Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Sexueller Missbrauch

Partizipative Modelle der gesellschaftlichen Aufarbeitung und Innovationen in der therapeutischen Versorgung Betroffener

Publikationsbasierte Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie (Dr. biol. hum.)
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Miriam Rassenhofer

Ulm

2016

Amtierender Dekan:	Prof. Dr. Thomas Wirth
1. Gutachter:	Prof. Dr. Jörg M. Fegert
2. Gutachter:	Prof. Dr. Thomas Becker
3. Gutachter:	Prof. Dr. Tobias Banaschewski
Tag der Promotion:	28.10.2016

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen ..... *VI*

Abbildungsverzeichnis ..... *VI*

I Vorwort 1

II Synopse 3

1 Hintergrund 3

1.1 Epidemiologie 4

1.1.1 Prävalenz sexuellen Missbrauchs 4

1.1.2 Häufigkeitsentwicklung sexuellen Missbrauchs 8

1.2 Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs 9

1.2.1 Kurzfristige Folgen sexuellen Missbrauchs 10

1.2.2 Mittel- und langfristige Folgen sexuellen Missbrauchs 10

1.2.3 Resilienz nach sexuellem Missbrauch 12

1.2.4 Multifaktorielles Modell der Ätiologie von Folgeerscheinungen 13

1.3 Interventionen und Versorgung nach sexuellem Missbrauch 14

1.4 Critical Incident Reporting Systems 17

1.5 Gesellschaftliche Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs 18

1.5.1 Deutscher Aufarbeitungsprozess ab 2010 und Begleitforschungsprojekt . 18

2 Fragestellungen und Ziele 26

3 Ergebnisse 29

3.1 Entwicklung und Implementierung eines geeigneten Datensammlungsinstruments für die Begleitforschung 29

3.2 Durchführbarkeit, Sinnhaftigkeit sowie gesellschaftliche Auswirkungen eines partizipativen Ansatzes in der Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs 30

3.3 Kompatibilität und Notwendigkeit zweier komplementärer CIRS 32

3.4 Von Betroffenen berichtete Folgeerscheinungen und Bewertung des Versorgungssystems 33

3.5 Sexueller Missbrauch in kirchlichen und nichtkirchlichen Institutionen 34

3.6 Effektivität von Frühinterventionen nach Gewalterfahrungen 35

4 Diskussion 38

4.1 Limitationen 44

4.2 Fazit und Ausblick 45

5 Zusammenfassung 47

6 Literatur 48

III Publikationen 54

1 Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland 54

2 Listening to victims: Use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany 67

3 Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs 79

4 Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen 88

5 Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: A retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany 96

6 Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen - Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz 109

IV Danksagung 121

V Lebenslauf 123

VI Publikationsliste 124

Abkürzungen

BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMJ	Bundesministerium der Justiz
CICA	Commission to Inquire into Child Abuse (Irische Untersuchungskommission sexueller Missbrauchsfälle)
CIRS	Critical Incident Reporting System (Berichtssystem für kritische Vorfälle)
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
GG	Grundgesetz
ISPCAN	International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
M	Mean (Mittelwert)
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RTKM	Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“
SD	Standard deviation (Standardabweichung)
StGB	Strafgesetzbuch
UBSKM	Unabhängige(r) Beauftragte(r) zur Aufarbeitung/zu Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich weltweiter und europäischer Prävalenzangaben mit 85 %-Konfidenzintervall für sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung (Sethi et al., 2013, S. 18) 7

Abbildung 2: Die Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen (Schmid et al., 2010, S. 49) 12

Abbildung 3: Multifaktorielles Modell der Ätiologie von Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs (nach König & Fegert, 2008, S. 455) 14

Abbildung 4: Hilfeprozess in der Versorgung sexuell missbrauchter Kinder und Jugendlicher (Stermoljan & Fegert, 2015, S. 253) 16
Abbildung 5: Funktionsweise eines Critical Incident Reporting Systems (nach Fegert et al., 2010, S. 138) 17
Abbildung 6: Die Arbeit des Runden Tisches und der Unabhängigen Beauftragten in einer chronologischen Übersicht (Runder Tisch, 2012, S. 7) 20
Abbildung 7: Schematische Darstellung des Critical Incident Reporting Systems der Unabhängigen Beauftragten 22
Abbildung 8: Anzahl der Anrufe bei der Anlaufstelle pro Tag (aus Gründen der Darstellung unter Vernachlässigung der Tage mit Spitzenwerten direkt nach Kampagnenstart und direkt nach der Präsentation des Abschlussberichts) (nach Fegert et al., 2013b, S. 114) 24
Abbildung 9: Vergleich der Anzahl schwerer, fortgesetzter Missbrauchsfälle in deutschen Datensätzen (nach Fegert et al., 2013b, S. 238) 40

I VORWORT

„Ich möchte gerne, dass Sie, wenn Sie noch mehr Information haben, eine Studie veröffentlichen. Eine Studie wie Ihre kann dazu beitragen, dass das Ganze differenzierter untersucht werden kann."

