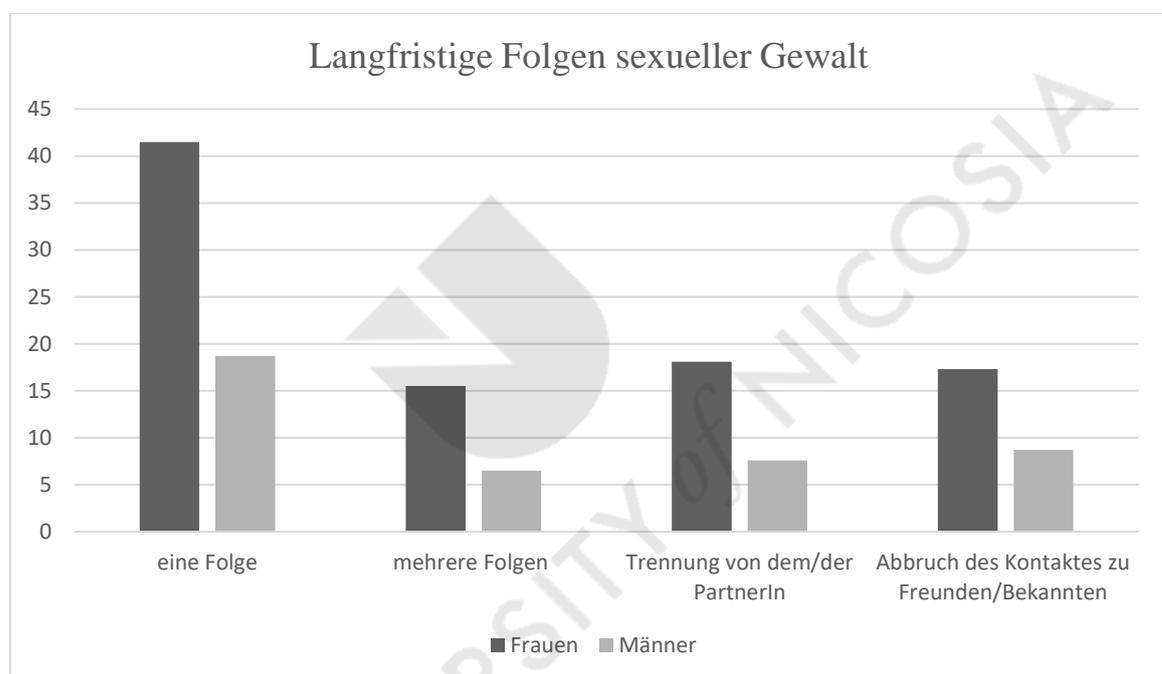


(Quelle: eigene Darstellung)

Zumindest eine körperliche Folge aus solchen Übergriffen betraf 38,5 % der Frauen und 19,4 % der Männer, aus diesen hatten 14,5 % der Frauen und 2,8 % der Männer nur eine Folge angegeben. Die häufigste Folgeerscheinung war für Männer (13 %) und Frauen (23,7 %) Schmerzen. Am zweithäufigsten waren für Männer offene Wunden, zum Beispiel Schnittwunden, Hautabschürfungen, Verbrennungen (8,8 %). Für Frauen waren dies blaue Flecken/Prellungen/Hämatome (22,2 %). Von 21,8 % der Frauen und 8,6 % der Männer wurden Bauch- beziehungsweise Magenschmerzen angegeben (Kapella et al., 2011, S. 155-160).

Langfristige psychosoziale Folgen ergaben sich für 41,5 % der betroffenen Frauen und 18,7 % der Männer zumindest in einem Bereich. Mehrere Bereiche waren für 15,5 % der Frauen und 6,5 % der Männer beeinträchtigt. Für beide Geschlechter war vor allem eine Trennung von dem/der Partner (18,1 % Frauen, 7,6 % Männer) sowie der Abbruch des Kontaktes zu Freunden beziehungsweise Bekannten (17,3 % Frauen, 8,7 % Männer) zu verzeichnen. Außerdem kam es bei 5,4 % der Männer zu einer Kündigung beziehungsweise einem Wechsel der Arbeit. Für 9,7 % der Frauen folgte ein Umzug beziehungsweise Auszug aus der Wohnung auf einen sexuellen Übergriff (Kapella et al., 2011, S. 161-164, siehe Abbildung 29).

Abbildung 29: Langfristige Folgen sexueller Gewalt



(Quelle: eigene Darstellung)

Im Rahmen der Erhebungen zu den möglichen Ereignissen der letzten drei Jahre, wurden Täter und Täterinnen miteingeschlossen. Auch hier ist festzuhalten, dass Frauen häufiger Betroffene der unterschiedlichen Gewaltformen werden, außer bei körperlicher Gewalt, welche Männer und Frauen fast zu gleichen Teilen betrifft. In einem Altersvergleich zeige sich laut Kapella et al. (2011, S. 135), dass die Erfahrungen hinsichtlich physischer und psychischer Übergriffe, aber auch sexueller Belästigung mit zunehmendem Alter deutlich abfalle. Dies bestätige die Ergebnisse bisheriger Gewaltprävalenzstudien, dass Gewalt überwiegend in der ersten Lebenshälfte erlebt werde (Kapella et al., 2011, S. 130, S. 135).

2.2.3. Gewalthandlungen innerhalb der letzten drei Jahre

Von den befragten Personen gaben 40,8 % der Frauen und 31,8 % der Männer an, innerhalb der letzten drei Jahre psychische Gewalterfahrung gemacht zu haben. Der Anteil der von physischer Gewalt Betroffenen lag bei 15,4 % der Frauen und 15,1 % der Männer. Diese Erfahrungen bestanden für Männer und Frauen zu 8,5 % beziehungsweise 8,9 % im absichtlich Weggestoßen-werden und für 6,4 % und 5,1 % wurde diese in Form von leichten Ohrfeigen erlebt. Am dritthäufigsten wurde Männern ernsthaft gedroht, körperlich angegriffen oder verletzt zu werden (4,6 %), während 4,8 % der Frauen getreten, gestoßen oder hart angefasst wurden. Sexuelle Belästigung erlebten 30,5 % der befragten Frauen und 6,2 % der befragten Männer innerhalb der letzten drei Jahre. Frauen erlebten insbesondere, dass ihnen jemand zu nahe kam, sodass sie es als aufdringlich empfanden (19,3 %), während 3,6 % der Männer davon berichteten. Außerdem schilderten 16,7 % sich durch Nachpfeifen oder Anstarren sexuell belästigt gefühlt zu haben, was für 1,2 % der Männer zutraf. Ebenso viele wurden auf eine Art und Weise angesprochen, die sie als sexuell belästigend empfunden hatten, während 15 % der befragten Frauen dies angaben. Das Erleben sexueller Gewalt in den letzten drei Jahren gaben 8,5 % der weiblichen Befragten und 2,1 % der männlichen Befragten an.

2.2.3 Gewalthandlungen während der Kindheit

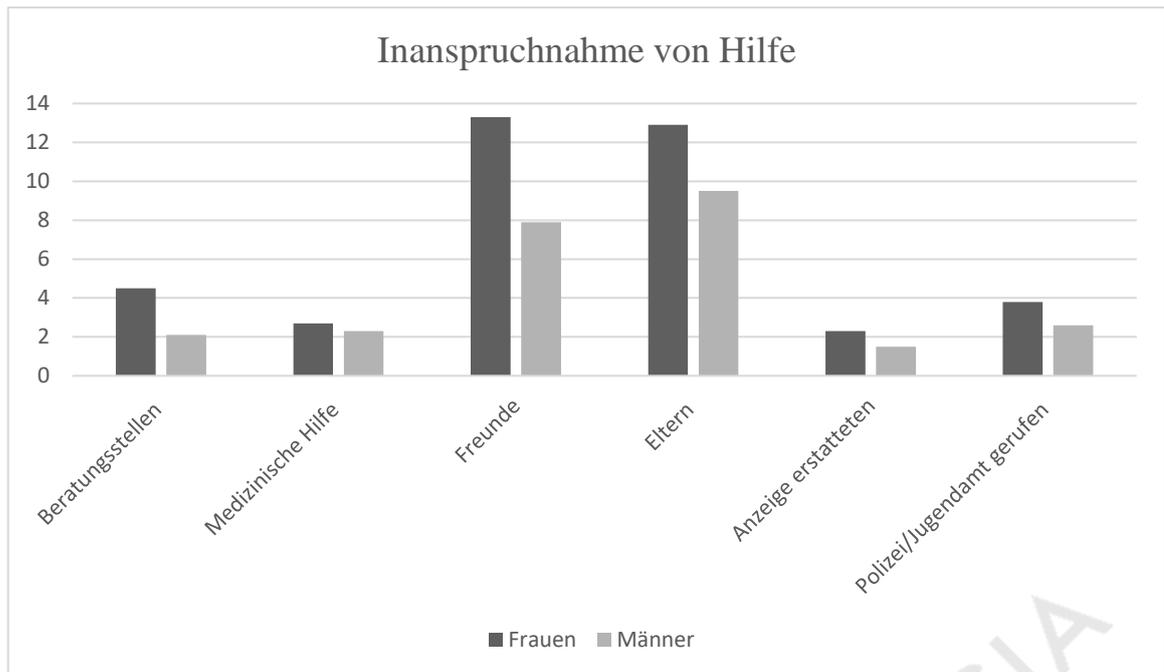
Die Kindheit umfasste im Zuge dieser Studie die Lebensphase bis zum 16. Lebensjahr. Es wurde eine Unterscheidung zwischen den drei Formen der psychischen, physischen und sexuellen Gewalt vorgenommen. Zu Überschneidungen psychischer und physischer Übergriffe kam es in 38,7 % der Frauen und in 51,5 % der Männer. Alle drei Formen erlebten 23 % der Frauen und 11 % der Männer. Generell trat sexuelle Gewalt in den meisten Fällen in Kombination mit einer der anderen beiden Gewaltformen auf. Ein Vergleich der Alterskohorten zeigte zudem, dass in allen drei Gewaltformen, ältere Menschen eher von Übergriffen betroffen waren als Jüngere (Kapella et al., 2011, S. 212 - 215). Aus den Befragten berichteten 72,8 % der Männer und 74,8 % der Frauen in ihrer Kindheit von psychischer Gewalt betroffen gewesen zu sein. Von physischen Übergriffen in der Kindheit berichteten 73,7 % der männlichen und 72,6 % der weiblichen Befragten. Sexuelle Übergriffe bis zum 16. Lebensjahr wurden von 27,7 % der Frauen und 12 % der befragten Männer angegeben.

2.2.4 Hilfsangebote

Die Inanspruchnahme möglicher Hilfsangebote fiel insgesamt eher gering aus. Wenn Hilfe in Anspruch genommen wurde, so wandten sich die Betroffenen am ehesten an Freundinnen (13,3 % der Frauen, 7,9 % der Männer), an Eltern (12,9 % Frauen, 9,5 % Männer), oder an eine andere erwachsene Person (6,3 % Frauen, 3,9 % Männer); es wurde somit tendenziell nicht institutionalisierte Unterstützung bevorzugt. Am ehesten wurden noch Beratungsstellen beziehungsweise eine Therapie genutzt (4,5 % Frauen, 2,1 % Männer) sowie medizinische Hilfe (2,7 % Frauen, 2,3 % Männer) in Anspruch genommen. Die Polizei oder das Jugendamt wurde in 3,8 % der weiblichen und 2,6 % der männlichen Fälle durch die Personen selbst oder durch andere kontaktiert, Anzeige erstatteten schließlich 2,3 % der betroffenen Frauen und 1,5 % der betroffenen Männer (Kapella et al., 2011, S. 226 f.).

Vor allem sich an eine FreundIn oder die Eltern zu wenden, wurde überwiegend von Jüngeren berichtet. Sich an eine andere erwachsene Person zu wenden, zeigte zwar bei Frauen keine Besonderheiten, bei Männern jedoch nutzten jene zwischen 16 und 20 Jahren diese Möglichkeit zu 10,7 %, ältere Männer zwischen 51 und 60 Jahren zu 1,7 %. Eine Anzeige zu erstatten war bei älteren Teilnehmerinnen von 51 bis 60 Jahren (3,8 %) häufiger als bei jenen zwischen 41 und 50 Jahren (1,4 %). Auch das Aufsuchen einer Beratungsstelle oder Therapie konnte doppelt so häufig bei älteren Frauen zwischen 51 und 60 Jahren (5 %), als jenen von 16 bis 20 Jahren (2,5 %) verzeichnet werden. Die Polizei selbst einzuschalten wurde von 16 bis 20-jährige Männer und Frauen am häufigsten vorgenommen (5,1 % Frauen, 3,6 % Männer), am seltensten nutzten dieses Hilfsangebot 41- bis 50-Jährige (1,4 % Frauen, 0,4 % Männer). Während das Einschalten von Polizei oder Jugendamt durch andere bei Frauen einen dahingehenden Unterschied zeigte, dass dies in der ältesten Altersgruppe, also den 51- bis 60-Jährigen am häufigsten vorkam (3,8 %), am seltensten bei den 21- bis 30-Jährigen (0,8 %). Zeigte sich bei Männern hingegen, dass dies mit 0,4 % am seltensten in der ältesten Gruppe vorkommt (41 bis 60 Jahre) und mit 2 % am häufigsten unter den 21- bis 30-Jährigen. Die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe wurde in der ältesten Frauengruppe mit 3,8 % am häufigsten angeführt, bei Männern bildete diese mit 0,9 % die kleinste Gruppe, unter ihnen nutzen dieses Hilfsangebot mit 4,5 % die 31- bis 40-Jährigen am häufigsten (Kapella et al., 2011, S. 227 - 231). Die Ergebnisse wurden in Abbildung 30 dargestellt.

Abbildung 30: Inanspruchnahme von Hilfe



(Quelle: eigene Darstellung)

2.2.5 Psychische und somatische Beschwerden

Erhebungen zu psychischen und somatischen Beschwerden wurden mit Hilfe von neunzehn Items erhoben. Diese zeigten einen Geschlechterunterschied, dahingehend, dass Frauen belasteter waren und stärker durch gesundheitliche Einschränkungen beeinträchtigt waren. In Hinblick auf das häufige Belastungsempfinden betraf dies vor allem die Kategorien Stress beziehungsweise Überlastung (33,1 % Frauen, 20 % Männer), allgemeine Schwäche beziehungsweise Müdigkeit (25,3 % Frauen, 12,2 % Männer), das Gefühl, dass einem alles über den Kopf wachse (17,4 % Frauen, 5,7 % Männer), Nervosität beziehungsweise Anspannung (17,3 % Frauen, 8,3 % Männer), Reizbarkeit (12,2 % Frauen, 6 % Männer) und Niedergeschlagenheit beziehungsweise Depression (9,5 % Frauen, 4,8 % Männer). Häufige somatische Beschwerden fanden sich vor allem in Form von Kopfschmerzen (17,3 % Frauen, 7 % Männer), Schlafstörungen beziehungsweise -losigkeit (16,8 % Frauen, 9,8 % Männer), Gedächtnisschwäche beziehungsweise Konzentrationsschwierigkeiten (12,8 % Frauen, 6,2 % Männer) und Magen-Darmproblemen (9,7 % Frauen, 4,4 % Männer). Auch das Gefühl nicht mehr Leben zu wollen (17,7 % Frauen, 14,4 % Männer) oder Gedanken zu autoaggressiven Handlungen (8,5 % Frauen, 6,6 % Männer) zumindest einmal erlebt zu haben, wurde vermehrt von Frauen berichtet. Kombinationen dieser somatischen und psychischen Einschränkungen

innerhalb der letzten zwölf Monate, wurden von Frauen (35,8 %, 22,6 % Männer) am häufigsten der 11 bis 15 Probleme umfassenden Kategorie zugeordnet, Männer (26,6 %, 24,8 % Frauen) erlebten diese Kombinationen in Form von 7 bis 10 Problemen am häufigsten. Die genannten Stress- und Überlastungsgefühle sowie das Gefühl, dass einem alles über den Kopf wachse, nahm bei Frauen mit steigendem Alter ab; während 45,2 % beziehungsweise 21,5 % der 16- bis 20-Jährigen davon berichteten, waren es unter den Frauen über 51 Jahren 23,2 % beziehungsweise 12,3 %. Eine höhere abgeschlossene Schulausbildung als der Pflichtschulabschluss schien ebenfalls einen positiven Einfluss auf die erlebte Gesundheit des letzten Jahres zu haben. So gab es zwar kaum einen Unterschied hinsichtlich Stress beziehungsweise Überlastung, jedoch zeigte sich bei häufigen Kopfschmerzen, dass 27,7 % der Frauen mit Pflichtschulabschluss, aber nur 11,5 % der Akademikerinnen darunter litten. Bei Männern zeigte sich dieser Unterschied hinsichtlich des Empfindens von Stress beziehungsweise Antriebslosigkeit; 33,3 % der Männer mit Pflichtschulabschluss gaben dies an, gegenüber 17,5 % der Akademiker (Kapella et al., 2011, S. 256 - 260, S 268 f.).

Mögliche Einflüsse des Schweregrad-Scores der erlebten Gewalthandlungen auf die zuvor erläuterten Lebensgestaltung und die Sicht darauf, wurden ebenso untersucht. So zeigte sich etwa, dass die Wahrnehmung des positiven, partnerschaftlichen Einflusses auf die eigene Person mit steigendem Schweregrad-Score sank. Sahen im Mittel noch rund die Hälfte der Frauen (48 %) und Männer (55 %) ohne Gewalterfahrungen positiven Einfluss durch ihreN PartnerIn, waren es unter jenen mit hohem Schweregrad-Score weit weniger Frauen (27 %) und Männer (21 %). Mit zunehmender Gewalterfahrung wurden auch die Wahrnehmung des allgemeinen Gesundheitszustandes und die Überzeugung, Lebensbereiche aktiv beeinflussen zu können, negativ alteriert. Untersuchungen zum Gesundheitszustand des letzten Jahres wurden in den am häufigsten genannten Kategorien vorgenommen. Sowohl Stress und Überlastung als auch allgemeine Schwäche beziehungsweise Müdigkeit, Kopfschmerzen sowie das Gefühl, alles wachse einem über den Kopf, wurden umso häufiger berichtet, je höher die Schwere der Gewalterfahrungen waren. Diese Effekte auf den Gesundheitszustand und das Überforderungsgefühl blieben auch unter Berücksichtigung des Alters und des Bildungsniveaus, der Gesundheit und zusätzlich des Geschlechts bestehen (Kapella et al., 2011, S. 260 - 269).

Tabelle 1: Übersicht der Ergebnisse der Gewaltprävalenzstudie

Parameter		Psychische Gewalt	Physische Gewalt	Sexuelle Belästigung	Sexuelle Gewalt
<i>mindestens einmal diese Form von Gewalt erlebt</i>	<i>Frauen</i>	85,7	56,8	74,2	29,5
	<i>Männer</i>	78,4	61,4	27,2	8,8
<i>häufigster Lebensraum der Erlebnisse</i>	<i>Frauen</i>	Arbeitsplatz 49,4	(Partnerschaft) 29,1	Öffentlicher Raum 51,3	Partnerschaft Männer: 10,7 Frauen: 1,3
	<i>Männer</i>	46,6	(Öffentlicher Raum) 33,0	12,4	Arbeits-/Ausbildungsplatz Männer: 7,6 Frauen: 2,3
<i>Wurde die Situation bedrohlich erlebt?</i>	<i>Frauen</i>	39,8	29,6	29,7	Angst vor Verletzung: 20,4
	<i>Männer</i>	30,6	27,9	5,6	11,1
<i>schwere Viktimisierung</i>	<i>Frauen</i>	50,8	39,9	53,3	9,7
	<i>Männer</i>	49,4	46,3	17,7	3,6
<i>sehr schwere Viktimisierung</i>	<i>Frauen</i>	30,3	9,4	14,4	19,1
	<i>Männer</i>	18,8	9,2	1,6	5,1

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Fortsetzung der Tabelle 1.

Parameter		Psychische Gewalt	Physische Gewalt	Sexuelle Belästigung	Sexuelle Gewalt
		(Täter männlich)	(Täter männlich)		
<i>Wer waren die TäterInnen?</i>	<i>Frauen</i>	50,4	68,9	(Täter männlich) 95,5	(Täter männlich) 98,9
	<i>Männer</i>	49,2	67,6	(Täter weiblich) 60,5	(Täter weiblich) 53,4
<i>mindestens eine psychische Folge</i>	<i>Frauen</i>	87,8	76,0	52,7	76,6
	<i>Männer</i>	79,1	61,9	38,1	50,0
<i>mindestens eine körperliche Folge</i>	<i>Frauen</i>	/	63,9	/	38,5
	<i>Männer</i>	/	62,4	/	19,4
<i>mindestens eine langfristige psychosoziale Folge</i>	<i>Frauen</i>	66,3	51,5	15,4	41,5
	<i>Männer</i>	56,1	33,4	11,9	18,7
<i>häufigste in Anspruch genommene Hilfsangebote</i>			Medizinische Hilfe		Medizinische Hilfe
	<i>Frauen</i>		21,1		11,3
	<i>Männer</i>		20,0		5,1
		Beratungsstelle / TherapeutIn	Beratungsstelle / TherapeutIn	Beratungsstelle / TherapeutIn	Beratungsstelle / TherapeutIn
	<i>Frauen</i>	19,6	21,7	8,5	16,0
	<i>Männer</i>	11,2	10,7	5,4	2,6
<i>Waren Sie auch innerhalb der letzten 3 Jahre betroffen?</i>	<i>Frauen</i>	40,8	15,4	30,5	8,5
	<i>Männer</i>	31,8	15,1	6,2	2,1
<i>Waren Sie in der Kindheit betroffen?</i>	<i>Frauen</i>	74,8	72,6	zusammen mit sexueller Gewalt erhoben	27,7
	<i>Männer</i>	72,8	73,7		12,0
<i>eigene Täterschaft</i>	<i>Frauen</i>	95,7	59,0	2,0	Erhebung rein bei selbst zum „Opfer gewordenen“ 19,6
	<i>Männer</i>	93,2	57,0	9,0	38,1

2.2.6 Kritische Würdigung

Obgleich die vorangehende spezielle Schulung für InterviewerInnen positiv zu verzeichnen ist, bleibt doch ungeklärt, weshalb für diese Aufgabe nicht Personen herangezogen wurden, welche bereits Erfahrung im Umgang mit sensiblen Themen sammeln konnten oder auch aus entsprechenden Fachgebieten stammten. Dies könnte zum Beispiel durch die erhöhte Selbstsicherheit und Professionalität der InterviewerInnen positiven Einfluss auf ihre InterviewpartnerInnen haben, welcher es ihnen beispielsweise ermöglichen könnte offener oder detaillierter erzählen zu können.

Das Vorgehen der Rekrutierung der Online-TeilnehmerInnen wurde unter dem Aspekt vorgenommen, möglichst den verbundenen Vorteil der telefonischen Kontaktaufnahme und damit verbundener höherer Qualität der persönlichen Angaben und geringerem Einfluss des Internetverhaltens zu nutzen. Allerdings weisen Kapella et al. (2011, S. 46 f.) selbst darauf hin, dass die finanzielle Vergütung des mit der Teilnahme verbundenen Zeitaufwands, die Zusammensetzung der Stichprobe beeinflussen könnte.

Im Zuge der Stichprobenbeschreibung der Gewaltprävalenzstudie wird ein Vergleich der österreichischen Bevölkerung und der Stichprobe dieser Studie hinsichtlich Alter und höchster abgeschlossener Schulbildung, im Geschlechtervergleich, vorgenommen. Somit fehlen Vergleiche in Bezug auf Familienstand, Bundesländerverteilung, Erwerbsstatus, beruflicher Stellung, durchschnittlichem Netto-Haushaltseinkommen, eigenem monatlichem Nettoeinkommen, Staatsangehörigkeit und Religionszugehörigkeit. Auch der Abschnitt zu Lebensbedingungen enthält keinen Vergleich mit der österreichischen Bevölkerung und jener zu Methodeneffekten innerhalb der Stichprobe keinen zwischen face-to-face und Online-Erhebung. Zudem wurden die vollzogenen Vergleiche ohne zusätzlichen statistische Testverfahren vorgenommen, sodass lediglich Prozentwerte gegenübergestellt werden können. Ebenso verhält es sich mit den vollzogenen Geschlechter-, Alters- und Bildungsvergleichen: Es gibt zwar Angaben zu prozentuellen Unterschieden, jedoch keine Hinweise auf statistische Signifikanz. Positiv zu vermerken ist, dass für die Berechnung des Einflusses des Schweregrad-Scores auf Lebensbedingungen, Regressionsanalysen vorgenommen und somit potentielle Störvariablen miteinbezogen wurden.

In Bezug auf physische Gewalterfahrung wurden den Befragten die Möglichkeit geboten sowohl Internet als auch Telefon als Orte des Geschehens anzugeben. Diese Option gibt es jedoch nicht für sexuelle Gewalt, psychische Gewalt oder auch sexuelle Belästigung. Speziell im Vergleich der Orte der tätlichen Übergriffe (Kapella et al., 2011, S.64) macht

sich dies bemerkbar, da die Möglichkeit fehlt diesen erschöpfend anzustellen. Primär aber fallen damit zwei potenzielle Bereiche weg, wodurch die Angaben der Befragten unvollständig sein könnten. Die eigentliche Notwendigkeit diese Kategorien zu nutzen, zeigt sich außerdem im offenen Antwortformat, in welchem Frauen gehäuft diese beiden Kategorien und ehrenamtliche Tätigkeiten anführten. Männern nannten außerdem Kategorien wie Bundesheer, Politik und Therapie (Kapella et al., 2011, S.73). Obwohl positiv zu verzeichnen ist, dass mit dem offenen Antwortformats auch eine Erhebung der Häufigkeit vorgenommen wurde, ist diese leider nicht in der Auswertung angeführt.

Die Erkenntnis, dass die Antwortformate, welche im Rahmen der Erhebung der Lebensbereiche, in welchen sexuelle Übergriffe in der Kindheit stattgefunden haben könnten, nicht ausreichend sind, um alles abzudecken - da die häufigste Antwort einen anderen Lebensbereich umschreibt - hätte genutzt werden können, um weitere Bereiche aufzudecken. Statt anhand der genannten TäterInnen diese Lebensbereiche zu erschließen, wäre es auch möglich gewesen - wie in anderen Themengebieten zuvor - qualitativ vorzugehen und so auf einen möglichen blinden Fleck hinzuweisen, der in zukünftigen Erhebungen adaptiert werden könnte.

Im Zuge des Erlebens der aktuellen Partnerschaft werden zwar die erfragten, attribuierten Eigenschaften separat dargestellt, zu Effekten zwischen den Alterskohorten gibt es jedoch nur eine Erläuterung zu den häufigsten und seltensten Vorkommnissen, ohne genauere Darstellung dieser. Ebenso betrifft dies die Ausführungen zu erlebten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Befragten, es werden zwar ausgewählte Alters- und Bildungseffekte ausgeführt, jedoch keine weiteren Ergebnisse dazu dargelegt. Ein Balkendiagramm dazu hätte eigenständige Schlüsse zugelassen - wie es sonst der Fall war - eine Untersuchung ob diese Unterschiede signifikant sind, wäre wie bereits erläutert auch in diesem Bereich wünschenswert gewesen.

Insgesamt liefert die Studie wertvolle Einzeldaten einer Zufallsstichprobe zur Selbsteinschätzung von Gewalterfahrungen. Diese Einschätzung erfolgt in zwei Formen, sodass es einerseits eine Selbstauskunft gibt (erlebt/nicht erlebt) und andererseits eine Zustimmung bzw. Ablehnung zu vorgestellten Situationen. Mangels einer Open Science Haltung wurden die Rohdaten nicht für die weitere Forschung zugänglich gemacht. So haben weder die AutorInnen, noch Nachfolgeuntersuchungen, inferenzstatistische Methoden für weiterführende Auswertungen angestellt.

2.3 Rehabilitationen in Österreich

Dieses letzte Kapitel des theoretischen Überblicks betrifft aktuelle Zahlen und Entwicklungen von Rehabilitationsmöglichkeiten in Österreich (Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, 2020). Medizinische Rehabilitation versteht sich, wie im Rehabilitationsplan 2004 und 2012 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit, kurz ÖBIG) festgehalten, als Bindeglied zwischen psychiatrischer Akutversorgung und beruflicher Rehabilitation. Sie soll durch besonders hohe Realitäts- und Lebensnähe eine ausreichende Stabilisierung für die darauffolgende berufliche Rehabilitationsmaßnahme oder die unmittelbare Eingliederung in das Berufsleben schaffen (ÖBIG-Rehabilitationsplan 2004, 2021).

2.3.1 Entwicklung und Ziele

Die Notwendigkeit für derartige Rehabilitation zeigte sich bereits um die Jahrtausendwende, als eine anhaltend steigende Tendenz von Neuzugängen an Berufsunfähigkeit- und Invaliditätspensionen infolge psychischer Erkrankung zu erkennen war. Tabelle 2 listet die häufigsten Krankheitsgruppen in Prozent auf, die 2003 und 2004 als Ursache bei der Beantragung der Berufsunfähigkeit- und Invaliditätspensionen bei der Pensionsversicherungsanstalt, kurz PVA, angeführt wurden (Kollmann & Fock-Putschi, 2006). Diese Zahlen verdeutlichen unter welcher statistischen Situation die ersten stationären psychiatrischen Kliniken 2002 gegründet wurden.

Tabelle 2: Häufigste Krankheitsgruppen in Prozent, die Ursache für eine Zuerkennung einer vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit in den Jahren 2003 und 2004 waren

Krankheitsgruppen	Männer und Frauen		Männer 2004	Frauen 2004
	2003	2004		
<i>Stütz- und Bewegungsapparat Krankheiten</i>	32,3	33,9	38,2	24,3
<i>Psychiatrische Krankheiten</i>	24,7	25,6	20,1	37,9
<i>Herz-Kreislauf-Krankheiten</i>	9,0	9,4	11,7	4,2
<i>Krankheiten des Nervensystems</i>	4,2	4,3	3,6	5,7
<i>Krankheiten der gehirnversorgenden Gefäße</i>	2,8	2,8	2,9	2,6

Quelle: PVA-Jahresberichte 2003 und 2004

Um diesen Zahlen entgegenzuwirken, wird seit einigen Jahren in Österreich den vorzeitigen Pensionierungen mittels gezielter Rehabilitation gegengesteuert. Daher sind österreichweit in den letzten 20 Jahren neue Rehabilitations (kurz Reha)-Zentren entstanden (Lenz, 2012). So wurden in Österreich 2002 die ersten stationären psychiatrischen Reha-Kliniken in Kärnten, Klagenfurt und Oberösterreich, Bad Hall begründet. Von 2007 an wurden kontinuierlich weitere Kliniken eröffnet. Ab 2010 gibt es in Österreich nun auch ambulante psychiatrische Reha-Kliniken (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Betten der psychiatrischen Reha-Kliniken in Österreich

Krankenanstalt	Bezeichnung	BÄ
Rust REHABZ PSY*	Sonnenpark Neusiedlersee – Zentrum für psychosoziale Gesundheit	95
Klagenfurt SKA	Reha-Klinik für Seelische Gesundheit	97
Ottenschlag SKA	Lebens.Resort Ottenschlag	46
Hollenburg PKL*	Privatklinik Hollenburg	114
Gars/Kamp REHABZ*	Rehabilitationsklinik Gars am Kamp	95
Bad Hall REHABZ PSY*	Sonnenpark Bad Hall – Zentrum für psychosoziale Gesundheit	114
St Radekund PKL	Privatklinik St. Radekund	131
Lans REHABZ PSY*	Sonnenpark Lans – Zentrum für psychosoziale Gesundheit	95
St. Veit PSY-REHA*	Landesklinik St. Veit im Pongau – Psychiatrische Rehabilitation	14
		801

* Grobabschätzung der BÄ (mit 95 % Auslastung) auf Basis der verfügbaren Informationen;
Quelle: Rehabilitationsplan 2012 [3]

Im Rehabilitationsplan von 2012 (Reiter, Fülöp & Gyimesi, et al., 2012) wurde ein Ist-Stand an Betten in der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation im Jahr 2010 von 817 Betten angegeben (angegeben unter PSY im Rehabilitationsplan 2012, Hauptverband der Sozialversicherungsträger). Bei einer durchschnittlichen Dauer der Reha von 6 Wochen bedeutet dies, dass bei einer Dauerbelegung etwa 7.350 Menschen pro Jahr stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Anspruch nehmen können. Planungen zufolge sollten 2015 bereits 938 Betten für etwa 8.400 PatientInnen zur Verfügung stehen. Für das Jahr 2020 wurden bereits 1.047 und somit etwa 9.400 PatientInnen sowie 2025 etwa 1.156 Betten für rund 10.400 PatientInnen angestrebt. Dieses Planungsvorhaben spiegelt auch den gesteigerten Bedarf an medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation wider (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, 2016). Realisiert wurden 2017 diese Planungen in den Gesundheitseinrichtungen mit stationärer Behandlung in der Behandlung von 31.624 PatientInnen, davon 87% auf Kosten der Pensionsversicherungsanstalt und 13% auf Kosten anderer Institutionen. Insgesamt gab es 2017 757.864 Belegtage (Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt, 2017, S. 61)

In Österreich fällt die berufliche Rehabilitation seit der 32. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) im Jahr 1992 in den Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), teilweise auch in jenen der Krankenkassen, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA), des Arbeitsmarktservices (AMS) oder aber auch des Bundessozialamtes. Seit 1.1.2011 ist die ambulante medizinische Rehabilitation im ASVG in § 302 Abs. 1 Z 1a als Aufgabe der Pensionsversicherung angeführt (Bundeskanzleramt, 2018).

Seit der Invaliditätspension-Reform 2014 wird für alle Personen mit Geburtsjahr ab 1964, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen und unter gesundheitlichen Problemen leiden, anstelle der zeitlich befristeten Invaliditätspension, eine medizinische und berufliche Rehabilitation durch das Rehabilitationsgeld finanziert (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021).

Der Rehabilitationsprozess beinhaltet grundsätzlich vier Phasen.

- Phase I - Frühmobilisation bzw. die akute Krankenbehandlung („Akutrehabilitation“)
- Phase II - „Anschlussheilverfahren“ bzw. „Rehabilitation nach Unfall“ an den Aufenthalt im Akutkrankenhaus an oder an eine akute Krankenbehandlung
- Phase III - erfolgt nur im Anschluss an Phase II zum Zwecke der Stabilisierung der dort erreichten Effekte; dies soll in ambulanter Form und wohnortnah erfolgen
- Phase IV - langfristige ambulante Nachsorge und „Langzeitrehabilitation“

PatientInnen, die eine stationäre, 6-wöchige Rehabilitation der Phase II (Rehabilitationsplan 2012) erhalten, sind aufgrund ihrer psychischen Erkrankung von einer Berufsunfähigkeit bedroht oder auch bereits von einer Invalidität betroffen, eventuell sind diese Personen nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht ausreichend stabilisiert oder haben längere oder gehäufte Krankenstände. Die durchschnittliche Wartezeit von der Bewilligung des Aufenthalts bis zum Antritt betrug 2011 bei Anschlussheilerfahren etwa 80, bei sonstigen Aufenthalten etwa 140 Tage (Piso, 2014). Für die Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit muss eines der folgenden Indikatoren nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) vorliegen (Rehabilitationsplan 2012, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, S.57): Schizophrenie, schizotype und andere wahnhaftige Störungen (F2), Affektive Störungen (F3), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6). Ausschlusskriterien sind Erkrankungen die unbedingt durch Alkohol-, Drogen- oder

Medikamentenmissbrauch entstanden sind. Kontraindiziert sind ebenso akute psychische oder körperliche Störungen sowie akute Selbst- oder Fremdgefährdung, primär hirnorganische Störungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose (z. B. dissoziale und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen), nicht ausreichend gegebene Belastbarkeit oder Mobilisierbarkeit, Pflegebedürftigkeit oder fehlende Therapiemotivation (Lenz, 2015). Zusätzlich zählen Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen zu Indikationsbereichen der Akutpsychiatrie (www.Kliniksuche.at).

Zusammenfassend, um festzustellen, ob medizinisch-psychiatrische Rehabilitation überhaupt notwendig und möglich ist, müssen drei Faktoren vorab geklärt werden (Rehabilitationsplan 2012, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, S.16):

- „Rehabilitationsbedürftigkeit (drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe)
- Rehabilitationsfähigkeit (somatische und psychische Verfassung)
- Rehabilitationsprognose (medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über den Erfolg der Rehabilitation)“

Zusätzlich zu diesen Voraussetzungen muss eine der folgenden Indikationen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) vorhanden sein (Rehabilitationsplan 2012, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, S.57):

- Schizophrenie, schizotype und andere wahnhaftige Störungen (F2)
- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Dies wird über verschiedene Zuweisungsmodi geklärt. So können die PatientInnen selbst einen Antrag auf Empfehlung des/der behandelnden Arztes/Ärztin, PsychotherapeutIn oder PsychologIn stellen. PatientInnen, die bereits stationär aufgenommen waren, können über das Anschlussheilverfahren ihre noch nicht ausreichende Stabilisierung weiter fortsetzen, über Rehabilitations-Früherfassung bei längeren oder gehäuften Krankenhausaufenthalten die Reha beginnen oder als AntragstellerIn einer Berufsunfähigkeits- beziehungsweise Invaliditätspension zugleich den Antrag auf Rehabilitation stellen (*pro mente*, <http://www.promente-reha.at>).

Die Beurteilung der Notwendigkeit einer Rehabilitation ist verknüpft mit einer positiven Rehabilitationsprognose durch einen Arzt. Darüber hinaus muss die Rehabilitationsfähigkeit, im Sinne der somatischen und psychischen Verfassung, gegeben sein (Rehabilitationsplan 2012, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, S.16).

Das Ziel einer Rehabilitation ist zum einen einer drohenden Berufsunfähigkeit entgegenzuwirken bzw. die Teilhabe am beruflichen, aber auch gesellschaftlichen Leben wiederherzustellen. In einer Rehabilitation werden Coping Strategien entwickelt, soziale und emotionale Fähigkeiten geschult, und die PatientInnen werden bei einer kritischen Reflexion der eigenen Lebensumstände und bei Änderungen bezüglich äußerer Stressoren begleitet (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, 2016). Die Ziele der Rehabilitation beschränken sich somit nicht nur auf die Verbesserung psychischer Funktionen, sondern vor allem auch auf die verbesserte Teilnahme und Teilhabe an Aktivitäten und auch auf die Verbesserung von Kontextfaktoren, wie arbeitsbezogene Motivation und Lebensstiländerung.

Zielsetzung der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation ist somit immer präventiv drohende Beeinträchtigungen zu beseitigen oder das Wiederlangen der Teilhabe am gesellschaftlichen sowie beruflichen Leben zu ermöglichen. Mit der Einbeziehung des beruflichen wie privaten Kontextes geht dieser Ansatz somit weit über die reine Behandlung der Krankheit hinaus. Einerseits wird somit an einer Besserung der psychischen Funktionen gearbeitet, andererseits aber auch an der Entwicklung geeigneter Coping-Strategien im Sozialkontakt und in verschiedensten anderen Aktivitäten. Zusätzlich bedarf es immer einer kritischen Reflexion und eventuellen Änderungen der objektiven Stressoren und Kontextfaktoren. Zusammengefasst ist das Ziel der Therapie der Auf- und Ausbau des Selbstbildes sozialer, emotionaler, spezieller und elementarer Fähigkeiten (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, 2016).

Zielgruppe für die stationäre psychiatrische Rehabilitation (Phase II) sind Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung von Berufsunfähigkeit oder Invalidität bedroht sind, beziehungsweise bereits eine befristete Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension beziehen. Bei Bedrohung haben die Betroffenen eventuell schon einen oder mehrere Pensionsanträge gestellt, das Verfahren läuft noch oder wurde bereits abgeschlossen.

Aktuell gibt es österreichweit stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit diesem Leistungsschwerpunkt. Die 142 Therapieeinheiten à 50 Minuten teilen sich über den fixen sechs-Wochen-Zeitraum wie folgt auf: regelmäßige ärztliche Untersuchungen und

Visiten, 54 Einheiten Psychotherapie und klinische Psychologie, 36 Einheiten Ergotherapie, 18 Einheiten Physiotherapie, Heilgymnastik und Gesundheitsförderung, 12 Einheiten Patientenschulung und Sozialarbeit, 1 Einheit Ernährungsberatung, 14 Einheiten flexible Aufteilung und 7 nichttherapeutische Einheiten. In Österreich wird die psychiatrische Akutversorgung und die Rehabilitation durch den Kompetenzbereich von FachärztInnen für Psychiatrie abgedeckt - dies ist in Deutschland differenzierter geregelt. Die Rehabilitation insgesamt wird von einem multidisziplinären Team, das unter anderem aus ÄrztInnen, PsychologInnen PsychotherapeutInnen und ErgotherapeutInnen besteht, betreut.

In den letzten fünfzehn Jahren konnte einige Evaluationsstudien durchgeführt werden, die Wirksamkeit und Nutzen psychiatrischer bzw. psychosomatischer Rehabilitation untersuchen. Alle Studien bestätigen die psychische Wirksamkeit (Haberfellner et al. 2006, 2008; Lange und Petermann 2010; Lenz 2013; Piso und Reinsperger 2014). Insbesondere ist hier die MESTA-Studie von Stefanowski et al. (2007) als eine bedeutendsten mit 29.777 PatientInnen zu nennen. Der gewichtete Gesamteffekt über alle 56 Studien ergibt eine mittlere Effektstärke (ES) von $ES = 0,51$ ($p < 0,001$). Die relativ größten Effekte sind für die Diagnosegruppe Depression ($ES = 0,84$) und Angst ($ES = 0,71$ bzw. $0,70$) festzustellen. Für die Diagnosegruppe Somatoforme Störungen sind die Effekte geringer ($ES = 0,49$ bzw. $0,48$).

Stationäre Rehabilitation hat augenscheinliche Vorteile zur ambulanten Therapie. So nimmt sich der/die PatientIn in einer meist 6-wöchigen Reha aus dem belastenden Umfeld heraus und begibt sich in eine kontinuierliche Stützung in einem Lern- und Übungsfeld. Auch ist gerade im ländlichen Raum die psychosoziale Versorgung durch Betreuungseinrichtungen (Stichwort: Nahtstellenmanagement - NSM) nicht ausreichend beziehungsweise nicht in einem zumutbaren Ausmaß erreichbar (Fülöp, 2007).

Haller et al. (2019) evaluierten die Wirkungen der österreichischen Invaliditätspensionsreform für die Periode 2014 bis 2018 und mussten feststellen, dass das Rehabilitationsgeld kein wirksames Instrument der Frühintervention ist. Das Motto "Rehabilitation vor Pension" im Rahmen der reformierten Invaliditätspension eignet sich auch nicht als Instrument zur Wiedereingliederung von gesundheitlich Beeinträchtigten zu sein.

Das psychiatrische bzw. psychosomatische Rehabilitation als eine wirksame Behandlungsform für die einzelne Person angesehen werden kann, ist unbestritten. Eine fortlaufende Evaluation der Behandlung ist aber notwendig, um kontinuierliche Ergebnisse erzielen zu können und Behandlungsangebote zu optimieren und weiterzuentwickeln.

(Riffer, 2018). Auch vor dem Hintergrund einer steigenden Tendenz der Anträge für Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit soll die stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation einen Beitrag zur umfassenden psychiatrischen Versorgung leisten. Dies macht weitere Evaluierungen notwendig, um nachhaltig Rehabilitation den Bedürfnissen anzupassen (Piso, 2014).

2.3.2 Zahlen und Bedarf

Die Antragsstellung von Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung hat in den letzten Jahren nochmals massiv zugenommen. War 2009 noch die Hauptursache der Anträge auf Krankheiten des Skeletts, Muskulatur und Bewegungsapparates zurückzuführen, und 23,8% der Anträge auf psychische Erkrankungen, so lag dieser Anteil im Jahr 2016 bei 39,7% und im Jahr 2019 bei 43,8% und stellt somit die häufigste Ursache bei den Neuzugängen dar (Pensionsversicherungsanstalt, 2009, 2016, 2019).

Im Jahr 2019 mussten insgesamt 17.248 Personen (15.259 unselbstständige, 1.297 selbstständige Personen und 692 Bauern und Bäuerinnen) wegen geminderter Erwerbsfähigkeit vorzeitig die Pension antreten. Von diesen Personen lag bei 6.855 die Ursache in einer psychiatrischen Erkrankung, demzufolge erfolgten rund 40% aller Neuzugänge in die Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspension, aufgrund psychiatrischer Diagnosen, welche damit die häufigste Ursache bildet (Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, 2020).

Die aktuellen Zahlen lassen sich dem Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt (2019) entnehmen. Sie zeigen, dass die Entwicklung der Antragsstellungen und der Zuerkennungen (befristet und unbefristet) seit dem Jahr 2013 leicht rückläufig ist beziehungsweise sich bei einem Niveau einpendeln scheint – sowohl die Anträge betreffend als auch die Zuerkennungen (befristet und unbefristet). Im Verlauf von 2013 bis 2019 ist jedoch deutlich zu erkennen, dass bei den Neuzugängen zur Pension, der Anteil der Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit im Verhältnis zu den anderen Pensionsformen gesunken ist. Waren es 2013 noch 20,2%, so macht der Anteil der Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit 2019 nur mehr 13,6% aus (Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt, 2013; 2019).

Tabelle 4: Verhältnis der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zu anderen Pensionsformen

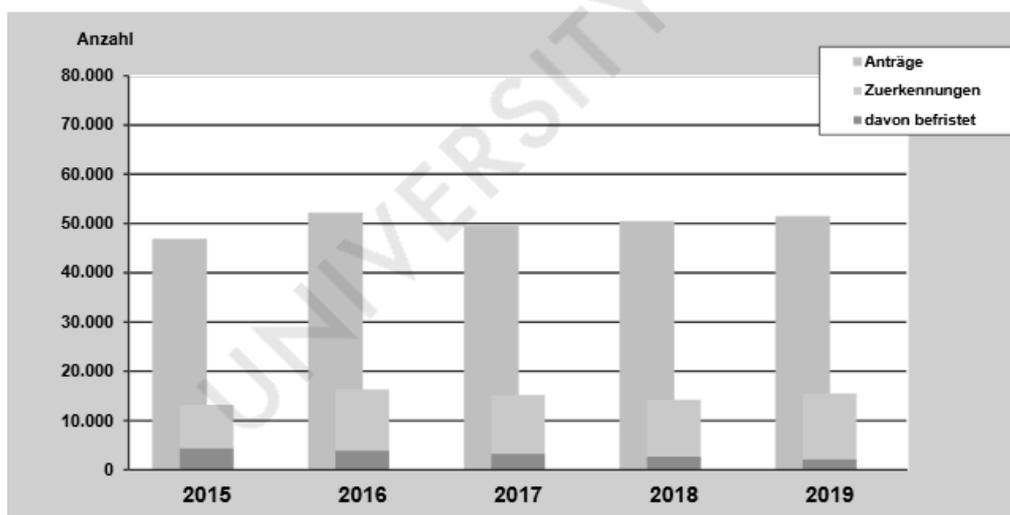
JAHR	Alle Pensionen	Berufsunfähigkeits-/ Invaliditäts-	Alters-	Hinterbliebenen-
		p e n s i o n e n		
2015	83.629	12.919	46.072	24.638
2016	96.243	15.706	54.870	25.667
2017	97.437	15.223	57.275	24.939
2018	102.288	13.923	62.405	25.960
2019	110.599	15.083	69.946	25.570

Quelle: Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt, 2019, S. 176

Tabelle 5: Entwicklung der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension

JAHR	ANTRÄGE			ZUERKENNUNGEN		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
2015	46.808	26.946	19.862	13.218 * 4.357	8.637 * 2.453	4.581 * 1.904
2016	52.115	29.764	22.351	16.358 * 3.890	10.315 * 2.215	6.043 * 1.675
2017	49.505	27.887	21.618	15.188 * 3.245	9.342 * 1.924	5.846 * 1.321
2018	50.389	28.417	21.972	14.225 * 2.724	8.828 * 1.720	5.397 * 1.004
2019	51.454	28.578	22.876	15.502 * 2.157	9.436 * 1.425	6.066 * 732

* davon befristet



Quelle: Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt, 2019, S. 27

Bei den Neuzugängen zur Pension aufgrund von Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit bilden die Psychiatrischen Krankheiten ein Übergewicht mit 41,9% gesamt. Bei Frauen sind mehr als die Hälfte aller Neuzugänge aufgrund Psychiatrischen

Krankheiten (54,6%), bei Männern 33,9%. Keine andere Krankheitsform zeigt annähernd hohe Zahlen. An zweiter Stelle reihen sich die Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bewegungsapparates ein, mit 16,3% (Männer 19,3%, Frauen 11,5%) (Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt, 2019, S. 183).

Tabelle 6: Wegen Psychiatrischen Krankheiten in Pension

KRANKHEITSGRUPPE	Anteil in %		Summe	Altersgruppe						
				bis 29	30-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 u.ä
19 Psychiatrische Krankheiten	41,9	M+F	6.327	147	766	551	849	1.475	2.020	519
	33,9	M	3.131	103	435	245	369	576	905	498
	54,6	F	3.196	44	331	306	480	899	1.115	21

Quelle: Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt, 2019, S. 182

Neben den hohen Zahlen der Frühinvalidität beziehungsweise Berufsunfähigkeit sind auch Krankenstandstage mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung stark gestiegen (3.503.017 im Jahr 2013, 4.352.417 im Jahr 2019), obwohl die Krankenstandstage mit fast allen anderen Diagnosen reduziert werden konnten (Statistisches Handbuch der österr. Sozialversicherung, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 2013; 2019).

Tabelle 7 zeigt, dass österreichweit die Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen im Verhältnis zu den Krankenstandstagen bis 2019 stetig angestiegen sind, wobei die Krankenstandstage pro Fall einen leichten Rückgang aufgewiesen haben. In den Jahren 2016 und 2019 zeigte dieser Anstieg einen weiteren stetigen Verlauf.

Tabelle 7: Wegen psychischer Krankheiten im Krankenstand

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankung	88.851	94.051	94.969	99.925	106.587	114.038	123.632
Krankenstandstage	3.503.017	3.635.717	3.698.295	3.715.642	3.800.389	3.948.704	4.352.417
Krankenstandstage/Fall	39,4	38,7	38,9	37,2	35,7	34,6	35,2

Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019

Tabelle 8 zeigt den Verlauf der Jahre 2000 bis 2019. Waren es im Jahr 2000 noch 17,2 Krankenstandsfälle (je 1.000 Erwerbstätige), die auf psychische Erkrankungen zurückzuführen waren, so waren es 2019 bereits 35,7.

Tabelle 8: Krankenstandfälle seit 2000 mit Diagnose psychische Krankheit

Hauptdiagnose ICD-10:	Krankenstandfälle je 1.000 Erwerbstätige absolut									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Psychische und Verhaltensstörungen</i>	17,2	17,9	18,6	18,3	18,6	18,3	19,6	20,7	22,2	22,3
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Psychische und Verhaltensstörungen</i>	25,0	27,4	28,3	28,5	29,9	29,9	30,9	32,2	33,5	35,7

Quelle: Statistik Austria, Krankenstandfälle seit 2000 nach Diagnose

Jeder Antrag auf Zuerkennung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension gilt gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation ist. Mit den Daten der Sozialversicherung, publiziert vom Rechnungshof (2019), kann ebenfalls eine Übersicht gegeben für die Darstellung der Zielgruppe (Bericht des Rechnungshofes 2019: Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung, S.91). Auch in diesen Daten zeigt sich, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Die Invaliditätspension war österreichweit im Jahr 2016 bei Frauen zu rund 54 % durch psychische Erkrankungen begründet, bei Männern zu rund 33% (Bericht des Rechnungshofes 2019: Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung, S. 20).

Die klinischen Hauptdiagnosen der psychosomatischen PatientInnen waren im Jahr 2016 folgendermaßen verteilt: Hinsichtlich der Diagnosen überwiegen 2016 affektive Störungen wie depressive Erkrankungen (ICD-10: F32 – F34) n = 2.596 (43%), gefolgt von Erkrankungen der Diagnosegruppe F4, n = 1.078 (18%) (Angststörungen (ICD-10: F40-F41), Zwangserkrankungen (ICD-10: F42), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43), dissoziative Störungen (ICD-10: F 44) und somatoforme Störungen (ICD10: F45)). Erkrankungen der Diagnosegruppe F2 Schizophrenie gehen mit n = 833 (14%) in die Statistik ein, Erkrankungen der Diagnosegruppe F1 (Folgeerkrankungen nach Drogenmissbrauch) mit n = 656 (11%), die bei Männern wesentlich häufiger ist als bei Frauen. Weitere 14% teilen sich auf Erkrankungen anderer Diagnosegruppe auf. Eine detaillierte Übersicht zu den einzelnen Diagnosen nach ICD-10 zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9. Psychische Erkrankungen bei Neuzugängen zur Invaliditätspension 2016 nach ICD-10 Diagnosegruppen

Diagnosegruppe nach ICD-10	gesamt		Frauen		Männer	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
F0 – Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	301	5	95	3	206	7
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	656	11	149	5	507	16
F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	833	14	336	12	497	16
F3 – Affektive Störungen	2.596	43	1.462	51	1.134	36
F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1.078	18	579	20	499	16
F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	31	1	26	1	5	0
F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	367	6	184	6	183	6
F7 – Intelligenzminderung	129	2	51	2	78	3
F8 – Entwicklungsstörungen	7	0	0	0	7	0
F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	4	0	1	0	3	0
Summe	6.002	100	2.883	100	3.119	100

Quelle: Bericht des Rechnungshofes 2019: Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung, S. 20

2020 gab es einen Rückgang Neuzugänge und eine Veränderung in den Rehazahlen – wahrscheinlich aufgrund der Einschränkungen durch die Covid-19 Pandemie. Daher werden in diesem Kapitel nur die Zahlen inkl. dem Jahr 2019 verwendet!

3. EMPIRISCHE VORGEHENSWEISE

UNIVERSITY of NICOSIA

3 Empirische Vorgehensweise

In diesem Kapitel wurde das methodische Vorgehen für die Empirie dieser Dissertation beschrieben. Im ersten Schritt wurden die Forschungsfragen formuliert und daraus Hypothesen abgeleitet. Im zweiten Schritt wurden die Zielgruppe und das Erhebungsprozedere beschrieben. Drittens erfolgte die Beschreibung der Erhebungsinstrumente, die für die Überprüfung der Hypothesen und somit für die Beantwortung der Forschungsfragen zum Einsatz kamen.

3.1 Fragestellungen und Hypothesen

Ziel dieser Studie war es, die Gewalterfahrungen von Reha PatientInnen im Erwachsenenalter, insbesondere am Arbeitsplatz, zu erforschen und deren Prävalenz aufzuzeigen. Die Prävalenz bei Reha-PatientInnen sollte dann verglichen werden mit der Prävalenz der allgemeinen Population aus der „Österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern 2011“ (Kapella et al. 2011). Das zweite Ziel war die Frage zu beantworten, welche Zusammenhänge es zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und späteren psychischen sowie somatischen Symptomen bei Reha PatientInnen gibt. Es sollten dabei Aussagen zu Wechselwirkungen dieser Zusammenhänge mit anderen gesundheitlichen Faktoren wie Bindungsfähigkeit, Resilienz sowie Handlungsorientierung möglich werden. Die Ziele dieser Arbeit wurden zu folgender Hauptforschungsfrage formuliert:

„Welche Gewaltformen haben Reha - PatientInnen im Erwachsenenalter im Vergleich zur Gesamtpopulation erlebt und welche potenziellen Effekte haben diese Gewalterfahrungen auf deren psychischen und physischen Symptomatik unter Berücksichtigung zusätzlicher Dimensionen, wie Bindung, Resilienz und Handlungsorientierung?“

Diese Hauptfragestellung wurde aufgegliedert in drei Subforschungsfragen:

Forschungsfrage 1:

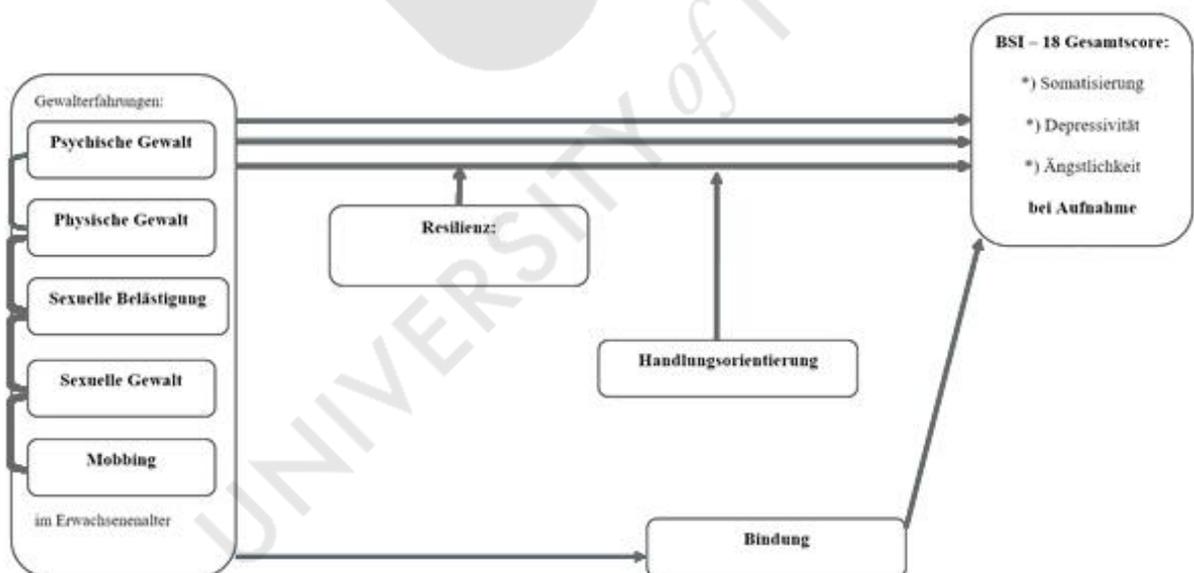
Gibt es Unterschiede bezüglich der Prävalenz von Gewalterfahrungen von Reha-PatientInnen im Vergleich zur Prävalenz von Gewalterfahrungen in der allgemeinen Population aus der Österreichischen Prävalenzstudie von Kapella et al. (2011)?

Forschungsfrage 2:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und die spätere psychische oder physische Somatisierung?

Forschungsfrage 3:

Gibt es einen Einfluss der protektiven Schutzfaktoren Resilienz, Handlungsorientierung und Bindung auf den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und späterer psychischer oder physischer Somatisierung?



Hypothesen

Im theoretischen Teil wurden Zusammenhänge zwischen Erfahrungen von Gewalt und einer möglichen späteren Entwicklung von psychischen und physischen Symptomen beschrieben (Coelho, et al. 2021; Felitti, 1991; McCauly, 1995; Martinez et al., 2006; Brzank, 2003; Kaselits, 2001; Schröttle & Müller, 2006). Es wurden aufbauend darauf Hypothesen aufgestellt, die darauf abzielen, zu prüfen, ob PatientInnen, die aufgrund von psychischen und somatischen Symptomen eine Rehabilitation antreten stärker in ihrem Erwachsenenleben von Gewalt betroffen waren im Vergleich zu den allgemeinen Erwachsenen.

H1-H4: Die Prävalenz von psychischen (H1), physischen (H2), sexuellen (H4) Gewalterfahrungen und sexueller Belästigung (H3) im Erwachsenenalter ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011

Schröttle und Khelaifat (2008) wiesen darauf hin, dass eine Kumulierung von Gewalterfahrungen sowie deren Schwere und Intensität im Zusammenhang stehen mit dem Ausmaß an psychischen Beschwerden. Diese Beschwerden können schließlich zu chronifizierten Beeinträchtigungen führen (Martinez et al., 2006; Nair, rape; WHO, 2003). Auf der Grundlage dieser Befunde wurde die Hypothese aufgestellt, dass bei PatientInnen, die eine Rehabilitation antreten, eine Kumulierung von verschiedenartigen Gewaltformen auftreten könnte.

H5: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Erleben von psychischer, physischer, sexueller Gewalt, sexueller Belästigung und Mobbing im Erwachsenenalter.

H6: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und psychischer sowie physischer Somatisierung

Das Robert-Koch-Institut (2008) führte aus, dass der Zusammenhang von Gewalterfahrungen und psychischen sowie physischen Beschwerden beeinflusst wird von persönlichen Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren. Das Institut regte an, dass die Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren und der Auswirkung von Gewalterlebnissen auf die Gesundheit erforscht werden sollten. In der Theorie wurden die Schutzfaktoren

Resilienz, Handlungsorientierung und Bindung beschrieben. Noeker und Petermann (2008) betonten, dass Resilienz eine protektive Wirkung entfalten könne in Form einer Hemmung und Neutralisierung der Effekte von Risiken. Nach Kuhl (2001) liefert Handlungsorientierung in bedrohlichen und belastenden Situationen Informationen für die erfolgreiche Bewältigung der Situationen. Menschen, die wenig handlungsorientiert sind, und somit lageorientiert sind, können schlechter mit Stress umgehen und zeigen häufiger stressbedingte Beeinträchtigungen (Kuhl & Beckmann, 1994). Ergebnissen von Brisch (2015) zufolge, zeigt ein unsicherer Bindungsstil eingeschränkte Bewältigungsmöglichkeiten bei kritischen Lebensereignissen, da die Beziehungen zu anderen Menschen reduziert sind. Folgende Hypothesen wurden im Zusammenhang mit den Befunden zu Schutzfaktoren aufgestellt.

H7: Resilienz moderiert die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und psychischer sowie physischer Somatisierung

H8: Handlungsorientierung moderiert die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und psychischer sowie physischer Somatisierung

H9: Es gibt einen medierenden Effekt von Bindung auf die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter und psychischer sowie physischer Somatisierung

3.2 Zielgruppe

Zielgruppe sind die Reha - PatientInnen des *Sonnenpark Neusiedlersee*, Rust, im Zeitraum eines Jahres. Die Anzahl der PatientInnen umfasst, basierend auf der bisherigen Auslastung, etwa 900 Personen pro Jahr. Die Reha-Einrichtung ist ein Zentrum für psychosoziale Gesundheit, das seit Dezember 2010 als eine von vier Einrichtungen der pro mente Reha GmbH in Betrieb ist. Österreichweit werden noch Gesundheitseinrichtungen in Bad Hall/Oberösterreich, Lans/Tirol und St. Veit/Salzburg betrieben. Die pro mente Reha GmbH ist eine gemeinnützige Gesellschaft zum Betrieb von medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Österreich. Gesellschafter der pro mente Reha sind die pro mente Organisationen der Länder Burgenland, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Wien und die Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit (GFSG) Steiermark (pro mente, <http://www.promente-reha.at>). An den Standorten Bad Hall (stationär und Vorsorge), Lans

(stationär), Neusiedlersee (stationär), Salzburg und Graz (beides ambulant) werden Personen aus ganz Österreich, die durch psychische Erkrankungen bei der Ausübung ihres Berufes beeinträchtigt sind für die Aufenthaltsdauer von sechs Wochen auf dem Weg zurück in die Arbeitswelt begleitet.

Neben der Genehmigung des Antrags für einen Rehabilitationsaufenthalt durch die Pensionsversicherungsanstalt beziehungsweise nach Genehmigung eines Antrags auf Kostenübernahme bei den Krankenversicherungsträgern, sind auch selbstfinanzierte Aufenthalte möglich. Das Therapiekonzept wurde 2002 im Zentrum für psychosoziale Gesundheit - Sonnenpark Bad Hall entwickelt und hat bis heute mit Adaptionen Bestand (<http://www.promente-reha.at>). Derzeit arbeitet im Sonnenpark Neusiedlersee ein interdisziplinäres Team in den Ambulanzen (FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, PsychotherapeutInnen/PsychologInnen verschiedener Ausrichtung, ErgotherapeutInnen, Dipl. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, PhysiotherapeutInnen, HeilmasseurInnen, SozialarbeiterInnen, DiätologInnen) und MitarbeiterInnen im Hotelbetrieb beziehungsweise in der Verwaltung (Verwaltungspersonal, Küchenpersonal, Reinigungspersonal, Servicepersonal und Haustechniker).

„Abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen werden psychotherapeutische, psychopharmakologische, ergotherapeutische und physiotherapeutische Methoden angewandt. Ein/e FachärztIn für Psychiatrie, ein/e PsychotherapeutIn, ein/e PsychologIn und ein/e ErgotherapeutIn begleiten eine Gruppe von PatientInnen über den gesamten Behandlungszeitraum“ (pro mente, <http://www.promente-reha.at>).

Die Therapieformen (in alphabetischer Reihenfolge) werden von einem multiprofessionellen Team angeboten und umfassen im Einzelnen die ärztliche Behandlung mit Diagnose und Medikation, die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege auch zur Unterstützung des Wiederaufbaus von Beziehungsprozessen, die wöchentliche Einzelpsychotherapie, Entspannungsmethoden (beispielsweise nach Jacobson), die Ergotherapie (für die Planung und Durchführung von Tätigkeiten, Ausdauer, Genauigkeit oder kreative Fähigkeiten), die Diätologie, die Gruppenpsychotherapie, die Klinisch-Psychologische Behandlung (beispielsweise Entspannungsgruppen, Biofeedback, Raucherberatung), weitere Kreative Therapieangebote (wie Kunsttherapie, Musiktherapie, Schreibwerkstatt, Tanztherapie, Trommeln), Physiotherapie und Sport (neben Heil- und Krankengymnastik auch Gesundheitsförderung, z.B. Ausdauer- und Krafttraining) sowie die

Sozialarbeit die im sozialen Umfeld versucht neue Perspektiven zu eröffnen und Zugang zu Unterstützung und Hilfestellung herzustellen (pro mente, <http://www.promente-reha.at>; Lenz, G. & Schosser, A., 2015).

Obwohl ab 2016 alle PatientInnen mit einer Diagnose zugewiesen werden, sind diese bis heute für den weiteren Reha-Verlauf nebensächlich. Anstelle dessen tritt eben die Umsetzung des ICF-basiertes Betreuungsmodells. Welche Therapie nun welchen PatientInnen zugeordnet wird, ist abhängig von der ICF-Kodifizierung und mündet in einen individuellen Reha-Plan. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wurde 2001 von der World Health Organisation (WHO) „zur Beschreibung des funktionellen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen verabschiedet“ (Lenz, 2012, S. 53). Ziel ist es, weg vom Defizit und sich in der Therapie hin zur Person zu wenden. Gesundheit wird damit auch im Einklang mit der WHO Definition als ganzheitlichen Konzept gesehen. Durch die Kodifizierung kann eine gemeinsame Sprache zur Beschreibung der Gesundheit der PatientInnen im multiprofessionellen Team und zwischen einzelnen Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen erfolgen.

Die Ziele der Rehabilitation beschränken sich somit nicht nur auf die Verbesserung psychischer Funktionen, sondern vor allem auch auf die verbesserte Teilnahme und Teilhabe an Aktivitäten und auch auf die Verbesserung von Kontextfaktoren, wie arbeitsbezogene Motivation und Lebensstiländerung.

Daher teilen sich die 142 Therapieeinheiten à 50 Minuten über den fixen sechs-Wochen-Zeitraum wie folgt auf:

- regelmäßige ärztliche Untersuchungen und Visiten
- 54 Einheiten Psychotherapie und klinische Psychologie
- 36 Einheiten Ergotherapie
- 18 Einheiten Physiotherapie, Heilgymnastik und Gesundheitsförderung
- 12 Einheiten Patientenschulung und Sozialarbeit
- 1 Einheit Ernährungsberatung
- 14 Einheiten flexible Aufteilung und
- 7 nichttherapeutische Einheiten.

Der *Sonnenpark Neusiedlersee* bietet seinen Reha-PatientInnen eine Kapazität von rund 100 Zimmern. Anreisetag der 12- beziehungsweise 24-Personen umfassenden Gruppen

ist jeweils Mittwoch. Die PatientInnen werden österreichweit zugeteilt, unabhängig von Wohnort oder Vorgeschichte beziehungsweise Diagnose.

Im Erhebungszeitraum Oktober 2016 bis Oktober 2017 wurden in der Reha-Klinik in Rust 907 PatientInnen laut PatientInnen- Verwaltungssystem betreut. Das Alter reichte von 18 bis 77 Jahren, mit einem Altersdurchschnitt von 48 Jahren (Standardabweichung war 9 Jahre). Von den 907 PatientInnen waren 526 weiblich (57,7%) und 385 männlich (42,3%).

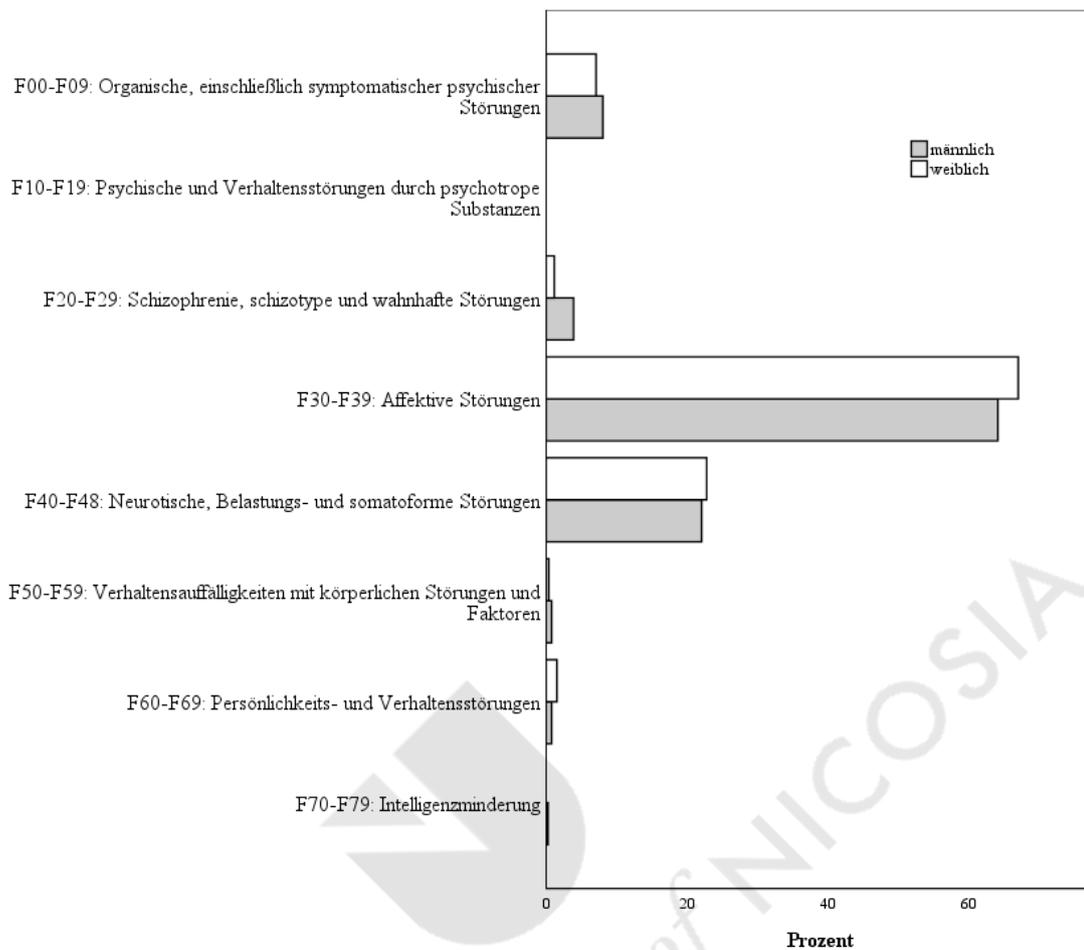
Diese Daten wurden aus internen Statistiken und Erfahrungswerten des *Sonnenpark Neusiedlersees* zur Verfügung gestellt.

Zwischen 2011 und 2016 waren psychiatrische Diagnosen nicht zwingend zur Rehabilitation zu melden und diese Vorgehensweise wurde erst Ende 2016 verpflichtend eingeführt (Bericht des Rechnungshofes 2019: Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung, S. 82). Fast alle PatientInnen verfügen daher über eine Diagnose des psychischen- oder Verhaltensstörungen umfassenden Symptomkreises.

Zwei Drittel der PatientInnen (n = 597, 65,8%) hatten eine ICD-Diagnose betreffend affektive Störungen (ICD10-Code: F30 bis F39), knapp ein Viertel (n = 204, 22,5%) hatten eine Diagnose betreffend „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10-Code: F40 bis F48) und 7,5% (n = 68) betreffend „organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (ICD-10-Code = F00 bis F09). In sehr seltenen Fällen (< 5%) gab es Diagnosen betreffend „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (ICD-10-Code F20 bis F29) oder betreffend „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD-10-Code F60 bis F69).

Die Verteilung der ICD-10 Diagnosen der PatientInnen der Reha-Klinik in Rust für das Jahr 2016/2017 getrennt nach Geschlecht sind in Abbildung 31 dargestellt. Es gab wenig Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich der Diagnosen. Es gab etwas mehr Diagnosen zu affektiven Störungen bei Frauen und etwas mehr Diagnosen zu den Codes F10-F19 oder F00-F09 bei Männern.

Abbildung 31. Verteilung der ICD-10 Diagnosen bei PatientInnen der Reha-Klinik in Rust 2016 getrennt nach Geschlecht (n = 907)



Von den PatientInnen mit Diagnose betreffend „Affektive Störungen“, hatten 59,8% die Diagnose „Depressive Episode“ (F32), 18,2% die Diagnose „rezidivierende depressive Störung“ (F33), 10,9% die Diagnose „Manische Episode“ (F30) und 6,3% die Diagnose „Bipolare affektive Störung“ (F32) (siehe Abbildung 32). Von den PatientInnen mit ICD-10 Diagnose betreffend „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ hatten 37,3% die Diagnose „Andere Angststörung“ (F41), 33,3% die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) und 22,1% „Andere neurotische Störungen“ (F48) (siehe Abbildung 33). Im Vergleich zu den Männern hatten Frauen häufiger die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“, dahingegen hatten Männer häufiger die Diagnose „Andere Angststörungen“.

Abbildung 32. Häufigkeitsverteilung der ICD-10-Diagnosen F30 bis F39 getrennt nach Geschlecht (n = 597)

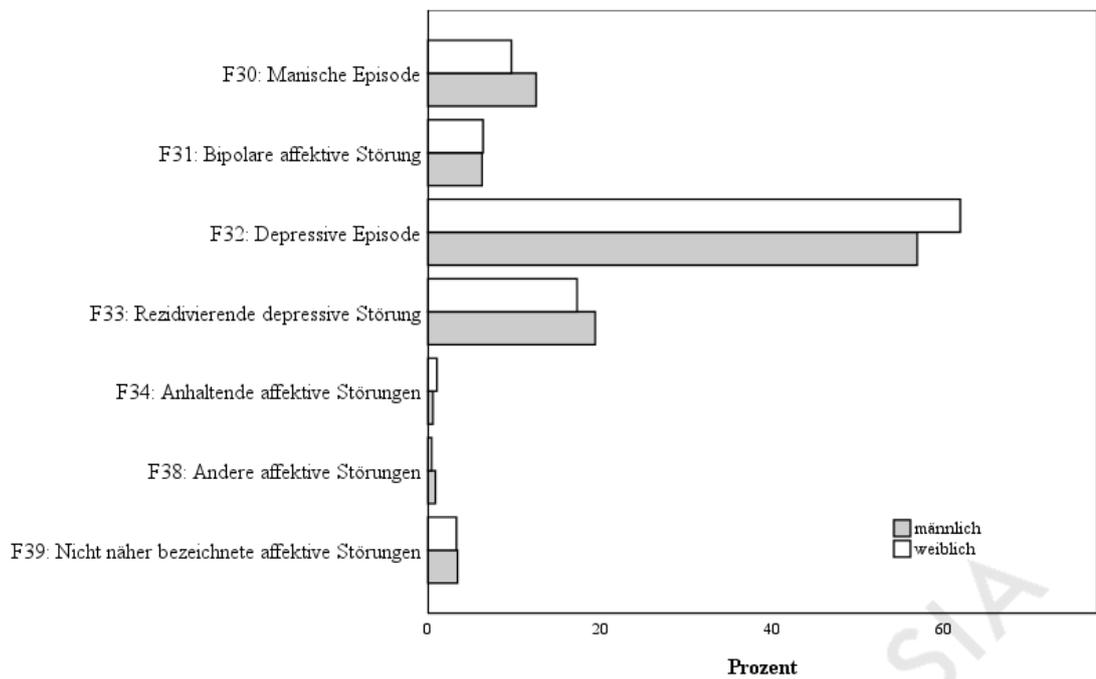
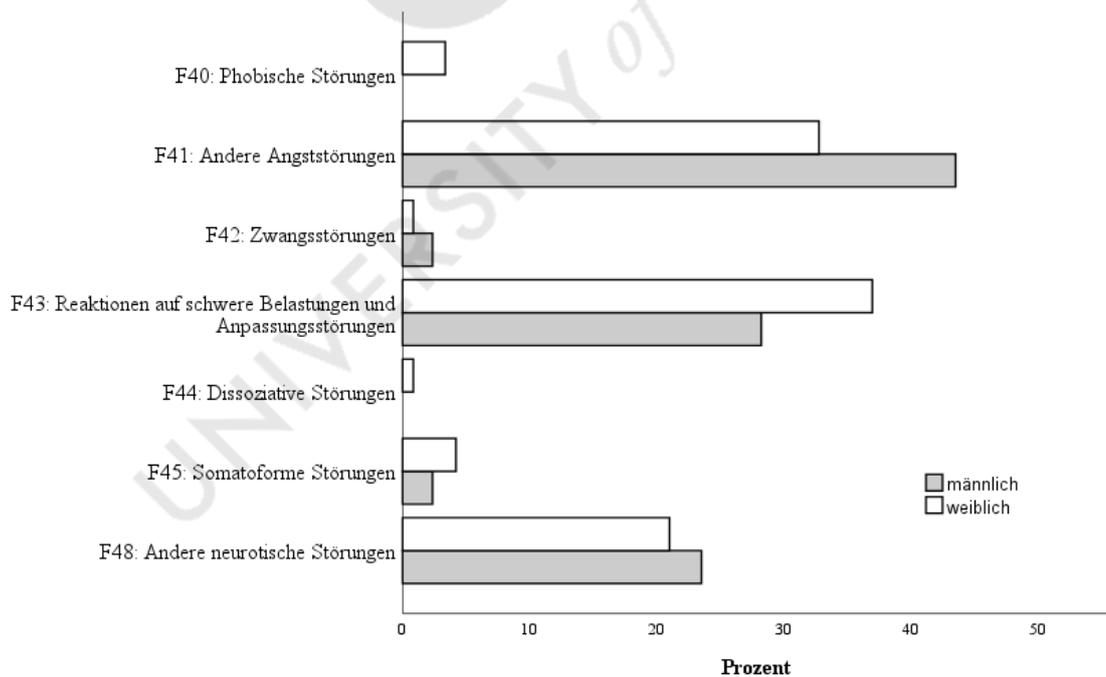


Abbildung 33. Häufigkeitsverteilung der ICD-10-Diagnosen F40 bis F48 getrennt nach Geschlecht (n = 204)



3.3 Entwicklung des Fragebogens

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Fragebogen konzipiert, der den Reha - PatientInnen vorgegeben werden sollte. Die Fragebogenkonzeption basierte auf dem „Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen“ aus der Gewaltprävalenzstudie 2011 (Kapella et al. 2011), das hinsichtlich der Anwendung bezogen auf den beruflichen Kontext angepasst wurde. Dieser adaptierte Fragebogen sollte zur Erfassung von Gewalterfahrungen dienen. Für die Erfassung von Mobbing wurden zusätzliche Verfahren vorgegeben, die speziell das Erleben von Mobbing erfragen. Weitere standardisierte und normierte Verfahren wurden für die Erfassung der Schutzfaktoren Bindung, Resilienz sowie Handlungsorientierung gewählt. Alle Fragebögen und psychologischer Tests wurden zu einem Gesamtfragebogen zusammengestellt. In Tabelle 10 sei eine Übersicht über die gewählten Fragebögen gegeben. Eine detaillierte Beschreibung dieser Verfahren folgt im Anschluss daran.

Tabelle 10. Übersicht über die Testverfahren zum Erfassen der Zielgrößen

Zielgröße	Testverfahren
<i>Gewalterfahrungen</i>	1. Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen (Kapella et. al, 2011) 2. Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)
<i>im Speziellen Mobbing</i>	3. Fast and Frugal Tree - Fragebogen für Mobbing (FFTM) 4. Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R)
<i>Physische und psychische Symptome</i>	5. Brief Symptom Inventory (BSI – 18)
<i>Schutzfaktoren</i>	6. Die Resilienzskala (RS) – Kurzform (RS-13) 7. Bindungsfragebogen - Kurzfassung (BinFB) Kurzform 8. Fragebogen zur Erfassung von Handlungskontrolle nach - Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP 90)

3.3.1 Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen

Der Fragebogen ist aufgeteilt in vier Hauptabschnitte: psychische Gewalt, physische Gewalt, sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt. Alle vier Abschnitte werden nacheinander vorgegeben und folgen demselben Muster:

Personen werden zuerst gefragt, wie häufig sie Betroffene der spezifischen Gewaltform (psychische, physische, sexuelle Gewalt beziehungsweise sexuelle Belästigung) geworden waren. Die Antwort ist auf einer Likert Skala von 1 bis 5 von „häufig“ bis „nie“ möglich. Es folgt eine Liste von zehn bis 15 Gewaltsituationen; die Befragten konnten eine oder mehrere der folgenden Antwortmöglichkeiten wählen: „das ist mir schon passiert“, „habe mich so verhalten“, „ist mir weder passiert, noch habe ich mich so verhalten“. Beispiele für gelistete Gewaltsituationen sind bei psychischer Gewalt, „wiederholt beleidigt, eingeschüchtert, oder aggressiv angeschrien“, oder bei sexueller Belästigung, „durch das Zeigen von pornografischen Bildern oder Nacktbildern belästigt“. Dieselbe Liste der Gewaltsituationen wird ein weiteres Mal vorgegeben, diesmal mit zwei Antwortmöglichkeiten: „habe ich als bedrohlich erlebt“, „Auch in den letzten drei Jahren“. Es gibt bei allen Fragen mit geschlossenem Antwortformat auch eine offene Antwortmöglichkeit, bei denen Befragte eine Antwort, die nicht gelistet ist, händisch eintragen können.

Es folgen Fragen in geschlossenem Antwortformat zum Zeitpunkt der spezifischen Gewalt (ab 16 Jahren, ab 25 Jahren). Personen werden dann gefragt, in welchen Lebensbereichen und wie häufig die Gewalt ab dem 16. Lebensjahr erlebt worden ist. Die Antwort kann auf einer Liste von Lebensbereichen (Familie, Partnerschaft) jeweils mit einer Likert Skala von 1 bis 5, „häufig“ bis „nie“, erfolgen. Es werden zum Beispiel folgende Lebensbereiche abgefragt: Familie, Freundeskreis, Arbeit/Ausbildung. Personen werden noch gefragt, wie sie auf die spezifische Gewalt reagiert haben. Hierfür gibt es auch eine Liste, die mit Kreuzen markiert werden kann; ein Beispiel für eine Reaktion bei physischer Gewalt ist: „ich bin wütend geworden“. Die Folgen der spezifischen Gewalt werden dann erfragt. Die Befragten können auf einer Liste von Folgen zum Beispiel ankreuzen, ob sie aus der Wohnung ausgezogen sind oder den Kontakt mit FreundInnen abgebrochen haben. Abschließend wird nach der Beziehung zum Täter beziehungsweise zur Täterin gefragt. Diese Frage ist offen formuliert. Die Befragten erhalten jedoch eine Liste mit Bezugspersonen als Stütze, und sie werden gebeten die Eintragung selbst vorzunehmen.

Das Geschlecht der TäterInnen wird abgefragt, indem ob TäterInnen ausschließlich oder überwiegend männlich, ausschließlich weiblich oder überwiegend weiblich waren oder ob das Geschlecht der TäterInnen gleichverteilt war. Es wird zudem gefragt, ob es einen oder ob es mehrere Täter gab (ja/nein-Format). Dazwischen erfolgen Fragen nach dem aktuellen Gesundheitszustand (5-stufige Likert-Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) und nach der Veränderung des Gesundheitszustandes in den letzten Jahren (5-stufige Likert-Skala von „viel besser“ bis „viel schlechter“). Für die statistischen Analysen stehen aufgrund dieses Fragebogens zwei Variablen zur Verfügung: Gewaltform erlebt ja/nein sowie Häufigkeit der erlebten Gewaltform als Likert-Skala. Es handelt sich beim „Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen“ hierbei nicht um einen psychometrischen Fragebogen, sondern im eigentlichen Sinn um einen Interviewleitfaden.

3.3.2 *Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)*

Der „Adverse Childhood Experiences Questionnaire“ (ACE) ist ein reliabler, valider und ökonomischer Fragebogen zur retrospektiven Erfassung von belastenden Erfahrungen dar, der in deutscher Sprache (ACE-D) verfügbar ist (Wingenfeld, et al. 2011). Der ACE-D Fragebogen umfasst 10 Items, die mit einem dichotomen Antwortformat abgefragt werden. Die Reliabilität der deutschen Version beträgt $\alpha = 0,76$ (Cronbach's Alpha). Die Konstruktvalidität in Form einer Korrelation mit dem längeren „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) beträgt $r = 0,837$. Die zehn Items lauten wie folgt:

- 1) emotionaler Missbrauch
- 2) physischer Missbrauch
- 3) sexueller Missbrauch
- 4) emotionale Vernachlässigung
- 5) physische Vernachlässigung
- 6) Trennung von einem Elternteil
- 7) Gewalt gegenüber der Mutter
- 8) Substanzabhängigkeit eines Haushaltsmitglieds
- 9) psychische Erkrankung eines Haushaltsmitglieds
- 10) Gefängnisaufenthalt eines Haushaltsmitglieds.

3.3.3 *Fast and Frugal Tree - Fragebogen für Mobbing (FFTM)*

Der Fragenbogen von Kolodej wurde 2016 zum ersten Mal in ihrem Buch „Strukturaufstellungen für Konflikte, Mobbing und Mediation - Vom sichtbaren Unsichtbaren“ publiziert. In der Erstpublikation bestand das Screeningverfahren aus vier Fragen, wobei auf die vierte Frage nun nach Testkonstruktionsberechnungen verzichtet werden kann. Die gekürzte und mit einem Raschmodell überprüfte Version ermöglicht es mittels drei Fragen die Mobbingbetroffenheit schon in einem sehr frühen Stadium zu erheben (Kolodej, 2018). Da der Fragebogen dem Prinzip eines Schnelltest folgt, besteht er aus nur drei Fragen und funktioniert gemäß einem Ablaufdiagramm beziehungsweise Entscheidungsbaum. Die Fragen werden nacheinander gestellt und müssen alle positiv (mit Ja) beantwortet werden, damit Mobbing identifiziert werden kann. Dem Fragebogen voran gehen einige beispielhafte Beschreibung von Mobbingverhaltensweisen, damit sich die AntwortgeberInnen ein klares Bild über Mobbinghandlungen machen können. Werden nicht alle Fragen in Folge mit „Ja“ beantwortet, handelt es sich nicht um Mobbing, sondern eine andere Form eines Konfliktes.

Eine Studie von Niederkofler und Kolodej konnte dem Verfahren sehr gute Validitäten im Vergleich mit dem LIPT (Leymanns Inventory of psychological Terrorization, Leymann, 1996) aufzeigen (Kolodej, 2018). Da er auch sehr kurz ist, diagnostische Vorerfahrung kaum notwendig und Auswertungsfehler so gut wie ausgeschlossen sind, wird dem Verfahren eine sehr hohe Ökonomie und ein guter praktischer Nutzen zugeschrieben. „Der FFTM (Kolodej, 2016) stellte sich als valides Screening-Instrument heraus. Mit nur ein bis drei Fragen schafft er es, Mobbing sehr gut zu diskriminieren und sogar bessere Validitäten als der LIPT-Fragebogen (Leymanns Inventory of psychological Terrorization, Leymann, 1996) zu erreichen.“ (Niederkofler, 2016, S. 112; Zitiert aus Kolodej, 2017). Die korrigierte Vierfelderkorrelation betrug 0.71, für die Häufigkeit der Mobbinghandlungen ergab sich eine Übereinstimmung von $r = .79$ und für den Zeitraum des Mobbings konnte eine Übereinstimmung von $r = .86$ erzielt werden (Kolodej, Pichler, Kallus, 2020).

3.3.4 *Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R)*

Der Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R; Einarsen, Hoel, Notelaers, 2009) hat sich im englischsprachigen Forschungsraum als Instrument zur Messung von empfundenem Mobbing am Arbeitsplatz etabliert. Die Originalversion mit 23 Items des NAQ-R wurde nicht veröffentlicht, und es stellten sich die Items teilweise als kulturabhängig

heraus. Jedoch wurde von den Autoren der NAQ eine revidierte Version für diese Studie zur Verfügung gestellt. Es liegt keine offizielle deutsche Version der Items vor. Aus diesem Grund wurden die Items, nach Rücksprache mit den Erstautoren, selbst ins Deutsche übersetzt. Es handelt sich bei den 22 Items um Beschreibungen von negativen Handlungen in den drei Kategorien „Personenbezogenes Mobbing“, „Arbeitsbezogenes Mobbing“ und „Physisch einschüchterndes Mobbing“. Es wird dabei nie direkt auf den Begriff „Mobbing“ erwähnt. Als Antwortmöglichkeit gibt es eine 5-stufige Likert-Skala von 1 „niemals“, 2 „ab und zu“, 3 „monatlich“, 4 „wöchentlich“ und 5 „täglich“. Es folgt dann eine Definition von Mobbing am Arbeitsplatz. Danach werden die Personen gebeten anzugeben, ob sie sich nach dieser Definition gemobbt fühlen oder nicht und mit welcher Häufigkeit sie gemobbt wurden.

Das Instrument weist eine interne Reliabilität (Cronbach's Alpha) von $\alpha=0,87$ bis $\alpha=0,93$ auf. Die Autoren gehen von einer ausreichenden Validität des NAQ-R aus und empfehlen den Gesamtwert des NAQ-Rs zur Interpretation heranzuziehen. Im Zuge der 10. Tagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Dresden erfolgte erstmals eine umfassende Validierungsstudie von der deutschen Fassung des NAQ-R von Bentler, Philipps und Maier an der Universität Bielefeld. Wie im Originalkonstrukt bestätigt sich für die deutsche Fassung eine Teilung in drei Dimensionen: Arbeitsbezogenes Mobbing, Personenbezogenes Mobbing sowie Physische Einschüchterung. „Es zeigten sich signifikant positive Korrelationen zwischen den drei Faktoren der NAQ-R und Motivationsverlust, Kündigungsabsicht, Fehlzeiten, Angst am Arbeitsplatz sowie negativem Affekt mit Werten zwischen 0,20 und 0,63. Signifikant negative Korrelationen zeigten sich zwischen den Faktoren der NAQ-R und Arbeitsleistung, allgemeiner Gesundheit, Lebenszufriedenheit sowie positivem Affekt mit Werten zwischen -0,22 und -0,54. Limitationen.“ (Bentler, Philipps & Maier (2017). Seite 148)

3.3.5 *Brief Symptom Inventory (BSI-18)*

Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18) ist ein anwendungsökonomisches, reliables und valides Selbstbeurteilungsverfahren bezüglich der Beschreibung von Symptomen sowie zur schnellen Feststellung auffallender Belastungen. Es hat sich bis heute zu einem Standardverfahren in psychologischen, medizinischen und therapeutischen Handlungsfeldern etabliert. Mit je 6 Items werden die drei Syndrome

Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit erhoben (Franke et al., 2011). Zusätzlich kann auch ein *Gesamtscore* berechnet werden, indem die sechs Items aller drei Skalen (3 x 6 = 18) gemeinsam den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index) ergeben. Die Langversion des BSI besteht aus 53 Items die mit einer 5-stufigen Likert-Skala von „0=gar nicht“ bis „4=sehr stark“ zutreffend beantwortet werden. Das BSI selbst ist eine Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R welche von Leonard Derogatis (1975) entwickelt wurde. Laut Verlag ist der BSI und auch seine Kurzform in Überarbeitung und wird in Folge unter dem neuen Namen “BSCL”, also “Brief Symptom Check List” publiziert (Hogrefe Verlag, 2015). Die Reliabilitätswerte der US-amerikanischen Normstichprobe (N = 1.134; $\alpha_{\text{Somatisierung}} = .74$, $\alpha_{\text{Depression}} = .84$, $\alpha_{\text{Angst}} = .79$, $\alpha_{\text{Gesamt}} = .89$; sowie $r_{tt} = .68$ bis $r_{tt} = .90$) können als befriedigend bis gut gelten (Derogatis, 2000). Laut einer Studie von Franke et. al (2011) können die Testgütekriterien Reliabilität und Validität überzeugende Ergebnisse liefern, sodass insbesondere für den Einsatz in großen Stichproben eine Empfehlung ausgesprochen werden kann. Laut dieser Studie von Franke et. al (2011) konnten auch Vergleichswerte für die Ergebnisse des BSI-18 aufgestellt werden. Die Stichprobe der Studie umfasste 1.215 PatientInnen (PAT), die sich für eine ambulante Konsultation in die Hochschulambulanz der Universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Hamburg begaben. zeigt im Vergleich mit Studierenden (STU) und nicht klinischen Probanden (NKP; außer Studierende) die Ergebnisse von PatientInnen.

Tabelle 11: Deskriptive Item- und Skalenwerte des BSI, differenziert nach Stichproben

	STU		NKP		PAT	
	M (SD)	r_{it}	M (SD)	r_{it}	M (SD)	r_{it}
<i>Somatisierung</i>	Σ 1,49 (2,16)		Σ 1,22 (1,87)		Σ 6,22 (4,89)	
1. Ohnmachts-/Schwindelgefühle	0,19 (0,49)	0,29	0,15 (0,46)	0,29	0,89 (1,14)	0,45
4. Herz- und Brustschmerzen	0,15 (0,46)	0,50	0,16 (0,43)	0,39	0,79 (1,09)	0,53
7. Übelkeit/Magenverstimmung	0,47 (0,86)	0,34	0,19 (0,50)	0,22	1,22 (1,33)	0,40
10. Schwierigkeiten beim Atmen	0,16 (0,54)	0,45	0,11 (0,43)	0,28	0,87 (1,14)	0,48
13. Taubheit in Körperteilen	0,27 (0,57)	0,22	0,32 (0,67)	0,41	1,07 (1,27)	0,52
16. Schwächegefühl in	0,26 (0,59)	0,55	0,29 (0,62)	0,61	1,37 (1,36)	0,58
<i>Depressivität</i>	Σ 2,37 (3,40)		Σ 1,38 (2,35)		Σ 9,22 (6,34)	
2. Interesselosigkeit	0,43 (0,73)	0,58	0,31 (0,60)	0,48	1,58 (1,33)	0,60
5. Einsamkeitsgefühle	0,61 (0,90)	0,67	0,29 (0,68)	0,47	1,77 (1,49)	0,66
8. Schwermut	0,56 (0,87)	0,72	0,26 (0,59)	0,72	1,80 (1,43)	0,71
11. Gefühl, wertlos zu sein	0,27 (0,69)	0,72	0,17 (0,51)	0,66	1,54 (1,49)	0,75
14. Gefühl der Hoffnungslosigkeit	0,43 (0,78)	0,64	0,31 (0,64)	0,58	2,0 (1,48)	0,75
17. Idee, sich das Leben zu nehmen	0,08 (0,47)	0,49	0,04 (0,21)	0,53	0,53 (0,98)	0,49
<i>Ängstlichkeit</i>	Σ 2,47 (2,75)		Σ 1,27 (1,82)		Σ 7,45 (5,64)	
3. Nervosität oder inneres Zittern	0,62 (0,84)	0,70	0,22 (0,50)	0,53	1,70 (1,33)	0,69
6. Gefühl gespannt zu sein	1,16 (0,95)	0,55	0,60 (0,75)	0,46	1,90 (1,31)	0,66
9. Erschrecken ohne Grund	0,10 (0,39)	0,40	0,11 (0,38)	0,38	0,77 (1,18)	0,54
12. Schreck- oder Panikanfälle	0,11 (0,46)	0,56	0,05 (0,31)	0,40	1,02 (1,30)	0,64
15. Ruhelosigkeit	0,30 (0,66)	0,56	0,13 (0,44)	0,39	0,99 (1,18)	0,56
18. Furchtsamkeit	0,18 (0,50)	0,57	0,13 (0,39)	0,48	1,10 (1,22)	0,65
<i>GSI</i>	Σ 6,32 (6,90)		Σ 3,87 (4,64)		Σ 22,90 (14,03)	

Quelle: Franke et. al (2011): Psychometrische Kennwerte der Deutschen Version (STU = Studenten; NKP = nicht-klinische Probanden; PAT = psychisch kranke Patienten; r_{it} = Trennschärfekoeffizient)

3.3.6 Die Resilienzskala (RS) – Kurzform (RS-13)

Diese Skala wurde 1993 von den Autoren Wagnild und Young als zweifaktorielle Struktur mit 25 Items und den Dimensionen „Akzeptanz des Selbst“ und „Persönliche Kompetenz“ unter dem Namen Resilience Scale publiziert. Die Items werden auf einer siebenstufigen Antwortskala beantwortet, die von 1 = „ich stimme nicht zu“ bis 7 = „ich stimme zu“ reicht. Die Auswertung der Dimensionen erfolgt durch Summation der Rohwerte, wobei ein hoher Score für eine hohe Merkmalsausprägung, also für eine hohe Resilienz steht. Durch Summation beider Dimensionen kann zusätzlich ein Gesamtwert als Skalenwerte für Resilienz berechnet werden.

Aus dieser Langversion wurde 2005 in einer Zusammenführung von mehreren Studien eine Kurzversion mit 13 Items erstellt. Die konfirmatorische Faktorenanalyse stellt der Kurzversion eine gutes Modell-Fit aus und kann somit, empfohlen von den Autoren, als ökonomisches Messinstrument in der klinischen Diagnostik eingesetzt werden.

Die Skala zeigt eine Dimension „Gesamtwert“ mit einem Mittelwert (MW) von 72 (Range 13 bis 91) und einer Standardabweichung (SD) von 12. Bezogen auf den Prozentrang ist der Wertebereich von 64 bis 78 Punkte als durchschnittlich anzusehen. Die Subskalen weisen folgende Kennzahlen auf: „Akzeptanz des Selbst“: MW 22, SD 4 und „Persönliche Kompetenz“: MW 48, SD 9. Die Standardabweichung der Subskalen entsprechen jedoch nicht den Kennwerten korrespondierend zu den einzelnen Items und werden daher nicht zur Interpretation herangezogen. Die Retest-Reliabilität beträgt $r = .61$, für die Subskalen „Akzeptanz des Selbst“ $r = .69$ und „Persönliche Kompetenz“ $r = .59$. (Leppert, Koch, Brahler und Straus, 2008). Der Tabelle 12 können die Items der Kurzform mit ihren jeweiligen Werten entnommen werden.

Tabelle 12: Kennwerte der RS-13

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>r_{itc}</i>
1 (1) Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	5.57	1.34	0.80	0.75
2 (2) Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	5.54	1.21	0.79	0.74
3 (7) Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	4.97	1.50	0.79	0.73
4 (8) Ich mag mich.	5.32	1.39	0.79	0.76
5 (9) Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	5.48	1.29	0.71	0.73
6 (10) Ich bin entschlossen.	5.31	1.31	0.76	0.75
7 (12) Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	5.26	1.38	0.76	0.60
8 (15) Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	5.55	1.20	0.79	0.79
9 (19) Normalerweise kann ich die Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	5.47	1.32	0.78	0.79
10 (20) Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	5.57	1.34	0.76	0.75
11 (23) Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	5.54	1.21	0.75	0.74
12 (24) In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	4.97	1.50	0.78	0.73
13 (25) Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	5.32	1.39	0.80	0.76

Anmerkung: *p* = Schwierigkeit; *r_{itc}* = Trennschärfe. Die Itemzahlen in Klammer geben das Item aus der 25-Item-Version an.

Quelle: Leppert et al. (2008)

3.3.7 Bindungsfragebogen - Kurzfassung (BinFB)

Der Bindungsfragebogen (BinFB) in seiner Kurzfassung von Grau (1999) besteht aus den zwei Skalen "Angst vor Trennung" sowie "Vermeidung von Nahe" mit jeweils 10 Items und misst in zwei Dimensionen die Bindungsunsicherheit in Partnerschaften, in Beziehungen zu Freunden, Verwandten, Bekannten, sowie zur Mutter. Durch weitere Berechnungen erfasst er die vier von Bartholomew (1990) beschriebenen Bindungsstile sicher, ängstlich, ängstlich-vermeidend, vermeidend, wobei die Bezeichnung der Bindungsstile von jenen von Bartholomew leicht abweicht. Den theoretischen Hintergrund zu diesem Erhebungsverfahren stellt eben die Bindungstheorie des englischen Psychoanalytikers Bowlby (1975; 1976; 1983) dar. Bowlby definiert Bindung als ein starkes gefühlsmäßiges Band zu einer bestimmten Person, von dem ein Mensch glaubt, dass er ihr mehr als andere Sicherheit gibt. Damit geht ein dringendes Bedürfnis einher, die Nähe zu diesem Menschen beizubehalten beziehungsweise seine Umgebung in Krisensituationen des Lebens zu suchen, um erneut ein Gefühl der Sicherheit herzustellen. Im Erwachsenenalter wird diese Bindungsperson häufig durch den Lebenspartner verkörpert, bei Kindern vorrangig durch die Mutter (Bowlby, 1983).

In Summe sind die 20 Items als Aussagen formuliert die von „stimmt“ bis „stimmt nicht“ auf einem 7-stufigen Rating beantwortet werden (1 = stimmt nicht, 2= sehr wenig, 3 = wenig, 4 = teils-teils, 5 = ziemlich, 6 = stimmt, 7 = stimmt völlig). Um eine eindeutige Zuordnung zu den vier Bindungsstilen (sicher, ängstlich, ängstlich- vermeidend, vermeidend) zu berechnen, wurde der von Grau an einer Normalstichprobe eingesetzte Mittelwert als Trennwert in allen Bereichen verwendet. Dies ergibt die in Tabelle 13 gelistete Klassifikation.

Tabelle 13: Berechnung der Bindungsstile

Vermeidung	Angst	Zuordnung
< 2,98	< 2,98	Sicher
< 2,98	> 2,98	Ängstlich
> 2,98	> 2,98	Ängstlich - vermeidend
> 2,98	< 2,98	Vermeidend

Die Vermeidungsskala beschreibt eine Distanzierung, vor allem in Situationen, in denen es der Person nicht gut geht. Menschen, die sicher gebunden sind, würden in solchen Situationen eher die Nähe suchen. Die Angstskala beschreibt Befürchtungen von anderen Personen nicht mehr geliebt zu werden oder gar verlassen zu werden. Die Skalen sind statistisch gesehen homogen und unabhängig voneinander ($r = .15$), sie weisen mit $\alpha = .91$ (Angst) und $\alpha = .86$ (Vermeidung) hohe interne Konsistenzen auf. Beide Skalen sind unabhängig von Geschlecht, Alter und Beziehungsdauer (Grau, 1999). Der Bindungsfragebogen verfügt, laut Angabe der Autorin, insgesamt über Intervallskalenniveau.

3.3.8 Fragebogen zur Erfassung von Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP - 90)

Der Fragebogen zur Erfassung von „Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv“ wurde für die Operationalisierung erlebter Unterschiede in der Selbststeuerungsfunktion bei Stress entwickelt. Er besteht aus drei Skalen, wobei nur die Skalen HOM (Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen) und HOP (Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung) in dieser Studie eingesetzt werden.

Die Skala HOT (Handlungsorientierung bei (erfolgreicher) Tätigkeitsausführung) zeigt einen weniger starken Zusammenhang mit Symptombelastung und wird daher nicht einbezogen (Kuhl & Beckmann, 1994).

1. Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (HOM, Gegenpol: Lageorientierung LOM) beschreibt die Fähigkeit mit negativen Gedanken und damit verbundenen Gefühlen nach einem Misserfolg in einer Art umgehen zu können, damit man handlungsfähig bleibt.
2. Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HOP, Gegenpol: Lageorientierung, Zögern LOP) beschreibt jenes Verhalten, das entweder als leicht oder schwer empfunden wird eine Entscheidung zu treffen und diese Absicht dann in eine Tat umzusetzen.
3. Handlungsorientierung bei (erfolgreicher) Tätigkeitsausführung (HOT = Tätigkeitszentrierung, (früher: HOE), „intrinsische“ Motivation, Gegenpol: „Aktionismus“).

Jede Skala umfasst 12 Situationsbeschreibungen, die immer mit zwei Antwortalternativen (handlungsorientiertes versus lageorientiertes Verhalten) beantwortet werden. Im Anschluss können die drei Testwerte aus den Rohwerten berechnet werden, indem man die handlungsorientierten Antwortalternativen pro Skala summiert (Werte zwischen 0 und 12 Punkte).

Dabei scoren in der LOM/HOM Dimension folgende Items: 1b, 3b, 5a, 7a, 9b, 11b, 13a, 15b, 17b, 19b, 21b, 23a, wobei Werte zwischen 0 bis 4 das Ergebnis LOM bedeuten, Werte zwischen 5 bis 12 als HOM interpretiert werden. In der Dimension LOP/HOP scoren die Items: 2b, 4b, 6b, 8a, 10b, 12b, 14b, 16a, 18a, 20b, 22a, 24a, wobei Werte zwischen 0 bis 5 das Ergebnis LOP bedeuten, Werte zwischen 6 bis 12 als HOP interpretiert werden.

Der HAKEMP -90 ist für jene psychologischen Fragestellungen konzipiert, die das Ausmaß der Handlungskontrolle nach Misserfolgs - Erlebnissen messen wollen (Kuhl, 1993, 1994, 1998). Der HAKEMP - 90 hat sich in zahlreichen Studien als reliables und valides Messinstrument erwiesen (Diefendorff, Hall, Lord & Strean, 2000). Die interne Konsistenz liegt bei den Subskalen zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .80$ und bei den Hauptskalen zwischen $\alpha = .80$ und $\alpha = .90$ (Kuhl, 1994). Für die Darstellung der Validität konnte die Dreifaktorenlösung weitgehend bestätigt werden, wobei Diefendorff et al. (2000) die faktorielle Validität, Kuhl und Beckmann (1994) die Konstruktvalidität der Skalen belegen konnten.

Tabelle 14. Zusammenfassung der Verfahren, die zum Einsatz kamen

Verfahren	Beschreibung der Items
<i>Adaptierte Version des "Fragebogens zur Familien und Paarbeziehung"</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Kapella in Kooperation mit Schröttle (2011) · Abschnitte: Personenbezogene Daten; Prävalenz im Erwachsenenalter, Prävalenz im Kindheitsalter · Benennung im Fragebogen: <i>Fragen zu Ihrer Person; Erwachsenenalter, Kindheitsalter</i>
<i>Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Wingenfeld, et al. (2016) · 10 dichotome Items · <i>Benennung im Fragebogen: Kindheitserleben</i>
<i>Fast and Frugal Tree Questionnaire for Bullying (FFTM)</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Kolodej (2016/2018) · 3 dichotome Items · Benennung im Fragebogen: <i>Arbeitsleben</i>
<i>Negative Acts Questionnaire (NAQ-R)</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Einarsen, Hoel, Notelaers (2009) · 22 verschiedene Typen von negativen Verhalten waren zur Auswahl angeboten, zusätzlich auch die Frequenz der Aussetzung, 5-Punkt Likert Skala · Subskalen: personal bullying, work-related bullying and physically intimidating form of bullying · Benennung im Fragebogen: <i>Negatives Verhalten am Arbeitsplatz</i>
<i>Brief Symptom Inventory (BSI-18)</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Franke et al. (2011) · 53 Items, 5-Punkt Likert Skala · Subskalen: GSI (Global Severity Index), somatization, depression and anxiety
<i>Bindungsfragebogen</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Grau (1999) · 20 Items, 7-Punkt Likert Skala · Subskalen: "Angst vor Trennung" sowie "Vermeidung von Nahe" (secure, anxious, ambivalent, anxious-ambivalent) · Benennung im Fragebogen: <i>Beziehungen</i>
<i>Kurzversion Resilienz-Skala (RS-13)</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Leppert, Koch, Brähler and Strauß (2008) · 13 Items, 7-Punkt Likert Skala · Subskalen: „Akzeptanz des Selbst“ und „Persönliche Kompetenz“ sowie eine Gesamtskala · Benennung im Fragebogen: <i>Denk- und Handlungsweisen</i>
<i>Action Control Scale (ACS-90/HAKEMP-90)</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Kuhl (1990) · 36 Items in der Kurzversion; die Auswahl von einer von zwei Optionen wird gefordert. · Subskalen: Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (HOM, Gegenpol: Lageorientierung LOM), Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HOP, Gegenpol: Lageorientierung, Zögern LOP), · Nicht einbezogen: Handlungsorientierung bei (erfolgreicher) Tätigkeitsausführung (HOT = Tätigkeitszentrierung, (früher: HOE), „intrinsische“ Motivation, Gegenpol: „Aktionismus“). · Benennung im Fragebogen: <i>Handlungsorientierung</i>

3.4 Erhebungsprozedere

Die Ausgabe und das Einsammlungsprozedere richtete sich nach den Vorgaben der Ethikkommission, um den vulnerablen TeilnehmerInnen möglichst ideale Bedingungen zu bieten. Die Ankündigung des Papier-Bleistift-Fragebogens erfolgte bei der Willkommensrunde. Primar Dr. Kaufmann führte diese persönlich und leitete bereits zu Beginn ein, etwa dass Kränkungen krank machen können, oder dass viele Gewalt erlebt haben. Zusätzlich hat er um Teilnahme an die Befragung gebeten und erklärte die Aushändigung des Papier-Bleistift-Fragebogens durch die Psychologin. Jedem Patienten und jeder Patientin wurde zwei Wochen nach ihrer Ankunft und der Willkommensrunde der Fragebogen im persönlichen Postfach hinterlegt. Jedenfalls erfolgte der Hinweis auf Freiwilligkeit, zu Datenschutz und zur Bedeutung die eigenen Grenzen zu wahren, insbesondere, wenn die Reha-PatientInnen Begleitung oder Beratung im Anschluss oder während des Ausfüllens benötigen. So war es auch möglich den Fragebogen gemeinsam mit einem/einer PsychologIn auszufüllen.

Die Personen erhielten vier Wochen Zeit, um den Bogen auszufüllen und den Hinweis, dass der Zeitpunkt zum Beginn der Reha noch zu früh sein könnte. Die Fragebögen konnten entweder persönlich zurück übergeben werden – auch konnte die Abgabe noch für ein persönliches Gespräch mit der Psychologin genutzt werden, wenn es noch Fragen oder Anmerkungen gab. Ansonsten konnte der Fragebogen in einem A3-Bogen und somit nicht offen einsichtig, an der Rezeption abgeben werden. An der Rezeption wurde der Fragebogen für die Psychologin ins Postfach abgelegt und von dort abgeholt.

Der gesamte Fragebogen wurde zuerst zwischen Oktober 2016 und Dezember 2016 in Form einer Vorstudie an 53 Personen vorgegeben. Die Vorstudie diente der Verfasserin als Grundlage für die Überprüfung und Verbesserung des Fragebogens. In dieser Phase wurden die Machbarkeit und Umsetzbarkeit des Fragebogens überprüft. Anschließend erfolgte die Haupterhebung von Februar 2017 bis Oktober 2017. Der Rücklauf belief sich schlussendlich auf 243 Personen.

Ausgegeben wurden im gesamten Untersuchungszeitraum 907 Fragebögen. Die Rücklaufquote betrug somit 26,8 %. In der Studie war es sehr wichtig, dass keinerlei Druck auf die Personen bezogen auf das Ausfüllen des Fragebogens ausgeübt wurde, von einem Nachfragen oder Ermutigen zum Ausfüllen wurde daher abgesehen. Darüber hinaus darf an dieser Stelle vermerkt werden, dass Rücklaufquoten zwischen 20 und 40 Prozent bei PatientInnenbefragungen eher die Regel darstellen (Press & Ganey, 1989; Barkley & Furse, 1996; Ruprecht, 2001) und postalische Befragungen in Krankenhäuser noch enttäuschendere

durchschnittliche Rücklaufquoten in Höhe von 10 % erbrachten (Fleisch, 1989; Nelson & Niederberger, 1990; Schmidt & Satzinger, 2001).

In der Reha-Klinik in Rust werden pro Jahr etwa 900 Personen behandelt. Diese Studie konnte 243 Personen erfassen. Aus diesen Angaben ließ sich der Stichprobenfehler bei einem bestimmten Konfidenzniveau berechnen. Eine ideale Stichprobengröße von $n = 268$ wäre für das Erreichen des 95 % Konfidenzniveaus und $n = 207$ für das Erreichen des 90 % Konfidenzniveaus erforderlich. Die vorliegende Stichprobe lag mit ihrer Größe dazwischen. Dieser Umstand wurde bei der Interpretation und der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt. Eine Poweranalyse ergab, dass, für einen Vergleich mit Kapella et al. (2011), mindestens 165 PatientInnen erhoben werden müssen, um mit einer Power von 80 % einen Unterschied zwischen zwei Prävalenzen von 10 Prozentpunkten bei einem Signifikanzniveau von 5 % finden zu können. Dieser Unterschied entspricht einer kleinen bis mittleren Effektgröße. Die Poweranalyse erfolgte mit G*Power (Version 3.1.9.6, Faul et al. (2007)). Die Berechnung der Stichprobengröße erfolgte nur für die Hauptfragestellung (Das, Mitra & Mandal, 2016), die den Vergleich zwischen den Prävalenzen aus Kapella et al. (2011) und den Prävalenzen der vorliegenden Studie zum Ziel hatte. (Chow, Wang & Shao, 2007). Daraus ergaben sich mindestens 210 PatientInnen einzuschließen und im besten Fall mehr als 270.

3.5 Ethik

In der Gewaltprävalenzstudie 2011 (Kapella et al.) wurde bereits der *Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen* eingesetzt und Daten von einer circa 2.300 Personen umfassenden Stichprobe gewonnen. Dieser Fragebogen wurde nun an die Bedürfnisse dieser Studie angepasst und weitere standardisierte Verfahren hinzugefügt, um den Forschungsgegenstand dieser Studie abdecken zu können.

Es wird aufgrund der anzunehmend tendenziell reduzierten Belastbarkeit auf kürzere Testverfahren zur Erhebung der Schutzfaktoren Bindung, Resilienz und Handlungsorientierung zurückgegriffen. Im Speziellen wurde auf jene Items verzichtet, die besonders belastend sind. Sollten Items unbedingt notwendig sein, so wurden diese in abgemilderter Form abgefragt. Keinesfalls sollte die Befragung als negative Intervention bei den Reha – PatientInnen wirken.

Die Daten zu potenzieller Somatisierung wurden mittels BSI-18 zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erhoben, bei Aufnahme und bei Entlassung aus der Klinik, wobei

das Matching der Daten aufgrund der Sozialversicherungsnummer und des Geburtsdatums erfolgte. Diese eindeutige Zuordnung der Daten zu Personen erforderte einen besonders sensiblen Umgang. Das für die Untersuchung genutzte Datenmaterial wurde nach Zuordnung zu einer Person anonymisiert.

Bei der Testdurchführung wurde individuell auf die Bedürfnisse der Befragten und gegebenenfalls auf ihre eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit und sonstige kognitive Defizite, Sinnes- oder Sprachfunktionen, geringere Vertrautheit mit psychologischen Testverfahren, schnellere Ermüdbarkeit und durch den Fragebogen ausgelöste Belastungserscheinungen eingegangen. Falls Bedarf bestand, konnte der Fragebogen gemeinsam mit einer eigens dafür geschulten Mitarbeiterin ausgefüllt werden. Um dies zu fördern, fanden zunächst in der dritten, nach Adaption in der zweiten Woche des Aufenthaltes, eine Gruppenbesprechung statt. Die PatientInnen erhielten hier die Möglichkeit, Fragen zur Evaluierung zu stellen und wurden erneut auf etwaige Angebote bezüglich des Fragebogens hingewiesen. Zudem diente diese Gruppe dem Beziehungsaufbau und bot den PatientInnen Raum für Feedback. Sämtliche MitarbeiterInnen wurden detailliert über die Studie und den Fragebogen informiert sowie zusätzlicher Austausch angeboten. Dies ermöglichte, dass sich PatientInnen beispielsweise auch an ihreN jeweiligenN EinzeltherapeutIn wenden können, falls Bedarf bestand.

Natürlich stand es den Reha-PatientInnen frei an der Studie teilzunehmen. Darauf wurden sie explizit in der Willkommensrunde hingewiesen. Eine Nicht-Teilnahme stand und steht in keinerlei Zusammenhang mit irgendwelchen Konsequenzen im weiteren Verlauf der Therapie. Ebenso war es jederzeit möglich, einen zusätzlichen Einzeltermin für die gemeinsame Erarbeitung zu vereinbaren und dabei die Befragung auch abubrechen, einzelne Items auszulassen oder auf Wunsch eine Pause einzulegen. Diese Rahmenbedingungen wurden allen Teilnehmenden im Zuge der Zustimmungserklärung, welche von jeder Person unterschrieben werden musste, schriftlich mitgeteilt. Zudem wurden sie explizit bei der Ausgabe in der Willkommensrunde darauf hingewiesen.

Der Fragebogen in seiner endgültigen Form wurde auf ethische Konformität geprüft. Dazu war eine schriftliche Bestätigung der Reha-Klinik über die Durchführung der Datenerhebung erforderlich. Zusätzlich wurde mit Unterstützungen der BetreuerInnen die Genehmigung bei der Ethikkommission der Austrian Academy of Psychology eingeholt (Ethics Review, 01.06.2016, siehe Anhang).

3.6 Statistische Analysen

Die statistische Auswertung erfolgte mit IBM® SPSS® Statistics, Version 27. Im nachfolgenden wurden die statistischen Verfahren, die zum Einsatz gekommen sind, aufgeführt. Im Ergebnisteil wurde zusätzlich jeweils notiert, welches statistische Verfahren für das konkrete Ergebnis verwendet wurde. Prävalenzen wurden in Form von Prozenten wiedergegeben. Bei Unterschieden zwischen Prävalenzen wurde ein z-Test beziehungsweise der χ^2 -Unabhängigkeitstest durchgeführt (für Hypothesen 1 bis 4 und in explorativer Datenanalyse). Die Berechnungen von Unterschieden zwischen zwei Gruppen bezüglich einer kontinuierlichen Variable wurden mit t-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt; bei ordinalen Daten wurde der Mann-Whitney-U-Test angewandt. Für Unterschiede zwischen zwei Zeitpunkten bezüglich einer kontinuierlichen Variable wurde der t-Test für abhängige Stichproben gerechnet (angewandt in exploratorischer Datenanalyse). Bei Zusammenhängen zwischen zwei kontinuierlichen Variablen wurden Produktmomentkorrelationen nach Pearson beziehungsweise, bei starken Abweichungen von der Normalverteilung oder bei nicht-linearen Beziehungen beziehungsweise bei ordinalen Daten wurde die Rangkorrelationen nach Spearman gerechnet. Bei Zusammenhängen zwischen einer dichotomen kategorialen und einer kontinuierlichen Variable wurde die punktseriale Korrelation nach Pearson gerechnet (Hypothesen 5 und 6). Die Hypothesenprüfung machte es erforderlich, Moderations- und Mediationsanalysen zu berechnen, die mithilfe von multiplen linearen Regressionsanalysen erfolgten. Bei Moderationsanalysen wurde der multiplikative Term zwischen dem Moderator und dem Prädiktor in das Regressionsmodell aufgenommen; kontinuierliche Variablen wurden vorab standardisiert, um Multikollinearität zu vermeiden. Bei Mediationsanalysen wurde geprüft, ob durch die Hinzunahme des Mediators der Regressionskoeffizient des zu mediiierenden Prädiktors sich in Stärke und Signifikanz verändert; die Signifikanz des Mediationseffekts wurde mit dem PROCESS Macro von Andrew Hayes berechnet (Hayes, 2013). Für Mediationsanalysen werden in der Literatur unterschiedliche Voraussetzungen genannt, einerseits, dass der zu mediiierende Prädiktor grundsätzlich mit dem Mediator im Zusammenhang stehen sollte. MacKinnon, David & Fairchild (2007) beschreiben, dass dies bei Mediationsanalysen nicht zwingend erforderlich ist, dass der Prädiktor mit der zu erklärenden Variable (Outcome) zusammenhängen muss. Eine Mediationsanalyse kann auch erfolgen, wenn der Zusammenhang nicht vorhanden ist. Für Moderationsanalysen ist ein derartiger Zusammenhang ohnehin nicht erforderlich, da durch Hinzufügen eines Moderator Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Moderator sichtbar werden können, die insgesamt jedoch nicht vorhanden sind (Kenny, Kashy & Bolger 1998; MacKinnon, David

& Fairchild, 2007). Abschließend formuliert Hayes (2013) als einer der wichtigsten Autoren zum Thema Moderation und Mediation "There is now a general consensus among methodologists ... that a total effect of X on Y should not be a prerequisite to searching for evidence of indirect effects." mit der Nennung zahlreicher Quellen für diese Einschätzung (Hayes, 2013, S 117). Regressionsanalysen haben als Voraussetzung, dass die Residuen normalverteilt sind und homogen streuen. Es ist auch wichtig, dass es keine Ausreißer bei den Residuen gibt. Die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen konnte angenommen werden, da gemäß zentralem Grenzwertsatz die Normalverteilung bei Stichproben mit mehr als dreißig Beobachtungen asymptotisch gegeben ist. Die Voraussetzung der Homoskedastizität der Residuen wurde mit Streudiagrammen geprüft, die die Residuen den vorhergesagten Werten für das Kriterium gegenüberstellten. Multikollinearität, die mit dem Varianzinflationsfaktor geprüft wurde, war nicht vorhanden. Für die Beurteilung der statistischen Signifikanz wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,05$ verwendet. Wenn für eine Fragestellung mehr als ein statistischer Test durchgeführt wurden, erfolgte eine Korrektur des p-Wertes nach der Bonferroni-Holm Methode. Gerichtete formulierte Hypothesen wurden einseitig getestet.

In Tabelle 15 wurden die erfassten Konstrukte, Dimensionen und Daten übersichtlich dargestellt.

Tabelle 15. Übersicht über die erfassten Variablen

Kategorie	Variablen
<i>Demographische Daten</i>	Geschlecht Alter Familienstand, Partnerschaft und Kinder Lebenssituation und Lebensraum Herkunft und Staatsangehörigkeit Bildung Berufliche Aktivität Religion
<i>Formen von Gewalt</i>	Psychische Gewalt Physische/körperliche Gewalt Sexuelle Belästigung Sexuelle Gewalt Mobbing Vernachlässigung (im Kindheitsalter)
<i>Gewalterfahrung im Laufe des Lebens</i>	Bis zum 16. Lebensjahr (Kindheitsgewalterfahrungen), den Lebensabschnitt seit dem 16. Lebensjahr und die letzten drei Jahren
<i>Gesundheitsdaten</i> - bei Aufnahme - bei der Entlassung	Gesamtscore Somatisierung BSI-18 Somatisierung Depressivität Ängstlichkeit ICD-10 Diagnose (aus den Aufnahmeunterlagen)
<i>Moderatoren und Mediatoren</i>	Resilienz Bindung Handlungsorientierung

4. ERGEBNISSE

 UNIVERSITY of NICOSIA

4 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgte die Ergebnisdarstellung. Im ersten Schritt wurde die Stichprobe beschrieben. Zweitens wurden Skalen und Dimensionen des Fragebogens einzeln ausgewertet und beschrieben. Im dritten und letzten Schritt erfolgte dann die Hypothesenprüfung.

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Aufgrund des Rücklaufs konnten Daten von 243 Reha-PatientInnen ausgewertet werden. Es waren 65 % der Befragten weiblich und 35 % männlich. Dieses Geschlechterverhältnis entsprach dem Verhältnis aller Reha-PatientInnen in der Reha-Einrichtung. Die jüngste Person war 18 Jahre und die älteste 71 Jahre alt. Der Mittelwert für das Alter betrug 48 Jahre. Zwei Drittel der befragten PatientInnen lebten in einer Partnerschaft (66 %), etwas weniger als die Hälfte davon war verheiratet (46 %). Ebenfalls zwei Drittel gaben an, eigene Kinder zu haben (67,1 %). Ein Viertel der PatientInnen gab an, allein zu wohnen (25,9 %), der Rest lebte mit dem/der PartnerIn. Ein Viertel lebte mit den eigenen Kindern im selben Haushalt (26,7%). Die Hälfte aller PatientInnen hatten 2 oder mehr Partnerschaften in ihrem Leben, 10 % hatten fünf oder mehr Partnerschaften.

Ein Drittel aller PatientInnen hatten einen Pflichtschulabschluss (33,3 %) als höchsten abgeschlossene Ausbildung, ein Viertel besaß einen Lehrabschluss (25,9 %). Etwa jede siebte Person hatte einen Maturaabschluss (14,8 %) oder einen Universitätsabschluss (14 %). Ein Drittel aller PatientInnen war zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos (30,5 %), ein Viertel war in Vollzeit beschäftigt (24,3 %). Teilzeit beschäftigt waren 13,2 % und selbständig tätig 5,8 %. Die restlichen 15,6 % waren in Pension. 107 (44%) PatientInnen haben keine Angaben gemacht, ob sie in einer Führungsposition arbeiten oder nicht. Von den verbliebenen 66%, hatten 19,3% (n=47) eine Führungsposition. Drei Viertel aller befragten Reha-Patienten waren in den letzten sechs Monaten im Krankenstand (50 % mehr als 65 Tage).

Es handelte sich zu 95,9 % um österreichische StaatsbürgerInnen, die auch in den allermeisten Fällen in Österreich geboren waren (90,1 %). Die PatientInnen stammten vornehmend aus den drei Bundesländern Wien (28,8 %), Niederösterreich (24,3 %) und Steiermark (14,4 %). Die restlichen Personen verteilten sich auf die übrigen österreichischen Bundesländer. Zwei Drittel gaben ein christliches religiöses Bekenntnis an (64,6 %), 14,4 % waren ohne Bekenntnis.

4.2 Gesundheitszustand (körperlich, psychisch, sozial)

In diesem Abschnitt wird der Gesundheitszustand der PatientInnen der vorliegenden Stichprobe beschrieben. Zunächst werden die ICD-10 Diagnosen statistisch aufgearbeitet, dann die Einschätzung der eigenen Gesundheit durch PatientInnen selbst.

4.2.1 „ICD-10“ Diagnosen

Die Verteilung der ICD-10 Diagnosen der PatientInnen der Reha-Klinik in Rust für das Jahr 2016/2017 getrennt nach Geschlecht ergab wenig Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Es gab etwas mehr Diagnosen zu affektiven Störungen bei Frauen und etwas mehr Diagnosen zu den Codes F10-F19 oder F00-F09 bei Männern.

Die ICD-10 Diagnosen der PatientInnen können wie folgt wiedergegeben werden: 60,5% der PatientInnen hatten eine Diagnose betreffend „Affektive Störungen“ (F30 bis F39) und 21,7% hatten Diagnosen betreffend „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40 bis F48). Seltener gab es Diagnosen mit Codes F20 bis F29 („Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, 2%) oder F60 bis F69 („Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, 2%). Andere Diagnosen waren nur vereinzelt vorhanden. Bei Frauen waren „Affektive Störungen“ häufiger (77,1%) als bei Männern (70,0%).

Von den PatientInnen mit „Affektiven Störungen“ hatten zwei Drittel der PatientInnen den Code F32, „Depressive Episode“ (68,7%), ein Viertel den Code F33, „Rezidivierende depressive Störungen“ (25,9%), 4,8% den Code F31 „Bipolare affektive Störung“ und eine Person den Code F34, „Anhaltende affektive Störung“.

Von den PatientInnen mit „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ hatten die Hälfte der PatientInnen den Code F43, „Reaktionen auf schwere Belastungen oder Anpassungsstörungen“ (50%), ein Viertel den Code F41, „Andere Angststörungen“ (27,3%), ein Fünftel den Code F48, „Andere neurotische Störungen“ (20,5%) und eine Person den Code F45, „somatoforme Störung“. In Abbildung 34 ist die Häufigkeitsverteilung nach Diagnosegruppe und Geschlecht in Form eines Balkendiagramms dargestellt.

Abbildung 34. Häufigkeitsverteilung der ICD-10 Diagnosen getrennt nach Geschlecht

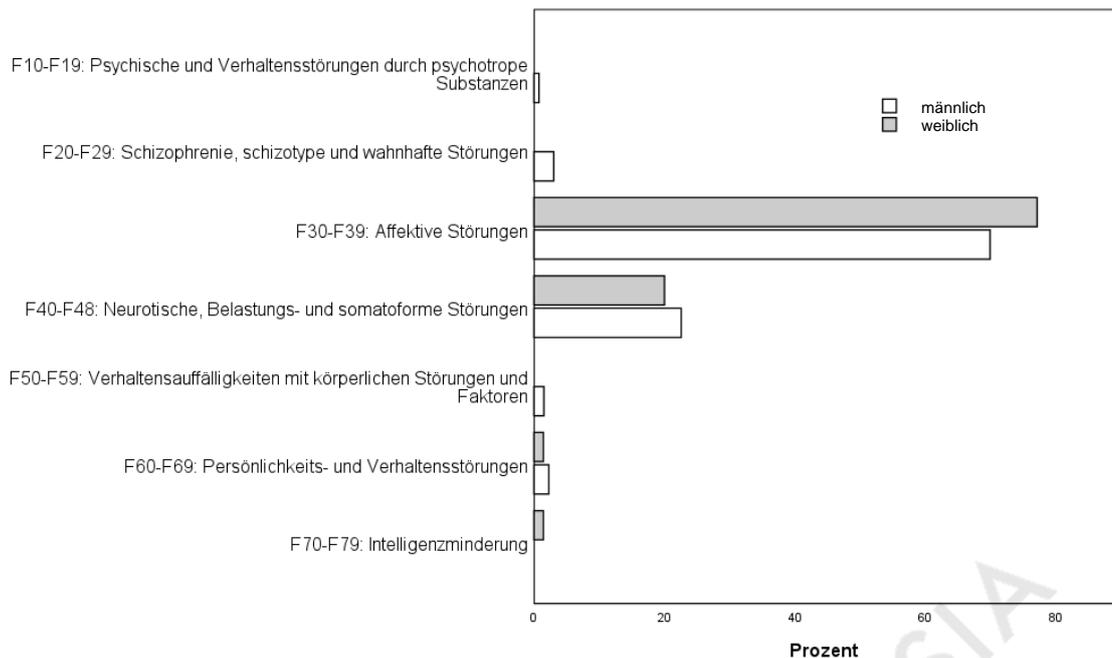
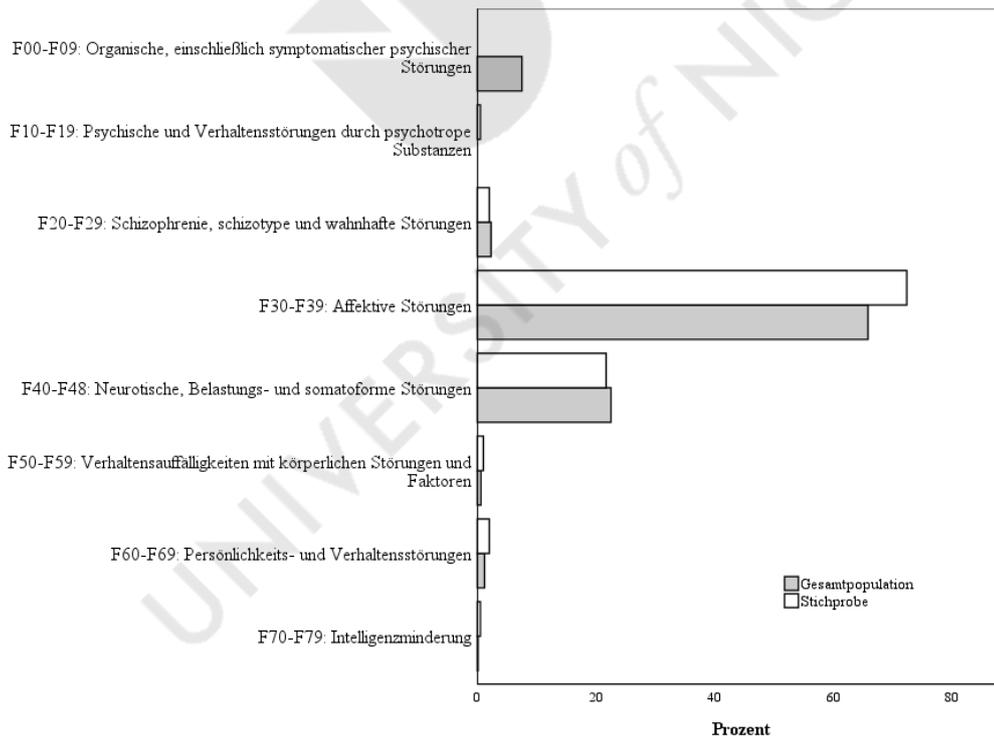


Abbildung 35. Vergleich der Häufigkeitsverteilung der ICD-10 Diagnosen zwischen der Gesamtpopulation (n = 907) und der Stichprobe (n = 243)



Ein Vergleich der Häufigkeitsverteilungen der Diagnosen in der Gesamtpopulation mit der Verteilung der Diagnosen der Stichprobe weist auf die Repräsentativität der Stichprobe hin. In Abbildung 35 ist der Vergleich der beiden Verteilungen mit Hilfe eines Balkendiagramms dargestellt.

Tabelle 16 zeigt die Häufigkeiten der ICD-10 Diagnosen in % in der Reha-Klinik (Rust), einerseits von den Teilnehmenden an der Studie, andererseits von allen PatientInnen im entsprechenden Zeitraum, jeweils nach Geschlecht getrennt, als auch die Vergleichsdaten aus anderen Reha Einrichtungen (Bad Hall, Klagenfurt, Wien, Radegund) und der MESTA Studie als Analyse von österreichischen und deutschen Rehabilitationseinrichtungen. Zusätzlich als Vergleichswert die Häufigkeiten der ICD-10 Diagnosen bei den PatientInnen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Akutbetreuung. Ein Vergleich mit den Spitalsentlassungen 2020 mit F-Diagnosen (gesamt 80.206) zeigt, dass hinsichtlich der Diagnosen F 30 bis F39 von den 23.826 Akutaufenthalten 62,89% weiblich waren (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

Tabelle 16. Vergleich der Diagnosedaten unterschiedlicher Studien (Angaben in %)

Diagnosegruppe	Rust N=243 Frauen 65,0%		Rust N=907 Frauen 67,0%		MESTA N=29.777 Frauen 64%	Bad Hall N=240 Frauen 62,9%	KLG N=828 Frauen 66,1	Wien N=1.144 Frauen 66,0%	Radegund N=1.135 Frauen 58,8%
	Schizophrenie , schizotype und wahnhaft Störungen“ (F20 bis F29)	F	2,5	1,2					
	M	0	4,0						
	g	1,6	2,2		13,0	2,8	5,6	4,9	
„Affektive Störungen“ (F30 bis F39)	F	63,5	67,1						
	M	58,9	64,2						
	g	60,5	65,8	29,9	47,6	54,2	61,9	68,3	
„Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40 bis F48).	F	18,9	22,9						
	M	16,5	22,0						
	g	18,1	22,5	46,0	29,9	38,6	25,2	23,8	
„Persönlichke its- und Verhaltensstö rungen“ (F60 bis F69)	F	1,9	1,5						
	M	1,2	0,8						
	g	1,6	1,2	5,6	7,8	2,3	6,1	2,5	

Quellen: MESTA Studie in Deutschland und Österreich (Stefanowski et al. 2007); Reha-Klinik Bad Hall, Klagenfurt und Wien - Leopoldau (Lenz, 2013), Radegund Qualitätsbericht 2020)

4.2.2 Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

Die Hälfte der Reha-PatientInnen empfanden den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut bis gut (48,7 %). Ein Drittel bewertete den Zustand als mittelmäßig (33,3 %). Ein schlechter oder sehr schlechter Gesundheitszustand war laut Selbsteinschätzung bei 18 % vorhanden (Abbildung 36). Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes ($z = -0,302$, $p = 0,763$).

Abbildung 36. Häufigkeitsverteilung der Einschätzung des Gesundheitszustandes

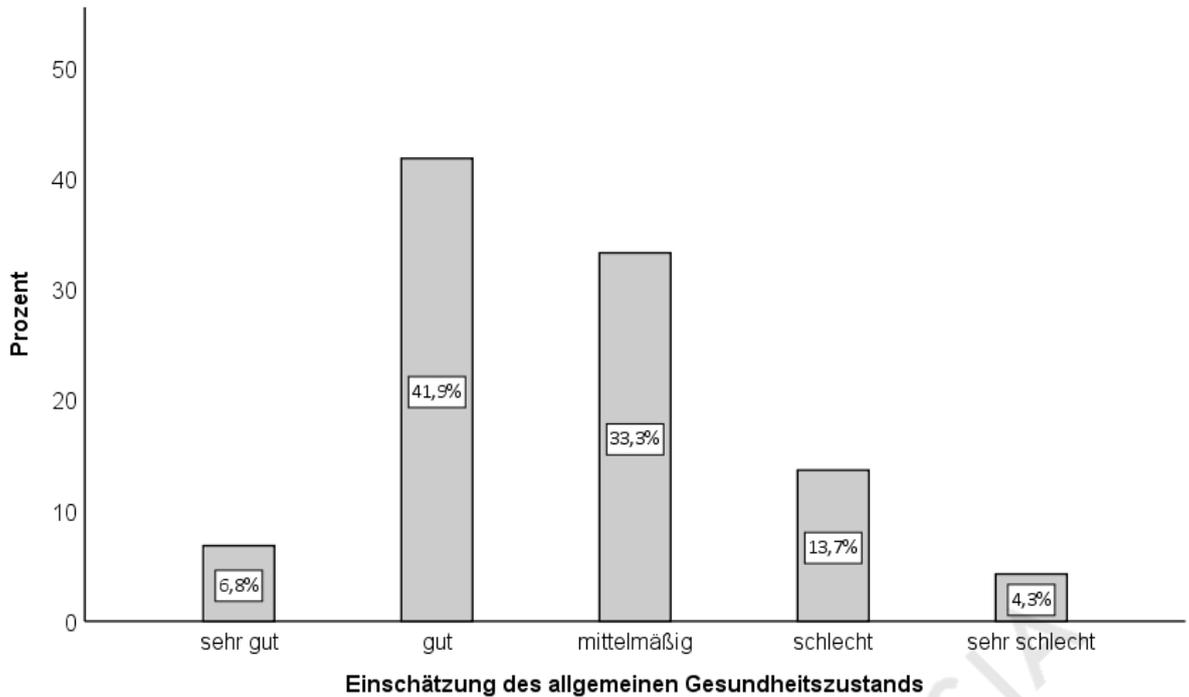
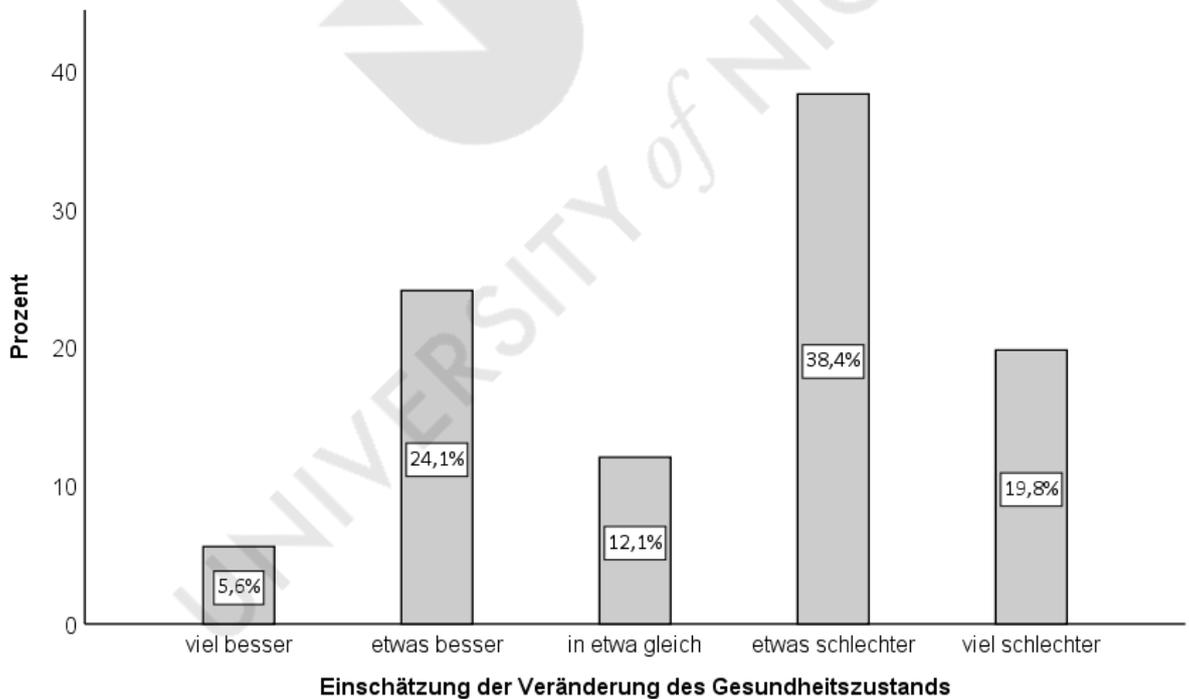


Abbildung 37. Häufigkeitsverteilung der Veränderung des Gesundheitszustandes innerhalb der letzten drei Jahre



Der Gesundheitszustand hatte sich bei 58,2 % der Befragten innerhalb der letzten drei Jahre verschlechtert. Bei 12,1 % der Befragten hatte sich der Gesundheitszustand in dieser Zeit nicht verändert und 29,7 % erlebten eine Verbesserung (Abbildung 37). Auch diesbezüglich gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern ($z = -0,525$, $p = 0,600$). Es gab einen statistisch signifikanten Zusammenhang

zwischen der Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Veränderung des Gesundheitszustandes ($r = 0,389$, $p < 0,001$). Je höher die Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes, desto eher gab es in den letzten drei Jahren eine Verbesserung des Zustandes.

4.2.3 Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit

Die Ergebnisse des BSI-18 bei Aufnahme und bei Entlassung aus der Rehabilitation wurden in diesem Abschnitt getrennt für die Subskalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* wiedergegeben. Die Ergebnisse des BSI-18 aus der vorliegenden Studie wurden mit den Ergebnissen der Validierungsstudie für den BSI-18 von Franke et al. (2011) verglichen.

Bei Entlassung waren die Ausprägungen auf allen BSI-Subskalen statistisch signifikant niedriger im Vergleich zu den Werten bei Aufnahme in die Klinik. PatientInnen hatten bei Entlassung nach 6 Wochen signifikant niedrigere Werte in Somatisierung ($M = 4,65$) im Vergleich zur Aufnahme ($M = 6,23$, $t = 5,040$, $p < 0,001$, $r = 0,31$). Ebenso hatten PatientInnen bei Entlassung signifikant niedrigere Werte bezüglich Depressivität ($M = 5,92$) im Vergleich zur Aufnahme ($M = 8,84$, $t = 8,172$, $p < 0,001$, $r = 0,47$). Die Werte bezüglich der Ängstlichkeit waren bei Entlassung auch signifikant niedriger ($M = 6,31$) im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme ($M = 9,15$, $t = 7,584$, $p < 0,001$, $r = 0,44$).

Bei Entlassung waren die Werte auf den Subskalen signifikant niedriger als die Werte aus der Validierungsstudie von Franke (2011). PatientInnen hatten geringere Werte für Somatisierung ($t = -2,709$, $p = 0,007$, $r = 0,17$), für Depressivität ($t = -7,963$, $p < 0,001$, $r = 0,46$) und für Ängstlichkeit ($t = -3,922$, $p < 0,001$, $r = 0,24$) als TeilnehmerInnen aus der Studie von Franke et al. (2011).

Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den PatientInnen bei Aufnahme und den Werten von Franke et al. (2011) bezüglich Somatisierung ($t = 0,029$, $p = 0,977$) und Depressivität ($t = -0,575$, $p = 0,566$). Bei Ängstlichkeit hatten PatientInnen in der vorliegenden Studie statistisch signifikant höhere Werte im Vergleich zu Franke (2011) ($t = 3,771$, $p < 0,001$, $r = 0,24$). Diese Analysen erfolgten mit t-Tests bei unabhängigen Stichproben. Varianzanalysen mit Messwiederholung ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern weder bei Aufnahme noch bei Entlassung. Es gab auch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in den Veränderungen von Aufnahme bis Entlassung ($p > 0,05$).

Die Ergebnisse wurden in übersichtlich dargestellt. Die Ergebnisse getrennt nach Geschlecht wurden in Tabelle 17 zusammengefasst. In Tabelle 18 wurden die Skalenwerte des BSI-18 bei Aufnahme und Entlassung getrennt für Frauen und Männer mit Boxplots dargestellt.

Tabelle 17. BSI-18-Ergebnisse im Vergleich Franke et al (2011)

BSI-18-Skalen	Ergebnisse bei Aufnahme		Ergebnisse bei Entlassung		PAT (Franke, 2011)
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<i>Somatisierung</i>	164	6,23 (5,17)	159	4,65 (5,05)*	6,22 (4,89)†
<i>Depressivität</i>	166	8,94 (6,28)	158	5,92 (5,21)*	9,22 (6,34)†
<i>Ängstlichkeit</i>	168	9,15 (5,84)	163	6,31 (5,39)*	7,45 (5,64)†
<i>GSI</i>	159	23,86 (15,00)	153	16,86 (14,41)	22,90 (14,03)

(min. pro Item = 0, max. pro Item = 4; max. pro Dimension = 24; max. GSI = 72);

* Signifikanter Unterschied Entlassung vs. Aufnahme,

† Signifikanter Unterschied Franke et al. (2011) vs. zu Entlassung

Tabelle 18. BSI-18-Ergebnisse getrennt nach Geschlecht

BSI-18-Skalen		Ergebnisse bei Aufnahme		Ergebnisse bei Entlassung	
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>
Somatisierung	Frauen	100	6,58 (5,62)	101	4,92 (5,60)
	Männer	64	5,69 (4,34)	58	4,17 (3,93)
Depressivität	Frauen	103	8,86 (6,26)	99	5,84 (5,13)
	Männer	63	9,06 (6,35)	59	6,05 (5,40)
Ängstlichkeit	Frauen	105	9,44 (6,12)	102	6,50 (4,35)
	Männer	63	8,67 (5,34)	61	5,75 (4,21)

Anmerkung. Varianzanalysen mit Messwiederholung ergaben keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Bezüglich der BSI-18 Skala Somatisierung gab es bei Aufnahme in die Rehabilitationsklinik einen signifikanten Unterschied zwischen den Diagnosegruppen F30-F39 und F40-F48. PatientInnen mit einer Diagnose aus der Gruppe F30-F39 hatten signifikant geringere Werte ($M = 5,6$, $SD = 7,69$) im Vergleich zu PatientInnen einer Diagnose aus der Gruppe F40-F48 ($M = 7,69$, $SD = 4,97$), $t(135) = -1,991$, $p = 0,048$. Es gab keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die BSI-Skalen Depressivität und Ängstlichkeit zwischen F30-F39 ($M = 9,02$, $SD = 6,90$ bzw. $M = 8,85$, $SD = 6,21$) und F40-F48 ($M = 8,94$, $SD = 5,30$ bzw. $M = 8,91$, $SD = 5,15$). Die Ergebnisse sind in Abbildung 35 dargestellt.

Abbildung 38. Boxplots für BSI-18 Skalen Depressivität, Somatisierung, Ängstlichkeit bei Aufnahme (linke Seite) und Entlassung (rechte Seite) aus der Reha-Klinik getrennt für Frauen (oben) und Männer (unten)

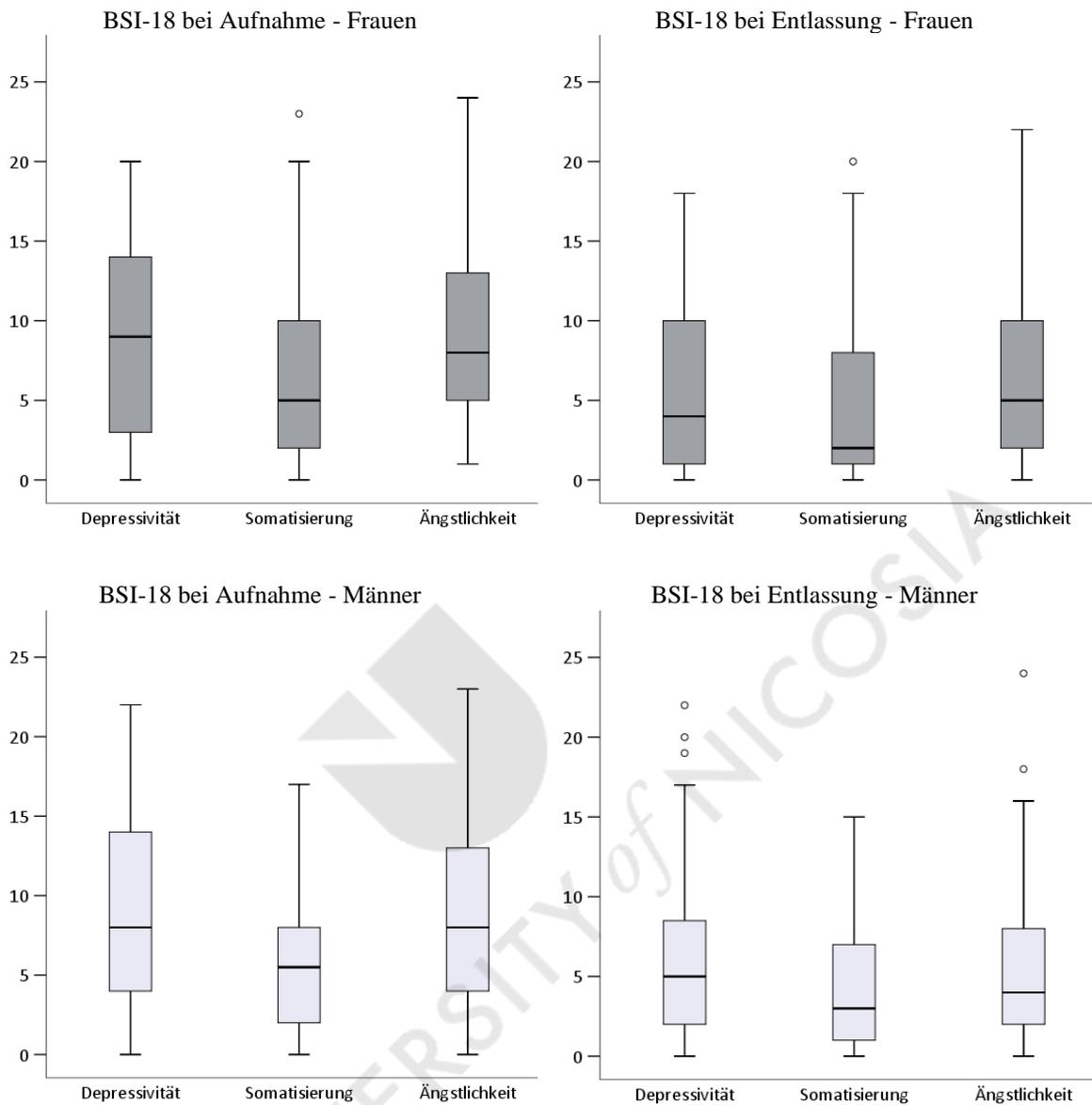
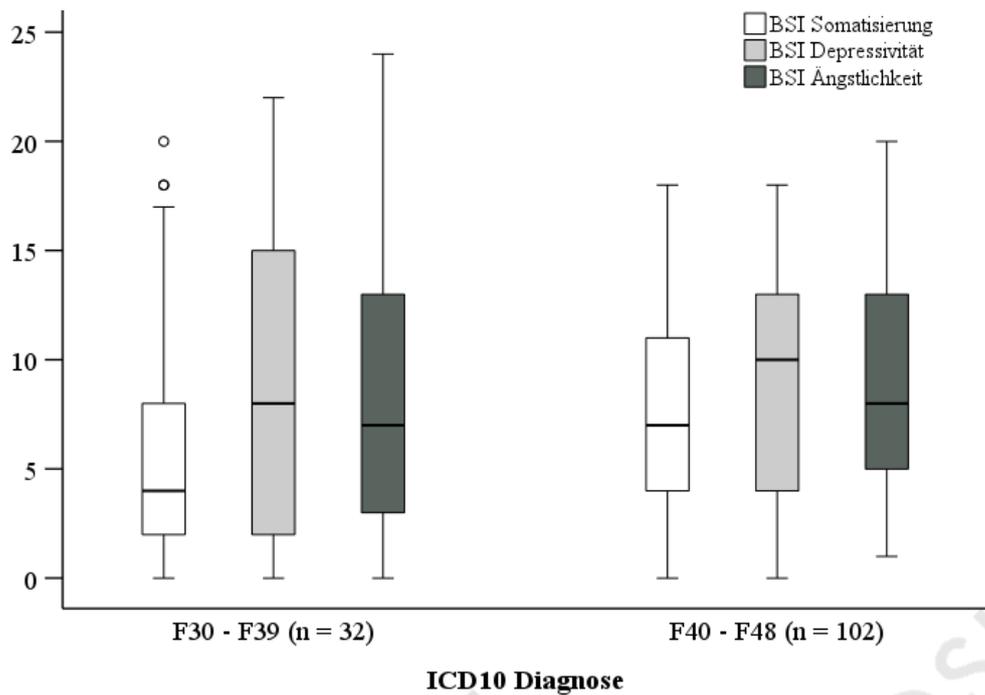
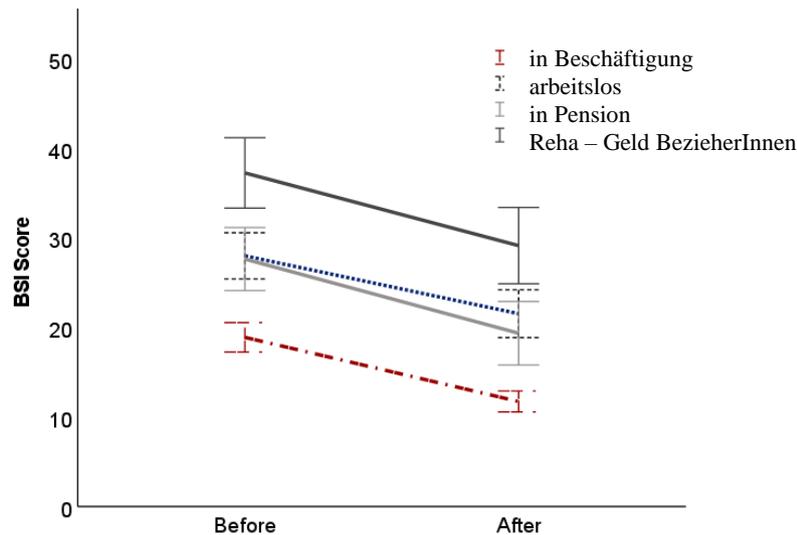


Abbildung 39. BSI-18 Skalen bei Aufnahme in Rehabilitation im Vergleich zwischen den häufigsten ICD-10 Diagnosen



Weitere Ergebnisse liefert die Analyse nach dem Berufsstand. Es zeigte sich, dass der BSI-Score in allen vier Gruppen (in Beschäftigung, arbeitslos, in Pension, Reha – Geld BezieherInnen) zu Beginn der Rehabilitation höher war als am Ende. Die Veränderung ist bis auf die Gruppe der Reha-Geld BezieherInnen statistisch signifikant, allerdings würde es in dieser Gruppe mehr Personen benötigen, um die nötige Power aufzubringen, um eine signifikante Veränderung erkennen zu können. Darüber hinaus ist zu erkennen, dass berufstätige Personen signifikant niedrigere BSI-Werte zu Beginn der Rehabilitation haben als Personen, die Reha-Geld beziehen ($p = 0,012$, korrigiert nach Bonferroni Holm).

Abbildung 40. Vorher-Nachher Vergleich des BSI-Scores aufgeteilt nach Berufsgruppen



4.2.4 Soziale Gesundheit und Lebensbereiche

Es gab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die eigene Wahrnehmung das Familienleben aktiv beeinflussen zu können. Männer gaben in höherem Maße an ($M = 3,2$), das Familienleben aktiv beeinflussen zu können, im Vergleich zu Frauen ($M = 2,8$, $p = 0,007$). In Bezug auf die aktive Beeinflussung der übrigen Lebensbereiche gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern ($p > 0,05$): Arbeitssituation, Finanzielle Situation, Gesundheit, Partnerschaft und Wohnsituation.

Nur 5,3 % gaben an, die eigene Gesundheit überhaupt nicht beeinflussen zu können. Alle anderen PatientInnen waren der Ansicht, die eigene Gesundheit ein bisschen (30,5 %), ziemlich (33,7 %) oder sehr (21,8 %) beeinflussen zu können.

Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands stand in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Einschätzung aktiv auf bestimmte Lebensbereiche nehmen zu können. Je besser der Gesundheitszustand eingeschätzt wurde, desto höher war die Überzeugung aktiv Einfluss auf das Familienleben ($r = -0,211$, $p_{\text{korr}} = 0,004$), die Gesundheit ($r = -0,341$, $p_{\text{korr}} < 0,001$), die Wohn- ($r = -0,221$, $p_{\text{korr}} = 0,003$), Arbeits- ($r = -0,290$, $p_{\text{korr}} < 0,001$) und die finanzielle Situation ($r = -0,230$, $p_{\text{korr}} = 0,002$) nehmen zu können. Die Signifikanzen wurden nach Bonferroni-Holm korrigiert. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 19 dargestellt.

Es gab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Veränderung des Gesundheitszustandes und der Überzeugung, Lebensbereiche zu beeinflussen ($p_{\text{korr}} >$

0,05). Das Alter stand weder mit dem Gesundheitszustand ($r = 0,127, p = 0,057$) noch mit der Veränderung des Gesundheitszustands ($r = 0,048, p = 0,477$) in einem signifikanten Zusammenhang. Es gab keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Alter und der Beeinflussungsüberzeugungen in den abgefragten Lebensbereichen ($r_{\min} = -0,155, r_{\max} = 0,125, p_{\text{korr}} > 0,05$).

Tabelle 19. Einschätzung der eigenen Beeinflussbarkeit verschiedener Lebensbereiche

Einflussbarkeit von		Frauen	Männer	Test ^a auf Geschlechtsunterschiede	Zusammenhang ^b mit Gesundheitszustand
<i>Partnerschaft</i>	<i>M</i>	2,8	3,2	$z = -2,103, p_{\text{korr}} = 0,175$ $n = 200$	$r = -0,104, p_{\text{korr}} = 0,146$
	<i>Md</i>	3,0	4,0		
	<i>SD</i>	1,06	1,02		
	<i>Min</i>	1,0	1,0		
	<i>Max</i>	4,0	4,0		
<i>Familienleben</i>	<i>M</i>	2,8	3,2	$z = -3,245, p_{\text{korr}} = 0,007$ $n = 216$	$r = -0,211, p_{\text{korr}} = 0,004$
	<i>Md</i>	3,0	3,5		
	<i>SD</i>	0,97	0,94		
	<i>Min</i>	1,0	1,0		
	<i>Max</i>	4,0	4,0		
<i>Gesundheit</i>	<i>M</i>	2,7	2,9	$z = -1,408, p_{\text{korr}} = 0,477$ $n = 222$	$r = -0,341, p_{\text{korr}} < 0,001$
	<i>Md</i>	3,0	3,0		
	<i>SD</i>	0,88	0,86		
	<i>Min</i>	1,0	1,0		
	<i>Max</i>	4,0	4,0		
<i>Wohnsituation</i>	<i>M</i>	2,8	3,0	$z = -0,905, p_{\text{korr}} = 0,366$ $n = 218$	$r = -0,221, p_{\text{korr}} = 0,003$
	<i>Md</i>	3,0	3,0		
	<i>SD</i>	1,08	0,97		
	<i>Min</i>	1,0	1,0		
	<i>Max</i>	4,0	4,0		
<i>Arbeitssituation</i>	<i>M</i>	2,2	2,5	$z = -2,017, p_{\text{korr}} = 0,176$ $n = 202$	$r = -0,290, p_{\text{korr}} < 0,001$
	<i>Md</i>	2,0	2,0		
	<i>SD</i>	1,02	1,07		
	<i>Min</i>	1,0	1,0		
	<i>Max</i>	4,0	4,0		
<i>finanzielle Situation</i>	<i>M</i>	2,5	2,6	$z = -1,296, p_{\text{korr}} = 0,390$ $n = 223$	$r = -0,230, p_{\text{korr}} = 0,002$
	<i>Md</i>	2,0	3,0		
	<i>SD</i>	1,01	0,92		
	<i>Min</i>	1,0	1,0		
	<i>Max</i>	4,0	4,0		

Anmerkung: M = Mittelwert, Md = Median, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum; p_{korr} = Bonferroni-Holm Korrektur aufgrund von multiplen Testens

^a Mann Withney-U-Test, ^b Spearman Rangkorrelation,

1 = überhaupt nicht; 2 = ein bisschen; 3 = ziemlich; 4 = sehr

4.3 Partnerschaft

Befragte Reha-PatientInnen beurteilten ihre PartnerInnen überwiegend partnerschaftlich (*ja* = 75 %), wenig gleichgültig (*nein* = 68 %) und wenig abhängig (*nein* = 60,9 %). Bezüglich der Dominanz teilten sich die Antworten zu je einem Drittel auf eher ja (32,6 %), eher nein (31,8 %) und nein (31,8 %). Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($p_{\text{korr}} > 0,05$).

Tabelle 20. Häufigkeitsverteilung der partnerschaftlichen Einschätzung (Angaben %)

		Ich erlebe mein/e PartnerIn als				
		ja	eher ja	eher nein	nein	Test
<i>partnerschaftlich</i>	<i>Frau</i>	72,4	19,0	5,7	2,9	$z = -1,198,$
	<i>Mann</i>	80,0	18,2	0,0	1,8	$p_{\text{korr}} = 0,693$ $n = 159$
<i>dominant</i>	<i>Frau</i>	3,6	30,1	31,3	34,9	$z = -1,064,$
	<i>Mann</i>	4,3	37,0	32,6	26,1	$p_{\text{korr}} = 0,574$ $n = 128$
<i>gleichgültig</i>	<i>Frau</i>	6,1	7,3	20,7	65,9	$z = -0,606,$
	<i>Mann</i>	4,7	9,3	14,0	72,1	$p_{\text{korr}} = 0,545$ $n = 125$
<i>abhängig</i>	<i>Frau</i>	6,0	10,8	19,3	63,9	$z = -1,386,$
	<i>Mann</i>	8,9	26,7	8,9	55,6	$p_{\text{korr}} = 0,664$ $n = 127$
		Ich fühle mich von meiner/m PartnerIn				
		sehr	ziemlich	wenig	gar nicht	Test
<i>eingeschränkt</i>	<i>Frau</i>	4,2	12,6	40,0	43,2	$z = -0,717,$
	<i>Mann</i>	4,1	12,2	49,0	34,7	$p_{\text{korr}} = 0,473$ $n = 142$
<i>unterstützt</i>	<i>Frau</i>	49,5	31,2	14,7	4,6	$z = -2,666,$
	<i>Mann</i>	71,4	19,6	5,4	3,6	$p_{\text{korr}} = 0,024$ $n = 164$
<i>alleingelassen</i>	<i>Frau</i>	6,3	8,3	35,4	50,0	$z = -1,944,$
	<i>Mann</i>	6,1	6,1	18,4	69,4	$p_{\text{korr}} = 0,104$ $n = 144$
<i>kontrolliert</i>	<i>Frau</i>	3,1	11,5	27,1	58,3	$z = -3,183,$
	<i>Mann</i>	8,2	20,4	40,8	30,6	$p_{\text{korr}} = 0,006$ $n = 144$

Teilnehmende Reha-PatientInnen fühlten sich wenig (43,1 %) bis gar nicht (40,3 %) von ihren PartnerInnen eingeschränkt und fühlten sich auch wenig (29,7 %) bis gar nicht (56,6 %) alleingelassen. Männer und Frauen antworteten diesbezüglich ähnlich ($p_{\text{korr}} > 0,05$). Männer fühlten sich von ihren PartnerInnen signifikant stärker unterstützt ($M = 1,4$, $Md = 1,0$) im Vergleich zu Frauen ($M = 1,7$, $Md = 2$, $p_{\text{korr}} = 0,024$). Frauen fühlten

sich dagegen stärker kontrolliert ($M = 3,4$, $Md = 4$) im Vergleich zu Männern ($M = 2,9$, $Md = 3,0$, $p_{\text{korr}} = 0,006$). Zwei Drittel der PatientInnen gaben an, nie Angst vor ihrem Partner zu haben (64,9 %), 6,3 % haben häufig Angst und 12,1 % gelegentlich. Frauen und Männer unterschieden sich bei dieser Frage nicht ($z = -0,157$, $p = 0,875$, $n = 171$). Die Ergebnisse getrennt nach Geschlechtern wurden im Detail in Tabelle 20 dargestellt.

Von allen Personen, die zu diesem Zeitpunkt in einer Partnerschaft lebten, hatten zwischen 7 % und 26,9 % all diese Fragen zur Partnerschaft nicht beantwortet.

4.4 Gewalterfahrung

In diesem Abschnitt wurden die Ergebnisse bezüglich der von den befragten Reha-PatientInnen erlebten Gewalt dargestellt. Das Kapitel unterteilt sich in folgende Abschnitte: Psychische Gewalt, physische Gewalt, sexuelle Belästigung, sexuelle Gewalt sowie Mobbing. Zunächst wurden TeilnehmerInnen auf einer Likert-Skala von 1 „nie“ bis 5 „häufig“ gebeten einzuschätzen, wie oft sie von der spezifischen Gewaltform betroffen waren. Danach wurden den TeilnehmerInnen Szenen der spezifischen Gewalt vorgegeben mit der Bitte, anzugeben, ob sie von dieser Situation betroffen waren oder ob sie sich selbst derartig anderen gegenüber verhalten hatten. Es wurden z-Tests und χ^2 -Tests für die Berechnungen angewandt.

Bezüglich physischer Gewalt haben 94,2 % der TeilnehmerInnen angegeben, mindestens eine der vorgegebenen Gewaltszenen erlebt zu haben. Bezüglich psychischer Gewalt haben 91,9 % und bezüglich Mobbing-erlebnissen 80,2 % der Befragten mindestens eine Gewaltszene selbst erlebt. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern bezüglich der ausgewählten Anzahl von selbst erlebten Szenen psychischer, physischer Gewalt oder von Mobbing ($p_{\text{korr}} > 0,05$). Frauen gaben statistisch signifikant häufiger an, Szenen, die sexuelle Belästigung zeigten, erlebt zu haben im Vergleich zu Männern ($p_{\text{korr}} < 0,001$), es gab jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern in Bezug auf das Erleben von sexueller Gewalt ($p_{\text{korr}} = 0,109$); numerisch betrachtet wählten jedoch auch diesbezüglich mehr Frauen als Männer Szenen sexueller Gewalt.

Rund drei Viertel (73,3 %) der befragten Reha-PatientInnen hatten mindestens einmal eine Szene sexueller Belästigung erlebt (Frauen = 82,3 %, Männer = 56,5 %), jede zweite Person berichtete von Erlebnissen sexueller Gewalt (Total 54,3%, Frauen = 59,5 %, Männer = 44,7 %). In Tabelle 21 wurden die Ergebnisse bezogen auf das Nicht-Erleben von Gewalt dargestellt.

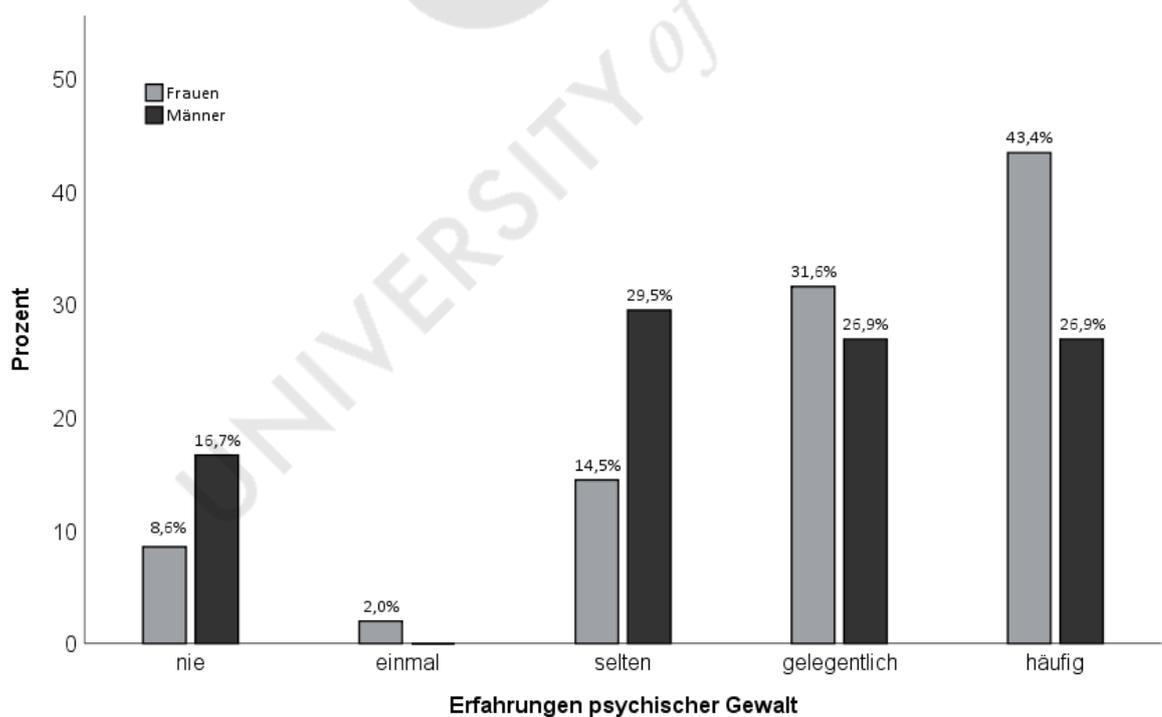
Tabelle 21. Häufigkeitsverteilung getrennt nach Geschlecht von PatientInnen, die nicht betroffen sind von Gewalterfahrungen (n = 155 – 240).

Gewaltform nicht erlebt	Gesamt	Frauen	Männer	Test
Psychische Gewalt	5,8%	6,3%	4,7%	$\chi^2(1) = 0,268, p_{\text{korr}} > 0,999$
Physische Gewalt	18,1%	19%	16,5%	$\chi^2(1) = 0,236, p_{\text{korr}} = 0,627$
Sexuelle Belästigung	26,7%	17,7%	43,5%	$\chi^2(1) = 18,787, p_{\text{korr}} < 0,001$
Sexuelle Gewalt	45,7%	40,5%	55,3%	$\chi^2(1) = 4,871, p_{\text{korr}} = 0,109$
Mobbing	19,8%	18,4%	22,4%	$\chi^2(1) = 0,5574, p_{\text{korr}} > 0,999$

4.4.1 Psychische Gewalt

In Abbildung 41 wurden die subjektiven Selbsteinschätzungen bezogen auf Erfahrungen von psychischer Gewalt in Form eines Säulendiagramms dargestellt. Zwei Drittel der Befragten gaben an gelegentlich (30,0 %) oder häufig (37,8%) psychische Gewalt erfahren zu haben. Nur 11,3 % wählten die Antwortoption „nie“. Frauen erlebten statistisch signifikant häufiger psychischer Gewalt ($M = 2,99$) im Vergleich zu Männern ($M = 2,47, z = -3,119, p = 0,002$). Die Antwortoption mindestens „einmal“ gaben 89,3 % der Befragten an.

Abbildung 41. Häufigkeitsverteilung der Erfahrungen von psychischer Gewalt



In Tabelle 22 wurden die Angaben von PatientInnen zu fünfzehn Szenen von psychischer Gewalt dargestellt. Beleidigen, einschüchtern oder aggressiv anschreien wurde am häufigsten erlebt (77,0 %) als auch am häufigsten selbst ausgeübt (21,0 %). Am zweithäufigsten wurde das Lächerlich machen auf eine verletzende Art und Weise, das Gehänselt werden beziehungsweise das Abwerten und Demütigen selbst erlebt (75,7 %) oder selbst ausgeübt (11,9 %). Von mehr als der Hälfte der Befragten wurde Schikane, Mobbing und Unterdrückung erlebt (61,7 %), Zwang wider Willen (56,4 %), psychischer Terror (56,0 %), Bedrohung oder Angstmache (55,6 %) und Verleumdung sowie systematisches Schlechtmachen (53,5 %). Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männer ($p_{\text{korrt}} > 0,05$). Es wählten 93 % der Befragten mindestens eine der genannten Gewaltszenen als persönlich erlebt.

Tabelle 22. Antworten in Prozenten für Einzelitems betreffend psychische Gewalt (Angaben in %; n = 236-240)

Haben Sie schon erlebt, dass Sie von jemandem ...	das ist mir schon passiert	fehlende Antworten	habe mich so verhalten	fehlende Antworten
wiederholt beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien wurden.	77,0	1,6	21,0	2,1
auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt wurden.	75,7	1,6	11,9	2,1
wiederholt schikaniert, gemobbt oder unterdrückt wurden.	61,7	2,1	2,5	2,5
benachteiligt wurden, zB. wegen Alter, Geschlecht, Aussehen oder Herkunft.	45,3	2,1	3,7	2,5
bedroht wurden oder Ihnen Angst gemacht wurde.	55,6	2,1	4,1	2,5
erpresst wurden.	22,6	2,1	2,9	2,5
verleumdet oder systematisch bei anderen schlecht gemacht wurden.	53,5	1,6	3,3	2,1
psychisch terrorisiert wurden.	56,0	1,6	2,5	2,1
durch häufige Eifersucht unter Druck gesetzt wurden.	42,4	1,2	5,3	1,6
finanziell kontrolliert wurden.	25,5	1,6	3,3	2,1
wiederholt verfolgt, bespitzelt oder Ihnen aufgelauert wurden.	24,7	2,1	1,2	2,5
Sie entgegen Ihrem Willen wiederholt per Telefon, SMS oder E-Mail kontaktiert wurden.	41,6	2,5	3,3	2,9
der Kontakt zu Ihrer Familie oder Freunden untersagt bzw. zu verhindern versucht wurde.	29,6	2,9	2,9	2,9
Gegenstände absichtlich vor Ihnen zerstört oder Haustiere gequält wurden.	24,7	1,6	7,0	1,6
zu etwas gezwungen wurden, was Sie nicht wollten.	56,4	1,2	2,9	1,6

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Diese Szenarien psychischer Gewalt wurden überwiegend als bedrohlich wahrgenommen. Die Einschätzung der Bedrohlichkeit reichte von 44,7 % bis 64,7 % der Befragten je nach Szene. Diese Szenarien wurden von jeder fünften bis jeder zweiten Person in den letzten drei Jahren erlebt (Min = 20,3 %, Max = 51,3 %). Die Ergebnisse sind in Tabelle 23 dargestellt. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern ($p_{\text{kor}} > 0,05$).

Tabelle 23. Bedrohlichkeit und Erlebnisse in den letzten drei Jahren von psychischer Gewalt (Angaben in %; n = 59-190)

Haben Sie das als bedrohlich erlebt oder ist Ihnen in den letzten drei Jahren passiert, dass Sie ...	Habe ich als bedrohlich erlebt	Ist mir in den letzten drei Jahren passiert
wiederholt beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien wurden.	64,7	45,8
auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt wurden.	56,2	40,9
wiederholt schikaniert, gemobbt oder unterdrückt wurden.	53,8	51,3
benachteiligt wurden, zB. wegen Alter, Geschlecht, Aussehen oder Herkunft.	49,5	37,2
bedroht wurden oder Ihnen Angst gemacht wurde.	56,4	32,1
erpresst wurden.	49,2	28,8
verleumdet oder systematisch bei anderen schlecht gemacht wurden.	46,2	48,5
psychisch terrorisiert wurden.	57,4	36,0
durch häufige Eifersucht unter Druck gesetzt wurden.	50,5	27,1
finanziell kontrolliert wurden.	47,7	32,8
wiederholt verfolgt, bespitzelt oder Ihnen aufgelauert wurden.	48,4	20,3
Sie entgegen Ihrem Willen wiederholt per Telefon, SMS oder E-Mail kontaktiert wurden.	52,0	30,4
der Kontakt zu Ihrer Familie oder Freunden untersagt bzw. zu verhindern versucht wurde.	44,7	34,2
Gegenstände absichtlich vor Ihnen zerstört oder Haustiere gequält wurden.	54,0	22,2
zu etwas gezwungen wurden, was Sie nicht wollten.	54,4	35,3

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Am häufigsten wurde die Inanspruchnahme von Therapie und Beratung als Folge psychischer Gewalt angegeben (57,1 %), gefolgt von der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe (45,8 %). An dritter und vierter Stelle waren die Trennung von PartnerInnen (41,0 %) und Kündigung am Arbeitsplatz (39,6 %). Frauen wählten signifikant häufiger die Option „andere Folge“ im Vergleich zu Männern; es gab jedoch keine weiteren statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($p_{\text{korr}} > 0,05$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24. Folgen von psychischen Gewalterfahrungen (Angaben in %; n = 20-212)

Folgen	Gesamt	Frauen	Männer
Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	33,5	39,7	21,1
Trennung vom Partner / von der Partnerin	41,0	46,1	31,0
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	31,1	35,5	22,5
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	25,9	29,8	18,3
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	35,8	40,4	26,8
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	39,6	44,0	31,0
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	13,7	12,1	16,9
Inanspruchnahme einer Therapie / Beratung	57,1	62,4	46,5
medizinische Hilfe in Anspruch genommen	45,8	51,1	35,2
Anzeige erstattet	12,7	13,5	11,3
Andere Folgen	9,9 *	14,2	1,4

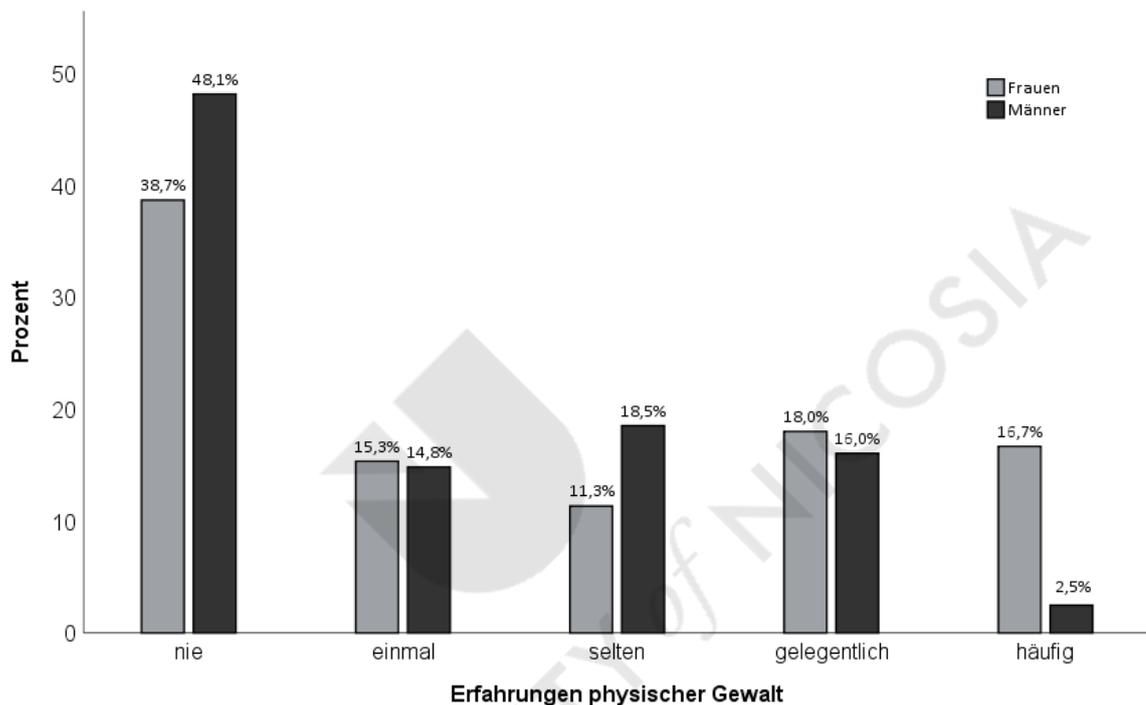
Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Option „andere Folgen“.

4.4.2 Physische Gewalt

In Abbildung 42 wurden die subjektiven Selbsteinschätzungen bezogen auf Erfahrungen von physischer Gewalt in Form eines Säulendiagramms dargestellt. Etwas weniger als die Hälfte der PatientInnen gaben an, noch nie physische Gewalt erlebt zu haben (42,0 %). Die Antwortmöglichkeiten „einmal“, „selten“, „gelegentlich“ sowie „häufig“

wurden gleichmäßig zwischen 11,7 % und 17,3 % gewählt. Es gab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen erlebten statistisch signifikant häufiger physische Gewalt ($M = 1,59$) im Vergleich zu Männern ($M = 1,10$, $z = -2,252$, $p = 0,024$). Von den Frauen gaben 16,7 % an, häufig physische Gewalt zu erleben, bei den Männern waren es 2,5 %. Es gaben 55,3 % der Befragten mindestens die Antwortoption „einmal“ an.

Abbildung 42. Häufigkeitsverteilung der Erfahrung von physischer Gewalt



In Tabelle 25 wurden die Angaben von PatientInnen zu 19 Szenen von psychischer Gewalt dargestellt. Absichtlich weggestoßen zu werden wurde am häufigsten erlebt; 57,6 % der befragten PatientInnen wählten diese Option. Es war auch jene Gewaltszenarie, die am häufigsten selbst ausgeübt wurde (20,6 %). Am zweithäufigsten wurde die leichte Ohrfeige genannt: 48,1 % der Befragten hatten diese erlebt und 18,1 % hatten diese selbst aufgeteilt. Es folgten das Getreten, Gestoßen werden oder Hart-Anfassen (43,2 %) und das Erleben von heftigem Drohen, körperlich angegriffen oder verletzt zu werden (43,2 %). Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männer bezüglich des Erlebens von physischer Gewalt ($p_{\text{korr}} > 0,05$). Frauen hatten jedoch signifikant seltener selbst mit Fäusten eingeschlagen ($\chi^2(1) = 10,223$, $p_{\text{korr}} = 0,023$) oder andere weggeschleudert beziehungsweise weggestoßen ($\chi^2(1) = 9,089$, $p_{\text{korr}} = 0,046$) im Vergleich zu Männern. Es wählten 78,6 % der Befragten mindestens eine der genannten Gewaltszenen als persönlich erlebt.

Tabelle 25. Physische Gewalterfahrungen (Angaben in %; n = 222-226)

Haben Sie schon erlebt, dass ...	das ist mir schon passiert	fehlende Antworten	habe mich so verhalten	fehlende Antworten
Sie absichtlich weggestoßen wurden.	57,6	6,6	20,6	7,0
Sie eine leichte Ohrfeige bekamen.	48,1	6,2	18,1	7,4
Sie gebissen oder gekratzt wurden.	23,5	7,8	4,5	7,8
Ihr Arm umgedreht oder an den Haaren gezogen wurden.	31,3	8,2	5,8	8,6
Sie getreten, gestoßen oder hart angefasst wurden.	43,2	7,4	9,9	7,8
Sie weggeschleudert oder gestoßen wurden, sodass Sie taumelten und umgefallen sind.	30,5	7,8	5,8*	7,8
Sie heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen wurden.	33,7	6,6	7,0	7,0
ein Gegenstand nach Ihnen geworfen wurde, der Sie verletzen könnte.	28,4	7,8	5,8	7,8
Sie mit etwas geschlagen wurden, dass Sie sich verletzen könnten.	18,5	7,4	0,8	7,8
Ihnen ernsthaft gedroht wurde, Sie körperlich anzugreifen oder zu verletzen.	43,2	7,8	2,1	7,8
Ihnen ernsthaft mit dem Umbringen gedroht wurde.	18,1	7,4	1,6	7,4
mit Fäusten auf Sie eingeschlagen wurde.	24,3	7,4	3,3*	7,4
Sie verprügelt oder zusammengeschlagen wurden.	17,1	7,8	2,5	7,8
Sie am Hals gepackt, zu erwürgen oder zu ersticken versucht wurden.	13,2	7,8	1,2	7,8
Sie absichtlich verbrüht oder mit etwas Heißem verbrannt wurden.	1,2	8,2	1,6	8,2
Sie mit einer Waffe, zum Beispiel einem Messer oder einer Pistole, bedroht wurden.	13,2	8,2	1,6	8,2
Sie überfallen oder beraubt wurden.	8,2	7,4	0,8	7,4
Sie eingesperrt wurden.	14,0	7,8	1,6	7,8
Sie gefesselt wurden.	2,1	8,2	0,4	8,2

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich des eigenen Verhaltens „mit Fäusten einschlagen“ und „wegstoßen“.

Tabelle 26. Physische Gewalterfahrungen in den letzten drei Jahren erlebt bzw. als bedrohlich erlebt (Angaben in %; n = 3-136)

Haben Sie das als bedrohlich erlebt oder ist Ihnen in den letzten drei Jahren passiert, dass ...	Habe ich als bedrohlich erlebt	Ist mir in den letzten 3 Jahren passiert
Sie absichtlich weggestoßen wurden.	49,3	19,3
Sie eine leichte Ohrfeige bekamen.	40,2	11,7
Sie gebissen oder gekratzt wurden.	36,8*	18,3
Ihr Arm umgedreht oder an den Haaren gezogen wurden.	45,3	7,9
Sie getreten, gestoßen oder hart angefasst wurden.	51,4	14,5
Sie weggeschleudert oder gestoßen wurden, sodass Sie taumelten und umgefallen sind.	50,6	13,9
Sie heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen wurden.	52,4	10,7
ein Gegenstand nach Ihnen geworfen wurde, der Sie verletzen könnte.	47,1	17,1
Sie mit etwas geschlagen wurden, dass Sie verletzen könnte.	52,3	13,3
Ihnen ernsthaft gedroht wurde, Sie körperlich anzugreifen oder zu verletzen.	47,1	21,7
Ihnen ernsthaft mit dem Umbringen gedroht wurde.	59,5	11,1
mit Fäusten auf Sie eingeschlagen wurde.	65,5	16,4
Sie verprügelt oder zusammengeschlagen wurden.	61,4	8,9
Sie am Hals gepackt, zu erwürgen oder zu ersticken versucht wurden.	63,6	3,1
Sie absichtlich verbrüht oder mit etwas Heißem verbrannt wurden.	40,0	20,0
Sie mit einer Waffe, zum Beispiel einem Messer oder einer Pistole, bedroht wurden.	59,4	9,1
Sie überfallen oder beraubt wurden.	30,0	0,0
Sie eingesperrt wurden.	54,5	8,6
Sie gefesselt wurden.	14,3	0,0

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich „gebissen oder gekratzt“ als Bedrohung zu empfinden.

Diese Szenarien physischer Gewalt wurden überwiegend als bedrohlich wahrgenommen. Im Durchschnitt haben 48,4 % der befragten PatientInnen angegeben, die Situation als bedrohlich erlebt zu haben. Am häufigsten in den letzten drei Jahren erlebt

wurden ernsthafte Drohungen körperlich angegriffen zu werden oder verletzt zu werden (21,7 %), absichtlich verbrüht zu werden, oder mit etwas Heißem verbrannt zu werden (20,0 %) und absichtlich gestoßen zu werden (19,3 %). Die Ergebnisse sind in Tabelle 26 dargestellt. Frauen gaben statistisch signifikant häufiger an, gebissen oder gekratzt zu werden als bedrohlich empfunden zu haben im Vergleich zu Männern ($\chi^2(1) = 11,055$, $p_{\text{korr}} = 0,017$). Es gab keine weiteren statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern ($p_{\text{korr}} > 0,05$).

Angst war die häufigste Reaktion auf physische Gewalt (68,8 %). Frauen (80,9 %) reagierten statistisch signifikant häufiger mit Angst im Vergleich zu Männern (47,6 %, $\chi^2(1) = 20,676$, $p_{\text{korr}} < 0,001$). Die zweithäufigste Reaktion auf physische Gewalt war das Gefühl von Hilflosigkeit (66,5 %) beziehungsweise die Wut (51,4 %). Männer hatten mehr Wut und Frauen fühlten sich häufiger hilflos. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant bei Anwendung der Bonferroni-Holm Korrektur. Weitere häufige Reaktionen waren das Wehren mit Worten (43,9 %), das Gefühl der Belastung (43,4 %), das Nicht-Wissen wie reagiert werden sollte (40,5 %) sowie sich nicht zu wehren trauen (40,5 %). Die Ergebnisse wurden in Tabelle 27 zusammengefasst.

Tabelle 27. Reaktionen auf physische Gewalt (Angaben in gültige %; n = 173)

Reaktionen	Gesamt	Frauen	Männer
wütend geworden	51,4	47,3	58,7
sich geschämt	27,2	30,0	22,2
sich hilflos gefühlt	66,5	72,7	55,6
hat es ignoriert	12,1	9,1	17,5
hat sich nicht zu wehren getraut	40,5	43,6	34,9
wusste nicht, wie er/sie reagieren sollte	40,5	41,8	38,1
tatkräftig gewehrt	27,2	21,8	36,5
fühlte sich belastet	43,4	45,5	39,7
hatte Angst	68,8*	80,9	47,6
mit Worten gewehrt	43,9	40,9	49,2

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Reaktion „Angst“.

Als Folge von physischer Gewalt wurde am häufigsten die Trennung (37,2 %) und die Scheidung von PartnerInnen (29,1 %) genannt. Frauen gaben statistisch signifikant häufiger an, sich zu scheiden (37,3 %) im Vergleich zu Männern (14,5 %, $\chi^2(1) = 9,959$, $p_{\text{kor}} < 0,013$). Frauen gaben auch häufiger an, sich zu trennen als Männer, jedoch war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Ähnlich waren die Ergebnisse bezüglich des Umzugs beziehungsweise Auszugs aus der Wohnung (31,4 %), Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes (20,9 %), Abbruch von Kontakten (26,2 %) oder der Schule (7 %). Frauen wählten häufiger die Option; statistisch betrachtet war nach Anwendung der Korrektur nach Bonferroni-Holm kein signifikanter Unterschied vorhanden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28. Folgen von physischen Gewalterfahrungen (Angaben in %; n = 110)

Folgen	Gesamt	Frauen	Männer
Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	31,4	38,2	19,4
Trennung vom Partner / von der Partnerin	37,2	45,5	22,6
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	29,1*	37,3	14,5
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	23,8	27,3	17,7
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	26,2	29,1	21,0
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	20,9	22,7	17,7
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	7,0	9,1	3,2
Andere Folgen	6,4	5,5	8,1

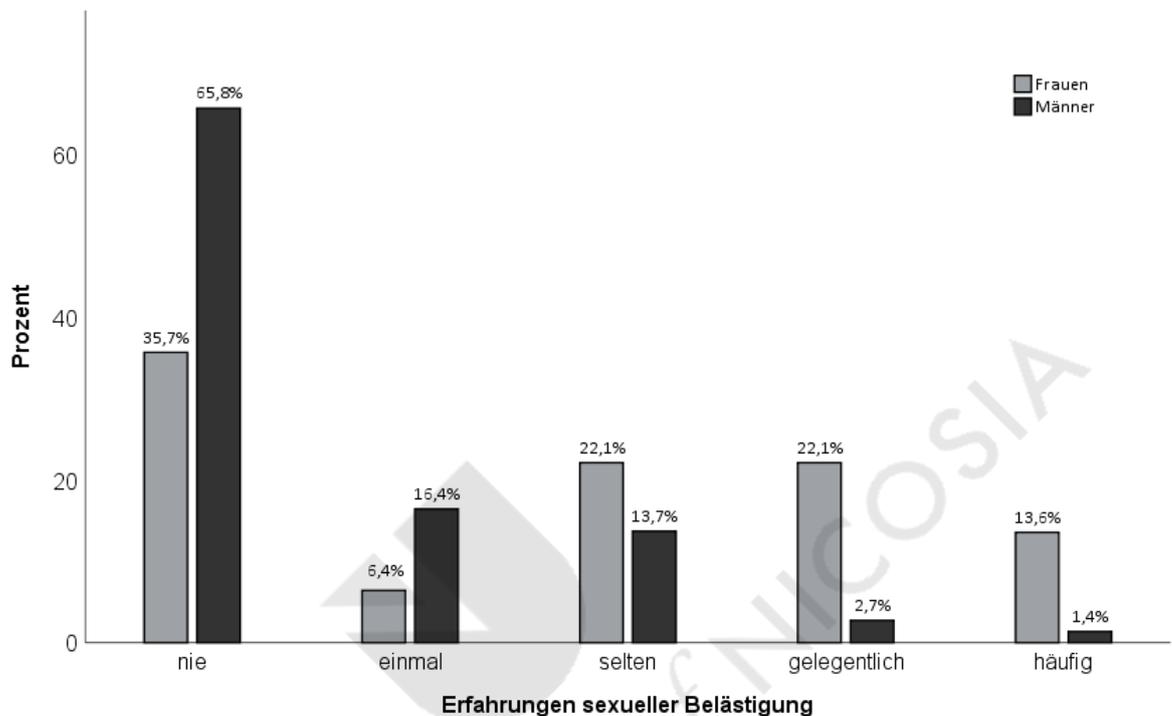
Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Folge „Scheidung“.

4.4.3 Sexuelle Belästigung

In Abbildung 43 wurden die subjektiven Selbsteinschätzungen bezogen auf Erfahrungen von sexueller Belästigung in Form eines Säulendiagramms dargestellt. Etwas weniger als die Hälfte der PatientInnen gaben an, noch nie sexuelle Belästigung erlebt zu haben (42,0 %). Die Antwortmöglichkeiten „einmal“, „selten“, „gelegentlich“ sowie „häufig“ wurden zwischen 9,9 % und 19,2 % gewählt. Es gab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen erlebten statistisch signifikant häufiger sexuelle Belästigung ($M = 1,71$) im Vergleich zu Männern ($M = 0,58$, $z = -5,387$, $p < 0,001$). Von den Männern gaben 65 % an, noch nie sexuelle Belästigung erlebt zu haben, bei den

Frauen waren es 35,7 %. Somit hatten zwei Drittel der Frauen und ein Drittel der Männer Erlebnisse von sexueller Belästigung. Frauen gaben deutlich häufiger an, dass sie gelegentlich oder häufig sexuell belästigt werden (22,1 % beziehungsweise 13,6 %) im Vergleich zu Männern (2,7 % beziehungsweise 1,4 %).

Abbildung 43. Häufigkeitsverteilung der Erfahrungen von sexueller Belästigung



In Tabelle 29 wurden die Angaben von PatientInnen zu 11 Szenen von sexueller Belästigung zusammengefasst. Frauen gaben statistisch signifikant häufiger an, diese Szenen von sexueller Belästigung erlebt zu haben. Dies betraf sexuelle Belästigung durch Entblößen vor den eigenen Augen ($\chi^2(1) = 8,419$, $p_{\text{korr}} = 0,016$), das Nachpfeifen ($\chi^2(1) = 61,865$, $p_{\text{korr}} < 0,001$), das Berühren oder der Versuch eines Kusses ($\chi^2(1) = 20,503$, $p_{\text{korr}} < 0,001$), das zu nahe kommen ($\chi^2(1) = 12,995$, $p_{\text{korr}} = 0,002$), unpassende Angebote ($\chi^2(1) = 11,569$, $p_{\text{korr}} = 0,005$), sexuell belästigendes angesprochen werden ($\chi^2(1) = 21,467$, $p_{\text{korr}} < 0,001$) sowie sexuell belästigende oder bedrängende Kontakte über Telefon, Email oder Brief ($\chi^2(1) = 10,687$, $p_{\text{korr}} = 0,005$).

Männer gaben häufiger an, selbst nachgepfeift zu haben im Vergleich zu Frauen ($p_{\text{korr}} = 0,004$). Keine der befragten Frauen wählte die Antwort Nachpfeifen als selbst ausgeführte sexuelle Belästigung. Es gab keine weiteren statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Es wählten 63,3 % der Befragten mindestens eine der genannten Gewaltszenen als persönlich erlebt.

Tabelle 29. Sexuelle Belästigung (Angaben in %; n = 195-213)

Haben Sie schon erlebt, dass ...	das ist mir schon passiert	fehlende Antworten	habe mich so verhalten	fehlende Antworten
auf eine Art und Weise mit Ihnen gesprochen wurde, die Sie als sexuell belästigend empfanden.	43,2*	14,4	0,8	14,8
Ihnen nachgepiffen oder Sie angestarrt wurden und Sie sich dadurch sexuell belästigt fühlten.	32,5*	14,8	2,1*	15,2
Ihnen in unpassenden Situationen, zum Beispiel in der Arbeit, Ausbildung oder im Studium, belästigende sexuelle Angebote gemacht wurden.	24,3*	14,8	0,8	14,8
Ihnen jemand zu nahe gekommen ist, sodass Sie es als aufdringlich empfanden.	51,0*	14,0	2,5	14,4
Sie über Telefon, E-Mail oder Brief sexuell belästigt oder bedrängt wurden.	13,2*	15,6	kA	15,6
Sie berührt oder zu küssen versucht wurden, obwohl Sie es nicht wollten.	33,7*	14,8	0,8	14,8
Sie von jemandem mit sexuellen Absichten ungewollt verfolgt wurden.	14,8	15,2	0,4	15,6
Sie durch das Zeigen von pornographischen Bildern oder Nacktbilder belästigt wurden.	10,7	16,0	0,4	15,6
Ihnen zu verstehen gegeben wurde, dass es nachteilig für Ihre Zukunft oder Ihr berufliches Fortkommen wäre, wenn Sie sich sexuell nicht auf ihn/sie einließen.	7,0	16,0	kA	16,5
sich vor Ihnen jemand entblößt und Sie dadurch sexuell belästigt hat.	16,5*	14,4	0,4	15,6
Sie auf andere Weise sexuell belästigt wurden	9,1	18,5	kA	19,8

Die erlebten sexuellen Belästigungen wurden überwiegend als bedrohlich erlebt. Die Zustimmungen waren bei den befragten PatientInnen zwischen 33,3 % und 47,5 %. Am bedrohlichsten war der Versuch gegen den eigenen Willen geküsst zu werden (47,5 %). Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. In den letzten drei Jahren war bei jeder fünften Person vorgefallen, dass zu verstehen gegeben wurde, dass es nachteilig für die Zukunft oder für das berufliche Fortkommen wäre, wenn er oder sie sich nicht sexuell einließe (22,2 %). Am zweithäufigsten wurde in den letzten drei Jahren wiederum bei etwa einem Fünftel das Zu-Naherkommen (21,5 %) beziehungsweise das Nachpfeifen (21,5 %) genannt. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 30 zusammengefasst.

Tabelle 30. Sexuelle Belästigung in den letzten drei Jahren erlebt bzw. als bedrohlich erlebt (Angaben in %; n = 17-121)

Haben Sie das als bedrohlich erlebt oder ist Ihnen in den letzten drei Jahren passiert, dass ...	Habe ich als bedrohlich erlebt	Ist mir in den letzten 3 Jahren passiert
auf eine Art und Weise mit Ihnen gesprochen wurde, die Sie als sexuell belästigend empfanden.	44,9	17,5
Ihnen nachgepiffen oder Sie angestarrt wurden und Sie sich dadurch sexuell belästigt fühlten.	33,8	21,5
Ihnen in unpassenden Situationen, zum Beispiel in der Arbeit, Ausbildung oder im Studium, belästigende sexuelle Angebote gemacht wurden.	34,5	10,2
Ihnen jemand zu nahe gekommen ist, sodass Sie es als aufdringlich empfanden.	40,8	21,5
Sie über Telefon, E-Mail oder Brief sexuell belästigt oder bedrängt wurden.	33,3	18,8
Sie berührt oder zu küssen versucht wurden, obwohl Sie es nicht wollten.	47,5	16,0
Sie von jemandem mit sexuellen Absichten ungewollt verfolgt wurden.	37,1	5,7
Sie durch das Zeigen von pornographischen Bildern oder Nacktbilder belästigt wurden.	37,0	3,8
Ihnen zu verstehen gegeben wurde, dass es nachteilig für Ihre Zukunft oder Ihr berufliches Fortkommen wäre, wenn Sie sich sexuell nicht auf ihn/sie einließen.	41,2	22,2
sich vor Ihnen jemand entblößt und Sie dadurch sexuell belästigt hat.	36,6	12,2
Sie auf andere Weise sexuell belästigt wurden	43,5	8,3

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Das Gefühl der Hilflosigkeit war die häufigste Reaktion auf sexuelle Belästigung (52,0 %), gefolgt vom Nichtwissen, wie auf die Reaktion reagiert werden sollte (48,6 %) und dem Gefühl der Angst (41,2 %). Bezüglich der Angst gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen (48,2 %) reagierten mehr als doppelt so häufig mit Angst im Vergleich zu Männern (21,1 %, $\chi^2(1) = 8,580$, $p_{\text{kor}} = 0,030$). Ein großer Unterschied zwischen Männern und Frauen war auch bezüglich des Gefühls der Hilflosigkeit (Frauen = 58,2 %, Männer = 34,2 %) und dem sich nicht zu wehren trauen (Frauen = 30,0 %, Männer = 13,2 %). Diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant bei Anwendung der Bonferroni-Holm Korrektur. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 31 zusammengefasst.

Tabelle 31. Reaktionen auf die Situation der sexuellen Belästigung (Angaben in %; n=148)

Reaktionen	Gesamt	Frauen	Männer
wütend geworden	35,4	38,5	26,3
sich geschämt	33,8	37,3	23,7
sich hilflos gefühlt	52,0	58,2	34,2
hat es ignoriert	39,9	39,1	42,1
hat sich nicht zu wehren getraut	25,7	30,0	13,2
wusste nicht, wie er/sie reagieren sollte	48,6	50,0	44,7
tatkräftig gewehrt	12,8	12,7	13,2
fühlte sich belastet	39,9	40,9	36,8
hatte Angst	41,2*	48,2	21,1
mit Worten gewehrt	36,5	38,2	31,6

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich „Angst“ als Reaktion von sexueller Belästigung.

Als Folge von sexueller Belästigung wurde am häufigsten die Trennung (20,4 %) und die Scheidung von PartnerInnen (18,3 %) genannt sowie der Abbruch von Kontakten zu Freunden und Bekannten (19,0 %). Frauen wählten die vorgegebenen Folgen von sexueller Belästigung häufiger als Männer, jedoch waren diese Unterschiede nicht statistisch signifikant nach Anwendung der Korrektur nach Bonferroni-Holm. Die Ergebnisse sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32. Folgen von sexueller Belästigung (Angaben in %; n = 142)

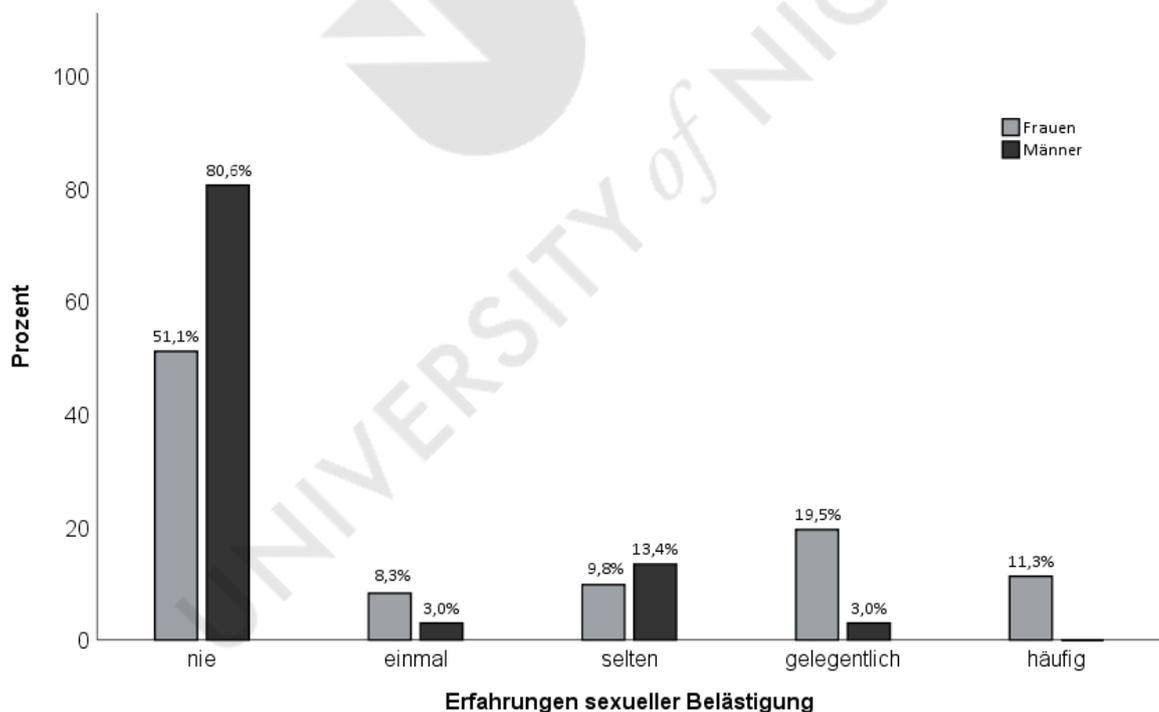
Folgen	Gesamt	Frauen	Männer
Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	14,1	17,9	2,8
Trennung vom Partner / von der Partnerin	20,4	25,5	5,6
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	18,3	22,6	5,6
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	7,7	9,4	2,8
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	19,0	20,8	13,9
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	14,8	16,0	11,1
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	4,2	3,8	5,6
andere Folgen	3,5	3,8	2,8

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

4.4.4 Sexuelle Gewalt

In Abbildung 44 wurden die subjektiven Selbsteinschätzungen bezogen auf Erfahrungen von sexueller Gewalt in Form eines Säulendiagramms dargestellt. Mehr als die Hälfte der PatientInnen gaben an, noch nie sexuelle Gewalt erlebt zu haben (61,0 %). Die Antwortmöglichkeiten „einmal“, „selten“, „gelegentlich“ sowie „häufig“ wurden zwischen 6,5 % und 14,0 % gewählt. Es gab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen erlebten statistisch signifikant häufiger sexuelle Gewalt ($M = 1,32$) im Vergleich zu Männern ($M = 0,39$, $z = -4,409$, $p < 0,001$). Von den Männern gaben 80,6 % an, noch nie sexuelle Gewalt erlebt zu haben, bei den Frauen waren es 51,1 %. Somit hatten die Hälfte der Frauen und ein Fünftel der Männer Erlebnisse von sexueller Gewalt. Frauen gaben deutlich häufiger an, dass ihnen gelegentlich oder häufig sexuelle Gewalt widerfährt (19,5 % beziehungsweise 11,3 %) im Vergleich zu Männern (3,0 % beziehungsweise 0,0 %). Es gaben 39,0 % der Befragten mindestens die Antwortoption „einmal“ an.

Abbildung 44. Häufigkeitsverteilung der Erfahrungen sexueller Gewalt



In Tabelle 33 wurden die Angaben von PatientInnen zu 4 Szenen von sexueller Gewalt dargestellt. Frauen gaben bezogen auf alle vier Szenen statistisch signifikant häufiger an, diese Form von sexueller Gewalt erlebt zu haben, im Vergleich zu Männern. Frauen wurden signifikant häufiger zu sexuellen Handlungen genötigt (22,1 % mehrmals) als

Männer (3 % mehrmals, $\chi^2(2) = 21,134$, $p_{\text{korr}} < 0,001$), zu Geschlechtsverkehr genötigt (13,6 % mehrmals) als Männer (3 % mehrmals, $\chi^2(2) = 8,415$, $p_{\text{korr}} = 0,015$), intim berührt oder gestreichelt obwohl sie gesagt hatten, dies nicht zu wollen (32,5 % mehrmals) als Männer (10,3 % mehrmals, $\chi^2(2) = 11,812$, $p_{\text{korr}} = 0,006$). Frauen erlebten auch signifikant häufiger, dass jemand gegen ihren Willen versucht hatte ohne Erfolg in ihren Körper einzudringen (16,9 % mehrmals) im Vergleich zu Männern (1,5 % mehrmals, $\chi^2(2) = 19,637$, $p_{\text{korr}} < 0,001$).

Tabelle 33. Von sexueller Gewalt als betroffen in den letzten drei Jahren (Angaben in %; n = 32-192)

Haben Sie schon erlebt, dass ...	das ist mir einmalig passiert	das ist mir mehrmals passiert	fehlende Antworten	in den letzten 3 Jahren
Sie jemand intim berührt oder gestreichelt hat, obwohl Sie gesagt oder gezeigt haben, dass Sie dies nicht möchten.	22,6*	24,6	21,4	13,2
Sie jemand zu sexuellen Handlungen genötigt hat, die Sie nicht wollten.	10,0*	15,3	21,8	10,2
jemand versucht hat, gegen Ihren Willen in Ihren Körper einzudringen oder Sie zum Geschlechtsverkehr zu nötigen. Es kam aber nicht dazu.	6,5*	9,7	23,5	9,4
jemand gegen Ihren Willen mit einem Penis oder etwas anderem in Ihren Körper eingedrungen ist.	8,9*	11,5	21,0	9,8

Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests mit Bonferroni-Holm Korrektur ergaben signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich dem Erleben aller aufgeführten Formen von sexueller Gewalt.

In Tabelle 34 und Tabelle 35 wurden Antworten zu Lebensbereichen und Orten von sexueller Gewalt zusammengefasst.

Tabelle 34. Lebensbereiche sexueller Gewalt (Angabe in %; n=36-64)

Lebensbereiche	häufig		gelegentlich		selten		einmal	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
öffentliche Orte	4,5	kA	9,1	kA	13,6	14,3	15,9	35,7
Arbeit bzw. Ausbildung	10,0	kA	7,5	13,3	2,5	13,3	10,0	26,7
Partnerschaft	23,1	kA	17,3	8,3	9,6	kA	13,5	kA
Familie	12,8	8,3	10,3	kA	kA	kA	12,8	kA
Freundes-/ Bekanntenkreis	6,1	7,1	8,2	21,4	14,3	7,1	34,7	21,4

Tabelle 35. Orte der sexuellen Übergriffe (n=86)

Orte	Gesamt	Frauen	Männer
in meiner Wohnung	36,0*	42,6	11,1
in der Wohnung von anderen	46,5*	52,9	22,2
auf der Straße	12,8	11,8	16,7
am Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz	22,1*	16,2	44,4
Lokal, Restaurant, etc.	23,3	19,1	38,9
im Auto	16,3	13,2	27,8
am Telefon	8,1	8,8	5,6
im Internet	3,5	4,4	kA

Das Gefühl der Hilflosigkeit war die häufigste Reaktion auf sexuelle Gewalt (67,8 %), gefolgt vom Nichtwissen, wie auf die Reaktion reagiert werden sollte (50,0 %) und dem Gefühl der Scham (47,8 %), der Belastung (46,7 %) sowie der Angst (45,6 %). Bezüglich des Gefühls der Hilflosigkeit gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Frauen (76,1 %) reagierten auf sexuelle Gewalt mehr als doppelt so häufig mit Hilflosigkeit im Vergleich zu Männern (36,8 %, $\chi^2(1) = 10,554$, $p_{\text{korr}} = 0,011$). Ein großer Unterschied zwischen Männern und Frauen war auch bezüglich des Gefühls der Angst (Frauen = 50,7 %, Männer = 26,3 %), dem sich nicht zu wehren trauen (Frauen = 46,5 %, Männer = 21,1 %), der Wut (Frauen = 32,4 %, Männer = 15,8 %), der Scham (Frauen = 50,7 %, Männer = 36,8 %) und dem Gefühl der Belastung (Frauen = 50,7 %, Männer = 31,6 %). Diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant bei Anwendung der Bonferroni-Holm Korrektur. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 36 zusammengefasst.

Als Folge von sexueller Gewalt wurde am häufigsten der Abbruch von Kontakten zu Freunden und Bekannten (33,3 %), die Trennung (24,4 %) und die Scheidung von PartnerInnen (24,4 %) genannt. Frauen (31,0 %) wählten die Trennung von Partnern statistisch signifikant häufiger als Männer (0,0 %, $\chi^2(1) = 7,792$, $p_{\text{korr}} = 0,042$). Frauen wählten auch häufiger den Auszug aus der Wohnung (16,9 % vs. 0,0 %), die Scheidung (29,6 % vs. 5,3 %), den Bruch mit der Familie (14,1 % vs. 5,3 %), sowie die Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes (16,9 % vs. 10,5 %). Diese Unterschiede waren jedoch

nicht statistisch signifikant nach Anwendung der Korrektur nach Bonferroni-Holm. Die Ergebnisse sind in Tabelle 37 dargestellt.

Tabelle 36. Reaktionen auf die Situation der sexuellen Gewalt (Angaben in %; n = 90)

Reaktionen	Gesamt	Frauen	Männer
wütend geworden	28,9	32,4	15,8
sich geschämt	47,8	50,7	36,8
sich hilflos gefühlt	67,8	76,1	36,8
hat es ignoriert	18,9	18,3	21,1
hat sich nicht zu wehren getraut	41,1	46,5	21,1
wusste nicht, wie er/sie reagieren sollte	50,0	50,7	47,4
tatkräftig gewehrt	16,7	18,3	10,5
fühlte sich belastet	46,7	50,7	31,6
hatte Angst	45,6	50,7	26,3
mit Worten gewehrt	26,7	28,2	21,1

Tabelle 37. Folgen von sexueller Gewalt (Angaben in %; n = 90)

Folgen	Gesamt	Frauen	Männer
Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	13,3	16,9	0,0
Trennung vom Partner / von der Partnerin	24,4	31,0	0,0
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	24,4	29,6	5,3
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	12,2	14,1	5,3
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	33,3	32,4	36,8
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	15,6	16,9	10,5
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	6,7	5,6	10,5
Andere Folgen	4,4	4,2	5,3

4.4.5 Übersicht der Gewalterfahrungen

Tabelle 38 gibt einen Überblick über die Gewalterfahrungen von Frauen und Männern. Bei der Darstellung handelt es sich um gültige Prozent, sodass die Erfahrungen der Betroffenen nicht durch jene verzerrt wurden, welche dies nicht betrifft, weil sie diese Gewalterfahrungen in ihrem bisherigen Leben nicht machen mussten.

Tabelle 38. Übersicht über die Gewalterfahrungen (Angaben in %)

Fragen zu Gewalterfahrungen		Psychische Gewalt	Physische Gewalt	Sexuelle Belästigung	Sexuelle Gewalt
min. einmal diese Form erlebt	<i>Frauen</i>	93,0	78,5	73,4	45,6
	<i>Männer</i>	92,9	78,8	45,9	25,9
häufigster Lebensraum der Erlebnisse	<i>Frauen</i>	<i>Familie</i> 75,0	<i>Partnerschaft</i> 74,7	<i>Öffentlicher Raum</i> 80,4	<i>Partnerschaft</i> 63,5
	<i>Männer</i>	44,6	-	57,1	8,3
		<i>Arbeits-/ Ausbildungsplatz</i>	<i>Arbeits-/ Ausbildungsplatz</i>	<i>Arbeits-/ Ausbildungsplatz</i>	<i>Arbeits-/ Ausbildungsplatz</i>
	<i>Frauen</i>	66,5	-	68,3	30,0
	<i>Männer</i>	73,0	55,1	66,7	53,3
wurde die Situation bedrohlich erlebt?	<i>Frauen</i>	80,3	65,5	57,4	<i>Angst vor Verletzung</i> 47,2
	<i>Männer</i>	74,0	77,4	47,4	15,8
wer waren die TäterInnen?		<i>männlich & weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>männlich</i>	<i>männlich</i>
	<i>Frauen</i>	41,0	60,5	92,6	94,4
	<i>Männer</i>	<i>männlich</i> 47,9	<i>männlich</i> 58,7	<i>je überwiegend weiblich oder männlich</i> 40,5	<i>weiblich</i> 52,7
häufigste in Anspruch genommene Hilfsangebote	<i>Frauen</i>	<i>Beratungsstelle / Therapie</i> 62,4	<i>Medizinisch Hilfe</i> 38,1	<i>Beratungsstelle / Therapie</i> 27,6	<i>Beratungsstelle / Therapie</i> 32,3
	<i>Männer</i>	46,5	34,6	12,5	5,6
	<i>Frauen</i>		<i>Beratungsstelle / Therapie</i> 45,7	<i>Medizinisch Hilfe</i> 20,5	<i>Medizinische Hilfe</i> 24,2
	<i>Männer</i>		35,8	12,9	k.A.
waren Sie innerhalb der letzten 3J betroffen?	<i>Frauen</i>	67,4	30,0	34,5	14,9
	<i>Männer</i>	63,5	29,0	18,4	k.A.
in der Kindheit betroffen?	<i>Frauen</i>	88,2	85,0	51,4	
	<i>Männer</i>	93,5	87,8	21,9	
eigene Täterschaft	<i>Frauen</i>	29,1	38,9	2,4	nicht in dieser Form erhoben
	<i>Männer</i>	45,8	46,8	17,9	

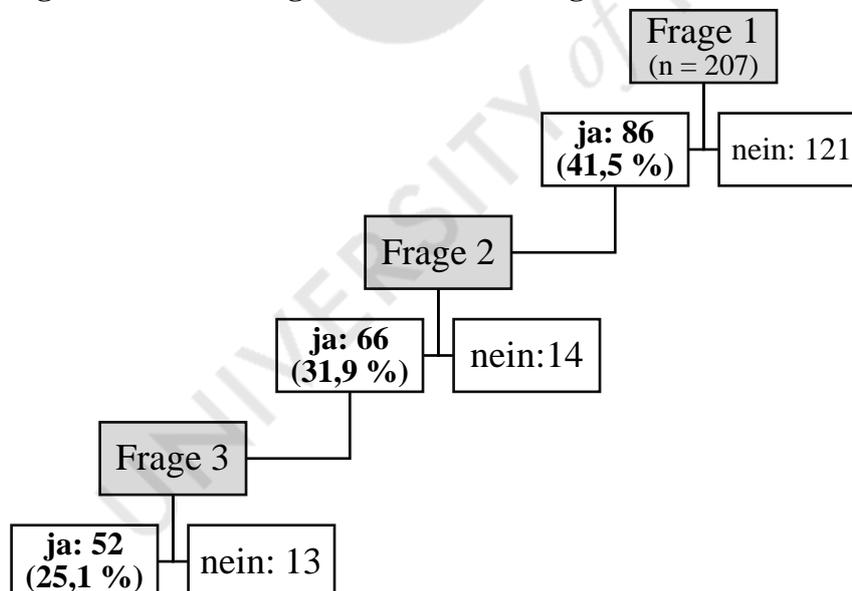
4.5 Mobbing

Im Fast and Frugal Tree-Fragebogen für Mobbing (FFTM) haben 52 von 207 PatientInnen alle drei Fragen, die in Tabelle 39 aufgelistet sind, mit „ja“ beantwortet; 25,1 % waren somit von Mobbing betroffen (siehe Abbildung 45). Frauen waren statistisch signifikant häufiger von Mobbing betroffen (30,8 %) im Vergleich zu Männern (15,6 %, $\chi^2(1) = 5,9277$, $p = 0,015$). Die Aussetzungsdauer betrug im Median 30 Monate (Min = 2; Max = 276). Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen (Median = 33 Monate) und Männern (Median = 25 Monate) bezüglich der Dauer des Mobbings ($U = 814,5$, $z = -0,475$, $p = 0,635$).

Tabelle 39. Fast and Frugal Tree-Fragebogen für Mobbing

Fragen		Antwortverhalten
1: Ich bin wiederholt schikanösen Handlungen ausgesetzt	Nein	121 (58,5 %)
	Ja	86 (41,5 %)
2: Die schikanösen Handlungen sind systematisch gegen mich gerichtet	Nein	129 (53,1 %)
	Ja	73 (30,0 %)
3: Die schikanösen Handlungen haben das Ziel mich zu isolieren	Nein	136 (56,0 %)
	Ja	66 (27,2 %)

Abbildung 45. Fast and Frugal Tree für Mobbing



Anhand des Negative Acts Questionnaire-Revised von Einarsen et al. (2009) lässt sich festhalten, dass 6,3 % der Frauen und 4,7 % der Männer beinahe täglich mit Mobbing konfrontiert waren. Mehrmalige Ereignisse in der Woche wurden von 7 % Frauen und 3,5 % Männern berichtet. Selten oder ab und zu mussten Männer zu 9,4 % Mobbing erleben, Frauen zu 8,2 % ab und zu und 2,5 % selten. Der Tabelle 41 können die genauen Angaben

zu Antworten des Negative Acts Questionnaire-Revised von Einarsen et al. (2009) entnommen werden. Somit zeigte sich, dass die Befragten am ehesten erlebten, dass ihre Meinungen und Ansichten ignoriert wurden (54 %), aber auch dass Tratsch und Gerüchte über sie verbreitet wurden (53,1 %). Zudem wurden für 50,1 % durch jemand anders Informationen zurückgehalten, welche sich auf ihre Leistung auswirkten. Die Anweisung, Arbeiten unter dem eigenen Kompetenzniveau zu verrichten, erhielten 49,1 % der befragten Personen. 13,6 % der befragten Personen erlebten täglich eine exzessive Überwachung ihrer Arbeit und 10,3 % fühlten sich täglich ignoriert oder ausgeschlossen.

Durchschnittlich war personenbezogenes Mobbing bei 45,2 % der befragten Personen gegeben, arbeitsbezogenes Mobbing erlebten 37 % sowie physisch einschüchterndes Mobbing 30,9 %. Die Ergebnisse sind in Tabelle 40 zusammengefasst und in Abbildung 46 in Form von Boxplots für jede Skala getrennt für Frauen und Männer dargestellt.

Tabelle 40. Dimensionen von Mobbinghandlungen im NAQ-R (Angaben in %; n = 174-191)

Dimensionen NAQ-R	Niemals	Ab und zu	Monatlich	Wöchentlich	Täglich	Korrelation mit FFTM
<i>Arbeitsbezogenes Mobbing</i>	41,7	20,6	5,6	5,9	4,9	$r = 0,468, p < 0,001$
<i>Personenbezogenes Mobbing</i>	33,5	22,9	7,1	7,1	8,1	$r = 0,572, p < 0,001$
<i>Physisch einschüchterndes Mobbing</i>	48,6	16,2	5,2	4,3	5,2	$r = 0,433, p < 0,001$

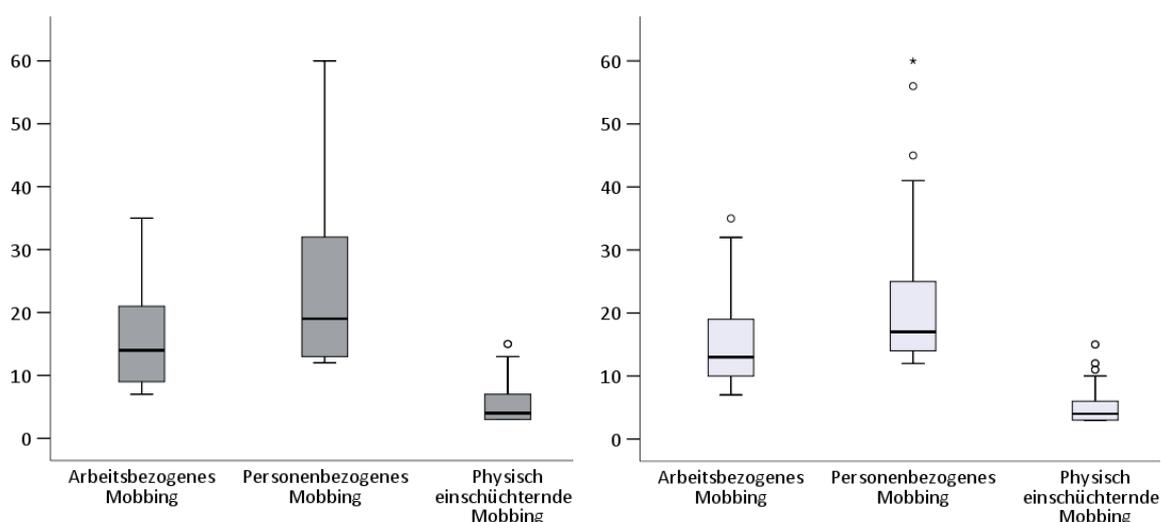
Anmerkung: r = Korrelation nach Spearman

Es gab statistisch signifikante Korrelationen zwischen dem FFTM und den Subskalen sowie der Gesamtskala des NAQ-R. Die Korrelation von FFTM mit „Arbeitsbezogenem Mobbing“ betrug $r = 0,468$, mit „Personenbezogenem Mobbing“ $r = 0,572$ und mit „Physisch einschüchterndem Mobbing“ $r = 0,433$ (jeweils $p < 0,001$). Die Korrelation von FFTM mit der Gesamtskala war $r = 0,355, p < 0,001$. Die Korrelationen zeigen einen mittelgroßen bis großen Effekt (siehe Tabelle 40). Es gab hohe Korrelationen zwischen den Subskalen des NAQ: „Arbeitsbezogenes Mobbing“ korrelierte mit „Personenbezogenem Mobbing“ bei $r = 0,837, p < 0,001$, und mit der Subskala „Physisch einschüchterndes Verhalten“ bei $r = 0,674, p < 0,001$. Letztgenannte zwei Subskalen korrelierten bei $r = 0,780, p < 0,001$. Zwischen 8 % und 10 % der Befragten erlebten zwei dieser drei Formen des Mobbings und 7,4 % der Befragten ($n = 18$) erlebten alle drei Formen des Mobbings mindestens monatlich.

Tabelle 41. Antworten zu den einzelnen Mobbinghandlungen im NAQ-R (Angaben in %; n = 190)

NAQ-R	Niemals	Ab und zu	Monatlich	Wöchentlich	Täglich
Jemand hält Informationen zurück, welche sich auf ihre Leistung auswirken	29,6	31,3	5,3	8,6	4,9
Demütigung oder Verspottung in Verbindung mit ihrer Arbeit	43,6	18,9	6,6	5,3	4,5
Anweisung erhalten, Arbeit unter ihrem Kompetenzniveau zu verrichten	28,8	27,2	9,1	7,0	5,8
Hauptbereiche ihrer Verantwortung werden entfernt oder durch trivialere beziehungsweise unerfreuliche Aufgaben ersetzt	43,2	18,1	4,5	7,0	5,3
Verbreitung von Tratsch und Gerüchten über Sie	25,1	32,9	7,4	7,0	5,8
Ignoriert oder ausgeschlossen werden („geschnitten werden“)	35,8	19,3	6,6	7,4	10,3
Beleidigende oder anstößige Bemerkungen über Ihre Person (das heißt Gewohnheiten und Hintergrund), ihre Einstellungen oder ihr Privatleben	38,3	21,4	7,0	7,0	4,9
Angeschrien oder Ziel spontanen Ärgers (oder Wut) werden	38,3	23,9	7,4	6,2	4,1
Einschüchterndes Verhalten wie Schuldzuweisungen, Eingriff in die Privatsphäre, Herumkommandieren, Blockieren/Versperren des Weges	42,0	17,7	6,2	5,8	7,4
Hinweise oder Signale von anderen, dass Sie ihren Job kündigen sollten	49,8	18,5	4,5	4,9	1,6
Wiederholte Erinnerungen an ihre Fehler oder Irrtümer	30,9	27,6	8,2	7,4	4,5
Ignorieren oder feindliche Reaktion, wenn Sie sich nähern	42,8	19,8	4,9	6,6	4,9
Unaufhörliche Kritik ihrer Arbeit und Leistung	38,3	21,0	4,9	6,2	6,2
Ignorieren ihrer Meinung und Ansichten	25,9	27,6	7,0	10,3	9,1
Streiche, durchgeführt von Leuten, mit denen Sie nicht auskommen	60,1	12,3	2,1	2,1	2,5
Aufgabenstellung mit unvernünftigen beziehungsweise unmöglichen Zielsetzungen oder Terminvorgaben	32,5	20,6	10,7	9,1	5,3
Es werden Beschuldigungen gegen Sie erhoben	39,1	23,5	6,6	5,8	4,5
Exzessive Überwachung Ihrer Arbeit	40,7	14,4	6,6	3,7	13,6
Druck etwas nicht zu beanspruchen, worauf man rechtlich Anspruch hat (z.B. Krankenstand, Urlaubsanspruch, Reisekosten)	46,1	17,7	4,9	3,3	6,6
Gegenstand exzessiver Hänselei und Sarkasmus sein	53,1	14,0	3,7	3,7	4,1
Unkontrollierbarem Arbeitspensum ausgesetzt	31,3	21,4	6,2	7,8	11,5
Androhung von Gewalt beziehungsweise physischer Misshandlung oder tatsächliche Misshandlung	65,4	7,0	2,1	0,8	4,1

Abbildung 46. Boxplot-Darstellung der NAQ-R Skalen links für Frauen und rechts Männer



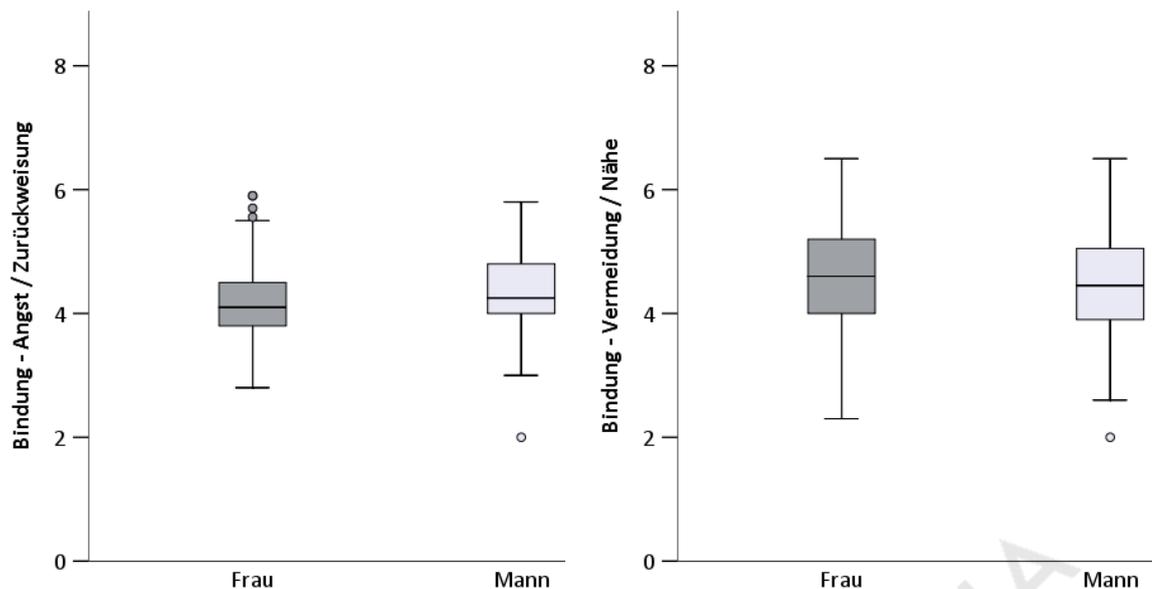
4.6 Bindung

Die Auswertung des Bindungsfragebogens nach Grau (1990) zeigte, dass 91,8 % der PatientInnen einen ängstlich-vermeidenden Bindungsstil hatten, 4,9% waren ängstlich gebunden und 2,5% vermeidend. Keine befragte Person war sicher gebunden. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen (Fisher's Exakter Test, $p = 0,515$) und auch nicht zwischen den Altersgruppen (Fisher's Exakter Test, $p = 0,388$). Die Ergebnisse wurden in Tabelle 42 dargestellt und in Abbildung 47 in Form von Boxplots getrennt für Frauen und Männer.

Tabelle 42. Ergebnisse des Bindungsfragebogens (Angaben in %; n=241)

	n	sicher	ängstlich	vermeidend	ängstlich-vermeidend
<i>gesamt</i>	241	0,0	4,9	2,5	91,8
<i>Frauen</i>	157	0,0	5,1	2,5	91,8
<i>Männer</i>	84	0,0	4,7	2,4	91,8
<i>bis 20 Jahre</i>	1	0,0	0,0	0,0	100,0
<i>21 bis 30 Jahre</i>	18	0,0	5,6	5,6	88,9
<i>31 bis 40 Jahre</i>	24	0,0	4,2	0,0	95,8
<i>41 bis 50 Jahre</i>	77	0,0	6,5	2,6	90,9
<i>über 51 Jahre</i>	112	0,0	4,4	1,8	93,8

Abbildung 47. Boxplot-Darstellung der Bindung-Skalen-Skalen „Angst / Zurückweisung“ (links) und „Vermeidung / Nähe“ (rechts) getrennt für Frauen und Männer



4.7 Handlungsorientierung

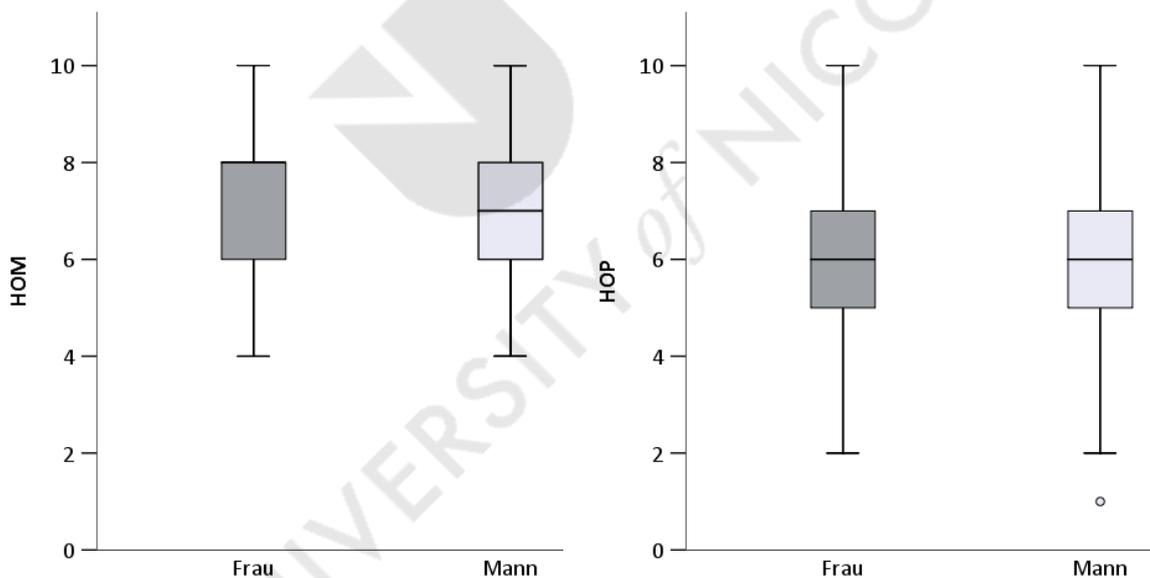
Die Ergebnisse des HAKEMP-90 werden in folgendem Abschnitt dargestellt. Der Fragebogen unterscheidet zwischen der prospektiven Handlungs- und Lageorientierung (HOP und LOP), nämlich der Fähigkeit Entscheidungen fällen zu können, und der Handlungs- und Lageorientierung nach Misserfolgen (HOM und LOP), nämlich die Fähigkeit nach Misserfolgen die Situation handzuhaben. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 43 zusammengefasst. In Abbildung 48 wurden die Ergebnisse der zwei Skalen HOM und HOP in Form von Boxplots getrennt für Frauen und Männer dargestellt.

Bei Teilung der HOP und HOM Skala nach der Punkteanzahl in lageorientierte und handlungsorientierte Menschen, wiesen 5,3 % eine Lageorientierung nach Misserfolg auf, eine prospektive Lageorientierung 30,5 % (zum Beispiel Zögern bei Entscheidungen). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich LOM und HOM ($\chi^2(1) = 0,328$, $p = 0,567$) sowie LOP und HOP ($\chi^2(1) = 0,831$, $p = 0,362$). Es gab auch bezüglich der Alterskategorien keine Unterschiede zwischen LOM und HOM ($U = 915,5$, $z = -0,831$, $p = 0,406$) sowie zwischen LOP und HOP ($U = 4719,0$, $z = -0,675$, $p = 0,499$).

Tabelle 43. Ergebnisse des HAKEMP-90 (Angaben in Anzahl und Prozent in Klammern; n=209)

	Handlungs- und Lageorientierung nach Misserfolg			prospektive Handlungs- und Lageorientierung		
	n	LOM (0–4 Punkte)	HOM (5–12 Punkte)	n	LOP (0–5 Punkte)	HOP (6–12 Punkte)
<i>Gesamt</i>	209	11 (5,3)	198 (94,7)	209	69 (30,5)	157 (69,5)
<i>Frauen</i>	131	6 (4,6)	125 (95,4)	131	47 (32,6)	97 (67,4)
<i>Männer</i>	78	5 (6,4)	73 (93,6)	78	22 (26,8)	60 (73,2)
<i>bis 20 Jahre</i>	1	0 (0,0)	1 (100,0)	1	1(100,0)	0 (0,0)
<i>21 bis 30 Jahre</i>	17	1 (5,9)	16 (94,1)	17	4(23,5)	13 (76,5)
<i>31 bis 40 Jahre</i>	21	1 (4,8)	20 (95,2)	21	4(19,0)	17 (81,0)
<i>41 bis 50 Jahre</i>	67	2 (3,0)	65 (97,0)	71	23(32,4)	48 (67,6)
<i>über 51 Jahre</i>	98	7 (7,1)	91 (92,9)	107	34(31,8)	73 (68,2)

Abbildung 48. Boxplot-Darstellung der Handlungsorientierungs-Skalen „HOM“ (links) und „HOP“ (rechts) getrennt für Frauen und Männer



4.8 Resilienz

Die Auswertung der Resilienz-Skala zeigte, dass 56,8 % der PatientInnen unterdurchschnittlich resilient waren (unter 63 Punkte), 27,2 % waren als moderat einzustufen und weitere 9,1 % waren hoch resilient (ab 79 Punkte). In Tabelle 44 wurden die Ergebnisse der zwei Subskalen „Persönliche Kompetenz“ sowie „Akzeptanz des Selbst“ aus der vorliegenden Studie und jene aus der Normstichprobe der Testhersteller dargestellt. Die PatientInnen hatten in allen Fragen zur Resilienz statistisch signifikant geringere Werte

im Vergleich zur Normstichprobe ($p < 0,001$). Auch bei Berücksichtigung einer Bonferroni-Holm-Korrektur für multiple Tests sind diese Unterschiede von statistisch signifikanter Bedeutung.

Im Vergleich zu den Werten der Norm von Leppert et al. (2008) war die Resilienz daher geringer ausgeprägt. Auch auf Item-Ebene wiesen die Ergebnisse geringere Mittelwerte mit einer höheren Streuung auf. Analysen von Unterschieden zwischen Frauen und Männern beziehungsweise Altersunterschieden zeigten ein recht homogenes Bild. 57 % der Studienteilnehmerinnen und 56,5 % der Studienteilnehmer waren unterdurchschnittlich resilient. Unter den Frauen waren 25,9 % als moderat einzustufen, Männer zu 29,4 %. Hoch resilient waren nur 8,9 % der Frauen und 9,4 % der Männer. Bezogen auf das Alter waren die Gruppen der Personen bis 20 Jahre sowie über 51 Jahre jene mit den häufigsten Werten hoher Resilienz. Bei der Gruppe der 31- bis 40-Jährigen zeigten genau 50 % eine niedrige Resilienz. Der Tabelle 45 können die Ergebnisse entnommen werden. In Abbildung 49 wurden die Skalenwerte in Form von Boxplots getrennt für Frauen und Männer dargestellt.

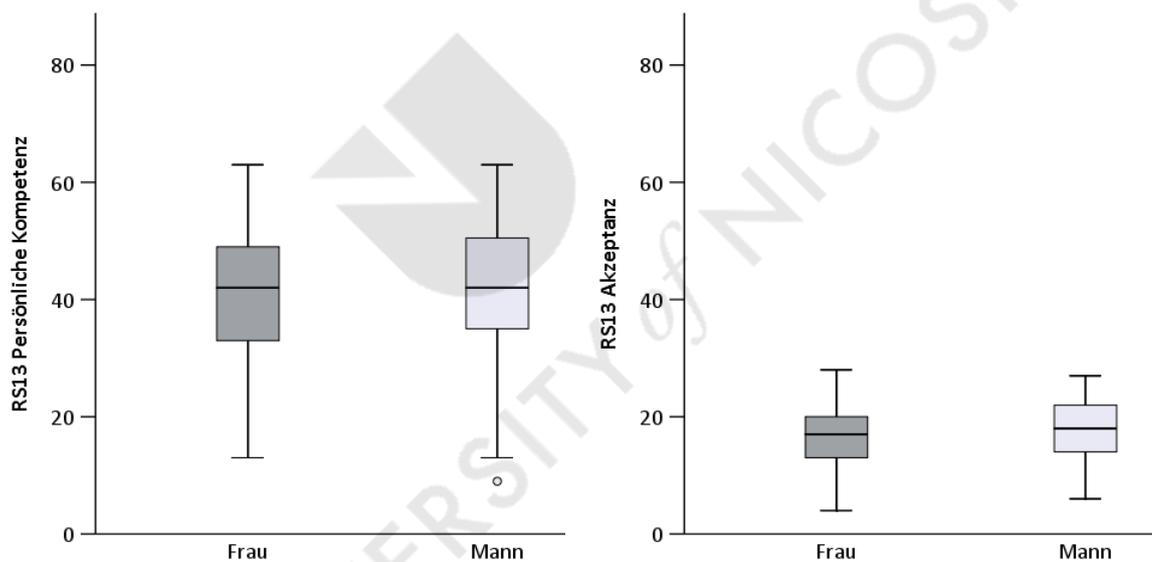
Tabelle 44. Ergebnisse der RS-13 (Angaben in Werten zwischen 1 und 7 Punkten; n=133)

RS-13	Norm		Vorliegende Studie		Test
	M	SD	M	SD	
Persönlich Kompetenz					
Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	5,57	1,34	5,04	1,67	p<0,001
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	5,54	1,21	5,19	1,58	p<0,001
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	5,48	1,29	4,05	1,94	p<0,001
Ich bin entschlossen.	5,31	1,31	4,13	1,87	p<0,001
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	5,55	1,20	4,48	1,79	p<0,001
Normalerweise kann ich die Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	5,47	1,32	4,63	1,76	p<0,001
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	5,57	1,34	4,73	1,74	p<0,001
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	5,54	1,21	4,57	1,73	p<0,001
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	4,97	1,50	3,86	1,94	p<0,001
Akzeptanz des Selbst					
Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	4,97	1,50	4,15	1,91	p<0,001
Ich mag mich.	5,32	1,39	4,06	1,93	p<0,001
Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	5,26	1,38	4,28	1,84	p<0,001
Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle ablehnen.	5,32	1,39	4,62	1,96	p<0,001

Tabelle 45. Ergebnisse der RS-13 Gesamtskala in Kategorien (Angaben in %)

RS-13	n	Niedrig	Moderat	Hoch
<i>Frauen</i>	50	57,0	25,9	8,9
<i>Männer</i>	43	56,5	29,4	9,4
<i>bis 20 Jahre</i>	8	60,0	10,0	10,0
<i>21 bis 30 Jahre</i>	13	55,6	33,3	5,6
<i>31 bis 40 Jahre</i>	17	50,0	37,5	8,4
<i>41 bis 50 Jahre</i>	38	57,1	26,0	5,2
<i>über 51 Jahre</i>	48	58,4	25,7	12,4

Abbildung 49. Boxplot-Darstellung der Resilienzskalen RS13 „Persönliche Kompetenz“ (links) und „Akzeptanz“ (rechts) getrennt für Frauen und Männer



4.9 Hypothesenprüfung

In diesem Abschnitt wurden die in dieser Arbeit aus der Theorie hergeleiteten Hypothesen geprüft. Die Hypothesen betreffen zum einen den Vergleich der Gewaltprävalenzen von Reha-PatientInnen mit jenen der allgemeinen Bevölkerung aus Kapella et al. (2011). Zum anderen geht es bei den Hypothesen um Zusammenhänge zwischen Gewalterlebnissen und psychischer sowie physischer Somatisierung und möglichen moderierenden beziehungsweise mediierenden Effekten von Resilienz, Handlungsorientierung und Bindungsfähigkeit.

In Tabelle 46 wurden Kennzahlen der vorliegenden Gewaltprävalenzstudie bei Reha-PatientInnen der Studie von Kapella et al. (2011) gegenübergestellt. Die Stichprobe der vorliegenden Studie ist deutlich kleiner, und der Anteil an Frauen ist höher (65,0 % zu 55,4 %). Dieser höhere Anteil an Frauen spiegelt aber das Geschlechterverhältnis von Reha-PatientInnen an der Klinik in Rust wider. Die Altersspannen beider Studien sind vergleichbar; in der vorliegenden Studie sind die ältesten Personen jedoch 71 Jahre alt im Vergleich zu 60 Jahre bei Kapella et al. (2011).

Nachfolgend werden beide Studien bezüglich physischer Gewalt, psychischer Gewalt, sexueller Belästigung und sexueller Gewalt verglichen.

Tabelle 46. Gegenüberstellung von Kennzahlen der vorliegenden Prävalenzstudie mit Kapella et al. (2011)

Vergleichsmerkmal	Studie Kapella et al. (2011) n = 2.334	Vorliegende Gewaltprävalenzstudie n = 243
<i>Erhebungszeitraum</i>	Publikation 2011 (Face-to-Face-Befragung und zusätzlich Online-Befragung)	Oktober 2016 – Oktober 2017 (Papier-Bleistift-Fragebogen mit Möglichkeit zu Face-to-Face-Begleitung).
<i>Geschlecht:</i>	1.292 Frauen (55,4 %) 1.042 Männer (44,6 %)	158 Frauen (65,0 %) 85 Männer (35,0 %)
<i>Alter</i>	16 – 60 Jahre	18 – 71 Jahren

4.9.1 Hypothese 1: Die Prävalenz von psychischer Gewalt ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011

Der Vergleich zwischen beiden Studien ergab, dass es bei Reha-PatientInnen statistisch signifikant höhere Prävalenzen von psychischer Gewalt gab im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung von Kapella et al. (2011). Die Vergleiche erfolgten mit z-Tests bei Anteilswerten unter Anwendung der Bonferroni-Holm Korrektur für multiples Testen. Die Ergebnisse wurden im Detail in Tabelle 47 dargestellt.

Tabelle 47. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von psychischer Gewalt (Angaben in %)

Psychische Gewalt		Kapella et al. (2011)	Vorliegende Gewaltprävalenz- Studie	Test
Mindestens einmal diese Form erlebt	Frauen	85,7	93,0	$p_{korr} = 0,018$
	Männer	78,4	92,9	$p_{korr} = 0,004$
Häufigster Lebensraum der Erlebnisse	Frauen	Arbeit 49,4	Arbeit 66,5	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	46,6	73,0	$p_{korr} < 0,001$
Wurde die Situation bedrohlich erlebt?	Frauen	39,8	74,7	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	30,6	67,1	$p_{korr} < 0,001$
Wer waren die TäterInnen?	Frauen	Männlich 50,4	41,0 (Männlich + weiblich)	$p_{korr} = 0,027$
	Männer	49,2	47,9 (Männlich)	$p_{korr} = 0,414$
Waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre betroffen?	Frauen	40,8	61,4	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	31,8	55,3	$p_{korr} < 0,001$
Waren Sie in der Kindheit betroffen?	Frauen	74,8	84,8	$p_{korr} = 0,013$
	Männer	72,8	84,7	$p_{korr} = 0,032$
Häufigste in Anspruch genommene Hilfsangebote	Frauen	Beratungsstelle/ Therapie 19,6	Beratungsstelle/ Therapie 62,4	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	11,2	46,5	$p_{korr} < 0,001$
Eigene Täterschaft	Frauen	95,7	29,1	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	93,2	45,8	$p_{korr} < 0,001$

Anmerkung: z-Tests zum Vergleich zweier Anteilswerte, P-Werte korrigiert nach Bonferroni-Holm

Der Anteil an Personen, die psychische Gewalt erlebt hatten, war bei Reha-PatientInnen signifikant höher als bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung. In beiden Fällen war der Arbeitsplatz der am meisten genannte Lebensraum, in dem psychische Gewalt

erlebt wurde; bei Reha-PatientInnen war der Anteil an Menschen, die am Arbeitsplatz Gewalt erlebten, jedoch signifikant höher als bei der allgemeinen Stichprobe. Ein größerer Anteil erlebte die psychische Gewalt als bedrohlich und ein größerer Anteil nahm Hilfsangebote in Anspruch im Vergleich zur allgemeinen Stichprobe. Mehr Reha-PatientInnen waren in den letzten drei Jahren von psychischer Gewalt betroffen beziehungsweise in der Kindheit von psychischer Gewalt betroffen als in der allgemeinen Stichprobe. In der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung gab ein höherer Anteil von Personen an, selbst Täter von psychischer Gewalt gewesen zu sein.

Die zur aufgestellten Hypothese gehörende Nullhypothese konnte verworfen werden. Die Daten geben Anlass für das Annehmen der Hypothese 1.

4.9.2 Hypothese 2: Die Prävalenz von physischer Gewalt ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011

Bei Reha-PatientInnen gab es statistisch signifikant höhere Prävalenzen für physische Gewalt im Vergleich zur allgemeinen Stichprobe. In Tabelle 48 wurden die Ergebnisse detailliert dargestellt. Der Anteil an Menschen, die physische Gewalt mindestens einmal erlebt hatte, war bei Reha-PatientInnen signifikant höher im Vergleich zur allgemeinen Stichprobe. Auch der Anteil an Menschen, die die erlebte physische Gewalt als bedrohlich empfand, und jener, der medizinische beziehungsweise therapeutische Hilfe in Anspruch nahm, war größer bei Reha-PatientInnen im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Mehr Frauen berichteten, dass physische Gewalt am häufigsten in der Partnerschaft geschieht und mehr Frauen waren in den letzten drei Jahren von physischer Gewalt betroffen im Vergleich zu den Frauen bei Kapella et al. (2011). Weniger Frauen sagten, dass sie Täterinnen physischer Gewalt gewesen waren. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Studien bezogen auf das Erleben von physischer Gewalt in der Kindheit, ebenso unterschieden sich männliche Reha-Patienten nicht von männlichen Patienten aus der Allgemeinbevölkerung bezogen auf die häufigste Angabe des Ortes der Geschehnisse beziehungsweise bezogen auf die eigene Täterschaft.

Die zur aufgestellten Hypothese gehörende Nullhypothese konnte verworfen werden. Es gab in den Daten Hinweise darauf, dass die Hypothese 2 angenommen werden konnte.

Tabelle 48. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von physischer Gewalt (Angaben in %)

Physische Gewalt		Kapella et al. (2011)	vorliegende Gewaltprävalenz- Studie	Test
Mindestens einmal diese Form erlebt	Frauen	56,8	78,5	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	61,4	78,8	$p_{korr} = 0,007$
Häufigster Lebensraum der Erlebnisse		Partner	Partner	
	Frauen	29,1	46,9	$p_{korr} < 0,001$
Wurde die Situation bedrohlich erlebt?		ÖR	ÖR	
	Männer	33,0	34,1	$p_{korr} = 0,433$
Wer waren die TäterInnen?	Frauen	29,6	49,4	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	27,9	56,5	$p_{korr} < 0,001$
Waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre betroffen?		Männlich	Männlich	
	Frauen	68,9	60,6	$p_{korr} = 0,214$
Waren Sie in der Kindheit betroffen?	Männer	67,6	58,7	$p_{korr} = 0,197$
	Frauen	15,4	22,8	$p_{korr} = 0,044$
Häufigste in Anspruch genommene Hilfsangebote	Männer	15,1	21,2	$p_{korr} = 0,251$
	Frauen	72,6	79,1	$p_{korr} = 0,192$
Eigene Täterschaft	Männer	73,7	76,5	$p_{korr} > 0,999$
		Med. Hilfe	Med. Hilfe	
Häufigste in Anspruch genommene Hilfsangebote	Frauen	21,1	38,1	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	20,0	34,6	$p_{korr} = 0,036$
Eigene Täterschaft		Beratungsstelle / Therapie	Beratungsstelle / Therapie	
	Frauen	21,7	45,7	$p_{korr} < 0,001$
Eigene Täterschaft	Männer	10,7	35,8	$p_{korr} < 0,001$
	Frauen	59,0	38,9	$p_{korr} < 0,001$
	Männer	57,0	46,8	$p_{korr} = 0,212$

Anmerkung: Vergleich zweier Anteilswerte, P-Werte korrigiert nach Bonferroni-Holm

4.9.3 Hypothese 3: Die Prävalenz von sexueller Belästigung ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011

Es gab zwischen beiden Studien keinen statistisch signifikanten Unterschied im Anteil an Frauen, die sexuelle Belästigung erlebt hatten. Ebenso war der Anteil an Frauen, die die Belästigung als bedrohlich empfunden hatten, vergleichbar. Es gab statistisch signifikante Unterschiede bei den Männern. Der Anteil an Männern, die sexuell belästigt wurden, war bei Reha-PatientInnen signifikant höher als in der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung; auch der Anteil jener, die die Situation bedrohlich empfanden, war höher bei männlichen Reha-Patienten. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen

den Studien bezogen auf den Lebensraum, in dem sexuelle Belästigung passiert war, bezogen auf die TäterInnen und eigene Täterschaft, und bezogen auf die Betroffenheit von sexueller Belästigung in den letzten drei Jahren. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 49 zusammengefasst.

Tabelle 49. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von sexueller Belästigung (Angaben in %)

Sexuelle Belästigung		Kapella et al. (2011)	vorliegende Gewaltprävalenz- Studie	Test
Mindestens einmal diese Form erlebt	<i>Frauen</i>	74,2	73,4	$p_{korr} = 0,413$
	<i>Männer</i>	27,2	45,9	$p_{korr} = 0,001$
Häufigster Lebensraum der Erlebnisse		ÖR	ÖR	
	<i>Frauen</i>	51,3	46,9	$p_{korr} > 0,999$
	<i>Männer</i>	12,4	18,9	$p_{korr} > 0,999$
Wurde die Situation bedrohlich erlebt?	<i>Frauen</i>	29,7	39,9	$p_{korr} = 0,077$
	<i>Männer</i>	5,6	21,2	$p_{korr} < 0,001$
Wer waren die TäterInnen?	<i>Frauen</i>	Männlich 95,5	Männlich 92,6	$p_{korr} = 0,438$
	<i>Männer</i>	Weiblich 60,5	Überwiegend weiblich oder männlich 40,5	$p_{korr} = 0,058$
Waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre betroffen?	<i>Frauen</i>	30,5	24,1	$p_{korr} = 0,408$
	<i>Männer</i>	6,2	8,2	$p_{korr} > 0,999$
Eigene Täterschaft	<i>Frauen</i>	2,0	2,4	$p_{korr} > 0,999$
	<i>Männer</i>	9,0	17,9	$p_{korr} = 0,055$

Anmerkung: Vergleich zweier Anteilswerte, P-Werte korrigiert nach Bonferroni-Holm

Die zur aufgestellten Hypothese 3 gehörende Nullhypothese konnte in dieser Form nicht verworfen werden. Die Daten geben nur Hinweise darauf, dass männliche Reha-Patienten höhere Prävalenzen bezüglich sexueller Belästigung haben; dies war jedoch bei Frauen nicht der Fall. Die Hypothese 3 kann daher nur bezogen auf Männern bestätigt werden.

4.9.4 Hypothese 4: Die Prävalenz von sexueller Gewalt ist bei Reha-PatientInnen höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung aus der Gewaltprävalenzstudie von 2011

Die Prävalenz von sexueller Gewalt war bei Reha-PatientInnen statistisch signifikant höher im Vergleich zur allgemeinen Stichprobe von Kapella et al. (2011). Die Ergebnisse wurden in Tabelle 50 wiedergegeben.

Tabelle 50. Vergleich von Reha-PatientInnen mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Prävalenz von sexueller Gewalt (Angaben in %)

Sexuelle Gewalt		Kapella et al. (2011)	vorliegende Gewaltprävalenz- Studie	Test
Mindestens einmal diese Form erlebt	<i>Frauen</i>	29,5	45,6	$p_{korr} = 0,001$
	<i>Männer</i>	8,8	25,9	$p_{korr} = 0,001$
Häufigster Lebensraum der Erlebnisse		Arbeit	Arbeit	
	<i>Frauen</i>	7,6	7,5	$p_{korr} = 0,491$
	<i>Männer</i>	2,3	9,5	$p_{korr} = 0,346$
		Partner	Partner	
	<i>Frauen</i>	10,7	20,9	$p_{korr} = 0,104$
	<i>Männer</i>	1,3	1,2	$p_{korr} > 0,999$
Wurde die Situation bedrohlich erlebt?		Angst vor Verletzung	Angst vor Verletzung	
	<i>Frauen</i>	20,4	20,9	$p_{korr} > 0,999$
	<i>Männer</i>	11,1	3,6	$p_{korr} > 0,999$
Wer waren die TäterInnen?		Männlich	Männlich	
	<i>Frauen</i>	98,9	94,4	$p_{korr} = 0,021$
	<i>Männer</i>	Weiblich	Weiblich	
		53,4	52,7	$p_{korr} > 0,999$
Waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre betroffen?	<i>Frauen</i>	8,5	6,3	$p_{korr} > 0,999$
	<i>Männer</i>	2,1	k.A.	-
Waren Sie in der Kindheit betroffen?	<i>Frauen</i>	27,7	46,2	$p_{korr} = 0,001$
	<i>Männer</i>	12	18,8	$p_{korr} = 0,332$
Häufigste in Anspruch genommene Hilfsangebote		Beratungsstelle/ Therapie	Beratungsstelle/ Therapie	
	<i>Frauen</i>	27,6	16,0	$p_{korr} = 0,083$
	<i>Männer</i>	12,5	2,6	$p_{korr} > 0,999$
		Med. Hilfe	Med. Hilfe	
	<i>Frauen</i>	20,5	11,3	$p_{korr} = 0,727$
	<i>Männer</i>	12,9	5,1	$p_{korr} > 0,999$

Anmerkung: Vergleich zweier Anteilswerte, P-Werte korrigiert nach Bonferroni-Holm

Sowohl der Anteil von Frauen als auch der Anteil von Männern, die mindestens einmal sexuelle Gewalt erlebt hatten, war bei Reha-PatientInnen signifikant höher als bei der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Bei Frauen war zudem der Anteil derer, die sexuelle Gewalt in der Kindheit erlebt hatte, signifikant höher als in der Vergleichsstudie. Es gab darüber hinaus keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Studien bezüglich der Lebensräume der Geschehnisse, bezüglich des Aufsuchens von medizinischer oder therapeutischer Hilfe oder bezüglich der eigenen Täterschaft. Der Anteil von Menschen, die die Gewalt als bedrohlich empfand, war vergleichbar.

Die zur aufgestellten Hypothese gehörende Nullhypothese konnte verworfen werden. Die Daten gaben Grund zur Annahme der Hypothese 4.

4.9.5 *Hypothese 5: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Erleben von psychischer, physischer, sexueller Gewalt, sexueller Belästigung und Mobbing*

Es gab statistisch signifikante, positive Zusammenhänge zwischen allen vier Formen der erlebten Gewalt und Mobbing. Für die Korrelationen wurden zum einen die dichotomen Variablen des Erlebens oder Nicht-Erlebens der spezifischen Gewaltform mit Hilfe der aus dem Chi-Quadrat-Test abgeleiteten Vierfelder-Korrelation korreliert (Tabelle 51, unterhalb Diagonale). Die Ergebnisse zeigten, dass, wenn eine bestimmte Form von Gewalt erlebt wurde, dass dann die Wahrscheinlichkeit höher ist, auch eine andere Form erlebt zu haben.

Zum anderen wurden die subjektiven Einschätzungen zur Häufigkeit des Erlebens von Gewalt auf einer Likert-Skala sowie die Mobbing Skala, NAQ, miteinander anhand der Produktmomentkorrelation nach Pearson korreliert (Tabelle 51, oberhalb der Diagonale). Auch hier waren die Korrelationen positiv und statistisch signifikant; einzig bei Mobbing waren nicht alle Korrelationen signifikant. Je häufiger eine bestimmte Form der Gewalt erlebt wurde, desto häufiger wurde auch eine andere der vier Gewaltformen erlebt. Die zur aufgestellten Hypothese gehörende Nullhypothese konnte verworfen werden. Die Daten geben Anlass für die Annahme der Hypothese 5.

Tabelle 51. Korrelationsmatrix der vier verschiedenen Formen von Gewalt.

	Psychische Gewalt	Physische Gewalt	Sexuelle Belästigung	Sexuelle Gewalt	Mobbing
Psychische Gewalt	1	$r_{Pearson} = 0,473$ $p_{korr} < 0,001$	$r_{Pearson} = 0,314$ $p_{korr} = 0,004$	$r_{Pearson} = 0,329$ $p_{korr} = 0,004$	$r_{Pearson} = 0,225$ $p_{korr} = 0,002$
Physische Gewalt	$r_{\phi} = 0,293$ $p_{korr} < 0,001$	1	$r_{Pearson} = 0,337$ $p_{korr} < 0,001$	$r_{Pearson} = 0,415$ $p_{korr} < 0,001$	$r_{Pearson} = 0,043$ $p_{korr} = 0,291$
Sexuelle Belästigung	$r_{\phi} = 0,263$ $p_{korr} < 0,001$	$r_{\phi} = 0,263$ $p_{korr} < 0,001$	1	$r_{Pearson} = 0,718$ $p_{korr} < 0,001$	$r_{Pearson} = 0,085$ $p_{korr} = 0,148$
Sexuelle Gewalt	$r_{\phi} = 0,208$ $p_{korr} = 0,001$	$r_{\phi} = 0,279$ $p_{korr} < 0,001$	$r_{\phi} = 0,513$ $p_{korr} < 0,001$	1	$r_{Pearson} = 0,197$ $p_{korr} = 0,008$
Mobbing	$r_{\phi} = 0,181$ $p_{korr} = 0,018$	$r_{\phi} = 0,124$ $p_{korr} = 0,038$	$r_{\phi} = 0,176$ $p_{korr} = 0,021$	$r_{\phi} = 0,179$ $p = 0,016$	1

Anmerkung: Oberhalb der diagonalen Korrelationen der subjektiven Einschätzungsskalen mittels $r_{Pearson}$ Produktmomentkorrelation nach Pearson; unterhalb der Diagonale dichotome Fragen (erlebt/nicht erlebt) mittels r_{ϕ} Phi-Korrelationen (Vierfelder-Korrelationen); p korrigiert nach Bonferroni-Holm

4.9.6 Hypothese 6: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit

Es gab keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen den Gewalterfahrungen und den Skalen des BSI-18 bei Aufnahme in die Klinik, Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit. In Tabelle 52 wurde die Korrelationen nach Spearman dargestellt.

Tabelle 52. Korrelationsmatrix für den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und psychischer sowie physischer Somatisierung anhand der Skalen des BSI-18

	Depressivität			Somatisierung		Ängstlichkeit	
		erlebt ja/nein	Skala	erlebt ja/nein	Skala	erlebt ja/nein	Skala
Psychische Gewalt	r	0,063	0,204	0,030	0,259	-0,022	0,133
	p	0,630	0,148	0,706	0,069	0,389	0,241
Physische Gewalt	r	0,064	0,033	-0,004	0,171	0,038	-0,001
	p	0,624	1,000	0,477	0,399	0,628	0,994
Sexuelle Belästigung	r	-0,027	-0,141	-0,014	0,037	-0,068	-0,079
	p	0,740	0,672	0,430	0,752	0,591	0,984
Sexuelle Gewalt	r	0,125	-0,011	0,116	0,128	0,039	0,055
	p	0,192	0,925	0,164	0,879	0,319	1,000
Mobbing	r	0,046	0,092	0,056	0,114	0,078	0,100
	p	0,864	1,000	0,504	0,315	0,173	0,746

Anmerkung: Rangkorrelationen nach Spearman; Gewalt wurde zum einen als dichotome Variable (erlebt/nicht erlebt) und als Skala für die Korrelationen verwendet. p korrigiert nach Bonferroni-Holm

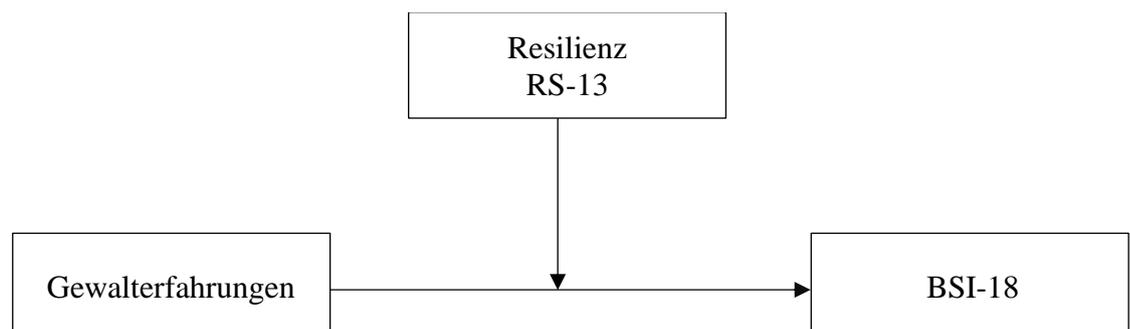
Die Gewaltformen wurden wiederum in beiden Formen, als dichotome Variable (erlebt / nicht erlebt - in der jeweils linken Spalte der Tabelle), und als Skala (Likert in der jeweils rechten Spalte der Tabelle) verwendet, um die Korrelationen zu berechnen.

Die Hypothese 6 konnte nicht angenommen werden; die dazugehörige Nullhypothese wurde beibehalten.

4.9.7 Hypothese 7: Resilienz moderiert die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit

Für die Überprüfung der Hypothese 7 wurden multiple lineare Regressionsanalysen mit dem multiplikativen Term aus dem Prädiktor und dem standardisierten Moderator durchgeführt. Die Analysen wurden jeweils für die vier Formen der Gewalt und für Mobbing als Prädiktoren gerechnet. Als Moderator wurde zum einen die Resilienzskala „Akzeptanz“ und zum anderen die Resilienzskala „Persönliche Kompetenz“ verwendet. Als Kriterium (Outcome) wurden die Skalen des BSI-18, Depressivität, Somatisierung, Ängstlichkeit bei Aufnahme in die Klinik eingesetzt. Alter und Geschlecht wurden in den Regressionsanalysen als Kovariaten verwendet. Da, wie in der Hypothesenprüfung zu Hypothese 6 erläutert, keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen den Gewalterfahrungen und den Skalen des BSI-18 bei Aufnahme in die Klinik, Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit bestehen, sind in dieser Hypothesenprüfung eventuelle Unterdrückungseffekte zu analysieren. In Abbildung 50 wurde die Struktur der Moderationsanalyse schematisch dargestellt. Die Ergebnisse der Moderationsanalyse mit der dichotomen Prädiktorvariable für Gewalterfahrungen (erlebt / nicht erlebt) wurden in Tabelle 53 wiedergegeben. Die Analysen mit der Likert-Skala für die Selbsteinschätzung der Häufigkeit von Gewalterfahrungen wurden dem Anhang (Anhang Tabelle 1) beigelegt.

Abbildung 50. Diagramm für die Moderationsanalyse mit Resilienz



Es gab eine statistisch signifikante Moderation des Resilienzfaktors „Akzeptanz“ auf die Beziehung zwischen Mobbing und Ängstlichkeit ($\beta = -0,228, p = 0,023$). Bei niedrigen Akzeptanzwerten hatten Menschen, die Mobbing erlebt hatten höhere Ängstlichkeitswerte als Menschen, die kein Mobbing erlebten. Bei hohen Werten des Resilienzfaktors „Akzeptanz“ war Ängstlichkeit von Menschen, die Mobbing erlebten ähnlich zu jener von Menschen, die kein Mobbing erlebt hatten. Erst durch Berücksichtigung der Akzeptanzwerte konnte dieser Zusammenhang sichtbar gemacht werden. Die Beziehung des Resilienzfaktors „Akzeptanz“ und Ängstlichkeit von Menschen, die Mobbing erlebten/nicht erlebt haben, dem wurde grafisch in Abbildung 51 in Form eines Säulendiagramms gezeigt.

Tabelle 53. Moderationseffekt von Resilienz auf den Einfluss von Gewalterfahrungen auf Depression, Somatisierung und Ängstlichkeit

	<i>Depressivität</i>	<i>Somatisierung</i>	<i>Ängstlichkeit</i>
Resilienz Akzeptanz			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 0,110, p = 0,366$	$\beta = -0,160, p = 0,328$	$\beta = 0,136, p = 0,348$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = 0,124, p = 0,399$	$\beta = -0,139, p = 0,213$	$\beta = -0,148, p = 0,192$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = -0,098, p = 0,220$	$\beta = -0,155, p = 0,135$	$\beta = -0,080, p = 0,360$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = -0,064, p = 0,244$	$\beta = -0,041, p = 0,348$	$\beta = -0,024, p = 0,409$
<i>Mobbing</i>	$\beta = -0,139, p = 0,144$	$\beta = -0,094, p = 0,217$	$\beta = -0,228, p = 0,023^*$
Resilienz Persönliche Kompetenz			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 0,375, p = 0,100$	$\beta = 0,072, p = 0,413$	$\beta = 0,481, p = 0,057$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = -0,046, p = 0,388$	$\beta = -0,327, p = 0,037^*$	$\beta = -0,222, p = 0,109$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = 0,193, p = 0,090$	$\beta = 0,148, p = 0,160$	$\beta = 0,209, p = 0,076$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = 0,084, p = 0,207$	$\beta = 0,006, p = 0,479$	$\beta = 0,063, p = 0,283$
<i>Mobbing</i>	$\beta = 0,148, p = 0,103$	$\beta = 0,048, p = 0,353$	$\beta = 0,167, p = 0,083$

Anmerkung. Multiple lineare Regressionsanalysen mit dem multiplikativen Term aus Prädiktor (Gewalt) und Moderator (Resilienz) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht als Kovariaten. β = standardisierter Regressionskoeffizient für den Moderationseffekt. p nicht korrigiert nach Bonferroni-Holm, da diese nur durchgeführt wird, wenn für exakt dieselbe Frage mehrere p -Werte berechnet werden

Es gab eine statistisch signifikante Moderation des Resilienzfaktors „Persönliche Kompetenz“ auf die Beziehung zwischen Physische Gewalt und Somatisierung ($\beta = -0,327, p = 0,037$). Bei geringerer Ausprägung von persönlicher Kompetenz hatten Menschen mit Erfahrungen von physischer Gewalt höhere Somatisierungswerte als Menschen ohne physische Gewalterfahrungen. Bei hoher persönlicher Kompetenz war Somatisierung von Menschen mit physischen Gewalterfahrungen vergleichbar und somit stärker reduziert als bei Menschen ohne Gewalterfahrungen. Erst durch Berücksichtigung der Kompetenzwerte konnte dieser Zusammenhang sichtbar gemacht werden. Die Beziehung des Resilienzfaktors

„Persönliche Kompetenz“ und Somatisierungswerte von Menschen mit und ohne physische Gewalterfahrungen wurde grafisch in Abbildung 52 in Form eines Säulendiagramms gezeigt.

Abbildung 51. Moderatoreffekt von Resilienz „Akzeptanz“ auf die Beziehung zwischen Mobbing und Ängstlichkeit bei Aufnahme

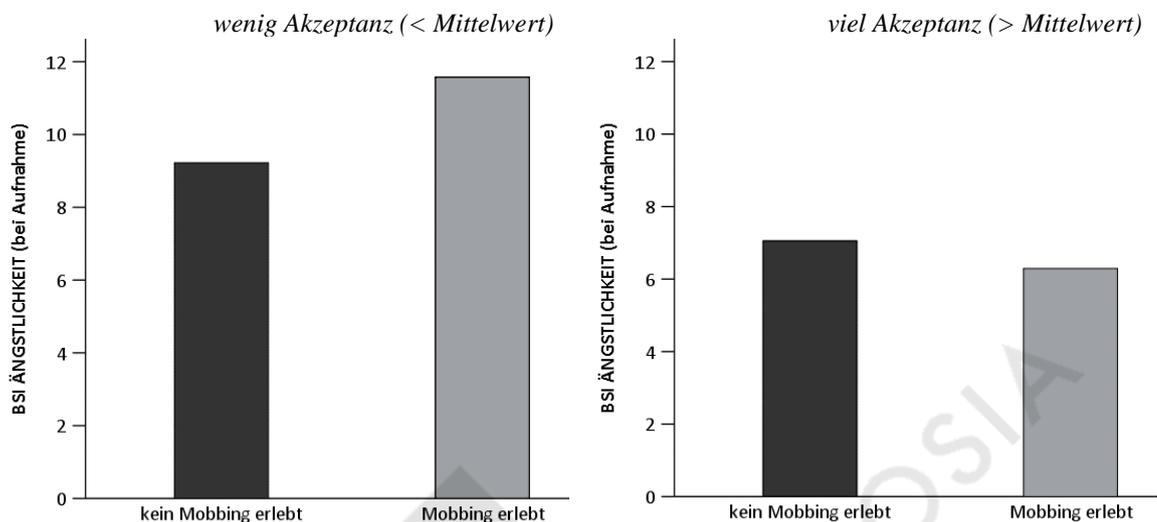
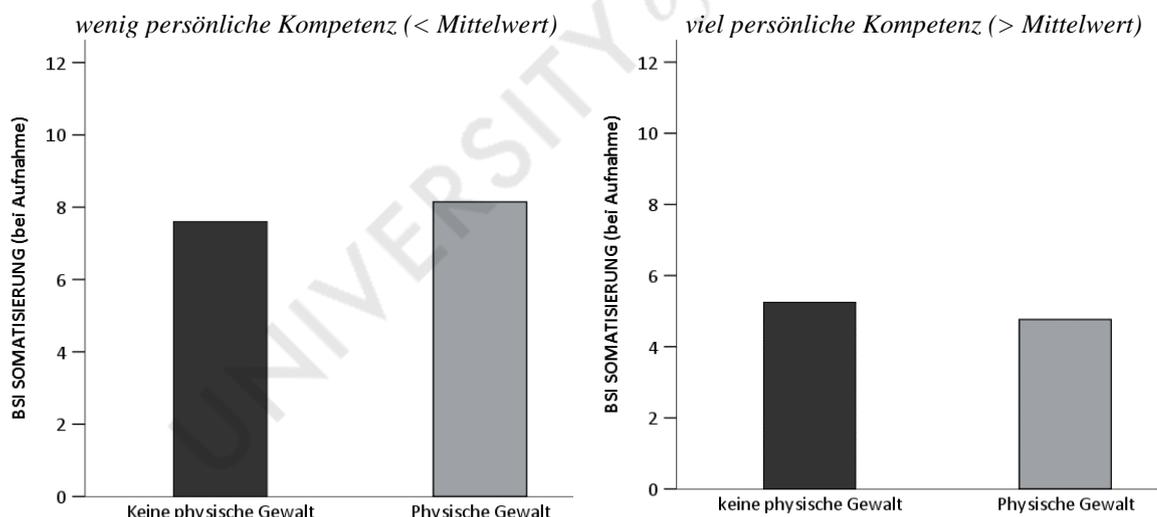


Abbildung 52. Moderatoreffekt von Resilienz „Persönliche Kompetenz“ auf die Beziehung zwischen Physische Gewalt und Somatisierung bei Aufnahme



Es gab keine weiteren Moderationseffekte von Resilienz auf die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und psychischer oder physischer Somatisierung.

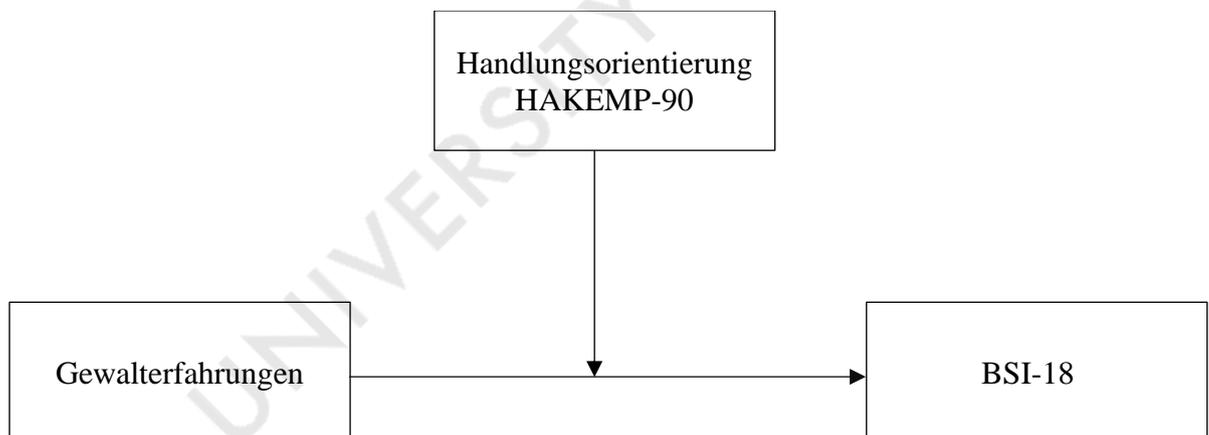
Die Hypothese 7 konnte daher nur bezogen auf die Moderation des Effekts von Mobbing auf Ängstlichkeit und von physischer Gewalt auf Somatisierung bestätigt werden.

4.9.8 Hypothese 8: Handlungsorientierung moderiert die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit

Da keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen den Gewalterfahrungen und den Skalen des BSI-18 bei Aufnahme in die Klinik, Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit bestehen, sind in dieser Hypothesenprüfung wieder nur eventuelle Unterdrückungseffekte zu analysieren. Analog zu Hypothese 7 wurden für Hypothese 8 ebenso multiple lineare Regressionsanalysen gerechnet mit dem multiplikativen Term aus der Gewalterfahrung (erlebt / nicht erlebt) als Prädiktor und der standardisierten Handlungsorientierung als Moderator. Die Berechnungen erfolgten für die vier Gewaltformen und für Mobbing als Prädiktoren und mit den beiden Skalen des HAKEMP-90, HOM und HOP, als Moderatoren. Als Kriterium wurden die drei Skalen des BSI-18 bei Aufnahme in die Klinik verwendet, Depressivität, Somatisierung und Ängstlichkeit. Alter und Geschlecht waren auch hier Kovariaten.

Das Schema für diese Moderationsanalysen wurde in Abbildung 53 dargestellt. Die Ergebnisse der Analysen wurden in Tabelle 54 zusammengefasst. Analysen mit den Likert-Skalen zur Selbsteinschätzung der Häufigkeit von Gewalterfahrungen befinden sich im Anhang (Anhang Tabelle 2).

Abbildung 53. Diagramm für die Moderationsanalyse mit Handlungsorientierung



Es gab eine statistisch signifikante Moderation der HAKEMP-90 Skala „Handlungsorientierung Misserfolg“ auf die Beziehung zwischen psychische Gewalt und Ängstlichkeit ($\beta = 0,586$, $p = 0,048$), zwischen physische Gewalt und Ängstlichkeit ($\beta = 0,290$, $p = 0,047$) sowie zwischen psychische Gewalt und Depressivität ($\beta = 0,642$, $p = 0,039$) sowie zwischen physische Gewalt und Depressivität ($\beta = 0,365$, $p = 0,021$). Es

gab eine statistisch signifikante Moderation der HAKEMP-90 Skala „Handlungsorientierung prospektiv“ auf die Beziehung zwischen psychische Gewalt und Ängstlichkeit ($\beta = 1,125, p = 0,022$), zwischen psychische Gewalt und Depressivität ($\beta = 1,509, p = 0,005$). Die Nullhypothese konnte jedoch nicht verworfen werden, da die Richtung der Moderation nicht jener der Hypothese entsprach. Bei niedrigen Ausprägungen von Handlungsorientierung hatten Personen, die Gewalterlebnisse erlebten vergleichbare Werte der Ängstlichkeit beziehungsweise der Depressivität zu Personen, die keine Gewalterlebnisse berichteten. Bei höher ausgeprägter Handlungsorientierung hatten Menschen ohne Gewalterfahrungen geringere Werte der Ängstlichkeit beziehungsweise Depressivität als Menschen mit Gewalterfahrungen.

Tabelle 54. Moderationseffekt von Handlungsorientierung auf den Einfluss von Gewalterfahrungen auf Depression, Somatisierung und Ängstlichkeit

	<i>Depressivität</i>	<i>Somatisierung</i>	<i>Ängstlichkeit</i>
Handlungsorientierung Misserfolg			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 0,642, p = 0,039^*$	$\beta = 0,201, p = 0,268$	$\beta = 0,586, p = 0,048^*$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = 0,365, p = 0,021^*$	$\beta = 0,199, p = 0,141$	$\beta = 0,290, p = 0,047^*$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = 0,208, p = 0,063$	$\beta = -0,148, p = 0,143$	$\beta = -0,017, p = 0,451$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = 0,022, p = 0,420$	$\beta = -0,111, p = 0,158$	$\beta = 0,016, p = 0,443$
<i>Mobbing</i>	$\beta = 0,114, p = 0,143$	$\beta = 0,088, p = 0,216$	$\beta = -0,031, p = 0,379$
Handlungsorientierung prospektiv			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 1,509, p = 0,005^*$	$\beta = 0,627, p = 0,139$	$\beta = 1,125, p = 0,022^*$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = 0,165, p = 0,199$	$\beta = 0,085, p = 0,334$	$\beta = 0,122, p = 0,263$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = 0,043, p = 0,379$	$\beta = 0,124, p = 0,194$	$\beta = 0,127, p = 0,199$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = 0,043, p = 0,349$	$\beta = 0,041, p = 0,358$	$\beta = 0,068, p = 0,276$
<i>Mobbing</i>	$\beta = -0,004, p = 0,484$	$\beta = 0,127, p = 0,129$	$\beta = -0,085, p = 0,214$

Anmerkung. Multiple lineare Regressionsanalysen mit dem multiplikativen Term aus Prädiktor (Gewalt) und Moderator (Handlungsorientierung) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht als Kovariaten. β = standardisierter Regressionskoeffizient für den Moderationseffekt. p nicht korrigiert nach Bonferroni-Holm, da diese nur durchgeführt wird, wenn für exakt dieselbe Frage mehrere p -Werte berechnet werden

4.9.9 Hypothese 9: Es gibt einen mediierenden Effekt von Bindung auf die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und Depressivität, Somatisierung sowie Ängstlichkeit

Da keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen den Gewalterfahrungen und den Skalen des BSI-18 bei Aufnahme in die Klinik, Depressivität, Somatisierung sowie

Ängstlichkeit bestehen, sind in dieser Hypothesenprüfung indirekten Effekten einer möglichen Mediation zu analysieren. Für die Überprüfung eines indirekten Effektes von Bindung auf den nicht signifikanten Zusammenhang zwischen den Gewalterfahrungen und den Skalen des BSI-18 bei Aufnahme wurde wie folgt vorgegangen. Zunächst wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang gab zwischen den Gewalterfahrungen und den Skalen des Bindungsfragebogens (Pfeil „a“ in Abbildung 54). Die Ergebnisse in Tabelle 55 zeigten, dass es einen statistisch signifikanten negativen Zusammenhang gab zwischen psychischer Gewalt (Likert Skala) und beiden Skalen des Bindungsfragebogens (Angst / Zurückweisung: $r_{Pearson} = -0,178$, $p = 0,007$; Vermeidung / Nähe: $r_{Pearson} = -0,230$, $p < 0,001$). Je häufiger die psychische Gewalt erlebt wurde, desto geringer war die Bindung.

Tabelle 55. Korrelationen zwischen Gewalterfahrungen und Skalen des Bindungsfragebogens (Mediator)

	Psychische Gewalt	Physische Gewalt	Sexuelle Belästigung	Sexuelle Gewalt	Mobbing
<i>Likert-Skalen (Selbsteinschätzung)</i>					
Bindung	-0,178*	-0,029	-0,036	-0,092	0,058
Angst / Zurückweisung	0,007	0,667	0,606	0,197	0,369
Bindung	-0,230*	-0,076	-0,029	-0,117	-0,033
Vermeidung / Nähe	<0,001	0,248	0,674	0,100	0,613
<i>Gewalterfahrung (erlebt / nicht erlebt)</i>					
Bindung	-0,105	-0,032	0,018	-0,086	0,048
Angst / Zurückweisung	0,106	0,626	0,786	0,219	0,493
Bindung	-0,103	-0,142	0,014	-0,127	-0,088
Vermeidung / Nähe	0,113	0,029	0,839	0,069	0,202

Anmerkung: Produktmomentkorrelationen nach Pearson. * $p < 0,05$. p nicht korrigiert nach Bonferroni-Holm, da diese nur durchgeführt wird, wenn für exakt dieselbe Frage mehrere p -Werte berechnet werden

Zweitens wurde untersucht, ob es statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen dem Mediator, Bindung, und den Skalen des BSI-18 gab. Dies entsprach dem Pfad b in Abbildung 54. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 56 dargestellt. Es gab statistisch signifikante negative Zusammenhänge zwischen Bindung und Depressivität sowie zwischen Bindung und Ängstlichkeit. Je höher die Bindung war, desto niedriger waren die Werte auf den BSI Skalen Depressivität und Ängstlichkeit bei Aufnahme in die Klinik.

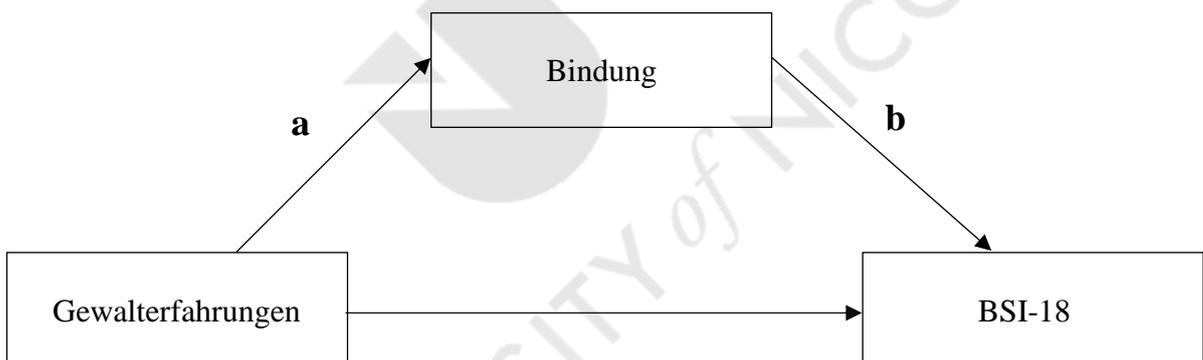
Tabelle 56. Zusammenhänge zwischen der Bindung (Mediator) und den Skalen des BSI-18 bei Aufnahme in die Klinik

Bindung		Depressivität	Somatisierung	Ängstlichkeit
Bindung	<i>r</i>	-0,208*	-0,009	-0,196*
Angst-Zurückweisung	<i>p</i>	0,007	0,913	0,011
Bindung	<i>r</i>	-0,329*	-0,123	-0,272*
Vermeidung-Nähe	<i>p</i>	<0,001	0,117	<0,001

Anmerkung: Rangkorrelationen nach Spearman. * $p < 0,05$. *p* nicht korrigiert nach Bonferroni-Holm, da diese nur durchgeführt wird, wenn für exakt dieselbe Frage mehrere *p*-Werte berechnet werden.

Die Mediationsanalyse wurden schlussendlich gerechnet für Konstellationen, für die sowohl eine Korrelation bei Pfad „a“ als auch Pfad „b“ bestand (Abbildung 54). Wie bereits im Methodik-Teil ausgeführt, ist es nicht zwingend erforderlich, dass der Pfad zwischen Gewalterfahrungen und BSI-18 statistisch signifikant vorhanden sein muss ((Hayes, 2013)

Abbildung 54. Diagramm für die Mediationsanalysen



Es gab einen statistisch signifikanten indirekten Effekt der Zusammenhänge zwischen psychischer Gewalt und Depression sowie Ängstlichkeit durch die Bindungs-Skala „Vermeidung-Nähe“ als Mediator ($p < 0,05$). Es gab eine Tendenz für eine Mediation dieser Zusammenhänge durch die Bindungs-Skala „Angst-Zurückweisung“. Die Auswirkung von psychischer Gewalt auf Depressivität und Ängstlichkeit konnte somit erklärt werden durch die Ausprägung von Bindung. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 57 dargestellt. Es gab keine weiteren statistische signifikanten Mediationen der Beziehungen zwischen physischer Gewalt, sexueller Belästigung, sexueller Gewalt sowie Mobbing durch die Bindungsfähigkeiten.

Tabelle 57. Mediationsanalyse der Beziehung zwischen psychischer Gewalt und BSI

	<i>Depressivität</i>	<i>Ängstlichkeit</i>
Mediator: Bindung Vermeidung-Nähe		
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 0,0655, 95 \% \text{ KI } [0,016 - 0,129]$	$\beta = 0,0549, 95 \% \text{ KI } [0,010 - 0,117]$
Mediator: Bindung Angst-Zurückweisung		
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 0,0326, 95 \% \text{ KI } [-0,007 - 0,097]$	$\beta = 0,0308, 95 \% \text{ KI } [-0,008 - 0,0961]$

Anmerkung: Mediationsanalyse unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht als Kovariaten. KI = Konfidenzintervall für den standardisierten Koeffizienten β

Die Hypothese konnte zum Teil bestätigt werden. Es gab eine Mediation des Zusammenhangs zwischen psychischer Gewalt und Depressivität sowie Ängstlichkeit durch einen vermeidenden Bindungsstil.



5. DISKUSSION

 UNIVERSITY of NICOSIA

5 Diskussion

Der Zusammenhang zwischen dem Erleben von Gewalt und einer darauffolgenden psychischen Störung oder physischen Somatisierung wurde in der wissenschaftlichen Literatur ausführlich beschrieben (Brzank, 2003; Coelho et al., 2021; Felitti, 1991; Kaselits, 2001; Martinez et al., 2006; McCauly, 1995; Nair, et al., 2020; Schröttle & Müller, 2006). Brzank (2003) untersuchte zum Beispiel einen Zusammenhang zwischen dem Erleben von körperlicher Gewalt und der späteren Entwicklung von funktionellen Herzbeschwerden. Als Folgen von sexueller Gewalt nannte Burgess (1974) unter anderem Schlaflosigkeit, Übelkeit, Schreckhaftigkeit und Erstarrung. Schröttle und Khelaifat (2008) führten aus, dass die Kumulierung von Gewalterfahrungen sowie deren Schwere und Intensität im Zusammenhang stehen mit dem Ausmaß an psychischen Beschwerden wie Depressionen, Stresssymptomen, Angststörungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen. Die gesundheitlichen Auswirkungen können selbst nach langer Zeit erscheinen und schließlich zu chronifizierten Beeinträchtigungen führen (Martinez et al., 2006; Nair et al., 2020; WHO, 2003). Die oben angeführten Studienergebnisse bildeten die Grundlage für die vorliegende Studie mit PatientInnen, die eine sechswöchige Rehabilitation in einem psychosozialen Zentrum absolvierten.

In wissenschaftlichen Studien wurde gezeigt, dass insbesondere Frauen stark von Gewalterfahrungen und den negativen Folgen der Gewalt betroffen sind (Burgess, 1974; Robert-Koch-Institut, 2008; Schröttle & Müller, 2004). Das Robert-Koch-Institut führt in einer Systematisierung der psychischen Folgen von Gewalterfahrungen bei Frauen Depressionen, Ängste, Schlafstörungen und Panikattacken an. Die AutorInnen nennen als psychosomatische Symptome zum Beispiel das Reizdarmsyndrom, Harnwegsinfektionen oder auch Magen-Darm-Störungen. Die vorliegende Arbeit verfolgte aufbauend auf diesen beschriebenen Zusammenhängen zwischen Gewalterfahrungen und psychischen Störungen sowie physischer Somatisierung die Hypothese, dass psychiatrische PatientInnen, die eine Rehabilitation in einer Klinik antreten, mehr Gewalt in ihrem Leben erlebt hatten im Vergleich zu einer dem Alter vergleichbaren und allgemeinen Population. Der Vergleich erfolgte mit den Ergebnissen der „Österreichischen Gewaltprävalenzstudie“, die von Kapella et al. (2011) an einer österreichischen Stichprobe allgemeiner, erwachsener Personen durchgeführt wurde. Zweitens wurde der Hypothese nachgegangen, ob jene Reha-PatientInnen, die Gewalt in höherem Maß erlebt hatten, auch stärkere psychische und physische Somatisierung zeigen im Vergleich zu Reha-PatientInnen, die Gewalt in einem geringeren Ausmaß erlebt hatten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten zum einen, dass der Frauenanteil in der Stichprobe höher war als der Männeranteil: Zwei Drittel der StudienteilnehmerInnen waren weiblich, und ein Drittel war männlich. Dieses Ergebnis stimmte überein mit dem Geschlechterverhältnis aller Reha-PatientInnen in der Klinik in Rust. Die Selbstauskunft von Reha-Patienten und -Patientinnen ergab, dass Frauen signifikant häufiger in ihrem erwachsenen Leben ein Betroffene von psychischer, physischer, sexueller Gewalt sowie sexueller Belästigung geworden waren als Männer. Die konkrete Befragung nach Erlebnissen von bestimmten Gewaltsituationen ergab, dass Frauen im Vergleich zu Männern signifikant häufiger von sexueller Belästigung und von sexueller Gewalt betroffen waren. Frauen hatten signifikant häufiger erlebt, dass sich jemand vor ihren Augen entblößt hatte, dass ihnen nachgepiffen wurde, oder dass sie berührt wurden beziehungsweise der Versuch unternommen wurde, sie wider ihren Willen zu küssen. Frauen hatten signifikant häufiger erlebt, dass sie zu sexuellen Handlungen oder zu Geschlechtsverkehr genötigt wurden, dass sie wider Willen intim berührt oder gestreichelt wurden, oder dass jemand gegen ihren Willen ohne Erfolg versucht hatte in ihren Körper einzudringen. Bezogen auf die physische Gewalt war es bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern, dass sie gebissen oder gekratzt wurden. Bei keiner der abgefragten konkreten Gewaltsituationen waren Männer signifikant häufiger von Gewalt betroffen als Frauen. Die geringsten Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden erkennbar bezüglich der Erduldung von psychischer Gewalt.

Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit den Studien von Schröttle und Müller (2004), sowie mit den Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts (2008) überein, die feststellen, dass Frauen besonders dafür gefährdet sind, Gewalt am eigenen Leib erfahren zu müssen. Die höhere Frauenquote bei Reha-PatientInnen ist jedoch lediglich ein Indiz für das stärkere Betroffensein und die höhere Vulnerabilität von Frauen. Die vorliegende Studie war nicht für eine derartige Schlussfolgerung ausgelegt. Es wurde hier nicht festgestellt, ob vulnerable Männer in geringerem Maße einen Reha-Aufenthalt in Anspruch nehmen und aus diesem Grund nicht in der Stichprobe erfasst werden konnten.

Die Prävalenzen von erlebter psychischer, physischer und sexueller Gewalt waren sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Reha-PatientInnen signifikant höher im Vergleich zu den Gewaltprävalenzen bei allgemeinen weiblichen und männlichen TeilnehmerInnen der Studie von Kapella et al. (2011). Bezüglich der Prävalenz von sexueller Belästigung gab es zwischen weiblichen Reha-Patientinnen und weiblichen Personen aus der Allgemeinbevölkerung keine signifikanten Unterschiede. Männliche Reha-Patienten erlebten jedoch signifikant häufiger sexuelle Belästigung im Vergleich zu männlichen

Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Die Nullhypothesen zu *H1* (psychische Gewalt), *H2* (physische Gewalt), und *H4* (sexuelle Gewalt) konnten verworfen werden. Die Nullhypothese zur *H3* (sexuelle Belästigung) konnte nur bezogen auf Männer verworfen werden. Der Vergleich der vorliegenden Studie mit der Studie von Kapella et al. (2011) war möglich, da dieselben Fragen, dieselbe Befragungstechnik sowie dieselbe Auswertungsmethode wie bei Kapella et al. (2011) bei der vorliegenden Studie zugrunde gelegt wurden. Nachfolgend werden die Ergebnisse der vier verschiedenen Gewaltformen erörtert.

Die Prävalenz von psychischer Gewalt war bei Reha-PatientInnen signifikant höher als bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Mehr als 90 Prozent der befragten weiblichen und männlichen Reha-PatientInnen erlebten mindestens einmal in ihrem erwachsenen Leben eine Form von psychischer Gewalt. In der allgemeinen Population waren es im Vergleich dazu 80 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen. Dreiviertel der Frauen und zwei Drittel der Männer an Reha-PatientInnen erlebten diese psychische Gewalt als bedrohlich im Vergleich zur allgemeinen Normalstichprobe (Frauen 40 %; Männer 31 %). 85 % der Reha-PatientInnen berichteten, dass sie in der Kindheit von psychischer Gewalt betroffen waren, also häufiger im Vergleich zur allgemeinen Stichprobe (74 %). Therapeutische Unterstützung nahmen Reha-PatientInnen viel häufiger in Anspruch im Vergleich zu den TeilnehmerInnen aus der Allgemeinbevölkerung bei Kapella et al. (2011).

Die Prävalenz von physischer Gewalt war bei Reha-PatientInnen signifikant höher als bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Knapp 80 Prozent der befragten weiblichen und männlichen Reha-PatientInnen erlebten mindestens einmal in ihrem erwachsenen Leben eine Form von physischer Gewalt; in der Vergleichsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung waren es knapp 60 Prozent. Jede zweite Person in der vorliegenden Studie empfand die Situation als bedrohlich. In der allgemeinen Stichprobe lag dieser Anteil bei etwa einem Drittel. Ähnlich den Ergebnissen bei psychischer Gewalt nahmen Reha-PatientInnen nach Gewalterlebnissen viel häufiger therapeutische Hilfe (Frauen 46 %; Männer 36 %) und auch medizinische Hilfe in Anspruch im Vergleich zur allgemeinen Stichprobe von Kapella et al. (2011).

Die Prävalenz von sexueller Belästigung war nur bezüglich Männern signifikant höher bei Reha-Patienten als bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung. In etwa gleich viele weibliche Reha-Patientinnen und weibliche Personen aus der Allgemeinbevölkerung erlebten sexuelle Belästigung. Bei Männern gab es einen Unterschied: Signifikant mehr

männliche Reha-Patienten erlebten sexuelle Belästigung im Vergleich zu männlichen Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Männliche Reha-Patienten empfanden diese Erlebnisse signifikant bedrohlicher als die männlichen Vergleichspersonen. Weibliche Reha-Patientinnen empfanden die sexuelle Belästigung tendenziell, jedoch nicht statistisch signifikant bedrohlicher als weibliche Vergleichspersonen.

Die Prävalenz von sexueller Gewalt war bei Reha-PatientInnen signifikant höher im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Signifikant mehr weibliche und männliche Reha-PatientInnen erlebten mindestens einmal in ihrem erwachsenen Leben eine Form von sexueller Gewalt im Vergleich zur allgemeinen Vergleichsstichprobe. Es gab keine Unterschiede bezogen auf die wahrgenommene Bedrohlichkeit der Gewalt und auch nicht bezogen auf die in Anspruch genommene Hilfe.

Die Vergleiche der Gewaltprävalenzen in der vorliegenden Studie von Reha-PatientInnen mit jenen in der „Österreichischen Gewaltprävalenzstudie“ von Kapella et al. (2011) bestätigten die Hypothesen, dass Reha-PatientInnen mehr Gewalt erlebt hatten im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse lassen nicht den Schluss zu, dass Reha-PatientInnen aufgrund von häufigen Gewalterfahrungen in die Situation gelangt sind, dass sie eine Rehabilitation in einem Zentrum für psychosoziale Gesundheit benötigen. Die Studie zeigt lediglich den Zusammenhang auf, dass Personen in Reha-Kliniken über mehr Gewalterfahrungen berichteten als Personen in Österreich außerhalb des Reha-Settings. Die Ergebnisse gehen jedoch konform mit den theoretischen Erkenntnissen, dass Gewalterfahrungen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen zusammenhängen (Brzank, 2003; Coelho et al., 2021; Felitti, 1991; Kaselits, 2001; Martinez et al., 2006; McCauly, 1995; Schröttle & Müller, 2006). Es sei an dieser Stelle noch einmal angeführt, dass sich die Zielgruppe für eine Rehabilitation in Österreich aus Menschen zusammensetzt, die aufgrund einer psychischen Erkrankung von einer Berufsunfähigkeit oder Invalidität bedroht sind, beziehungsweise bereits eine befristete Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension beziehen. Knapp Dreiviertel der Reha-PatientInnen waren in den vergangenen sechs Monaten im Krankenstand. Zu erwähnen ist weiterhin, dass die Reha-PatientInnen freiwillig an der Befragung teilgenommen hatten. Es ist nicht auszuschließen, dass sich freiwillige TeilnehmerInnen von Nicht-TeilnehmerInnen in Bezug auf deren Gewalterfahrungen unterscheiden könnten. Die Ergebnisse sind daher als ein Screening zu verstehen, der hypothesengenerierend für tiefer greifende Studien dienen kann.

In der vorliegenden Studie wurde die Hypothese *H5* untersucht, ob Personen, die eine Form von Gewalt erleben, eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, zusätzlich eine andere Form von Gewalt zu erleben. Schröttle und Khelaifat (2008) beschreiben, dass kumulative Gewalterfahrungen einen besonders starken Einfluss auf psychische Beschwerden haben; hohe Belastungswerte würden sich zeigen, wenn sowohl körperliche, sexuelle als auch psychische Gewalt erlebt wurde. Eine Längsschnittstudie von Nielsen & Einarsen (2012) zeigte, dass bei Personen mit einer psychischen Problematik das Risiko steigt, von Mobbing betroffen zu sein. Die Autoren folgerten, dass schwächere Menschen eher von Mobbing-Attacken betroffen werden. Dieser Zusammenhang konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

Bei Kapella et al. (2011) gaben dabei 21 % der Frauen und 6 % der Männer an, alle vier Formen der Gewalt (physische, psychische, sexuelle Gewalt und sexuelle Belästigung) erfahren zu haben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten signifikante Zusammenhänge zwischen den vier untersuchten Gewaltformen: Wenn eine bestimmte Form von Gewalt erlebt wurde, dann wurde die Wahrscheinlichkeit höher, auch eine andere Form von Gewalt erlebt zu haben. Die Ergebnisse passen zu den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen, dass mehrere Gewaltformen zusammen auftreten können. Die zur *H5* gehörende Nullhypothese konnte verworfen werden. Die Ergebnisse gliedern sich auch in das ökologische Modell der WHO ein, dass das psychosomatische Geschehen nicht monokausal verursacht wird, sondern als Zusammentreffen verschiedener ungünstiger Einflüsse, gepaart mit Risikofaktoren wie fehlender Resilienz, Lageorientierung oder mangelnder Bindungsfähigkeit (WHO, 2003).

Ebenso findet sich im ICD-11, welches am 01. Januar 2022 in Kraft trat, die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (k-PTBS: affektives Funktionieren, beeinträchtigte Funktionen des Selbst und der Beziehungsfunktionen), die erstmals anhaltende Gewalterfahrungen berücksichtigt, die besondere posttraumatische Folgen beinhalten kann (Hecker & Maercker, 2015; WHO, 2022).

Die Verteilung der ICD-10 Diagnosen der rund 900 PatientInnen der Reha-Klinik in Rust für das Jahr 2016/2017, als auch die Daten der StudienteilnehmerInnen getrennt nach Geschlecht ergab wenig Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Es gab etwas mehr Diagnosen zu affektiven Störungen bei Frauen und etwas mehr Diagnosen zu den Codes F10-F19 oder F00-F09 bei Männern. Die ICD-10 Diagnose „Affektive Störungen“ waren bei den Teilnehmerinnen etwas häufiger (77,1%) als bei Männern (70,0%). Besonders für die Diagnosegruppe der Affektiven Störungen ist dies auffällig, da, österreichweit allgemein

beziehungsweise konkret bei den Spitalentlassungen 2020, Frauen mit 62,89% der 23.826 Akutaufenthalten die wesentlich größere Gruppe bildet.

Dass in der Gesamtbevölkerung die Daten derart unterschiedlich sind, muss nicht zwingend bedeuten, dass Frauen eher zu Depressionen neigen. Eher lässt diese Zahl vermuten, dass Männern eine psychische Krankheitseinsicht besonders schwerfällt, aber auch dass Männer allgemein gesehen weniger den Arzt konsultieren und weniger bereit sind eine Therapie zu beginnen (Stiftung Männergesundheit, 2021). Ein weiterer Grund der unterschiedlichen Ausprägungen könnte sein, dass die klassischen Depressionsmerkmale (Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Handlungsunfähigkeit) oft in den Hintergrund rücken und den männlichen Symptomen, wie ein erhöhtes Risiko- oder Suchtverhalten, Aggression, Gewaltbereitschaft oder körperliche Beschwerden nicht als solches erkannt werden. Auch die Statistiken zur Suizidalität in Österreich zeigen ein anderes Bild: mehr als drei Viertel der Suizidtoten sind Männer (Suizidreport, 2020). Dahinter darf sich eine große Dunkelziffer an Depressionen verbergen.

Die annähernde Gleichverteilung in dieser Studie kann darauf zurückzuführen sein, dass eine psychosoziale Rehabilitation für Männer mit affektiven Störungen ein niederschwelliges und leichter zu erreichendes Hilfsangebot sein könnte. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass jede/r AntragstellerInnen einer Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension in Österreich verpflichtend ein psychiatrisches Rehabilitationsprogramm absolvieren muss, da anstelle der befristeten Invaliditätspension, eine medizinische und berufliche Rehabilitation durch das Rehabilitationsgeld finanziert wird (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021). Der Weg zur Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension führt also ausschließlich über die psychiatrische Rehabilitation und kann somit fast als Zwangskontext verstanden werden. Und auch das Geschlechterverhältnis der AntragstellerInnen ist bezogen auf die Beschäftigungszahlen beinahe ausgeglichen.

Bisher gibt es aus keiner anderen österreichweiten Reha – Einrichtung geschlechtsbezogene Ergebnisse. Die AutorInnen wurden jeweils direkt angefragt, die Daten wurden jedoch bisher nicht geschlechtsbezogen erhoben beziehungsweise ausgewertet und liegen daher österreichweit nicht vor.

Die psychischen und physischen Auswirkungen von Gewalt bei Reha-PatientInnen wurden anhand der drei Skalen des BSI-18 Testverfahrens erfasst: Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten, dass die PatientInnen bei Entlassung am Ende der Rehabilitation signifikant niedrigere Werte in

Bezug auf die Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung aufwiesen als bei Aufnahme in die Klinik. Durch den 6-wöchigen Rehabilitationsaufenthalt konnte eine besonders starke Reduktion in den Dimensionen Depressivität und Ängstlichkeit erreicht werden. Diese positive Wirkung der Rehabilitation deckt sich mit den Ergebnissen der Metastudie von Steffanowski et al. (2007), in welcher die positiven Behandlungseffekte von stationärer psychosomatischer Rehabilitation, insbesondere in Bezug auf affektive Störungen, beschrieben wurden. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik zeigten die PatientInnen vergleichbare Werte bezüglich Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung bezogen auf PatientInnen aus der Studie von Franke et al. (2011), in welcher PatientInnen im Rahmen einer ambulanten Konsultation in der Hochschulambulanz der Universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Hamburg untersucht wurden. Im Vergleich zu einer nicht-klinischen Stichprobe von Franke et al. (2011) waren die Werte der vorliegenden Stichprobe stark erhöht. Die Ergebnisse der Analyse nach dem Berufsstand decken sich mit jenen von Schosser und Senft (2021, 2018), als auch Leonhard, Nosper, Platz und Senft (2013). Es zeigte sich, dass der BSI-Score in allen drei bzw. vier Gruppen (in Beschäftigung, arbeitslos, in Pension, Reha – Geld BezieherInnen) zu Beginn der Rehabilitation höher war als am Ende und dass sich bei den berufstätigen PatientInnen eine deutlich bessere Effektgröße als für die anderen PatientInnen, vorliegt. Es sei angemerkt, dass es sich hier um Kurzzeiteffekte handelt. Es können aufgrund der vorliegenden Daten keine langfristigen Effekte einer Rehabilitation geschätzt werden. Es war nicht das Ziel dieser Studie, dass Effekte der Rehabilitation untersucht werden; die positiven Ergebnisse und die Vergleichbarkeit mit anderen klinischen Studien sprechen jedoch für die Validität der vorliegenden Daten.

Mit den Daten dieser Studie konnte kein Zusammenhang festgestellt werden zwischen dem Erleben von Gewalt im Erwachsenenalter und den drei Skalen des BSI-18: Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung. Die Korrelationen waren, vielleicht auch, da es kaum eine Varianz im Prädiktor Gewalt gibt, schwach bis nicht vorhanden: Das Erleben von sexueller Gewalt stand im schwachen Zusammenhang mit der Somatisierung und mit Depressivität. Die Häufigkeit von Erlebnissen psychischer Gewalt stand wiederum im Zusammenhang mit Somatisierung und mit Depressivität. Insgesamt konnte die Nullhypothese zur H_6 jedoch nicht verworfen werden. Die Daten gaben keine gesicherten Informationen über die Gültigkeit oder Nicht-Gültigkeit der Nullhypothese. Die Anwendung einer Bonferroni-Holm-Alpha-Korrektur legte nahe, keinen dieser Zusammenhänge zu interpretieren und dem Gebot der Vorsicht folgend keine Schlussfolgerung zu ziehen. Die

Befragungstechnik hatte einige Limitationen, die der Grund für die fehlende Klarheit der Ergebnisse sein könnten. Die Limitationen werden am Ende dieses Kapitels erörtert.

Abgesehen vom methodischen Verbesserungsbedarf könnte es auch eine inhaltliche Erklärung für die schwachen Zusammenhänge geben. In wissenschaftlichen Arbeiten wurden Schutzfaktoren beschrieben, die den Einfluss von Gewalt auf psychische Beschwerden und physische Somatisierung abmildern könnten. Das Robert Koch Institut (2008) schreibt von Wechselwirkungen, die es zwischen persönlicher Vulnerabilität, gesundheitlicher Beeinträchtigung, Gewalterfahrungen und den psychosozialen Folgeproblemen gibt. Das Institut forderte auf, diese Wechselwirkungen mit anderen, die Gesundheit belastenden und auch fordernden Bedingungen zu erforschen – im Sinne der Prävention sowie der medizinischen beziehungsweise psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung Betroffener (Hornberg, Schröttle, Bohne, Khelaifat & Pauli unter Mitarbeit von Horch, 2008, S. 17). Die vorliegende Arbeit ist dieser Aufforderung nachgekommen und hat die drei folgenden, in der Literatur gut beschriebenen, gesundheitsfördernden Rahmenfaktoren untersucht: Resilienz, Bindung und Handlungskompetenz. Es könnte sein, dass die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und Somatisierung nur gegeben ist, wenn bestimmte Schutzfaktoren fehlen.

Resilienz ist ein Schutzfaktor, der vor psychopathologischen Symptomen und Erkrankungen schützen kann (Aarestad et al. 2020; Campbell-Sills et al., 2006). Resilienz ist eine seelische Spannkraft, eine Elastizität und Strapazierfähigkeit eines Menschen, die bei der Meisterung von kritischen Situationen und Lebenskrisen hilft (Rampe, 2005). Noeker und Petermann (2008) betonten den protektiven Faktor von Resilienz als Moderator, der Effekte von Risiken hemmt oder neutralisiert. In der vorliegenden Arbeit wurde mit der Hypothese *H7* überprüft, ob Resilienz als eine Schutzwirkung bei Gewalterfahrungen die Entwicklung von psychischer und physischer Somatisierung hemmt. Es wurde dabei zwischen den Resilienzkomponenten „Persönliche Kompetenz“ und „Akzeptanz“ unterschieden. Die Daten zeigten, dass es einen moderierenden Effekt des Resilienzfaktors „Akzeptanz“ auf den Einfluss von Mobbing auf die Ängstlichkeit gab. Bei niedrigen Akzeptanzwerten hatten Menschen, die Mobbing erlebt hatten, höhere Ängstlichkeitswerte als Menschen, die kein Mobbing erlebten. Bei hohen Werten des Resilienzfaktors „Akzeptanz“ war Ängstlichkeit von Menschen, die Mobbing erlebten, ähnlich zu jener von Menschen, die kein Mobbing erlebt hatten. Es gab auch einen moderierenden Effekt des Resilienzfaktors „Persönliche Kompetenz“ auf den Einfluss von physischer Gewalt auf die Somatisierung. Bei geringerer Ausprägung von persönlicher Kompetenz hatten Menschen

mit Erfahrungen von physischer Gewalt höhere Somatisierungswerte als Menschen ohne physische Gewalterfahrungen. Bei hoher persönlicher Kompetenz war Somatisierung bei Menschen mit physischen Gewalterfahrungen vergleichbar und somit stärker reduziert als bei Menschen ohne Gewalterfahrungen. Diese moderierenden Effekte wurden nur durch die Einbeziehung des Moderators sichtbar und Ergebnisse stimmen mit den theoretischen Überlegungen überein, dass Resilienz schützen kann. Allerdings zeigten sich, bezogen auf die anderen Formen der Gewalt, keine weiteren moderierenden positiven Wirkungen der Resilienz. Es sollte auch hier diskutiert werden, ob die Befragungsmethode präzise genug war, um Ergebnisse von hoher Granularität mit der notwendigen statistischen Sicherheit erkennen zu können. Die Erörterung der Limitationen erfolgt, wie bereits beschrieben, im Anschluss an dieses Kapitel. Die zur Hypothese *H7* gehörende Nullhypothese konnte daher nur zum Teil verworfen werden.

Ein zweiter Schutzfaktor ist die Handlungskontrolle. Es wird unterschieden in bedrohungsbezogene oder misserfolgsbezogene Handlungsorientierung und belastungsbezogene oder prospektive Handlungsorientierung. Handlungsorientierung liefert für die Bewältigung zukünftiger belastender oder bedrohlicher Situationen Informationen, die abgerufen und angewandt werden können (Kuhl, 2001). Menschen, die wenig Handlungsorientierung besitzen, bezeichnet man als lageorientiert. In der wissenschaftlichen Literatur wurde beschrieben, dass lageorientierte Menschen schlechter mit Stress umgehen können und häufiger stressbedingte Beeinträchtigungen zeigen (Kuhl, 2001; Kuhl & Beckmann, 1994). Wojdylo et al. (2007) konnten zeigen, dass es eine Wechselwirkung gibt zwischen Handlungsorientierung und Mobbing Erfahrungen auf die Entwicklung von psychosomatischen und psychischen Symptomen. Die Symptombelastung in den BSI-18 Skalen war höher bei Menschen mit Mobbing Erfahrungen, wenn die Lageorientierung hoch war. In der vorliegenden Arbeit wurde mit der Hypothese *H8* die Handlungsorientierung als Schutzwirkung nach Erleben von Gewalt untersucht. Die Daten zeigten, dass es einen moderierenden Effekt der misserfolgsbezogenen Handlungsorientierung auf den Einfluss von physischer Gewalt und von psychischer Gewalt auf Ängstlichkeit gab sowie von physischer Gewalt auf Depressivität. Die Moderation entsprach jedoch nicht der in der Hypothese aufgestellten Richtung, dahingehend, dass Handlungsorientierung Personen mit Gewalterfahrungen schützt. Bei niedrigen Ausprägungen von Handlungsorientierung hatten Personen mit Gewalterlebnissen und Personen ohne Gewalterlebnisse vergleichbare Werten der Ängstlichkeit beziehungsweise der Depressivität. Bei höher ausgeprägter Handlungsorientierung waren Menschen ohne Gewalterfahrungen weniger ängstlich

beziehungsweise depressiv im Vergleich zu PatientInnen mit Gewalterfahrungen. Die zur Hypothese H8 gehörende Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Bindung ist der dritte in dieser Arbeit untersuchte Schutzfaktor. Bindungsstörungen wurden in Zusammenhang gebracht mit Missbrauchs- und Misshandlungserlebnissen (Grossmann, 2002; Lin, et al., 2020). Ein unsicherer Bindungsstil ist gekennzeichnet durch eingeschränkte Bewältigungsmöglichkeiten bei kritischen Lebensereignissen, durch reduzierte Beziehungen zu anderen Menschen oder durch Rückzug aus gemeinschaftlichen Aktivitäten (Brisch, 2015). Schramm und Klecha (2010) zeigten, dass Personen mit einem unsicheren Bindungsstil eine erhöhte Anfälligkeit für Depressionen haben. Die vorliegende Arbeit untersuchte die Hypothese *H9*, dass Bindungsverhalten die Beziehung zwischen Gewalterlebnissen und der Entwicklung psychischer und psychosomatischer Symptome mediiert. Die Daten zeigten, dass der Bindungsaspekt „Vermeidung von Nähe“ den Einfluss von psychischen Gewalterfahrungen auf Depressivität und Ängstlichkeit mediierte. Die Auswirkung von psychischer Gewalt auf Depressivität und Ängstlichkeit konnte somit erklärt werden durch die Ausprägung von Bindung. Bei hoher Bindungsfähigkeit waren die Depressivität und die Ängstlichkeit geringer ausgeprägt als bei Menschen mit niedriger Bindungsfähigkeit. Die zur Hypothese *H9* gehörende Nullhypothese wurde jedoch nicht verworfen, da es nicht genügend statistische Sicherheit für eine konklusive Entscheidung gab.

Die Studie hat Limitationen, die Erwähnung finden müssen. Grundsätzlich gibt es in der Gewaltforschung allgemeine Verzerrungen. So können Betroffene oft Gewalt nicht benennen oder darüber kommunizieren, ein Krankenhausaufenthalt als Setting der Erhebung erleichtert oder erschwert es den PatientInnen und Menschen erlernen in einem kulturellen Kontext bestimmte Verhaltensweisen ihnen gegenüber als Gewalterfahrungen wahrzunehmen und einzuordnen oder eben nicht. Darüber hinaus werden die Aussagen von Scham, Vertrauen und Angst beeinflusst.

Eine Limitation der vorliegenden Untersuchung ist das Fehlen einer Kontrollgruppe, wobei dieses Studienmerkmal auch in allen anderen bisherigen Studien zur Evaluation der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation in Österreich fehlt. Auch in den Studien zur psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland sind kaum Untersuchungen zu finden, die eine Kontrollgruppe berücksichtigen, ausgenommen Piso und Reinsperger (2014) sowie Steffanowski et al. (2007). Eine andere Limitation der gegenwärtigen Studie ist, dass es keine Katamnesedaten nach dem Rehabilitationsaufenthalt seitens der Klinik gibt.

Die Datenerfassung baute auf Selbstauskünfte von freiwilligen TeilnehmerInnen. Die Selbstauskünfte könnten verzerrt sein durch subjektive Empfindungen und Wahrnehmungen der erlebten Gewaltsituationen (Recall Bias). So ist zum Beispiel bei psychiatrischen PatientInnen bekannt, dass aufgrund des Negativitäts-Bias negative Erlebnisse wie Gefahren stärker wahrgenommen werden als neutrale oder positive Erlebnisse (Williams, Gatt, Schofield & Olivieri, 2009). Die erfassten Gewaltprävalenzen berücksichtigen zudem weder objektive Gewaltstatistiken von Behörden noch sachverständige Beurteilungen der PatientInnen oder Hochrechnungen der Dunkelziffern. So waren schlussendlich zwar ärztliche Diagnosen Teil der Datengrundlage dieser Studie – in der Praxis werden diese in der Rehabilitation allerdings nicht für die Therapie herangezogen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme könnte auf der anderen Seite zu einem Selection Bias geführt haben, dahingehend, dass zum Beispiel besonders resiliente oder motivierte PatientInnen teilnahmen, und besonders schwer von Gewalt betroffene Personen die Teilnahme ablehnten. Es war nicht klar, welche Eigenschaften (neben Geschlecht, Alter und ICD-10 Diagnose) PatientInnen hatten, die entschieden, an der Befragung nicht teilzunehmen.

Die zum Vergleich der Ergebnisse herangezogene Studie von Kapella et al. (2011) wurde von einem Forschungsteam durchgeführt, das in keiner Beziehung zur Verfasserin dieser Arbeit stand. Es lagen keine Rohdaten der Vergleichsstudie vor, und es konnten lediglich die veröffentlichten Ergebnisse verwendet werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Datensammlung bei Kapella et al. (2011) auch von einem Bias betroffen war. Jedenfalls fanden beide Studien in Österreich statt, die Verteilung des Alters und des Geschlechts war annähernd gleich, und es wurde derselbe Fragebogen zugrunde gelegt. Der Fragebogen wurde an wenigen Stellen angepasst, um dem Kontext der Rehabilitation zu entsprechen. Der Fragebogen ist vollständig dem Anhang beigefügt, Adaptionen sind farblich markiert.

Unter Berücksichtigung dieser Mängel waren die Ergebnisse explorativ zu betrachten und Interpretationen als Tendenzen aufzufassen. Es wurde errechnet, dass die Größe der Stichprobe bezogen auf die Anzahl der PatientInnen in Rust ein Konfidenzniveau zwischen 90 und 95 Prozent erreicht. Die Stichprobe erreicht somit keine hundertprozentige, aber akzeptable Repräsentativität für die Interpretation der Ergebnisse. Es ist jedoch zu erwähnen, dass die Ergebnisse zu den theoretischen Annahmen passen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dieser Umstand spricht für die Validität der Daten. Zukünftige Studien sind erforderlich, um diese Ergebnisse replizieren können.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Frauen ein erhöhtes Risiko haben, Betroffene von Gewalt zu werden und dass Personen, die eine Rehabilitation antreten, besonders stark von Gewalterfahrungen in ihrem erwachsenen Leben betroffen sind. Diese Ergebnisse sollten in zukünftigen Forschungen repliziert werden, indem zum Beispiel, unabhängig von der Gewaltprävalenzstudie von Kapella et al (2011), die qualitative Seite der Gewalterfahrungen und des Gesundheitszustands analysiert werden. Die vorliegende Studie konnte mit der quantitativen Erfassung von Gewalterfahrungen einer Beurteilung der Ätiologie von Symptomen nicht gerecht werden. Ein Studiendesign mit geschlossenen Antwortmöglichkeiten mag für eine erste Abschätzung von Zusammenhängen jedoch nicht unbedingt für aufbauende Forschung geeignet sein. Für die Erfassung von Schutzfaktoren wie Resilienz, Handlungsorientierung oder Bindung standen reliable und valide psychologische Testverfahren zu Verfügung; die Anwendung dieser Verfahren hat sich bewährt. Die kurzfristige Verbesserung der Symptome von Ängstlichkeit, Depression und Somatisierung nach der sechswöchigen Rehabilitation erlauben keine Aussage über eine langfristige Wirkung der Therapie. Eine Wirkung konnte jedenfalls festgestellt werden, und dies spricht für die Bedeutsamkeit dieses Programms; eine Evaluation für die Feststellung der nachhaltigen Wirksamkeit ist unerlässlich. Aufgrund der negativen Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Psyche und auf den Körper und aufgrund der damit verbundenen Kosten für die gesamte Gesellschaft sei fortführende und aufbauende Forschung angeregt. Die Ergebnisse könnten Anlass geben, verstärkt den Fokus auf den Schutz vor Gewalt am Arbeitsplatz, insbesondere den Schutz von Frauen, zu legen. Die Ergebnisse legen nahe, dass ein großer Bedarf vorhanden ist, das Bewusstsein zu schärfen, dass Gewalt am Arbeitsplatz nicht stattfinden darf. Politische Entscheidungsträger könnten über Bewusstseinskampagnen, wie sie aktuell 2022 auch in Österreich umgesetzt werden, verstärkt die Menschen aufmerksam machen, dass psychische Gewalt, physische Gewalt und Mobbing, sowie sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt gesellschaftlich nicht zu tolerieren ist.

6. VERZEICHNIS

 UNIVERSITY of NICOSIA

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aarestad, S. H., Einarsen, S. V., Hjemdal, O., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Sandin, K., Hannisdal, M., Bjørndal, M. T., & Harris, A. (2020). Clinical Characteristics of Patients Seeking Treatment for Common Mental Disorders Presenting With Workplace Bullying Experiences. *Frontiers in Psychology*, 11(3038). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.583324>
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). *Effects of Violent Video Games on Aggressive Behavior, Aggressive Cognition, Aggressive Affect, Physiological Arousal, and Prosocial Behavior: A Meta-Analytic Review of the Scientific Literature*. *Psychological Science*, 12, 353-359.
- Anderson, C. A., Gentile, D. A. Buckley, K. E. (2007). *Violent video game effects on children and adolescents. Theory, research and public policy*. Oxford
- Appelt, B., Höllrigel, A. & Logar, R. (2001), *Gewalt gegen Frauen und Kinder*. In: Gewalt in der Familie, Gewaltbericht 2001, Hrsg. BMSG Wien: Eigenverlag.
- http://wien.arbeiterkammer.at/service/broschueren/Arbeitnehmerschutz/broschueren/Belaestigung_und_Gewalt_am_Arbeitsplatz.html (Download am 19.08.2015)
- <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> (Download am 31.5.2015)
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. Abgerufen am 16. April 2018 von <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anthony, E. J. (1987). *Risk, vulnerability, and resilience: An overview*. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The Guilford psychiatry series. The invulnerable child* (pp. 3-48). New York, NY, US: Guilford Press.
- Arias I (2004) The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. *Journal of Women's Health* 13 (5), 468–473. doi:10.1089/1540999041280990.
- Arbeitsinspektion. (2010). *Eurostat-Bericht über Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in Europa von 1999 bis 2007*. (S. Arbeitsinspektion, Hrsg.) Abgerufen am 13. April 2018
- Arrouas, M. & Fleischmann, A (2019) *Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, (2019)
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bannenberg, B. & Bauer, P. (2017). *Amoktaten. Phänomenologie und Hintergründe*. Rechtsmedizin 27. Springer. S. 154-161. DOI 10.1007/s00194-017-0159-9

- Barkley, W. M. & Furse, D. H. (1996): *Changing priorities for improvement: The impact of low response rates in patient satisfaction*. In: *Jt Comm J Qual Improv*, 22/6: 427-433
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178. doi:10.1177/0265407590072001
- Bengel, J. (2007). *Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz*. (B. f. Aufklärung, Hrsg.) Abgerufen am 16. April 2018 von https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Bengel_2012_Resilienz_und_Gesundheitsfoerderung.pdf
- Bierhoff, H.W. (2006). *Sozialpsychologie*. Ein Lehrbuch (6. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bentler, D., Philipps, E. und Maier, G. (2017). *Validierung der deutschen Fassung des Negative Acts Questionnaire-R (2017)*. In Programm zur 10. Tagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Dresden.
- Bericht des Rechnungshofes: Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. (2019) https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Versorgung_psychisch_Erkrankter_SV.pdf (Download am 07.03.2021)
- Bierhoff, H. W. & Wagner, U. (1998). Aggression: Definition, Theorie und Themen. In Bierhoff, H. W. & Wagner, U. (Hrsg.). *Aggression und Gewalt. Phänomene, Ursachen und Interventionen* (2-25). Stuttgart: Kohlhammer.
- <https://www.bka.gv.at/DOCView.axd?CobId=51544>, Europarat 2011 (Download am 24.5.2015)
- Borum, R. (2004). *Understanding Terrorist Psychology*. Chapter 2. In Andrew, S. (Ed.) *The Psychology of Counter-terrorism* (Forthcoming) Oxon, UK: Routledge
- Bowlby, J., & Ainsworth, M. (2015). *Bindung und menschliche Entwicklung* (4. Aufl.). (K. Grossmann, K. Grossmann, Hrsg., K. Grossmann, K. Grossmann, R. Mimler, C. Sontag, & S. Tschernich, Übers.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (1975): *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler
- Bowlby, J. (1976): *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler
- Bowlby, J. (1978): *Verlust - Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer
- Breakwell, G.M. (1998). *Aggression bewältigen*. Göttingen: Hans Huber

- Brisch, K., Grossmann, K., & Grossmann, K. L. (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege - Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. (K. Brisch, K. Grossmann, & K. L. Grossmann, Hrsg.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2011, 2015). *Bindung und Trauma*.
http://www.khbrisch.de/files/brisch_berlin_bindung_trauma_ersand_02_210112.pdf und
http://www.khbrisch.de/files/brisch_epo_m_nchen_050515.pdf (Download am 19.08.2015)
- Brzank, P. (2003). *Häusliche Gewalt bei Patientinnen einer Ersten Hilfe-Versorgung. Eine Befragung im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung*. Magisterarbeit, TU-Berlin
- Bundeskanzleramt (2018), Rechtsinformationssystem des Bundes,
<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001000> (13.04.2018)
- Bundeskanzleramt. (13. März 2018). *Gewaltinfo*. Von
<https://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen/physisch.php> abgerufen
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021B).
 Rehabilitationsgeld und medizinische Rehabilitation – Bericht für die Jahre 2014 bis 2020 mit
 Schwerpunkt auf das Jahr 2020.
- Bundesministerium für Verfassung, R. D. (13. April 2018). *Justiz GV*. (R. D. Bundesministerium
 für Verfassung, Herausgeber) Von Bürgerservice: Prozessbegleitung :
<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/buergerservice/opferhilfe-und-prozessbegleitung/prozessbegleitung--grundlagen~2c94848535a081cf0135a49ef4880021.de.html> abgerufen
- Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1974). Rape Trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*
 131 (9), 981–986. doi:10.1176/appi.ajp.131.9.981
- Byrne, B.M. (2009). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming Basic Concepts, Applications, and Programming*. Psychology Press
- Campbell J (2002) Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359 (9314), 1331–
 1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)
- Campbell J, Jones AS, Dienemann J et al. (2002). Intimate partner violence and physical health
 consequences. *Archives of Internal Medicine* 162 (10), 1157–1163.
 doi:10.1001/archinte.162.10.1157.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L. & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality,
 coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-
 599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- www.coe.int/conventionviolence; Istanbul-Konvention (Download am 24.5.2015)

- Chow, S.-C., Wang, H., & Shao, J. (2007). *Sample Size Calculations in Clinical Research* (2nd ed.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9781584889830>
- Coêlho, B. M., Andrade, L. H., Santana, G. L., Viana, M. C., & Wang, Y. P. (2021). Association between childhood adversities and psychopathology onset throughout the lifespan: Findings from a large metropolitan population. *Journal of psychiatric research*, 135, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.046>
- Coker AL, Davis KE, Arias I et al (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 23, 260–268. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00514-7
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development Of A New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression And Anxiety*, 18, 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Das, S., Mitra, K., & Mandal, M. (2016). Sample size calculation: Basic principles. *Indian journal of anaesthesia*, 60(9), 652–656. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.190621>
- Dachverband der Sozialversicherungsträger (2021). Versicherte, Pensionen, Renten – Jahresergebnisse 2020.
- Denis, I., Brennstuhl, M.-J., Tarquinio, C (2020). The consequences of sexual trauma on the sexuality of victims: A systematic review of the literature. *Sexologies*, 29 (4), pp. 198-217
- Derogatis LR. (2000). BSI-18: *Brief Symptom Inventory 18 – Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2017). *ICD-10-GM*, 10. Abgerufen am 16. April 2018 von Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-a92-a99.htm>
- Diefendorff, J.M., Hall, R. J., Lord, R. G. & Strean, M. L. (2000). Action-State Orientation: Construct Validity of a Revised Measure and Its Relationship to Work-Related Variables. *Journal of Applied Psychology* 2000, Vol. 85, No. 2, 250-263. doi: 10.1037/0021-9010.85.2.250
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. & Sears, R.R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University-Press.
- DSM-II (*Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen*, American Psychiatric Association, 1980)
- Drössler, S., & Steputat, A. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Wissenschaftliche Standortbestimmung*. Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

- Eibl-Eibesfeld, I. (1984). *Die Biologie des menschlichen Verhaltens: Grundriss der Humanethologie* (3. Ausg.). München: Piper Verlag.
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). *Measuring exposure to bullying and harassment at work Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire Revised*. *Work & Stress*, (23,1) DOI: 10.1080/02678370902815673, S. 24-44
- Ekman, P. (2010). *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*, Heidelberg: Spectrum
- EN ISO 10075-1/2/3 Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1 bis Teil 3; 1991/1996/2004
- http://www.epp.sc/wp/pdf/EPP_SC_Evaluation_psychischer_Belastungen.pdf; (Download am 24.5.2015)
- [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUri-Serv.do?uri=COM:2007:0686:FIN:DE:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUri-Serv.do?uri=COM:2007:0686:FIN:DE:PDF;); Rahmenvereinbarung auf EU-Ebene (Download am 24.5.2015)
- Eurofound. (2016). *European Working Conditions Surveys*. (Eurofound, Hrsg.) Abgerufen am April 2018 von <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys>
- <http://www.eurofound.europa.eu/european-working-conditions-surveys-ewcs> (Download am 24.5.2015)
- Eurofound. (2021). <https://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/2020/european-working-conditions-survey-2020> (Download am 15.3.2021)
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). *Violence, bullying and harassment in the workplace*. http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406TR01.pdf (Download am 19.08.2015)
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014): *Violence against Women – An EU wide Survey. Main results/ Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung, Ergebnisse auf einen Blick*. Vienna/Wien. <http://fra.europa.eu/de/publication/2014/gewalt-gegen-frauen-eine-eu-weite-erhebung-ergebnisse-auf-einen-blick> (Download am 19.08.2015)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Fawzi, N. *Cyber-Mobbing. Ursachen und Auswirkungen von Mobbing im Internet*. (2009). Baden-Baden
- Fekter, M. (2010). *Presseunterlagen der Innenministerin: Gewalt und Antigewalt. Fachgespräch mit Innenministerin Maria Fekter am 7. September 2010*

- Felitti, V.J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal* 84 (3). 328–331
- Fleisch, O. (1989): *Erfahrungsbericht über Patientenbefragungen*. In: Hauke, E. (Hrsg.): *Qualität im Krankenhaus. Die Referate des 12. österreichischen Krankenhaustages 1989, 7.-10. November 1989*. Wien, Service Fachverlag an der Wirtschaftsuniversität Wien: 151-159
- Franke, G.H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C. & Frommer, J. (2011). Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* Jg. 61, 2011, Nr. 1, 61, 82-86. doi: 10.1055/s-0030-1270518
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. Gesammelte Werke, Bd. XIII. London: Imago Press.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006): *Gewalt begegnen – Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fromm, E. (1974). *Anatomie der menschlichen Destruktivität*. Deutsche Verlags-Anstalt.
- Fülöp, G. (2007). Vortrag: *The Day After - der gemeinsame Blick in die Zukunft Pflegebereich und Nahtstellenmanagement. Konsequenzen des ÖSG 2006*. www.goeg.at
- Galtung, J. (1975). Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung, Reinbek bei Hamburg. In Kailitz, S. (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Politikwissenschaft* (2007) (133-136). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-90400-9_36
- Geen, R. G. (2001). *Human Aggression*. Second Edition. Buckingham/Philadelphia Open University Press
- Gelles, R.J, Straus, M.A., Harrop, J.W. & Stocks, T. (1988). Has Family Violence Decreased? A Reassessment of the Straus and Gelles Data. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 50, No. 1 (Feb., 1988), 281-291
- Gendreau, P.L., & Archer, J. (2005). *Subtypes of aggression in humans and animals*. In R.E. Tremblay, W.H. Hartup, & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 25-46). New York: Guilford Press.
- Gesundheit Österreich GmbH (2016), Rehabilitationsplan 2016
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564714> (Download am 13.04.2018)
- <http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen/sexualisiert> (Download am 11.08.2015)
- http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/bmask_gewaltbericht_2002.pdf (Download am 24.5.2015)
- <http://www.gewaltschutzzentrum.at> (Download am 24.5.2015)
- <http://www.gewalt-praevention.info> (abgerufen am 11.09.2018)

<http://www.gesundearbeit.at> (abgerufen am 24.09.2018)

Godenzi, A. (1994). *Gewalt im sozialen Nahraum*. Basel/Frankfurt am Main: Helbing und Lichtenhalm

<http://www.goeg.at/de/OEBIG.html> (Download am 24.5.2015)

Grau, I. (1999). Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 142-152. doi:10.1024//0170-1789.20.2.142

Grossman, K. (2002). Die Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation. Auf der Suche nach der Überwindung psychischer Unsicherheit. In M. Endres, & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (2. Ausg., S. 38-53). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Grossmann, K.E. (2019). *Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung* (S. 21-41). In L. Ahnert (Hrsg.). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. 4. Auflage. München/Basel: E. Reinhardt Verlag.

Grossmann, K.E., & Grossmann, K. (2020). *Psychische Sicherheit als Voraussetzung für psychologische Anpassungsfähigkeit im Rahmen der Bindungstheorie*. In G. Opp, M. Fingerle & G. Suess, (Hg.). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 4. neu bearbeitete Auflage (S. 69-81). München: E. Reinhardt Verl.

Gudehus, C. & Christ, M. (2013). *Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler Verlag

Gugel, G. (2010). *Handbuch Gewaltprävention II - Für die Sekundarstufen und die Arbeit mit Jugendlichen*. Tübingen: Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V. / WSD Pro Child e.V.

Haberfellner, EM., Schöny, W., Platz, T., Meise U (2006) Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen-ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatrie* 20: 215–218 Haberfellner EM, Jungmayr J, Grausgruber-Berner R et al. (2008) Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich – eine katamnestic Studie. *Die Rehabilitation* 47: 164–17

Haller, A., Staubli, St., Zweimüller, J. (2019). Evaluation IP neu. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Sozialpolitische Studienreihe, Band 25.

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564714&action=b&cacheability=PAGE>, Rehabilitationsplan 2012 (Download am 24.5.2015)

Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2011) *Strategie der Österreichischen Sozialversicherung: Psychische Gesundheit*, 2011

- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2013) *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*,
<https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10008.555191&action=b&cacheability=PAGE&version=1414413064> (Download am 24.5.2015)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2015) *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017*
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555191&version=1474414744> (Download am 12.04.2018)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2016) *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016*
<https://docplayer.org/30320144-Statistisches-handbuch-der-oesterreichischen-sozialversicherung-2016.html> (Download am 07.03.2021)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2017) *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017*
<http://docplayer.org/68527048-Statistisches-handbuch-der-oesterreichischen-sozialversicherung-2017.html> (Download am 07.03.2021)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2018) *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*
<http://docplayer.org/111581069-Statistisches-handbuch-der-oesterreichischen-sozialversicherung-2018.html> (Download am 07.03.2021)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2019) *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*,
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555191&version=1474454013> (Download am 07.03.2021)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2020) *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2020*
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.740612&version=1605685857> (abgerufen am 07.03.2021)
- Hauptverband und Salzburger Gebietskrankenkasse: *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter; Projekt „Psychische Gesundheit“ Abschlussbericht*, Eigenverlag Wien/Salzburg, 2011
<https://portal.hogrefe.com/dorsch/brief-symptom-inventory-von-derogatis-bsi/> (Download am 28.4.2015)
<http://www.hbsc.org/> (abgerufen am 11.09.2018)
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press.

- Hecker, Tobias; Maercker, Andreas (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60(6):547-562. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z>
- Heinrich, J. (Hrsg.). (2005). *Akute Krise Aggression. Aspekte sicheren Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- www.help.gv.at abgerufen am 11.09.2018)
- Horn, J. L. & McArdle, J. J. (1992). *A practical and theoretical guide to measurement invariance in aging research*. *Experimental Aging Research*, 18, 117–144
- Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N. & Pauli, A. unter Mitarbeit von Horch, K. (Robert Koch Institut), (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42. RKI, Berlin., http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenh efte/gewalt_inhalt.html (Download am 11.08.2015)
- Hovland, C., & Sears, R. (1940). Minor Studies of Aggression: Correlation of Lynchings with Economic Indices. *The Journal of Psychology*(9), S. 301-310.
- Ihle, P., Klimont, J. & Leitner, B. (2009). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007*. Wien: STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich.
- www.ilo.org (Download am 24.5.2015)
- https://www.ilo.org/legacy/english/protection/safework/worldday/products04/report04_ger.pdf (abgerufen am 5.11.2018)
- Imbusch, P. (2002). Der Gewaltbegriff. In W. Heitmeyer, & J. Hagan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 26-57). Wiesbaden: Springer Verlag .
- Imbusch, P. (Juli 2003). Gewalt verstehen - Einige konzeptionelle Überlegungen. *Public Health Forum*(39), S. 2-3.
- International Labour Organization (1998). When working becomes hazardous. *World of Work – The Magazine of the ILO*. 26, 6-9 Verhaltensrichtlinien der IAO/ILO:“*Workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*” (Gewalt am Arbeitsplatz im Dienstleistungssektor und Maßnahmen zur Bekämpfung dieses Phänomens). www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/mevsws03/mevsws-cp.pdf; (Download am 11.08.2015)
- Jacob, L., & Kostev, K. (2017). Conflicts at work are associated with a higher risk of cardiovascular disease. *GMS Ger Med Sci*(15).

- Juan, Christina & Edmeades, Jeffrey & Petroni, Suzanne & Kapungu, Chisina & Gordon, Rebecca & Ligiero, Daniela. (2019). Associations between mental distress, poly-victimisation, and gender attitudes among adolescent girls in Cambodia and Haiti: an analysis of Violence Against Children surveys. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*. 31. 201-213. 10.2989/17280583.2019.1678476
- Kapella, O., Baierl, A., Rille-Pfeiffer, Ch., Geserick, Ch., & Schmidt, E.-M. erstellt in Kooperation mit Dr. Monika Schröttle (Konsulentin), Universität Bielefeld (2011): *Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern*. Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF). Wien
- Kaselitz, V. & Lercher, L. (2002). *Gewaltbericht 2001: Gewalt in der Familie – Rückblick und neue Herausforderungen*. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Abteilung V/7
- Kavemann B, & Kreyssig, U. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Kelly, L. (2008). *Specialisation, Integration and Innovation: Review of Health Service Models for the Provision of Care to Persons who have Suffered Sexual Violence*. Final Report, World Health Organisation
- Kenny, D. A., Kashy, D., & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. Gilbert, S.Fiske, and G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., pp. 233-265). New York:McGraw-Hill.
- Kessemeier, F, Petermann, F., de Vries, U., Walter, F., Stöckle, C., Bassler, M. & Kobelt, A. (2017). *Wie beeinflusst Mobbing im Beruf Arbeitsmotivation und die psychische Gesundheit? Eine Studie mit psychosomatischen Rehabilitanden*. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* (2017), 65 (4), 241–249 <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000327>
- Kienzle, T. & Paul-Ettlinger, B. (2009). *Aggression in der Pflege: Umgangsstrategien für Pflegebedürftige*. *Pflegekompakt*. (4. Auflage) Hamburg: Kohlhammer
- Kindler, H. (2007). Folgen von Vernachlässigung, psychischer und physischer Misshandlung bei Kindern. In Kindler H, Lillig S, Bluml H et al. (2007). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §§ 1666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst (ASD)*. Abschnitt 24–26. BMFSFJ, DJI München
- Kindler. (2006). *Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. (D. J. e.V., Hrsg.) Abgerufen am 16. April 2018 von https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/asd_handbuch_gesamt.pdf
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med*(60), S. 779-783.

- Klotz, T., & Haisch, J. (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Ausg.). Bern: Huber Verlag.
- Köllner, V. (2017). *Mobbing am Arbeitsplatz*. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (2017). *Fehlzeiten-Report 2017: Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung* (pp.121 - 130). DOI 10.1007/978-3-662-54632-1_12. Springer Verlag.
- Kollmann, I. Fock-Putschi, F., (2006). *Medizinische Rehabilitation psychisch Erkrankter in Österreich Bericht über ein Pilotprojekt der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) in den Jahren 2002 – 2006 mit den Vertragseinrichtungen RZ „Sonnenpark“, Rehabilitationszentrum für psychosoziale Gesundheit, Bad Ball (H) und Rehabilitationsklinik für seelische Gesundheit, Klagenfurt (K)*.
- <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555173> (Download am 12.01.18)
- Kolodej, Ch. (2005). Die Schattenseiten der Arbeitswelt: Mobbing – beraterrelevante Aspekte. In: Firlei, K., Kierein, M. & Kletecka-Pulker, M. (Hrsg.). *Jahrbuch für Psychotherapie und Recht IV/V*. (S. 18–25). Wien: facultas.wuv Universitätsverlag
- Kolodej, Ch. (2005). *Mobbing, Psychoterror am Arbeitsplatz und seine Bewältigung. Mit zahlreichen Fallbeispielen*. (überarbeitete Neuauflage). Wien: WUV
- Kolodej, Ch. (2008). *Mobbingberatung. Fallbeispiele und Lösungen für BeraterInnen und Betroffene*. Wien: Wiener Universitätsverlag.
- Kolodej, Ch., Essler, T., Kallus, K.W. (2010). Test zur Erfassung von Mobbingverhaltensweisen am Arbeitsplatz (TEMA). *Wirtschaftspsychologie* Heft 2/2010
- Kolodej, Ch. & Majoros, T. (2010). *Mobbing und die Fürsorgepflicht des/r Arbeitgeber/in*. DrdA 2/2010 April, 157-164
- Kolodej, Ch., Reiter, M., Kallus, K.W. (2013). Inventar zur Erhebung resilienten Verhaltens im Arbeitskontext (RIVERA). *Wirtschaftspsychologie* Heft 2/3-2013
- Kolodej, Ch. (2016). *Strukturaufstellungen für Konflikte, Mobbing und Mediation. Vom sichtbaren Unsichtbaren*. Heidelberg: Springer Gabler
- Kolodej, Ch. (2017). *Psychologische Selbsthilfe bei Mobbing: Zuversicht, Vertrauen, Veränderung*. Heidelberg: Springer Gabler
- Kolodej, Ch., Niederkofler, E., Kallus, K.W. (2018). Der Fast and Frugal Tree-Fragebogen für Mobbing (FFTM). *Journal Psychologie des Alltagshandelns / Psychology of Everyday Activity*, 2018, Vol. 11 / No. 1
- Kolodej, Ch. & Pichler, E. & Kallus, W. (2020). Screening von Mobbing und gesundheitliche Begleiterscheinungen, *Psychologie des Alltagshandelns*. 13.

- Kolodej, Ch. (2018). *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und seine Bewältigung*. 3. vollständig überarbeitete Auflage, Wien: Facultas
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23, 4-41. doi: 10.1080/02699930802619031
- Kornadt, H.-J. (Hrsg.). (1981). *Aggression und Frustration als psychologisches Problem*. (Band 1). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kostev, K., Rex, J., Waehlert, L., Hog, D., & Heilmaier, C. (2014). *Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workplace mobbing experience in Germany: a retrospective analysis*. *GMS German Medical Science* (12).
- Kowalski, R. M. & Limber, S. P.. (2007). *Electronic bullying among middle school students*. *Journal of Adolescent Health* 41, S22–S30.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., & Zwi, A. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organisation.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Heidelberg: Springer.
- Kuhl, J. (1994). Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (pp. 47-59). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. *Psychologische Rundschau*, 49, 61-77.
- Kuhl, J. & Beckmann J. (Eds.) (1994). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Lange, M. Petermann, F. (2010) Psychosomatische Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 58: 207–217
- Lahelma E, Lallukka T, Laaksonen M, (2012). *Workplace bullying and common mental disorders: a follow-up study*. *J Epidemiol Community Health*, 2012; 66:e3.
- Lee, N., Osborne, M., Massetti, G., Watson, A., & Self-Brown, S. (2021). Associations Among Age of First Experience of Violence, Type of Victimization, Polyvictimization, and Mental Distress in Nigerian Females. *Violence against women*, 10778012211038973. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10778012211038973>
- Leitner, C. (2012). Österreich liegt weit über dem EU-Schnitt. <http://derstandard.at/1348284905583/Mobbing-Oesterreich-liegt-weit-ueber-EU-Schnitt> (Download am 24.5.2015)

- Leach, L.S., Poyser, C., Butterworth, P. (2017) *Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review*. *Occup Environ Med*. 2017; 74: 72-79.
- Lenz, G. (2012). Rehabilitation bei psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Reha. *WISO* 35. Jg., S.53 (2012), Nr. 4. www.sopol.at/get_file.php?id=1235 (Download am 19.08.2015)
- Lenz, G. (2013) Evaluationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen. *Spectrum Psychiatrie* 2013; 3: S. 19–23.
- Lenz, G. & Schosser, A. (2015). Psychiatrische Rehabilitation. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie* 2015; 16 (4), 164-167
- Leppert, K., Koch, B., Brahler, E. und Straus, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klin. Diagnostik u. Evaluation*, 1. Jg., 226–243, ISSN 1864-6050; Gottingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG
- Leymann, H. (1993). *Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Berlin: Rowohlt
- Leymann, H. (1996). *Handanleitung für den LIPT-Fragebogen. (Leymann inventory of psychological terror) (Materialien / Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen, Bd. 33)*. Tübingen: Dgvt-Verlag: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Leymann, H. (2006). *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. (13. Auflage). Berlin: Rowohlt
- www.lexikon.de (Download am 11.08.2015)
- Lin, H. C., Yang, Y., Elliott, L., & Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child abuse & neglect*, 101, 104325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
- Linden, M. (2003). Posttraumatic embitterment disorder. *Psychother Psychosom*(72), S. 195-202.
- Logar, R. (2014). Die Istanbul-Konvention. Rechtsnormen zur Verhinderung von Gewalt gegen an Frauen und häuslicher Gewalt in Europa. *juridikum*, 3/2014, 349-359
- Lorenz, K. (1963). *Das sogenannte Böse*. Wien: Borotha-Schoeler.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593–614. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01598.x
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B. & Derogatis, L.R. (1995). The battering syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine* 123 (10), 737–746. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001

- www.marktmeinungsmensch.at/studien/mobbing-und-cybermobbing-bei-schuelerinnen-in-der-
/studie/ (abgerufen am 11.09.2018)
- Martinez M, Schrottle M, Condon, S. et al. (2006). *State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. CAHRV – Report 2006.* Coordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348; www.cahrv.uni-osnabrueck.de (Download am 31.5.2015)
- Meschkutat, B., Stackelbeck, M., & Langenhoff, G. (2002). *Der Mobbing-Report - Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland.* Sozialforschungsstelle Dortmund. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Di Martino, V., Hoel, H. & Cooper, C.L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace.* European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K.K., Rothbaum, B. & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292-299. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015
- Meloy, J.R., Rivers, L., Siegel, L., Gothard, S., Naimark, D. & Nicolini, J.R. (2000). A replication study of obsessional followers and offenders with mental disorders. *J Forensic Sci.* 2000; 45, 147–152. <http://www.researchgate.net/publication/12672481> (Download am 19.08.2015)
- Meschkutat, B., Stackelbeck, M. & Langenhoff, G. (2002): *Der Mobbing-Report – Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland.* Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Methodenberatung der Universität Zürich (2016); www.methodenberatung.uzh.ch, download am 12.06.2018
- Murarovic, A., 2015. Nicht den Helden spielen. *Solidarität Nr. 958*, 6
- Nair, S., A Satyanarayana, V., & Desai, G. (2020). Prevalence and clinical correlates of intimate partner violence (IPV) in women with severe mental illness (SMI). *Asian journal of psychiatry*, 52, 102131. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102131>
- Nelson, C. W. & Niederberger, J. (1990): *Patient satisfaction surveys: an opportunity for Total Quality Improvement.* In: *Hosp Health Serv Adm*, 35/3: 409-427
- Niedl, K. (1995): *Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlichen relevanten Effekten von systematischen Feindseligkeiten.* München und Mering: Rainer Hampp

- Nielsen, M.B., Matthiesen, S.B., & Einarsen, S. (2010). *The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83 (4) (2010), pp. 955-979, doi 10.1348/096317909X481256
- Nielsen, M. B. & Einarsen, S. (2012). *Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review*. Work & Stress, 26, 309 – 332.
- Noeker, M., & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaption an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*(56), S. 255-263.
- ÖBIG-Rehabilitationsplan 2004, (Download am 12.01.18 über ris Datenbank)
- Österreichisches Normungsinstitut (2000), Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung, EN ISO 10075-1: 2000
- Otten, S. & Mummendey, A. Sozialpsychologische Theorien aggressiven Verhaltens. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.) (2002) Sozialpsychologie. Band II: Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien. Huber, Bern. S.198-216
- Paoli, P. (2005). Working conditions in the European Union (Summary). <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/21/en/1/ef9721en.pdf> (Download am 24.5.2015)
- Parent-Thirion, A.s & Macías, E. & Hurley, J. & Vermeulen, G. (2008): *Vierte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen*. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen
- <https://portal.hogrefe.com/dorsch/brief-symptom-inventory-von-derogatis-bsi/> (Download am 28.4.2015)
- Pensionsversicherungsanstalt (2009), Jahresbericht 2009 der Pensionsversicherungsanstalt, <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577978&version=1391139120> (Download am 12.04.2018)
- Pensionsversicherungsanstalt (2016), *Jahresbericht 2016 der Pensionsversicherungsanstalt*, <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.642718&version=1499336862> (Download am 12.04.2018) www.pensionsversicherung.at/ (abgerufen am 11.09.2018)
- Pensionsversicherungsanstalt (2019), *Jahresbericht 2019 der Pensionsversicherungsanstalt*, <https://www.pv.at/cdscontent/load?contentid=10008.738909&version=1599814806> (Download am 07.03.2021)
- Piso, B., Reinsperger, I. (2014) Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: systematischer Review. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 75; 2014. Wien: Ludwig

- Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. http://eprints.hta.lbg.ac.at/1025/1/HTA-Projektbericht_Nr.75.pdf
- Popitz, H. (1992). *Phänomene der Macht*. 2., erw. Aufl. Tübingen: Mohr
- Prager, S., & Hlous, N. (2006). *Psychosoziale Krisen in Unternehmen - Praxishandbuch für Führungskräfte*. Wien: Facultas Verlag.
- Press, I. & Ganey, R. F. (1989): *The mailout questionnaire as the practical method of choice in patient satisfaction monitoring*. In: J Health Care Mark, 9/1: 67-68
- Pro Mente Austria (2019): LÖSUNGSPAPIER: zur psychischen Gesundheit und Zukunft der Sozialpsychiatrie in Österreich. Pressekonferenz in Wien von Günter Klug (Präsident pro mente Austria), Gernot Koren (Vizepräsident pro mente Austria) und Thomas Leoni (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung - WIFO).
- Pro mente Reha GmbH, <http://www.promente-reha.at> (28.4.2015 & 13.04.2018)
- Radegund Privatklinik (2020). Qualitätsbericht 2020. <https://sanlas.at/einrichtungen/privatklinik-st-radegund> (Download am 07.03.2022)
- Rampe, M. (2005). *Der R-Faktor – Das Geheimnis unserer inneren Stärke*. München: Knaur TB
- Rechnungshof (2019). Bericht des Rechnungshofes. Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. Reihe BUND 2019/8.
- Reiter, M. (2011). *Entwicklung eines Fragebogens zum Thema „RESILIENZ im Arbeitskontext“*. Diplomarbeit Uni Graz
- Reivich, K., & Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor: 7 Keys to finding your inner strength and overcome life's hurdles*. New York: Broadway Books.
- Rehabilitationsplan 2012*, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564714&action=b&cacheability=PAGE> (Download am 11.08.2015)
- www.researchgate.net/(abgerufen am 11.09.2018)
- Reiter, D., Fülöp, G., Gyimesi, M., et al. (2012) *Rehabilitationsplan 2012*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Resch, F. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters – Ein Lehrbuch*. Weinheim: PVU
- Reemtsma, J. (2008). *Vertrauen und Gewalt. Versuch über eine besondere Konstellation der Moderne*. Hamburg: Hamburger Edition
- https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2009_I_40 (Download am 24.5.2015)

- Riffer, F. et al. (2018) (Hrsg.). *Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz*. Springer-Verlag
(https://doi.org/10.1007/978-3-662-56619-0_17)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42. RKI, Berlin.
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/26Herxag1MT4M_27.pdf
(Download am 11.08.2015)
- Ruprecht, T. M. (Hrsg.): *Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. Sankt Augustin, Asgard-Verlag: 57-68
- Ruthemann, U. (1993). *Aggression und Gewalt im Altenheim. Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis*. Basel: Recom Verlag
- Scarpa A (2001) Community violence exposure in a young adult sample: lifetime prevalence and socioemotional effects. *J Interpers Violence* 16, 36–53. doi: 10.1177/0095798414539174
- Schäfer I, Wingenfeld K, Spitzer C (2014) ACE-D. Deutsche Version des „Adverse Childhood Experiences Questionnaire“ In: Richter D, Brähler E, Strauß B (Hrsg.) *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft*. Göttingen: Hogrefe. 11-15
- Scheithauer, H. (2003). *Aggressives Verhalten von Jungen und Mädchen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, R. & Satzinger, W. (2001): *Befragung als "Monitor" des Beschwerdemanagements. Zur Verwendung und Verwertung von Kurz-Fragebögen*. In: Satzinger, Trojan, Kellermann-Mühlhoff, (Hrsg.): *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. Sankt Augustin, Asgard-Verlag: 123-122
- Schoon, I. (2006). *Risk and resilience. Adaptations in changing times*. Cambridge University Press.
www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience/beatingtheoddsbook.pdf (Download am 31.5.2015)
- Schosser, A. & Senft, B. (2018). Zur Wirksamkeit von ambulanter psychiatrischer Rehabilitation. BBRZ Tagung 2018
- Schosser, A., Senft, B. & Rauner, M. (2021). The benefit of an ambulant psychiatric rehabilitation program in Vienna, Austria: an uncontrolled repeated measures study. Springer. *Central European Journal of Operations Research*.
<https://doi.org/10.1007/s10100-021-00773-2>
- Schramm, E. & Klecha, D. (2010). *Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe. Das Kurzmanual*. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Schramm, E., & Klecha, D. (2010). *Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Schröttle, M. & Muller, U. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kurz- und Langfassungen dieser Dokumentation unter:
www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html (Download am 31.5.2015)
- Schröttle, M. & Muller, U. (2006). Gewalt gegen Frauen. In: Heitmeyer, W. & Schrottelle, M. (Hrsg.), *Gewalt. Beschreibungen – Analysen – Prävention*. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung (S. 77–97). Bonn:BPB
- Schröttle, M. & Khelaifat, N. (2008). *Gesundheit – Gewalt – Migration: Eine vergleichende Sekundaranalyse zur gesundheitlichen Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland*. Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Veröffentlichung der Kurz- und Langfassung unter:
www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=108722.html (Download am 31.5.2015)
- Schwickerath, J. & Holz, M. (2012). *Mobbing am Arbeitsplatz*. Weinheim: Beltz
- Seidler, G. H., Freyberger, H. J. & Maercker, A. (Hrsg.). (2011/2015). *Handbuch der Psychotraumatologie* (2. Aufl.). Stuttgart 2015: Klett-Cotta.
- Seidler, G. H. (2013): *Psychotraumatologie. Das Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1997). *Psychologie der Aggressivität*. (2. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe
- Selg, H. (1978). *Making of Human Aggression*. London: Quartet Books.
- Senft, B. (2013). Medizinische Rehabilitation psychisch Kranker in Österreich - auf dem Weg zu ICF-orientierter Evaluation. Vortrag beim 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 4.3. - 6.3.2013 in Mainz. (MitautorInnen: Leonhard, R., Nosper, M., Platz, T.)
- Silkenbeumer, M. (2000). *Im Spiegel ihrer Lebensgeschichten - Gewalttätiges Verhalten Jugendlicher und Geschlechtszugehörigkeit*. Stuttgart: ibidem.
- Sirotych, F. (2008). Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: an evidence-based review. *Brief Treat Crisis Interv* 8. 171–194. doi: 10.1891/0886-6708.27.5.793
- Skoumal, M. & Böhm (2018). *PVA Strategie Reha 2022 im Zuge des Reha Forums 2018*
- Slonje, R., & Smith, P. K. (2008). *Cyberbullying: Another Main Type of Bullying?* Scandinavian Journal of Psychology, 49, 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x>

- Smutny, P. & Hopf, H. (2003). *Ausgemobbt! – Wirksame Reaktionen gegen Mobbing*. Wien: Manz
www.statista.com (abgerufen am 11.09.2018)
- http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/arbeitsbezogene_erkrankungen_und_risiken/index.html (Download am 28.4.2015)
- Steffanowski A., Löschmann C., Schmidt J., Wittmann W.W. & Nübling R. (2005). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: MESTA-Studie*. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/ Bad Säckingen.
http://www.psychologie.uni-mannheim.de/cip/Tut/seminare_wittmann/meta_fribourg/sources/MESTA-Abschlussbericht-Leseprobe.pdf (Download am 19.08.2015)
- www.statistik-forum.de (Download am 11.08.2015)
- Steinke, Ines. (2004). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, Uwe (Hrsg.), *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch., (3. Aufl.), Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Sterud, T., Hanvold, T.N (2021). Effects of adverse social behaviour at the workplace on subsequent mental distress: a 3-year prospective study of the general working population in Norway. *Int Arch Occup Environ Health* 94, 325–334. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01581-y>
- Stiftung Männergesundheit (2021) <https://www.maennergesundheitsportal.de/themen/psychische-erkrankungen/depression> (Download am 07.03.2022)
- Strahler, J. (November 2017). Was die Psyche wachsen lässt. *Gehirn und Geist*.
- Suizidreport 2020; <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html> (Download am 07.03.2022)
- Sundaram, V., Helweg-Larsen, K., Laursen, B. & Bjerregaard, P. (2004). Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidemiol Community Health* 58, 65–70. doi:10.1136/jech.58.1.65
- Tedeschi, J. (2002). Die Sozialpsychologie von Aggression und Gewalt. In W. Heitmeyer, & J. Hagan, *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 573-597). Wiesbaden: Springer Verlag.
- <https://unfallstatistik.kfv.at/> (abgerufen am 11.09.2018)
- Unterstaller, A. (2007). Wie wirkt sich sexueller Missbrauch auf Kinder aus? In Kindler, H., Lillig, S., Bluml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst*. (Abschnitt S. 27, 1–5). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

- Verkuil, B., Atasayi, S., & Molendijk, M. (25. August 2015). *Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data*. Abgerufen am April 2018 von <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135225>
- Vida. Abgerufen am 13. April 2018 von EU-Rahmenvereinbarung gegen Gewalt am Arbeitsplatz : www.vida.at
- Voland, E. (2013). *Soziobiologie - Die Evolution von Kooperation und Konkurrenz*. Berlin/Heidelberg: Springer Spektrum
- Wachter, K. (2015). *Sexualisierte Gewalt - Aspekte zu einem gesellschaftlichen Problem*. (Bundeskanzleramt, Hrsg.) Abgerufen am April 2018 von Gewaltinfo: https://www.gewaltinfo.at/themen/2015_11/sexualisiertegewalt.php
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wahl, K. (2009). *Aggression und Gewalt: Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick*. Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft
- Wahl, K. (2012). *Aggression und Gewalt. Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Walsh, F. (2006). Modell familialer Resilienz. In Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) *Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- Waltes, R., Chiochetti, A. G., & Freitag, C. M. (2015). *The neurobiological basis of human aggression: a review on genetic and epigenetic mechanisms*. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*.
- Weber, H. & Rammsayer, T. (2012). *Differentielle Psychologie - Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe
- Weber, A., Hörmann, G., & Köllner, V. (2007). Mobbing - eine arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr der Dienst-Leistungs-Gesellschaft? *Das Gesundheitswesen*(69), S. 267-276.
- Weltgesundheitsorganisation. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8. Ausg.). (H. Dilling, W. Mombour, M. Schmidt, E. Schulte-Markwort, H. Remschmidt, Hrsg., H. Dilling, W. Mombour, M. Schmidt, E. Schulte-Markwort, & H. Remschmidt, Übers.) Bern: Verlag Hans Huber.
- Weltgesundheitsorganisation. (2022). <https://icd.who.int/en> (Download am 07.03.2022)
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006). *Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf (Download am 11.08.2015)

- Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2014). *Tätigkeitsbericht 2013*, Wien
- Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2017): *Tätigkeitsbericht 2016*, 5; 48-71; 74-78
- Williams, L., Gatt, J., Schofield, P., Olivieri, G., Peduto, A. & Gordon, E. (2009). 'Negativity bias' in risk for depression and anxiety: Brain-body fear circuitry correlates, 5-HTT-LPR and early life stress. *NeuroImage*. 47. 804-14. 10.1016/j.neuroimage.2009.05.009.
- Winding, T.N., Skouenborg, L.A., Mortensen, V.L., Andersen, J.H. Is bullying in adolescence associated with the development of depressive symptoms in adulthood?: A longitudinal cohort study (2020) *BMC Psychology*, 8 (1), art. no. 122.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169. doi:10.1017/S0959259810000420.
- Windle, G., Bennett, K.M. & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-18. doi: 10.1186/1477-7525-9-8
- Wingenfeld, K., Schäfer, I. Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., Löwe, B. Spitzer, C. (2011). Reliable, valide und ökonomische Erfassung früher Traumatisierung: Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* Jg. 61, 2011, Nr. 1, 42-45 : Tab., Lit. (2011). doi: 10.1055/s-0030-1263161
- Winterhoff, M. (2008). *Warum unsere Kinder Tyrannen werden. Oder: Die Abschaffung der Kindheit*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Witcher, H.-U., & Hoyer, J. (2006). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Witcher, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 3-23). Heidelberg: Springer.
- Wojdylo, K., Baumann, N., Kuhl, J., Horstmann, J. (2014). Selbstregulation von Emotionen als Schutzfaktor gegen gesundheitliche Auswirkungen von Mobbing. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43 (1), 27 – 34. doi: 10.1026/1616-3443/a000236

7. ANHANG

 UNIVERSITY of NICOSIA

7 Anhang

Moderatoranalysen mit den Likert-Skalen zur subjektiven Gewaltein-schätzungen als Prädiktor.

Anhang Tabelle 1. Resilienz als Moderator der Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und psychischer sowie physischer Somatisierung

	<i>Depressivität</i>	<i>Somatisierung</i>	<i>Ängstlichkeit</i>
Resilienz Akzeptanz			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 0,059, p = 0,734$	$\beta = -0,148, p = 0,438$	$\beta = 0,064, p = 0,733$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = 0,065, p = 0,466$	$\beta = -0,065, p = 0,521$	$\beta = -0,158, p = 0,105$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = -0,007, p = 0,936$	$\beta = -0,127, p = 0,224$	$\beta = -0,039, p = 0,703$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = -0,028, p = 0,736$	$\beta = -0,041, p = 0,663$	$\beta = -0,037, p = 0,686$
<i>Mobbing</i>	$\beta = -0,281, p = 0,225$	$\beta = -0,143, p = 0,598$	$\beta = -0,056, p = 0,811$
Resilienz Persönliche Kompetenz			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = 0,312, p = 0,103$	$\beta = -0,193, p = 0,329$	$\beta = 0,207, p = 0,292$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = -0,006, p = 0,950$	$\beta = -0,044, p = 0,668$	$\beta = -0,066, p = 0,503$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = 0,158, p = 0,111$	$\beta = -0,052, p = 0,635$	$\beta = 0,060, p = 0,573$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = 0,088, p = 0,350$	$\beta = -0,025, p = 0,811$	$\beta = 0,044, p = 0,665$
<i>Mobbing</i>	$\beta = 0,066, p = 0,445$	$\beta = 0,016, p = 0,869$	$\beta = 0,033, p = 0,710$

Anhang Tabelle 2. Resilienz als Moderator der Beziehung zwischen Gewalterfahrungen und psychischer sowie physischer Somatisierung

	<i>Depressivität</i>	<i>Somatisierung</i>	<i>Ängstlichkeit</i>
HOM			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = -0,027, p = 0,355$	$\beta = -0,071, p = 0,182$	$\beta = -0,021, p = 0,392$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = 0,031, p = 0,341$	$\beta = -0,044, p = 0,287$	$\beta = 0,040, p = 0,299$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = -0,009, p = 0,454$	$\beta = -0,030, p = 0,359$	$\beta = -0,017, p = 0,456$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = -0,020, p = 0,404$	$\beta = 0,006, p = 0,473$	$\beta = 0,133, p = 0,050^*$
<i>Mobbing (NAQ)</i>	$\beta = -0,036, p = 0,348$	$\beta = 0,060, p = 0,265$	$\beta = -0,046, p = 0,300$
HOP			
<i>Psychische Gewalt</i>	$\beta = -0,013, p = 0,436$	$\beta = -0,045, p = 0,292$	$\beta = -0,015, p = 0,426$
<i>Physische Gewalt</i>	$\beta = -0,015, p = 0,422$	$\beta = 0,065, p = 0,204$	$\beta = -0,020, p = 0,398$
<i>Sexuelle Belästigung</i>	$\beta = 0,086, p = 0,147$	$\beta = -0,055, p = 0,251$	$\beta = 0,127, p = 0,199$
<i>Sexuelle Gewalt</i>	$\beta = 0,133, p = 0,054$	$\beta = 0,025, p = 0,382$	$\beta = 0,063, p = 0,222$
<i>Mobbing (NAQ)</i>	$\beta = -0,110, p = 0,127$	$\beta = -0,037, p = 0,352$	$\beta = -0,022, p = 0,406$

Wissenschaftlicher Fragebogen inkl. Veränderungen zum Original bzw. zur Vorstudie farblich markiert

Sehr geehrte Studienteilnehmerin,

Sehr geehrter Studienteilnehmer!



Dieses Info-Blatt informiert Sie über die Teilnahmebedingungen an der Studie mit dem Titel:

„Potentielle Effekte von Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter auf psychische und somatische Symptome von Rehabilitations-PatientInnen mit besonderer Berücksichtigung von Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz“

Die Teilnahme an dieser Studie ermöglicht Erkenntnisse über die Möglichkeiten zur Gewaltvermeidung in unserer Gesellschaft - bitte nehmen Sie daran teil!

Lesen Sie bitte folgende Zeile genau durch, um Informationen über die Studie selbst und deren Ablauf zu erhalten. Die Teilnahme an dieser Studie ist natürlich freiwillig.

Ihre erste Ansprechpartnerin ist **Karoline Lenek, MSc.** zögern Sie bitte nicht bei etwaigen Unklarheiten zu fragen!

Wer ist für diese Studie verantwortlich?

Die Verantwortung für die Studie tragen Mag. (FH) Mag. Astrid Russ & Mag. Irene Zahrl (Psychologinnen) und die Reha-Klinik Sonnenpark Rust, Primar Dr. Paul Kaufmann.

Worum geht es bei diesem Forschungsvorhaben und was ist Ihre Aufgabe dabei?

Der Sinn und das Ziel dieser Studie ist es, einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen im Verlauf des Lebens und späteren psychischen und/oder körperlichen Belastungssymptomen darzustellen.

Angesprochen sind daher Personen, welche eventuell ein traumatisches Ereignis durchleben mussten und sich in Folge seelisch und auch körperlich nicht mehr gesund fühlten. Es kann nach dem traumatischen Ereignis zu einem Verlust des psychischen Wohlbefindens gekommen sein mit möglicherweise einhergehenden körperlichen Beschwerden.

Ihre Aufgabe wird es sein, Fragen zu beantworten. Einige Fragen beziehen sich auf Gewalterlebnisse und ihre Beschwerden oder Veränderungen nach diesem Ereignis (das kann auch Jahre danach sein). Wenn Sie keine Gewalterlebnisse in Ihrem bisherigen Leben hatten, so kreuzen Sie bei den entsprechenden Fragen immer **NEIN** an.

Seite 1

Wie läuft die Studie ab und was können Sie dazu beitragen?

Die Studie wird anhand von auszufüllenden Fragebögen durchgeführt und genau da bitten wir Sie um Ihren Beitrag, indem Sie die Fragen so wahrheitsgetreu wie möglich beantworten.

In der zweiten Woche Ihres Aufenthaltes wird Ihnen der Fragebogen in Ihr Postfach gelegt, in der dritten Woche finden Sie die psychoedukative Gruppe zu Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung in Ihrem Plan. In dieser Zeit wird es möglich sein auch „unter vier Augen“ spezifische Fragen zu klären. Sollten also Unklarheiten auftreten, notieren Sie sich diese bitte genau.

Dieser Fragebogen beansprucht rund 60 - 90 Minuten ihrer Zeit.

Wenn Sie an den Ergebnissen dieser Studie interessiert sind, dann füllen Sie bitte das angeführte Adressfeld mit Ihrer E-Mailadresse aus. Die Ergebnisse werden etwa in einem Jahr publiziert.

Meine E-Mail Adresse: _____

Was können Sie tun, wenn Sie sich beim Ausfüllen nicht wohl fühlen?

Während der Beschäftigung mit schwierigen Erlebnissen ist es wichtig gut für sich zu sorgen, das heißt Pausen zu machen und eventuell auftauchende Gefühle, Erinnerungen bei den nächsten Therapiemöglichkeiten zu besprechen.

Sie haben auch das Recht, ohne Angabe von Gründen zu jedem Zeitpunkt die Teilnahme abzubrechen. Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, werden alle Ihre Daten gelöscht. Es kann sein, dass wir Sie ermutigen sich diese Entscheidung noch einmal zu überlegen.

Wie wird mit den Forschungsdaten umgegangen, wer erfährt die Namen der TeilnehmerInnen und Teilnehmer (Datenschutz)?

Um Ihre Daten ausarbeiten zu können, benötigen wir Ihre Sozialversicherungsnummer. Diese müssen Sie am Fragebogen angeben, damit wir alle Ihre Fragebögen (dieser Fragebogen und die Beantwortung der Basisdokumentation am Aufnahmetag) in der Auswertung zusammenfügen können.

Personenbezogene Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht, etc.) werden für statistische Zwecke erfasst, jedoch **NICHT** personenbezogen ausgewertet. Namen werden nicht erfasst.

Im Rahmen dieser Datenerhebung werden die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen mit einem Statistikprogramm ausgewertet. Es werden keine Ergebnisse auf Einzelpersonen bezogen ausgewertet. Aus den Ergebnissen kann auch nicht auf Ihren Namen geschlossen werden. Spätestens drei Monate nach der Auswertung, werden alle Daten in Kombination mit der Sozialversicherungsnummer gelöscht. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht möglich.

Alle in dieser Studie handelnden Personen sind aufgrund der gesetzlichen Grundlage für ÄrztInnen, PsychologInnen und Hilfspersonal zur Verschwiegenheit verpflichtet bzw. werden zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Seite 2

Wir freuen uns sehr, wenn Sie an unserer Studie teilnehmen, weil das Ergebnis der Studie in Zukunft nicht nur Ihnen, sondern vielen weiteren Menschen helfen kann.

Für weitere Fragen stehen wie Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Mag. (FH) Mag. Astrid Russ & Mag. Irene Zahrl sowie das Team der Reha-Klinik

.....
 Hiermit erkläre ich mich bereit an der Studie zum Thema

„Potentielle Effekte von Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter auf psychische und somatische Symptome von Rehabilitations-PatientInnen mit besonderer Berücksichtigung von Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz“

teilzunehmen.

Ich habe die Informationen zu dieser Studie erhalten, gelesen und verstanden.

Nachname:		Vorname:	
Unterschrift:		Datum:	

FRAGEBOGEN

Zuerst möchten wir uns bei Ihnen herzlich für Ihre Bereitschaft bedanken, an der Befragung teilzunehmen. Die Befragung wird ein besonderes Augenmerk auf Schwierigkeiten und belastende Situationen in der Familie, der Partnerschaft, im beruflichen und im sozialen Umfeld legen.

Am Anfang wird es um allgemeine Themen in Ihrem Leben gehen, dann insbesondere um Ihr Leben seit Ihrem 16. Lebensjahr und abschließend bitten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Kindheit bzw. Jugend bis zu Ihrem 16. Lebensjahr.

Zu Beginn der Befragung werden Ihnen erst einmal einige Fragen zu Ihrer Person und aktuellen Lebenssituation gestellt.

1. Personenbezogene Daten

	Bitte geben Sie Ihre Sozialversicherungsnummer und Ihr Geburtsdatum an:	-----/-----
1.	Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
2.	Haben Sie derzeit einen Partner / eine Partnerin?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3.	Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand? (Angabe bitte in Jahren)	
	<input type="radio"/> Single / alleinstehend	seit Jahre(n)
	<input type="radio"/> verheiratet	seit Jahre(n)
	<input type="radio"/> in Partnerschaft	seit Jahre(n)
	<input type="radio"/> geschieden	seit Jahre(n)
	<input type="radio"/> verwitwet	seit Jahre(n)
	<input type="radio"/> keine Angabe	
	Wenn Sie in Partnerschaft leben: Ihre Partnerin/Ihr Partner ist ...	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
	Wie viele längere Partnerschaften (mindestens ein Jahr) hatten Sie bisher in Ihrem Leben? (die Aktuelle mit eingeschlossen) (Anzahl)
4.	Haben Sie eigene (leibliche oder adoptierte) Kinder?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Wenn ja, bitte geben Sie die Anzahl der Kinder an: Kind(er)

17.	Welche der folgenden Aussagen treffen auf Ihre heutige/n Partner/in zu? Mein derzeitiger Partner/meine Partnerin...	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht
	...respektiert meine Wünsche und Meinungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...kontrolliert, wie viel Geld ich wofür ausgeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...kontrolliert, mit wem ich mich treffe und Kontakt habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...gibt mir das Gefühl von Geborgenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...gibt mir das Gefühl, an allem schuld zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...stellt mich vor anderen bloß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...droht damit, sich selbst etwas anzutun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...entscheidet gemeinsam mit mir, was in der Beziehung geschieht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...schüchtert mich ein und macht mir Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...gibt mir das Gefühl, von ihm bzw. ihr abhängig zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...hindert mich, mein Leben so zu gestalten, wie ich es will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...unterstützt mich in dem, was mir wichtig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...gibt mir das Gefühl, nichts wert zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...droht mir die Kinder wegzunehmen bzw. den Kontakt zu ihnen einzuschränken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...bringt Entscheidungen, die mich oder uns betreffen, alleine ohne mich zu fragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	...droht mir/oder meinen Kindern etwas anzutun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Im Original: Kapella, O. & Schrötle, M. (2011). Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen: Unter besonderer Berücksichtigung von Schwierigkeiten und belastenden Situationen.

2. Die Resilienzskala (RS) – Kurzform RS-13

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

		1= nein, stimmt nicht	2	3	4	5	6	7= ja, stimmt genau
1.	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ich mag mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich bin entschlossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., Strauß B. (2008). Klin. Diagnostik u. Evaluation, 1. Jg., 226–243, ISSN 1864-6050, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

3. HAKEMP-90

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten (a oder b) an, die für Sie eher zutrifft.

1.	Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann	
a.)	kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren.	<input type="radio"/>
b.)	denke ich nicht mehr lange darüber nach.	<input type="radio"/>
2.	Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann	
a.)	muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu kriegen	<input type="radio"/>
b.)	fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen.	<input type="radio"/>
3.	Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann	
a.)	dauert es lange, bis ich mich damit abfinde.	<input type="radio"/>
b.)	denke ich nicht mehr lange darüber nach.	<input type="radio"/>
4.	Wenn ich nichts Besonderes vorhabe und Langeweile habe, dann	
a.)	kann ich mich manchmal nicht entscheiden, was ich tun soll.	<input type="radio"/>
b.)	habe ich meist rasch eine neue Beschäftigung.	<input type="radio"/>
5.	Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann	
a.)	denke ich bald nicht mehr daran.	<input type="radio"/>
b.)	geht mir das noch eine ganze Weile durch den Kopf.	<input type="radio"/>
6.	Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will, dann	
a.)	kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor.	<input type="radio"/>
b.)	überlege ich, wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann.	<input type="radio"/>
7.	Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen und nicht mehr zu reparieren ist, dann	
a.)	finde ich mich rasch mit der Sache ab.	<input type="radio"/>
b.)	komme ich nicht so schnell darüber hinweg.	<input type="radio"/>

Seite 9

8.	Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann	
a.)	lege ich meist sofort los.	<input type="radio"/>
b.)	gehen mir zuerst andere Dinge durch den Kopf, bevor ich mich richtig an die Aufgabe heranmache.	<input type="radio"/>
9.	Wenn ich jemanden, mit dem ich etwas Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann	
a.)	geht mir das oft durch den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige.	<input type="radio"/>
b.)	blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen.	<input type="radio"/>
10.	Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann	
a.)	überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann.	<input type="radio"/>
b.)	entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeit für eine der möglichen Beschäftigungen.	<input type="radio"/>
11.	Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber das Geld nicht mehr zurückbekomme,	
a.)	fällt es mir schwer, mich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren.	<input type="radio"/>
b.)	fällt es mir leicht, die Sache auszublenden.	<input type="radio"/>
12.	Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann	
a.)	fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen.	<input type="radio"/>
b.)	fange ich meist ohne weiteres an.	<input type="radio"/>
13.	Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann	
a.)	lasse ich mich davon nicht lange beirren.	<input type="radio"/>
b.)	bin ich zuerst wie gelähmt.	<input type="radio"/>
14.	Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann	
a.)	überlege ich oft, wo ich anfangen soll.	<input type="radio"/>
b.)	fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen.	<input type="radio"/>
15.	Wenn ich mich verfare (z. B. mit dem Auto, mit dem Bus usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse, dann	
a.)	kann ich mich zuerst schlecht auffaffen, irgendetwas anderes anzupacken.	<input type="radio"/>
b.)	lasse ich die Sache erst mal auf sich beruhen und wende mich ohne Schwierigkeiten anderen Dingen zu.	<input type="radio"/>
16.	Wenn ich zu zwei Dingen große Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann	
a.)	beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere.	<input type="radio"/>
b.)	fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen.	<input type="radio"/>

Seite 10

17.	Wenn mir etwas ganz Wichtiges immer wieder nicht gelingen will, dann	
a.)	verliere ich allmählich den Mut.	<input type="radio"/>
b.)	vergesse ich es zunächst einmal und beschäftige mich mit anderen Dingen.	<input type="radio"/>
18.	Wenn ich etwas Wichtiges, aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann	
a.)	lege ich meist sofort los.	<input type="radio"/>
b.)	kann es eine Weile dauern, bis ich mich dazu aufraffe.	<input type="radio"/>
19.	Wenn mich etwas traurig macht, dann	
a.)	fällt es mir schwer, irgendetwas anderes zu tun.	<input type="radio"/>
b.)	fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.	<input type="radio"/>
20.	Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann	
a.)	denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll.	<input type="radio"/>
b.)	habe ich keine Probleme loszulegen.	<input type="radio"/>
21.	Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tag misslingen, dann	
a.)	weiß ich manchmal nichts mit mir anzufangen.	<input type="radio"/>
b.)	bleibe ich fast genauso tatkräftig, als wäre nichts passiert.	<input type="radio"/>
22.	Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann	
a.)	habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen.	<input type="radio"/>
b.)	bin ich manchmal wie gelähmt.	<input type="radio"/>
23.	Wenn ich meinen ganzen Ehrgeiz darin gesetzt habe, eine bestimmte Arbeit gut zu verrichten und es geht schief, dann	
a.)	kann ich die Sache auf sich beruhen lassen und mich anderen Dingen zuwenden.	<input type="radio"/>
b.)	fällt es mir schwer, überhaupt noch etwas zu tun.	<input type="radio"/>
24.	Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann	
a.)	bringe ich die Sachen ohne Schwierigkeiten hinter mich.	<input type="radio"/>
b.)	fällt es mir schwer, damit anzufangen.	<input type="radio"/>

© Julius Kuhl, Universität Osnabrück, Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung

Seite 11

4. Bindungsfragebogen

Bei den folgenden Fragen geht es um Beziehungen zu Menschen. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Menschen, die Sie kennen und mit denen Sie Kontakt haben. Das können Partner, Freunde, Bekannte oder Verwandte sein oder auch Leute, die Sie erst seit Kurzem kennen. Für die Antwort haben Sie eine 7-stufige Skala zur Verfügung. Schätzen Sie ein, wie genau die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Ist eine Aussage überhaupt nicht zutreffend, kreuzen Sie die 7 an. Mit den übrigen Zahlen können Sie Ihre Einschätzung abstimmen.

	stimmt							stimmt nicht						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. Ich finde es schön, mich an Menschen zu binden.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2. Ich habe leicht das Gefühl, dass andere mich vereinnahmen wollen.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich mache mir oft Sorgen, dass andere Menschen mich nicht genug mögen.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich möchte manchen Menschen gefühlsmäßig so nahe wie möglich sein.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich fühle mich durch intensive Beziehungen schnell eingeengt.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich habe Angst, dass Leute die Beziehung zu mir abbrechen.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich frage mich manchmal, ob andere mich genauso intensiv lieben, wie ich sie liebe.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8. Wenn mir andere zu nahe kommen, gehe ich auf Distanz.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9. Ich bin gewöhnlich lieber alleine als mit anderen zusammen.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10. Andere sind oft wichtiger für mich als ich für sie.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. Ich versuche andere dazu zu bewegen, dass sie mehr Zeit mit mir verbringen.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12. Meine allerintimsten Gefühle gehen niemanden etwas an.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13. Andere wollen oft, dass ich vertraulicher bin, als es mir angenehm ist.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14. Ich bin besorgt, für meine Mitmenschen nicht genügend wichtig zu sein.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
15. Mein großes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit wird von anderen nicht erfüllt.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
16. Meinen Mitmenschen erzähle ich durchaus nicht alles über mich.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
17. Wenn ich Ärger habe oder krank bin, bin ich am liebsten allein.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
18. Ich mache mir Sorgen darüber, dass anderen an meiner Freundschaft nichts liegt.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
19. Es frustriert mich manchmal, dass mir niemand die Liebe gibt, die ich brauche.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
20. Andere zögern oft, mir so nahe zu kommen, wie es gerne hätte.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Greu, I. (Im Druck). Bindungsfragebogen BinFb. In Richter, D., Ernst, J. & Brähler, E. (Hg.), Handbuch der Familien- und Paardagnostik. Göttingen, Hogrefe.

Seite 12

5. Fast and Frugal Tree- Fragebogen für Mobbing (FFT)

Der Fragebogen besteht aus vier Fragen, die sich auf Ihre **Arbeitssituation** beziehen. Konflikte aus Ihrem Privatleben sollten Sie dabei **nicht** miteinbeziehen.

Bitte beantworten Sie die Fragen mit "Ja" oder "Nein".

Kreuzen Sie dazu einfach das entsprechende Kästchen an. Lassen Sie dabei bitte keine Frage unbeantwortet.

Beispiel:

	ja	nein
Ich bin wiederholt schikanösen Handlungen ausgesetzt.	X	

- Wenn Sie „Ja“ ankreuzen bedeutet dies, dass Sie bei der Arbeit wiederholten schikanösen Handlungen ausgesetzt sind.

Unter systematischen Schikanen werden vielfältige Handlungen subsumiert, die

- gezielt Menschen ins Abseits stellen und die Möglichkeit sich mitzuteilen einschränken, z.B. durch ständige unberechtigte Kritik und Unterbrechungen
- die Betroffenen gezielt sozial isolieren, indem z.B. nicht mehr mit ihnen gesprochen wird, sie wie Luft behandelt oder räumlich isoliert werden
- auf das soziale Ansehen abzielen, indem über die Betroffenen z.B. Gerüchte verbreitet oder sie öffentlich lächerlich gemacht werden
- das Berufs- und die Lebenssituation betreffen, indem die Betroffenen z.B. gezielt über- bzw. unterfordert oder ihnen Informationen bewusst vorenthalten werden
- zur Beeinträchtigung der Gesundheit beitragen können z.B. durch Gewaltandrohungen oder Gewalt oder Zuweisung gesundheitsschädigender Arbeiten

Lesen Sie sich nun mögliche Mobbinghandlungen durch und wählen Sie diejenige Antwortalternative, die für Sie am ehesten zutrifft.

	ja	nein
Ich bin wiederholt schikanösen Handlungen ausgesetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die schikanösen Handlungen sind systematisch gegen mich gerichtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die schikanösen Handlungen haben das Ziel mich zu isolieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es besteht ein Machtungleichgewicht zu meinen Vorgesetzten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie schikanösen Handlungen ausgesetzt waren oder sind, ...	Angabe in Monaten
... wie lange haben diese angehalten bzw. dauern diese bereits an?	_____

© 2015, Christa Kolodziej

Seite 13

6. Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R)

Die folgenden Verhaltensweisen werden oft als Beispiele negativen Verhaltens am Arbeitsplatz gesehen. Wie häufig waren Sie, innerhalb der letzten sechs Monate, den nachfolgenden negativen Handlungen ausgesetzt? oder

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche mit ihren Erfahrungen innerhalb der letzten sechs Monate, am besten übereinstimmt:

	1 Niemals	2 Ab und zu	3 Monatlich	4 Wöchentlich	5 Täglich		
1) Jemand hält Informationen zurück, welche sich auf ihre Leistung auswirken			1	2	3	4	5
2) Demütigung oder Verspottung in Verbindung mit ihrer Arbeit			1	2	3	4	5
3) Anweisung erhalten, Arbeit unter ihrem Kompetenzniveau zu verrichten			1	2	3	4	5
4) Hauptbereiche ihrer Verantwortung werden entfernt oder durch trivialere beziehungsweise unerfreuliche Aufgaben ersetzt			1	2	3	4	5
5) Verbreitung von Tratsch und Gerüchten über Sie			1	2	3	4	5
6) Ignoriert oder ausgeschlossen werden („geschritten werden“)			1	2	3	4	5
7) Beleidigende oder anstößige Bemerkungen über Ihre Person (das heißt Gewohnheiten und Hintergrund), ihre Einstellungen oder Ihr Privatleben			1	2	3	4	5
8) Angeschnitten oder Ziel spontanen Ärgers (oder Wut) werden			1	2	3	4	5
9) Einschüchterndes Verhalten wie Schuldzuweisungen, Eingriff in die Privatsphäre, Herumkommandieren, Blockieren/Verstopfen des Weges			1	2	3	4	5
10) Hinweise oder Signale von anderen, dass Sie ihren Job kündigen sollten			1	2	3	4	5
11) Wiederholte Erinnerungen an ihre Fehler oder Irrtümer			1	2	3	4	5
12) Ignorieren oder feindliche Reaktion, wenn Sie sich nähern			1	2	3	4	5
13) Unaufhörliche Kritik ihrer Arbeit und Leistung							
14) Ignorieren ihrer Meinung und Ansichten			1	2	3	4	5
15) Streiche, durchgeführt von Leuten mit denen Sie nicht auskommen			1	2	3	4	5
16) Aufgabenerstellung mit unvernünftigen beziehungsweise unmöglichen Zielsetzungen oder Terminvorgaben			1	2	3	4	5

Seite 14

17) Es werden Beschuldigungen gegen Sie erhoben	1	2	3	4	5
18) Exzessive Überwachung Ihrer Arbeit	1	2	3	4	5
19) Druck etwas nicht zu beanspruchen, worauf man rechtlich Anspruch hat (z.B. Krankenstand, Urlaubsanspruch, Reisekosten)	1	2	3	4	5
20) Gegenstand exzessiver Hänselei und Sarkasmus sein	1	2	3	4	5
21) Unkontrollierbarem Arbeitspensum ausgesetzt	1	2	3	4	5
22) Androhung von Gewalt beziehungsweise physischer Misshandlung oder tatsächliche Misshandlung	1	2	3	4	5

23) Wurden Sie in der Arbeit gemobbt? Wir definieren Mobbing als eine Situation, in welcher sich ein oder mehrere Individuen beharrlich über eine Zeitdauer, selbst als die Empfangsseite negativer Handlungen von einer oder mehreren Personen wahrnehmen - in einer Situation, in der das Ziel des Mobbing Schwierigkeiten hat, sich gegen diese Handlungen zu verteidigen. Ein einmaliges Ereignis wird somit nicht von uns als Mobbing bezeichnet.

Unter Verwendung der oben angeführten Definition, bitte geben Sie an ob Sie in den letzten sechs Monaten, am Arbeitsplatz gemobbt wurden?

- Nein (weiter auf S.16)
- Ja, aber nur selten
- Ja, ab und zu
- Ja, mehrmals in der Woche
- Ja, beinahe täglich

24) Wenn Sie die vorangegangene Frage mit „Ja“ beantwortet haben, bitte kreuzen Sie im nachfolgenden an durch wen sie gemobbt wurden:

- Mein(e) unmittelbarer Vorgesetzte(r)
- Andere Vorgesetzte/Manager der Organisation
- KollegInnen
- Untergebene
- Kundschaft/PatientInnen/StudentInnen etc.
- Andere

25) Bitte geben Sie die Anzahl und das Geschlecht der TäterInnen an:

- Männliche Täter _____
- Weibliche Täterinnen _____

© Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Negative Acts Questionnaire - Revised.

7. Gewaltprävalenz im Erwachsenenalter

Jetzt geht es um Alltagssituationen innerhalb von Partnerschaft und Familie und um Ihre Erfahrungen in Beziehungen im Arbeitskontext.

Viele Menschen machen Erfahrungen, die sie als verletzend oder belastend empfinden. Hat Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr schon einmal jemand wegen Ihres Aussehens oder Auftretens, Ihrer Denk-, Verhaltens- oder Arbeitsweise abgewertet? Oder wurden Sie schon wiederholt gedemütigt, beschimpft, erniedrigt oder lächerlich gemacht?

1.	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Wie gesagt, denken Sie dabei bitte an Ihr gesamtes Leben seit dem Alter von 16 Jahren, auch wenn Sie die Erfahrungen vielleicht als nicht so schlimm betrachten. Wie oft haben Sie eine solche Erfahrung gemacht?	<input type="radio"/>				

2.	das ist mir schon passiert	habe mich so verhalten	ist mir weiter passiert, noch habe ich mich so verhalten
wiederholt beleidigt, eingeschüchert oder aggressiv angeschrien wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt schikaniert, gemobbt oder unterdrückt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benachteiligt wurden, zB. wegen Alter, Geschlecht, Aussehen oder Herkunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bedroht wurden oder Ihnen Angst gemacht wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erpreßt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verleumdet oder systematisch bei anderen schlecht gemacht wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychisch terrorisiert wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch häufige Eifersucht unter Druck gesetzt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanziell kontrolliert wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt verfolgt, bespitzelt oder Ihnen aufgelaurt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie entgegen Ihrem Willen wiederholt per Telefon, SMS oder E-Mail kontaktiert wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Kontakt zu Ihrer Familie oder Freunden untersagt bzw. zu verhindern versucht wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenstände absichtlich vor Ihnen zerstört oder Haustiere gequält wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu etwas gezwungen wurden, was Sie nicht wollten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jetzt geht es nur noch um die Handlungen, die Ihnen selbst passiert sind. Sagen Sie uns bitte, ob Sie diese Situationen als bedrohlich erlebt haben und ob Ihnen diese Situationen auch in den letzten drei Jahren passiert sind? Haben Sie das als bedrohlich erlebt oder ist Ihnen in den letzten drei Jahren passiert, dass Sie ...	Häufig als bedrohlich erlebt	Auch in den letzten 3 Jahren passiert
wiederholt beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt schikaniert, gemöbt oder unterdrückt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benachteiligt wurden, zB. wegen Alter, Geschlecht, Aussehen oder Herkunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bedroht wurden oder Ihnen Angst gemacht wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erpresst wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verleumdet oder systematisch bei anderen schlecht gemacht wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychisch terrorisiert wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch häufige Eifersucht unter Druck gesetzt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanziell kontrolliert wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt verfolgt, bespitzelt oder Ihnen aufgelauert wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie entgegen Ihrem Willen wiederholt per Telefon, SMS oder E-Mail kontaktiert wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Kontakt zu Ihrer Familie oder Freunden untersagt bzw. zu verhindern versucht wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenstände absichtlich vor Ihnen zerstört oder Haustiere gequält wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu etwas gezwungen wurden, was Sie nicht wollten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Unabhängig davon wie bedrohlich Sie diese Handlungen erlebt haben: Wann haben Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr diese Handlungen hauptsächlich erlebt?	
seit ich 16 Jahre alt bin	<input type="checkbox"/>
zwischen meinem 16. und 25. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
seit ich über 25 Jahre alt bin	<input type="checkbox"/>

5. In welchen Lebensbereichen und wie häufig haben Sie solche Handlungen seit Ihrem 16. Lebensjahr selbst erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
an öffentlich zugänglichen Orten (nicht oder kaum bekannte Personen)	<input type="checkbox"/>				
in der Arbeit bzw. Ausbildung	<input type="checkbox"/>				
in einer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>				
in der Familie	<input type="checkbox"/>				
im Freundes- und/oder Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>				
am Telefon	<input type="checkbox"/>				
im Internet	<input type="checkbox"/>				
in anderen Lebensbereichen, welchen	<input type="checkbox"/>				

6. Haben Sie diese Handlungen ausschließlich bzw. überwiegend von Männern, von Frauen oder von Personen beiderlei Geschlechts erfahren?	
ausschließlich von Männern	<input type="checkbox"/>
überwiegend von Männern	<input type="checkbox"/>
ausschließlich von Frauen	<input type="checkbox"/>
überwiegend von Frauen	<input type="checkbox"/>
von Männern und Frauen im gleichen Ausmaß	<input type="checkbox"/>

7. Handelte es sich dabei um ein und dieselbe Person oder um mehrere verschiedene Personen?	
ein und dieselbe Person	<input type="checkbox"/>
mehrere verschiedene Personen	<input type="checkbox"/>

8. Führten diese Handlungen zu einer oder mehreren der Folgen auf der Liste? Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.
Ja, führte zu diesen Folgen:

Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	<input type="checkbox"/>
Trennung vom Partner / von der Partnerin	<input type="checkbox"/>
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	<input type="checkbox"/>
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	<input type="checkbox"/>
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	<input type="checkbox"/>
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme einer Therapie / Beratung	<input type="checkbox"/>
medizinische Hilfe in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>
Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>
Andere Folgen (bitte notieren) _____	<input type="checkbox"/>

9. Denken Sie jetzt bitte an die Handlungen, die Sie in den letzten drei Jahren erlebt haben und schauen Sie sich die beiliegende Liste der relevanten Personen (Ausklappseite im A3-Format am Ende des Fragebogens) in aller Ruhe an.
Übertragen Sie bitte jene Personen in die folgenden Zeilen, welche die zuvor beschriebenen Handlungen ausgeführt haben, und geben Sie die Häufigkeit an.

	einmal	zwei- bis dreimal	Vier- bis zehnmal	häufiger
derzeitiger Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
derzeitiger Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ex-Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ex-Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigener Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigener Sohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefsohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stieftochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkelsohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkeltochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefschwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cousin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger männlicher Verwandter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige weibliche Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige männliche Person, die im selben Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige weibliche Person, die im selben Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freund / Bekannter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundin / Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere männliche unbekannte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere weibliche unbekannt Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieferant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieferantin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ihre Gesundheit: Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?

sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht

11. Wenn Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten Jahren beschreiben sollen, sind Sie der Meinung, Ihr Gesundheitszustand wurde viel besser, etwas besser, etwas schlechter, viel schlechter, oder blieb er etwa gleich?

viel besser etwas besser etwas schlechter viel schlechter in etwa gleich

12. Inwieweit können Sie Ihrer Überzeugung nach folgende Bereiche Ihres Lebens aktiv beeinflussen?	überhaupt nicht	ein bisschen	ziemlich	sehr
Ihre finanzielle Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Arbeitssituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihr Familienleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In der Familie, der Partnerschaft, aber auch im Bekannten- und Freundeskreis **sowie im Arbeitsleben** kann es manchmal zu handgreiflichen Auseinandersetzungen kommen.

13.	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Wie häufig haben Sie persönlich seit dem 16. Lebensjahr Situationen erlebt, in denen jemand Sie körperlich angegriffen hat, Sie zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten oder mit einem anderen Gegenstand geschlagen hat?	<input type="radio"/>				

14.	das ist mir schon passiert	das habe ich schon gemacht	ist mir weder passiert, noch habe ich es gemacht
Auf der folgenden Liste sind verschiedene Handlungen beschrieben. Sagen Sie uns bitte zu jeder Situation, ob Ihnen das schon passiert ist, Sie das schon mit einer anderen Person gemacht haben oder keines von beidem? Denken Sie bitte an die Zeit seit dem 16. Lebensjahr. Es ist mir schon passiert, dass...			
ich absichtlich weggestoßen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich eine leichte Ohrfeige bekam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich gebissen oder gekratzt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mein Arm umgedreht oder ich an den Haaren gezogen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich getreten, gestoßen oder hart angefasst wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich weggeschleudert oder gestoßen wurde, dass ich taumelte oder umgefallen bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ein Gegenstand nach mir geworfen wurde, der mich verletzen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich mit etwas geschlagen wurde, das mich verletzen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mir ernsthaft gedroht wurde, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mir ernsthaft mit dem Umbringen gedroht wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Fäusten auf mich eingeschlagen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich verprügelt oder zusammengeschlagen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich am Hals gepackt, zu erwürgen oder zu ersticken versucht wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heißem verbrannt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich mit einer Waffe, zum Beispiel einem Messer oder einer Pistole, bedroht wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich überfallen oder beraubt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich eingesperrt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich gefesselt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Jetzt geht es nur noch um die Handlungen, die Ihnen selbst passiert sind. Sagen Sie uns bitte, ob Sie diese Situationen als bedrohlich erlebt haben und ob Ihnen diese Situationen auch in den letzten drei Jahren passiert sind? Haben Sie das als bedrohlich erlebt oder ist Ihnen in den letzten drei Jahren passiert, dass ...	Häufig als bedrohlich erlebt	Auch in den letzten 3 Jahren passiert
ich absichtlich weggestoßen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich eine leichte Ohrfeige bekam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich gebissen oder gekratzt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mein Arm umgedreht oder ich an den Haaren gezogen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich getreten, gestoßen oder hart angefasst wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich weggeschleudert oder gestoßen wurde, dass ich taumelte oder umgefallen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Gegenstand nach mir geworfen wurde, der mich verletzen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich mit etwas geschlagen wurde, das mich verletzen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ernsthaft gedroht wurde, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ernsthaft mit dem Umbringen gedroht wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Fäusten auf mich eingeschlagen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich verprügelt oder zusammengeschlagen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich am Hals gepackt, zu erwürgen oder zu ersticken versucht wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heißem verbrannt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich mit einer Waffe, zum Beispiel einem Messer oder einer Pistole, bedroht wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich überfallen oder beraubt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich eingesperrt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich gefesselt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Unabhängig davon wie bedrohlich Sie diese Handlungen erlebt haben: Wann haben Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr diese Handlungen hauptsächlich erlebt?	
seit ich 16 Jahre alt bin	<input type="checkbox"/>
zwischen meinem 16. und 25. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
seit ich über 25 Jahre alt bin	<input type="checkbox"/>

17. In welchen Lebensbereichen und wie häufig haben Sie solche Handlungen seit Ihrem 16. Lebensjahr selbst erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nicht
an öffentlich zugänglichen Orten (nicht oder kaum bekannte Personen)	<input type="checkbox"/>				
in der Arbeit bzw. Ausbildung	<input type="checkbox"/>				
in einer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>				
in der Familie	<input type="checkbox"/>				
im Freundes- und/oder Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>				
in anderen Lebensbereichen, welchen	<input type="checkbox"/>				

18. Diese Übergriffe können an ganz unterschiedlichen Orten passieren. Wo haben Sie diese Handlungen auf Ihre Person überwiegend erlebt?	
in meiner Wohnung	<input type="checkbox"/>
in der Wohnung von anderen	<input type="checkbox"/>
auf der Straße	<input type="checkbox"/>
am Arbeitsplatz bzw. Ausbildungsplatz	<input type="checkbox"/>
in Lokalen, Restaurants etc.	<input type="checkbox"/>
im Auto	<input type="checkbox"/>
am Telefon	<input type="checkbox"/>
im Internet	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>

19. Wie haben Sie auf eine oder mehrere dieser Situationen reagiert? Bitte nennen Sie alles Zutreffende.	
ich bin wütend geworden	<input type="checkbox"/>
ich habe mich geschämt	<input type="checkbox"/>
ich fühlte mich hilflos	<input type="checkbox"/>
ich habe es ignoriert	<input type="checkbox"/>
ich habe mich nicht zu wehren getraut	<input type="checkbox"/>
wusste nicht, wie ich reagieren sollte	<input type="checkbox"/>
ich habe mich tatkräftig gewehrt	<input type="checkbox"/>
fühlte mich belastet	<input type="checkbox"/>
ich hatte Angst	<input type="checkbox"/>
ich habe mich mit Worten gewehrt	<input type="checkbox"/>
andere Reaktionen, welche	<input type="checkbox"/>
nichts davon	<input type="checkbox"/>

20. Haben Sie diese Handlungen ausschließlich bzw. überwiegend von Männern, von Frauen oder von Personen beiderlei Geschlechts erfahren?	
ausschließlich von Männern	<input type="radio"/>
überwiegend von Männern	<input type="radio"/>
ausschließlich von Frauen	<input type="radio"/>
überwiegend von Frauen	<input type="radio"/>
von Männern und Frauen im gleichen Ausmaß	<input type="radio"/>

21. Handelte es sich dabei um ein und dieselbe Person oder um mehrere verschiedene Personen?	
ein und dieselbe Person	<input type="radio"/>
mehrere verschiedene Personen	<input type="radio"/>

22. Hatten Sie infolge dieser Situation schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?			
	ne	einmal	mehrmals
blaue Flecken / Prellungen / Hämatome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
offene Wunden, zB. Schnittwunden, Hautabschürfungen, Verbrennungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verletzungen im genitalen Bereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauch- bzw. Magenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstauchungen, Zerrungen, Muskelfaserrisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochenbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbeinbruch, Zahnschäden, blaues Auge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehirnerschütterung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
innere Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fehlgeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Verletzungen (bitte notieren):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich hatte keine Verletzungen	<input type="radio"/>		

23. Hatten Sie in einer oder mehreren dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?	
ja, einmal	<input type="radio"/>
ja, mehrmals	<input type="radio"/>
nein	<input type="radio"/>

Seite 25

24. Führten diese Handlungen zu einer oder mehreren der Folgen auf der Liste? Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Ja, führte zu diesen Folgen:	
Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	<input type="radio"/>
Trennung vom Partner / von der Partnerin	<input type="radio"/>
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	<input type="radio"/>
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	<input type="radio"/>
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	<input type="radio"/>
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	<input type="radio"/>
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	<input type="radio"/>
Andere Folgen (bitte notieren)	<input type="radio"/>

25. Haben Sie infolge eines dieser Ereignisse schon einmal...		
	ja	nein
Medizinische Hilfe in Anspruch genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Polizei eingeschaltet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand anderer hat die Polizei oder das Jugendamt eingeschaltet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anzeige erstattet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Beratungsstelle bzw. einen Therapeuten/in aufgesucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich an eine Kriseneinrichtung gewendet, wie z.B. Gewaltschutzzentrum/Interventionsstelle/Frauenhaus/Krisenzentrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Denken Sie jetzt bitte an die Handlungen, die Sie in den letzten drei Jahren erlebt haben und schauen Sie sich die beiliegende Liste der relevanten Personen (Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens) in aller Ruhe an. Übertragen Sie bitte jene Personen in die folgenden Zellen, welche die zuvor beschriebenen Handlungen ausgeführt haben, und geben Sie die Häufigkeit an.				
	einmal	zwei- bis dreimal	Vier- bis zehnmals	häufiger
derzeitiger Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
derzeitiger Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ex-Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ex-Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigene Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigener Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stiefvater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stiefmutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eigener Sohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eigene Tochter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stiefsohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stieftochter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enkelsohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enkeltochter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 26

Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefschwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger männlicher Verwandter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige weibliche Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige männliche Person, die im selben Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige weibliche Person, die im selben Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freund / Bekannter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundin / Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere männliche unbekannte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere weibliche unbekannt Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieferant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieferantin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es kommt vor, dass sich Männer und Frauen im Alltag durch Bemerkungen, Berührungen oder Gesten sexuell bedrängt oder belästigt fühlen. Das kann auf der Straße oder an öffentlichen Orten sein, aber auch am Arbeitsplatz, in der Ausbildung oder im Studium sowie im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis.

27.	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Wie häufig haben Sie sich persönlich schon durch männliche oder weibliche Personen sexuell bedrängt oder belästigt geföhlt? Denken Sie bitte an die Zeit nach ihrem 16. Lebensjahr!	<input type="checkbox"/>				

28.	das ist mir schon passiert	das habe ich schon gemacht	ist mir weder passiert, noch habe ich es gemacht
Ort erinnert man sich nicht sofort an solche Situationen, deshalb sind auf der folgenden Liste verschiedene beschrieben. Ist Ihnen eine derartige Situation schon passiert, haben Sie das schon bei einer anderen Person gemacht, oder trifft nichts davon zu? Denken Sie bitte an die Zeit seit Ihrem 16. Lebensjahr. Habe schon erlebt, dass ...			
ich auf eine Art und Weise mit mir gesprochen wurde, die ich als sexuell belästigend empfand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir nachgegriffen oder ich angestarrt wurde und ich mich dadurch sexuell belästigt föhlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir in unpassenden Situationen, zB. in der Arbeit, Ausbildung oder im Studium, belästigende sexuelle Angebote gemacht wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir jemand zu nahe gekommen ist, sodass ich es als aufdringlich empfand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich über Telefon, E-Mail oder Brief sexuell belästigt oder bedrängt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich beröhrt oder zu küssen versucht wurde, obwohl ich es nicht wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich von jemandem mit sexuellen Absichten ungewollt verfolgt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich durch das Zeigen von pornografischen Bildern oder Nacktbilder belästigt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir zu verstehen gegeben wurde, dass es nachteilig für meine Zukunft oder mein berufliches Fortkommen wäre, wenn ich mich sexuell nicht auf ihn/sie einließe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich vor mir jemand entblöhrt und mich dadurch sexuell belästigt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich in andere Weise sexuell belästigt wurde, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Jetzt geht es nur noch um die Handlungen, die Ihnen selbst passiert sind. Sagen Sie uns bitte, ob Sie diese Situationen als bedrohlich erlebt haben und ob Ihnen diese Situationen auch in den letzten drei Jahren passiert sind? Haben Sie das als bedrohlich erlebt oder ist Ihnen in den letzten drei Jahren passiert, dass ...	habe ich als bedrohlich erlebt	auch in den letzten 3 Jahren passiert
ich auf eine Art und Weise mit mir gesprochen wurde, die ich als sexuell belästigend empfand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir nachgepöffelt oder ich angestarrt wurde und ich mich dadurch sexuell belästigt fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir in unpassenden Situationen, zB. in der Arbeit, Ausbildung oder im Studium, belästigende sexuelle Angebote gemacht wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir jemand zu nahe gekommen ist, sodass ich es als aufdringlich empfand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich über Telefon, E-Mail oder Brief sexuell belästigt oder bedrängt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich berührt oder zu küssen versucht wurde, obwohl ich es nicht wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich von jemandem mit sexuellen Absichten ungewollt verfolgt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich durch das Zeigen von pornografischen Bildern oder Nacktbilder belästigt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir zu verstehen gegeben wurde, dass es nachteilig für meine Zukunft oder mein berufliches Fortkommen wäre, wenn ich mich sexuell nicht auf ihn/sie einlasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich vor mir jemand entblößt und mich dadurch sexuell belästigt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich in andere Weise sexuell belästigt wurde, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Unabhängig davon wie bedrohlich Sie diese Handlungen erlebt haben: Wann haben Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr diese Handlungen hauptsächlich erlebt?	
seit ich 16 Jahre alt bin	<input type="checkbox"/>
zwischen meinem 16. und 25. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
seit ich über 25 Jahre alt bin	<input type="checkbox"/>

31. In welchen Lebensbereichen und wie häufig haben Sie solche Handlungen seit Ihrem 16. Lebensjahr selbst erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
an öffentlich zugänglichen Orten (nicht oder kaum bekannte Personen)	<input type="checkbox"/>				
in der Arbeit bzw. Ausbildung	<input type="checkbox"/>				
in einer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>				
in der Familie	<input type="checkbox"/>				
im Freundes- und/oder Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>				
am Telefon	<input type="checkbox"/>				
im Internet	<input type="checkbox"/>				
in anderen Lebensbereichen, welchen	<input type="checkbox"/>				

32. Wie haben Sie auf eine oder mehrere dieser Situationen reagiert? Bitte nennen Sie alles Zutreffende.	
ich bin wütend geworden	<input type="checkbox"/>
ich habe mich geschämt	<input type="checkbox"/>
ich fühlte mich hilflos	<input type="checkbox"/>
ich habe es ignoriert	<input type="checkbox"/>
ich habe mich nicht zu wehren getraut	<input type="checkbox"/>
wusste nicht, wie ich reagieren sollte	<input type="checkbox"/>
ich habe mich tatkräftig gewehrt	<input type="checkbox"/>
fühlte mich belastet	<input type="checkbox"/>
ich hatte Angst	<input type="checkbox"/>
ich habe mich mit Worten gewehrt	<input type="checkbox"/>
andere Reaktionen, welche	<input type="checkbox"/>
nichts davon	<input type="checkbox"/>

33. Haben Sie diese Handlungen ausschließlich bzw. überwiegend von Männern, von Frauen oder von Personen beiderlei Geschlechts erfahren?	
ausschließlich von Männern	<input type="checkbox"/>
überwiegend von Männern	<input type="checkbox"/>
ausschließlich von Frauen	<input type="checkbox"/>
überwiegend von Frauen	<input type="checkbox"/>
von Männern und Frauen im gleichen Ausmaß	<input type="checkbox"/>

34. Handelte es sich dabei um ein und dieselbe Person oder um mehrere verschiedene Personen?	
ein und dieselbe Person	<input type="checkbox"/>
mehrere verschiedene Personen	<input type="checkbox"/>

35. Führten eine oder mehrere dieser Situationen zu körperlichen Übergriffen oder ungewollten sexuellen Handlungen?	
ja, zu körperlichen Übergriffen	<input type="checkbox"/>
wenn ja, einmal	<input type="checkbox"/>
wenn ja, öfters	<input type="checkbox"/>
ja, zu ungewollten sexuellen Handlungen	<input type="checkbox"/>
wenn ja, einmal	<input type="checkbox"/>
wenn ja, öfters	<input type="checkbox"/>
nein, zu nichts von alledem	<input type="checkbox"/>

36. Führten diese Handlungen zu einer oder mehreren der Folgen auf der Liste? Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Ja, führte zu diesen Folgen:	
Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	<input type="checkbox"/>
Trennung vom Partner / von der Partnerin	<input type="checkbox"/>
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	<input type="checkbox"/>
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	<input type="checkbox"/>
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	<input type="checkbox"/>
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	<input type="checkbox"/>
Andere Folgen (bitte notieren)	<input type="checkbox"/>

37. Haben Sie infolge eines dieser Ereignisse schon einmal...		
	ja	nein
Medizinische Hilfe in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Polizei eingeschaltet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand anderer hat die Polizei oder das Jugendamt eingeschaltet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Beratungsstelle bzw. einen Therapeuten/in aufgesucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich an eine Kriseneinrichtung gewendet, wie z.B. Gewaltschutzzentrum/Interventionsstelle/Frauenhaus/Krisenzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Denken Sie jetzt bitte an die Handlungen, die Sie in den letzten drei Jahren erlebt haben und schauen Sie sich die beiliegende Liste der relevanten Personen (Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens) in aller Ruhe an. Übertragen Sie bitte jene Personen in die folgenden Zeilen, welche die zuvor beschriebenen Handlungen ausgeführt haben, und geben Sie die Häufigkeit an.				
	einmal	zwei- bis dreimal	Vier- bis zehnmal	häufiger
derzeitiger Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
derzeitiger Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ex-Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ex-Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigener Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigener Sohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefsohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stieftochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkelsohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enkeltochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefschwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger männlicher Verwandter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige weibliche Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige männliche Person, die im selben Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige weibliche Person, die im selben Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freund / Bekannter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundin / Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
männliche unbekannte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weibliche unbekannt Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieferant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieferantin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um unerwünschte sexuelle Handlungen, wie sie Frauen und Männer durch bekannte oder auch unbekannte männliche und weibliche Personen erfahren können. Oft erinnert man sich nicht sofort an solche Erlebnisse, da sie verdrängt oder nicht erinnert werden oder weil es schwer fällt, über intime Ereignisse zu sprechen.

39. Zunächst geht es um ungewollte sexuelle Handlungen, die Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr erlebt haben, auch wenn diese aus Ihrer Sicht vielleicht nicht so schlimm waren.	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Wie häufig haben Sie seit diesem Alter ungewollte sexuelle Handlungen erlebt, zu denen Sie von männlichen oder weiblichen Personen gedrängt wurden oder zu denen Sie psychisch oder moralisch unter Druck gesetzt wurden?	<input type="radio"/>				

40. Oft fällt es schwer, sich zu solchen Ereignissen zu äußern. Auf der folgenden Liste sind einige Handlungen beschrieben. Versuchen Sie sich bitte daran zu erinnern, ob Sie eine oder mehrere dieser Handlungen seit dem 16. Lebensjahr einmal, mehrmals oder nie erlebt haben. Wenn Sie diese Handlungen erlebt haben, war das auch in den letzten drei Jahren? Haben Sie dies seit dem 16. Lebensjahr einmal, mehrmals oder nie erlebt?	nie	einmal	mehrmals	in den letzten 3 Jahren	
Jemand hat mich intim berührt oder gestreichelt, obwohl ich gesagt oder gezeigt habe, dass ich dies nicht möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand hat mich zu sexuellen Handlungen genötigt, die ich nicht wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand hat versucht, gegen meinen Willen in meinen Körper einzudringen oder mich zum Geschlechtsverkehr zu nötigen. Es kam aber nicht dazu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jemand ist gegen meinen Willen mit einem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. In welchen Lebensbereichen und wie häufig haben Sie solche Handlungen seit Ihrem 16. Lebensjahr selbst erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
an öffentlich zugänglichen Orten (nicht oder kaum bekannte Personen)	<input type="radio"/>				
in der Arbeit bzw. Ausbildung	<input type="radio"/>				
in einer Partnerschaft	<input type="radio"/>				
in der Familie	<input type="radio"/>				
im Freundes- und/oder Bekanntenkreis	<input type="radio"/>				
in anderen Lebensbereichen, welchen	<input type="radio"/>				

42. Diese Übergriffe können an ganz unterschiedlichen Orten passieren. Wo haben Sie diese Handlungen auf Ihre Person überwiegend erlebt?	
in meiner Wohnung	<input type="radio"/>
in der Wohnung von anderen	<input type="radio"/>
auf der Straße	<input type="radio"/>
am Arbeitsplatz bzw. Ausbildungsplatz	<input type="radio"/>
in Lokalen, Restaurants etc.	<input type="radio"/>
im Auto	<input type="radio"/>
am Telefon	<input type="radio"/>
im Internet	<input type="radio"/>
andere	<input type="radio"/>

43. Wie haben Sie auf eine oder mehrere dieser Situationen reagiert? Bitte nennen Sie alles Zutreffende.	
ich bin wütend geworden	<input type="radio"/>
ich habe mich geschämt	<input type="radio"/>
ich fühlte mich hilflos	<input type="radio"/>
ich habe es ignoriert	<input type="radio"/>
ich habe mich nicht zu wehren getraut	<input type="radio"/>
wusste nicht, wie ich reagieren sollte	<input type="radio"/>
ich habe mich tatkräftig gewehrt	<input type="radio"/>
fühlte mich belastet	<input type="radio"/>
ich hatte Angst	<input type="radio"/>
ich habe mich mit Worten gewehrt	<input type="radio"/>
andere Reaktionen, welche	<input type="radio"/>
nichts davon	<input type="radio"/>

44. Haben Sie diese Handlungen ausschließlich bzw. überwiegend von Männern, von Frauen oder von Personen beiderlei Geschlechts erfahren?	
ausschließlich von Männern	<input type="radio"/>
überwiegend von Männern	<input type="radio"/>
ausschließlich von Frauen	<input type="radio"/>
überwiegend von Frauen	<input type="radio"/>
von Männern und Frauen im gleichen Ausmaß	<input type="radio"/>

45. Handelte es sich dabei um ein und dieselbe Person oder um mehrere verschiedene Personen?	
ein und dieselbe Person	0
mehrere verschiedene Personen	0

46. Hatten Sie infolge einer oder mehrerer dieser Situationen schon einmal eine oder mehrere der folgenden körperlichen Verletzungen?	ne	einmal	mehrmals
blaue Flecken / Prellungen / Hämatome	0	0	0
offene Wunden, zB. Schnittwunden, Hautabschürfungen, Verbrennungen	0	0	0
Verletzungen im genitalem Bereich	0	0	0
Bauch- bzw. Magenschmerzen	0	0	0
Verstauchungen, Zerrungen, Muskelfaserrisse	0	0	0
Knochenbrüche	0	0	0
Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbeinbruch, Zahnschäden, blaues Auge)	0	0	0
Gehirnerschütterung	0	0	0
Schmerzen	0	0	0
Innere Verletzungen	0	0	0
Fehlgeburt	0	0	0
andere Verletzungen (bitte notieren): _____	0	0	0
Ich hatte keine Verletzungen	0	0	0

47. Hatten Sie in einer oder mehreren dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?	
ja, einmal	0
ja, mehrmals	0
nein	0

48. Führten diese Handlungen zu einer oder mehreren der Folgen auf der Liste? Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft. Ja, führte zu diesen Folgen:	
Umzug bzw. Auszug aus der Wohnung	0
Trennung vom Partner / von der Partnerin	0
Scheidung vom Partner / von der Partnerin	0
Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin	0
Abbruch des Kontaktes zu Freunden bzw. Bekannten	0
Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes	0
Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium	0
Andere Folgen (bitte notieren) _____	0

49. Haben Sie infolge eines dieser Ereignisse schon einmal....	ja	nein
Medizinische Hilfe in Anspruch genommen	0	0
Die Polizei eingeschaltet	0	0
Jemand anderer hat die Polizei oder das Jugendamt eingeschaltet	0	0
Anzeige erstattet	0	0
Eine Beratungsstelle bzw. einen Therapeuten/in aufgesucht	0	0
Sich an eine Kriseneinrichtung gewendet, wie z.B. Gewaltschutzzentrum/Interventionsstelle/Frauenhaus/Krisenzentrum	0	0

50. Denken Sie jetzt bitte an die Handlungen, die Sie in den letzten drei Jahren erlebt haben und schauen Sie sich die beiliegende Liste der relevanten Personen (Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens) in aller Ruhe an. Übertragen Sie bitte jene Personen in die folgenden Zeilen, welche die zuvor beschriebenen Handlungen ausgeführt haben, und geben Sie die Häufigkeit an.	einmal	zwei- bis dreimal	vier- bis zehnmal	häufiger
derzeitiger Partner	0	0	0	0
derzeitiger Partnerin	0	0	0	0
Ex-Partner	0	0	0	0
Ex-Partnerin	0	0	0	0
Eigene Mutter	0	0	0	0
Eigener Vater	0	0	0	0
Stiefvater	0	0	0	0
Stiefmutter	0	0	0	0
eigener Sohn	0	0	0	0
eigene Tochter	0	0	0	0
Stiefsohn	0	0	0	0
Stieftochter	0	0	0	0
Enkelsohn	0	0	0	0
Enkeltochter	0	0	0	0
Bruder	0	0	0	0
Schwester	0	0	0	0
Stiefbruder	0	0	0	0
Stiefschwester	0	0	0	0
Großvater	0	0	0	0
Großmutter	0	0	0	0
Onkel	0	0	0	0
Tante	0	0	0	0
Cousin	0	0	0	0
Cousine	0	0	0	0
Sonstiger männlicher Verwandter	0	0	0	0
Sonstige weibliche Verwandte	0	0	0	0
Sonstige männliche Person, die im selben Haushalt lebt	0	0	0	0
Sonstige weibliche Person, die im selben Haushalt lebt	0	0	0	0
Freund / Bekannter	0	0	0	0

Freundin / Bekannte	0	0	0	0
Nachbar	0	0	0	0
Nachbarin	0	0	0	0
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	0	0	0	0
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	0	0	0	0
männliche unbekannte Person	0	0	0	0
weibliche unbekannte Person	0	0	0	0
Arbeitskollege	0	0	0	0
Arbeitskollegin	0	0	0	0
Mitarbeiter	0	0	0	0
Mitarbeiterin	0	0	0	0
Chef	0	0	0	0
Chefin	0	0	0	0
Kunde	0	0	0	0
Kundin	0	0	0	0
Lieferant	0	0	0	0
Lieferantin	0	0	0	0

im Original: Kapella, O. & Schröttle, M. (2011). Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen: Unter besonderer Berücksichtigung von Schwierigkeiten und belastenden Situationen.

8. Gewaltprävalenz im Kindheitsalter

Jetzt geht es um Alltagssituationen innerhalb von Partnerschaft und Familie.

Viele Menschen machen Erfahrungen, die sie als verletzend oder belastend empfinden.

Auch Kinder und Jugendliche machen in der Familie oder im sozialen Umfeld Erfahrungen, die sie als verletzend oder belastend erleben. Im Folgenden geht es um körperliche, psychische und/oder sexualisierte Übergriffe, die sie in ihrer Kindheit bzw. Jugend bis zu ihrem 16. Lebensjahr erlebt haben.

1. Haben Sie in Ihrer Kindheit bzw. in Ihrer Jugend (bis zum 16. Lebensjahr) folgende Handlungen bzw. Situationen erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Demütigungen, wie z.B.: vor anderen bloß gestellt, gehänselt oder lächerlich gemacht werden.	0	0	0	0	0
angebrüllt oder beschimpft werden	0	0	0	0	0
von Vater oder Mutter als Ersatz für den Partner bzw. die Partnerin verwendet werden.	0	0	0	0	0
körperliche oder seelische Vernachlässigung	0	0	0	0	0
Liebesentzug	0	0	0	0	0

2. Wie häufig haben Sie solche Handlungen bzw. Situationen in Ihrer Kindheit bzw. Jugend (bis zu Ihrem 16. Lebensjahr) in den folgenden Lebensbereichen erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
in der Familie	0	0	0	0	0
in der Nachbarschaft	0	0	0	0	0
in der Schule	0	0	0	0	0
im Internet	0	0	0	0	0
in der Lehre/Arbeit	0	0	0	0	0
im Freundeskreis	0	0	0	0	0
im Internet	0	0	0	0	0
am Telefon	0	0	0	0	0
in anderen Lebensbereichen	0	0	0	0	0

3. Schauen Sie sich bitte die beiliegende Liste der relevanten Personen (Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens) in aller Ruhe an und sagen Sie uns, durch welche Personen Sie die zuvor beschriebenen Situationen und Handlungen konkret in ihrer Kindheit oder Jugend erlebt haben? Übertragen Sie bitte jene Personen in die folgenden Zeilen, welche die zuvor beschriebenen Handlungen ausgeführt haben, und geben Sie die Häufigkeit an.

	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Eigene Mutter	<input type="checkbox"/>				
Eigener Vater	<input type="checkbox"/>				
Stiefvater	<input type="checkbox"/>				
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>				
Bruder	<input type="checkbox"/>				
Schwester	<input type="checkbox"/>				
Stiefbruder	<input type="checkbox"/>				
Stiefschwester	<input type="checkbox"/>				
Großvater	<input type="checkbox"/>				
Großmutter	<input type="checkbox"/>				
Onkel	<input type="checkbox"/>				
Tante	<input type="checkbox"/>				
Cousin	<input type="checkbox"/>				
Cousine	<input type="checkbox"/>				
Sonstiger männlicher Verwandter	<input type="checkbox"/>				
Sonstige weibliche Verwandte	<input type="checkbox"/>				
Sonstige männliche Person, die im Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>				
Sonstige weibliche Person, die im Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>				
Freund / Bekannte	<input type="checkbox"/>				
Freundin / Bekannte	<input type="checkbox"/>				
Nachbar	<input type="checkbox"/>				
Nachbarin	<input type="checkbox"/>				
Mitschüler	<input type="checkbox"/>				
Mitschülerin	<input type="checkbox"/>				
Lehrer	<input type="checkbox"/>				
Lehrerin	<input type="checkbox"/>				
Pfarrer	<input type="checkbox"/>				
Pfarrerin	<input type="checkbox"/>				
Betreuer z.B. Sporttrainer, bei den Pfadfindern, im Heim	<input type="checkbox"/>				
Betreuerin z.B. Sporttrainerin, bei den Pfadfindern, im Heim	<input type="checkbox"/>				
andere männliche unbekannte Person	<input type="checkbox"/>				
andere weibliche unbekannte Person	<input type="checkbox"/>				
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>				
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>				

4. Wie sieht es mit den folgenden Handlungen und Situationen aus? Haben Sie diese in Ihrer Kindheit bzw. in Ihrer Jugend (bis zum 16. Lebensjahr) erlebt?

	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Leichte körperliche Übergriffe, wie z.B. Leichte Ohrfeige, weggeschubst werden, Klaps auf den Po	<input type="checkbox"/>				
Schwerere körperliche Übergriffe, wie z.B. Schläge mit einem Gegenstand, verprügelt werden	<input type="checkbox"/>				
eingesperrt worden sein	<input type="checkbox"/>				

5. Wie häufig haben Sie solche Handlungen bzw. Situationen in Ihrer Kindheit bzw. Jugend (bis zum 16. Lebensjahr) in den folgenden Bereichen erlebt?

	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
in der Familie	<input type="checkbox"/>				
in der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>				
in der Schule	<input type="checkbox"/>				
im Internet	<input type="checkbox"/>				
in der Lehre/Arbeit	<input type="checkbox"/>				
im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>				
im Internet	<input type="checkbox"/>				
am Telefon	<input type="checkbox"/>				
in anderen Lebensbereichen	<input type="checkbox"/>				

6. Schauen Sie sich bitte die beiliegende Liste der relevanten Personen (Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens) in aller Ruhe an und sagen Sie uns, durch welche Personen Sie die zuvor beschriebenen Situationen und Handlungen konkret in Ihrer Kindheit oder Jugend erlebt haben? Übertragen Sie bitte jene Personen in die folgenden Zeilen, welche die zuvor beschriebenen Handlungen ausgeführt haben, und geben Sie die Häufigkeit an.	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Eigene Mutter	<input type="checkbox"/>				
Eigener Vater	<input type="checkbox"/>				
Stiefvater	<input type="checkbox"/>				
Stiefmutter	<input type="checkbox"/>				
Bruder	<input type="checkbox"/>				
Schwester	<input type="checkbox"/>				
Stiefbruder	<input type="checkbox"/>				
Stiefschwester	<input type="checkbox"/>				
Großvater	<input type="checkbox"/>				
Großmutter	<input type="checkbox"/>				
Onkel	<input type="checkbox"/>				
Tante	<input type="checkbox"/>				
Cousin	<input type="checkbox"/>				
Cousine	<input type="checkbox"/>				
Sonstiger männlicher Verwandter	<input type="checkbox"/>				
Sonstige weibliche Verwandte	<input type="checkbox"/>				
Sonstige männliche Person, die im Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>				
Sonstige weibliche Person, die im Haushalt lebt	<input type="checkbox"/>				
Freund / Bekannter	<input type="checkbox"/>				
Freundin / Bekannte	<input type="checkbox"/>				
Nachbar	<input type="checkbox"/>				
Nachbarin	<input type="checkbox"/>				
Mitschüler	<input type="checkbox"/>				
Mitschülerin	<input type="checkbox"/>				
Lehrer	<input type="checkbox"/>				
Lehrerin	<input type="checkbox"/>				
Pfarrer	<input type="checkbox"/>				
Pfarrerin	<input type="checkbox"/>				
Betreuer z.B. Sporttrainer, bei den Pfadfindern, im Heim	<input type="checkbox"/>				
Betreuerin z.B. Sporttrainerin, bei den Pfadfindern, im Heim	<input type="checkbox"/>				
andere männliche unbekannte Person	<input type="checkbox"/>				
andere weibliche unbekannte Person	<input type="checkbox"/>				
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>				
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört	<input type="checkbox"/>				

7. Abschließend noch einige Handlungen und Situationen hinsichtlich möglicher sexueller Übergriffe. Haben Sie diese in Ihrer Kindheit bzw. Jugend (bis zum 16. Lebensjahr) erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Bemerkungen bzw. Beobachtungen, die Sie sexuell bedrängt oder belästigt haben	<input type="checkbox"/>				
Körperliche Berührungen die sexuell belästigend oder bedrängend waren	<input type="checkbox"/>				
Sexuelle Handlungen, die an Ihnen vorgenommen wurden	<input type="checkbox"/>				

8. Wie häufig haben Sie solche Handlungen bzw. Situationen in Ihrer Kindheit bzw. Jugend (bis zum 16. Lebensjahr) in den folgenden Lebensbereichen erlebt?	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
in der Familie	<input type="checkbox"/>				
in der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>				
in der Schule	<input type="checkbox"/>				
im Internat	<input type="checkbox"/>				
in der Lehre/Arbeit	<input type="checkbox"/>				
im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>				
im Internet	<input type="checkbox"/>				
am Telefon	<input type="checkbox"/>				
in anderen Lebensbereichen	<input type="checkbox"/>				

9. Waren die Personen, durch die Sie diese Handlungen erfahren haben, Kinder, Jugendliche oder Erwachsene?	
Kinder (bis 14 Jahre)	<input type="checkbox"/>
Jugendliche (bis 18 Jahre)	<input type="checkbox"/>
Erwachsene (über 18 Jahre)	<input type="checkbox"/>

10. Schauen Sie sich bitte die beiliegende Liste der relevanten Personen (Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens) in aller Ruhe an und sagen Sie uns, durch welche Personen Sie die zuvor beschriebenen Situationen und Handlungen konkret in Ihrer Kindheit oder Jugend erlebt haben? Übertragen Sie bitte jene Personen in die folgenden Zeilen, welche die zuvor beschriebenen Handlungen ausgeführt haben, und geben Sie die Häufigkeit an.	häufig	gelegentlich	selten	einmal	nie
Eigene Mutter	0	0	0	0	0
Eigener Vater	0	0	0	0	0
Stiefvater	0	0	0	0	0
Stiefmutter	0	0	0	0	0
Bruder	0	0	0	0	0
Schwester	0	0	0	0	0
Stiefbruder	0	0	0	0	0
Stiefschwester	0	0	0	0	0
Großvater	0	0	0	0	0
Großmutter	0	0	0	0	0
Onkel	0	0	0	0	0
Tante	0	0	0	0	0
Cousin	0	0	0	0	0
Cousine	0	0	0	0	0
Sonstiger männlicher Verwandter	0	0	0	0	0
Sonstige weibliche Verwandte	0	0	0	0	0
Sonstige männliche Person, die im Haushalt lebt	0	0	0	0	0
Sonstige weibliche Person, die im Haushalt lebt	0	0	0	0	0
Freund / Bekannter	0	0	0	0	0
Freundin / Bekannte	0	0	0	0	0
Nachbar	0	0	0	0	0
Nachbarin	0	0	0	0	0
Mitschüler	0	0	0	0	0
Mitschülerin	0	0	0	0	0
Lehrer	0	0	0	0	0
Lehrerin	0	0	0	0	0
Pfarrer	0	0	0	0	0
Pfarrerin	0	0	0	0	0
Betreuer z.B. Sporttrainer, bei den Pfadfindern, im Heim	0	0	0	0	0
Betreuerin z.B. Sporttrainerin, bei den Pfadfindern, im Heim	0	0	0	0	0
andere männliche unbekannte Person	0	0	0	0	0
andere weibliche unbekannte Person	0	0	0	0	0
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenzirkel gehört	0	0	0	0	0
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenzirkel gehört	0	0	0	0	0

11. Haben Sie infolge eines dieser Ereignisse in Ihrer Kindheit bzw. Jugend, egal ob bei körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt schon einmal....	ja	nein
Medizinische Hilfe in Anspruch genommen	0	0
Die Polizei eingeschaltet	0	0
Jemand anderer hat die Polizei oder das Jugendamt eingeschaltet	0	0
Anzeige erstattet	0	0
Eine Beratungsstelle bzw. einen Therapeuten/in aufgesucht	0	0
Sich an eine Kriseneinrichtung gewandt, wie z.B. Kinderschutzzentrum	0	0
Sich an Ihre Eltern gewandt	0	0
Sich an andere erwachsene Personen gewandt	0	0
Sich an Freunde bzw. Freundinnen gewandt	0	0

© Im Original: Kapella, O. & Schröttle, M. (2011). Fragebogen zu Familien- und Paarbeziehungen: Unter besonderer Berücksichtigung von Schwierigkeiten und belastenden Situationen.

9. ACE Fragebogen

Denken Sie beim Beantworten dieser Fragen an die Zeit vor Ihrem 16. Geburtstag. Für diese Fragen haben Sie die Möglichkeit mit ja oder nein zu antworten. Falls Sie bei der Beantwortung unangenehme Gefühle oder Gedanken haben sollten, können Sie sich direkt an Ihre/n BetreuerIn wenden. Er wird für Sie da sein und ein Gespräch mit Ihnen führen.

		ja	nein
1.	Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie oft oder sehr oft...		
	...beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oder		
	...so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie oft oder sehr oft...		
	...gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oder		
	...Sie jemals so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie jemals...		
	...auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oder		
	...oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder tatsächlich gehabt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass...		
	...niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonders?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oder		
	...Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass...		
	...Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oder		
	...Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Verloren Sie jemals ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie verlassen hat, oder aus anderen Gründen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 45

7.	Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter...		
	...oft oder sehr oft gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr oeworfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oder		
	...manchmal, oft oder sehr oft getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	oder		
	...jemals über mindestens einigen Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© 2009, Ingo Schärer, Katja Wingenfeld und Carsten Spitzer, Universität Hamburg

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen so ehrlich und ausführlich zu beantworten. Wir schätzen Ihre persönliche Meinung und würden uns über Notizen freuen, falls Sie Anregungen haben oder Ihnen noch etwas Relevantes eingefallen ist.

Besten Gruß

Astrid Russ und Irene Zahrl

Seite 46

Liste der relevanten Personen

Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens

Liste der relevanten Personen
Ausklappseite im A3 Format am Ende des Fragebogens
derzeitiger Partner
derzeitiger Partnerin
Ex-Partner
Ex-Partnerin
Eigene Mutter
Eigener Vater
Stiefvater
Stiefmutter
eigener Sohn
eigene Tochter
Stiefsohn
Stieftochter
Enkelsohn
Enkeltochter
Bruder
Schwester
Stiefbruder
Stiefschwester
Großvater
Großmutter
Onkel
Tante
Cousin
Cousine
Sonstiger männlicher Verwandter

Sonstige weibliche Verwandte
Sonstige männliche Person, die im selben Haushalt lebt
Sonstige weibliche Person, die im selben Haushalt lebt
Freund / Bekannter
Freundin / Bekannte
Nachbar
Nachbarin
weibliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört
männliche bekannte Person, die nicht zur Familie, zum Freundes oder Bekanntenkreis gehört
andere männliche unbekannte Person
andere weibliche unbekannt Person
Arbeitskollege
Arbeitskollegin
Mitarbeiter
Mitarbeiterin
Chef
Chefin
Kunde
Kundin
Lieferant
Lieferantin

BSI -18 – Brief Symptom Inventory

Die Selbsteinschätzung erfolgt über eine fünfstufige Skalierung, 0 bedeutet, dass man durch die beschriebene Symptomatik überhaupt nicht, 1 ein wenig, 2 ziemlich, 3 stark und schließlich 4 sehr stark, innerhalb der letzten sieben Tage, gestört oder bedrängt wurde. So lautet die Fragestellung dazu: **Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ...**

	0	1	2	3	4
	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
1	Ohnmachts- und Schwindelgefühlen				
2	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren				
3	Nervosität oder innerem Zittern				
4	Herz- oder Brustschmerzen				
5	Einsamkeitsgefühlen				
6	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein				
7	Übelkeit oder Magenverstimmung				
8	Schwermut				
9	plötzlichem Erschrecken ohne Grund				
10	Schwierigkeiten beim Atmen				
11	Dem Gefühl, wertlos zu sein				
12	Schreck- oder Panikanfällen				
13	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen				
14	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft				
15	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können				
16	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen				
17	Gedanken, sich das Leben zu nehmen				
18	Furchtsamkeit				

Ethics Review



Vienna, June 1th, 2016

Subject: Ethics Review

Dear Astrid Russ and Irene Zahl,

I am pleased to inform you that the Research Ethics Committee (REC) of the Austrian Academy of Psychology (AAP) has reviewed and approved your ethics application "*Potential effects of violence experienced during adulthood on psychological and somatic symptoms of rehabilitation patients, with a particular focus on violence experienced at the workplace*" and "*Effects of violence experienced on psychological and physical stress symptoms in adult rehabilitation patients*". No changes are required.

Please note that the approval of AAP's Research Ethics committee (REC) does **not** act as an alternative for the ethical evaluation for pharmaceutical products or medical treatment in Austria. For these cases, the approval of the responsible Ethics committees according the appropriate Austrian acts has to be given (AMG, LeitEKV, MPG, KAKuG, GTG, StrSchG, MedStrSchV, BSG, FMedG).

If any further information is required please do not hesitate to contact us.

Sincerely,

Dipl.-Ing. Dr. Martin Nechtelberger
Chair, Research Ethics Committee



Österreichische Akademie für Psychologie (AAP)
Angewandte Psychologie und Forschung GmbH
1020 Wien, Vereinsgasse 15
Internet: www.aap.co.at, www.aap.ac.at
Tel.: 01 / 406 73 70

Klinische Psychologie - Gesundheitspsychologie - Weiterbildungslehrgänge und Seminarreihen in der Psychologie und angrenzenden Bereichen

Vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur anerkannter Qualitätsanbieter in der Erwachsenenbildung (Ö-Cert)
Staatlich anerkannte Einrichtung nach §9 Abs.1 Psychologengesetz 2013; AAP GmbH, Vereinsgasse 15, 1020 Wien
Homepage: www.aap.ac.at, Email: office@aap.ac.at, Tel.: +43-1-406 73 70, Fax: +43-1-406 73 71, UID ATU49308707, FB185928z



Angaben über die Autorin

FH-Hon. Prof. Mag.^a (FH) Mag.^a Astrid Russ

PERSÖNLICHE DATEN

Name Astrid Russ (geb. Hemmer)
geboren am 24. Juni 1977

Staatsbürgerschaft Österreich
Führerschein A, B

AUSBILDUNG

08/14-09/22 **Doktoratsstudium Psychologie** University Nicosia
02/21-10/21 **Notfallpsychologie** GKPP
01/14-12/14 **Klinische- und Gesundheitspsychologin** AAP, Wien
09/99-06/03 berufsbegleitende **Fachhochschule:** WKW, Wien
Unternehmensführung & Management
09/98-07/99 Kolleg für **Wirtschaftsingenieurwesen** TGM, Wien
Speziallehrgang für **Qualitätsmanagement**
10/95-12/01 **Studium der Psychologie** Universität Wien

BERUFSERFAHRUNG

08/05-dato Gründung und **Geschäftsführung** von **Inside-In. Consulting im Lebensraum Job** mit den Geschäftsschwerpunkten Unternehmensberatung, Training, Coaching und Arbeitspsychologie

07/09-10/10 **Teamleiterin Corporate Human Resources: Strategische Personalentwicklung und Personalmarketing**

Österreichische Bundesbahnen-Holding AG

- **Strategische Personalentwicklung** (Koordination sämtlicher PE-Maßnahmen im ÖBB-Konzern, Entwicklung und Evaluierung, Vertretung des ÖBB-Konzerns nach außen)
- **Strategisches Personalmarketing** (Entwicklung der ArbeitgeberInnenmarke, interne und externe Kommunikation, Messe-, Veranstaltungs- und Kooperationsplanung sowie Durchführung, Drucksorten und Streuartikelentwicklung und -freigabe)
- **Werteorientierte Unternehmensführung** (Code of Conduct, Initiative diverser Projekte/Themen – Arbeit und Behinderung, Umgang mit Social Media, Unternehmensdarstellung im Intranet, Richtlinien, ...)
- **Operative Personalentwicklung und Recruiting** für MitarbeiterInnen der ÖBB-Holding AG und Vorstandsausschreibungen
- **ArbeitnehmerInnenschutz** für MitarbeiterInnen der ÖBB-Holding AG

01/06-08/09 **Leiterin Human Resource Operations: Entwicklung & Bildung**

Österreichische Bundesbahnen-DLG GmbH

konzernweite Personalentwicklung & gewerberechtl. Geschäftsführung

(inhaltliche, disziplinarische und budgetäre Verantwortung)

- **Lehrlingswesen** (konzernweit 1870 Lehrlinge und rund 100 AusbilderInnen: Entwicklung neuer Berufsbilder, Ausbildungsplanung, Restrukturierung aller 11 Lehrwerkstätten österreichweit, Investitionsplanung, Aufnahmeverfahren)
- **Programme und Training** (rund 150.000 Teilnehmertage/Jahr; Konzeption und Umsetzung von Personalentwicklungsprogrammen, Bildungsangebot für den Gesamtkonzern, Ausschreibungen und Vergabeverfahren, Bildungscontrolling)
- ÖBB-spezifische **Fachausbildung** und Querschnittsausbildungen (Leitung der Bildungszentren, diskriminierungsfreies Bildungsangebot für Privatbahnen, Restrukturierung der ÖBB-spezifischen Fachausbildung und Überführung in einzelne ÖBB-Gesellschaften)
- **Psychologie & Diagnostik** (Grundsätze der Auswahl im Recruitingprozess, Abstimmung mit der Arbeitsmedizin, Analyse, Evaluierung, Validierung, Begleitung, Notfallintervention, ÖBB-Helpline)
- **Organisationsentwicklung** (Leitung div. Projekte: Change-Management im „neuen“ ÖBB-Konzern, Leitbildprozess ÖBB-Konzern, Entwicklung Führungsgrundsätze, jährliche Managementtage, MitarbeiterInnentage; Mitarbeit Organisation „ÖBB-DLG neu“; Strategische Konzern- und Gesellschaftsprojekte)

- 01/03-12/05 **Selbständige Unternehmensberaterin, Arbeitspsychologin und Coach**
- 10/03-12/05 **Gründung und Geschäftsführung des ZOOM Institut** mit den Geschäftsschwerpunkten Unternehmensberatung, Training und Coaching.
- 07/99-12/02 **Consultant & Coach**

Psychologische Leiterin Hill Individuell

Hill International

- **PE/OE-Projekte** (Unternehmenskulturanalysen, Evaluierungen Mitarbeiterbefragungen, Bildungsbedarfs- und Wissensstromanalyse)
- **Unternehmensberatung** in den Bereichen: Personal, Arbeitsrecht, Kultur, Strategie, Marketing und Qualitätsmanagement
- Individualberatung: **Berufsberatung, Karrierecoaching,**
- **Recruiting** (Ablauforganisation, Inserate, strukturierte Interviews, psychologische Testung, Präsentation)
- Organisation und Durchführung von **internationalen Trainings**
- Entwicklung von **Testsystemen** und **Potenzialanalysen**
- **PR** und Messeauftritte, **Marketing und Trendforschung**

LEKTORIN, VORTRAGSTÄTIGKEIT

ab 09/01 **Lektorentätigkeit bzw. inhaltlich – organisatorische Aufgaben**

- **Akademie f. d. physiotherapeutischen Dienst** am Wilhelminenspital der Stadt Wien (Diplomarbeitsbetreuung, Lektorin)
- **Donau-Universität Krems** (Z. f. Mngm. u. Q. im Gesundheitswesen) (inhaltliche Konzeption, TrainerInnenstaffing und Vortragstätigkeit)
- **Fachhochschulen**
 Fachhochschule **Campus Wien**
 Fachhochschule **Joanneum** Graz
 Fern Fachhochschule **Ferdinand Porsche** Wiener Neustadt
 Fachhochschule **St. Pölten,**
 Fachhochschule **Technikum** Wien,
 Fachhochschule **FHWien Unternehmensführung**
- **Pädagogisches Institut der Stadt Wien** (inhaltliche Konzeption und Vortragstätigkeit)
- **Universitätslehrgang** für Krankenhausmanagement (inhaltliche Konzeption und Vortragstätigkeit)

WEITERE QUALIFIKATIONEN

- Sprachen:** Deutsch (Familiensprache)
Englisch, Französisch
- EDV:** MS Office, SPSS, Statistika, SAP-VM
- Weiterbildung:** Rhetorik, Stimm- und Sprechtechnik, Kommunikationstechniken
Supervision, Mediation, Coaching, Arbeitspsychologie
Führung, Teamführung und Motivation
Projekt- und Prozessmanagement

Zertifizierungen/Abschlüsse:

- 05/22 Verleihung FH-Hon. Professorin
- 10/21 Notfallpsychologie
- 12/14 Klinische- und Gesundheitspsychologin
- 04/14 allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige für
Arbeitspsychologie, Organisationspsychologie (bis 2020)
- 10/13 Certified Business Trainer und Coach nach ISO/IEC 17024
- 10/12 Gender Zertifikat
- 02/12 Akkreditierung zum CSR-Expert (WKO)
- 11/11 Wirtschaftscoach
- 09/11 Abschluss: Ausbildung zum Aufsichtsrat und Stiftungsrat
- 06/11 Abschluss: Konflikt – und Mobbingberaterin
- 12/06 Ausbilderprüfungszeugnis für die Lehrlingsausbildung
- 01/03 Gewerbeschein Unternehmensberatung einschließlich
Unternehmensorganisation
- 09/02 Arbeitspsychologin