(Betroffene/r bei der Telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten)

Viele Jahre lang war sexueller Missbrauch ein Randthema der medizinisch-psychologischen sowie der sozialwissenschaftlichen Forschung und wurde wenig beachtet sowie selten untersucht. Gleichzeitig galt sexueller Missbrauch in der Gesellschaft lange als Tabuthema. Betroffene wurden stigmatisiert, bekamen häufig zumindest einen Teil der Verantwortung selbst zugeschrieben bzw. wurden als nicht glaubhaft dargestellt. Die Versorgung Betroffener begann sich zwar mit dem Aufbau einer Beratungsszene ab den 1980er Jahren langsam zu entwickeln, blieb jedoch mangelhaft hinsichtlich der Anzahl der Fachberatungsstellen, der Zugänglichkeit für Betroffene sowie der finanziellen Absicherung der Beratungsstellen. Erst im Winter des Jahres 2010, als erwachsene Männer, ehemalige Schüler des Canisius-Kollegs, einer in der Öffentlichkeit als „Eliteinternat" wahrgenommenen Schule des Jesuitenordens, sich an die Öffentlichkeit wandten und offen aussprachen, als Kinder und Jugendliche in ihrer Schule von Patres sexuell missbraucht worden zu sein, wendete sich das Blatt. Die Medien stürzten sich auf das Thema, Berichte von weiteren Missbrauchsfällen häuften sich – das gesellschaftliche und auch das politische Bewusstsein waren geweckt. Die vorliegende publikationsbasierte Dissertation bezieht sich auf den im Anschluss daran stattfindenden wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Aufarbeitungsprozess sowie die daraus resultierenden Entwicklungen. Der Schwerpunkt liegt auf der Darstellung eines Forschungsprojekts an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Politik. Dieses beinhaltete die Untersuchung des innovativen Ansatzes der Beteiligung Betroffener an der Aufarbeitung sowie der fachlichen Auswirkungen des Prozesses auf den Umgang mit und die Versorgung von Betroffenen. Der Großteil der Daten, Ergebnisse und Publikationen entstand im Rahmen der Begleitforschung zur Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), Dr. Christine Bergmann. Ein weiterer Teil der

Daten sowie eine Publikation resultiert aus einem aus dem Aufarbeitungsprozess hervorgehenden Folgeprojekt, einem durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderten Forschungsprojekt zur Versorgung von Opfern von Gewalttaten.

Die Dissertation basiert auf drei deutsch- sowie drei englischsprachigen Publikationen, die in Fachzeitschriften mit Peer-Review (*Child Abuse and Neglect*, *BioMed Central Public Health*, *Nervenheilkunde*, *Kindheit und Entwicklung* sowie *Der Psychotherapeut*) erschienen sind. Die folgende Synopse stellt die einzelnen Artikel in den Gesamtzusammenhang und verdeutlicht die Gesamtkonzeption des Forschungsvorhabens mit dem Hauptprojekt der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Anlaufstelle der UBSKM und des sich direkt daraus ergebenden Folgeprojekts zu Frühinterventionen in Traumaambulanzen. Im Einleitungskapitel wird der theoretische Hintergrund zur Epidemiologie sexuellen Missbrauchs, Folgeerscheinungen und Versorgung Betroffener erläutert sowie der deutsche Aufarbeitungsprozess und die Entstehungsgeschichte der vorliegenden Daten und Ergebnisse dargestellt. Es schließt sich die Skizzierung der Fragestellungen der Dissertation sowie der Zielsetzungen der einzelnen Beiträge an. Auf die Zusammenfassung der sechs Publikationen folgen die kritische Diskussion der Ergebnisse sowie Fazit und Ausblick bezüglich der Fragestellungen für Praxis und weitere Forschung.

II SYNOPSE

1 Hintergrund

Sexueller Kindesmissbrauch ist ein Phänomen, das vermutlich ähnlich alt ist wie die Menschheit selbst. Seit es schriftliche Aufzeichnungen gibt, werden darin auch sexuelle Übergriffe auf Kinder erwähnt. Aus Schriften der Antike erfahren wir beispielsweise, dass man dem römischen Kaiser Tiberius sexuelle Handlungen an Knaben und kleinen, noch nicht entwöhnten Kindern nachsagte (Suetonius Tranquillus, 1993, S. 213). Wurde dies damals wenig hinterfragt und als gegeben hingenommen, so hat sich die gesellschaftliche Haltung und Einstellung solchen Handlungen gegenüber im Lauf der Geschichte deutlich verändert. Sexuelle Handlungen an Kindern sind moralisch geächtet, gelten als Form der Gewalt und werden in den meisten Ländern, so auch in Deutschland, strafrechtlich verfolgt und geahndet. Es existieren unterschiedliche Definitionen sexuellen Missbrauchs aus verschiedenen Bereichen und Disziplinen, so z. B. juristische und sozialwissenschaftliche Begriffsbestimmungen. Eine einheitliche, Disziplinen-übergreifende Definition liegt in Deutschland noch nicht vor. Die World Health Organization (WHO) hat zum Ziel der Vereinheitlichung 2006 gemeinsam mit der International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) folgende Definition formuliert:

> Sexual abuse is defined as the involvement of a child in sexual activity that he or she does not fully comprehend, is unable to give informed consent to, or for which the child is not developmentally prepared, or else that violates the laws or social taboos of society. Children can be sexually abused by both adults and other children who are – by virtue of their age or stage of development – in a position of responsibility, trust or power over the victim.
>
> (Butchart et al., 2006, S. 10)

Kernpunkte dieser Definition sind die wissentliche Einwilligung in das Geschehen, die Kinder und Jugendliche aufgrund ihres Entwicklungstands nicht zu geben vermögen, sowie das Machtgefälle zwischen missbrauchender Person und betroffenen Kindern bzw. Jugendlichen. Die Definition berücksichtigt verschiedene Kontexte, in denen sexueller Missbrauch stattfinden kann: Innerhalb der Familie, in Institutionen aber auch durch Fremdtäter bzw. Fremdtäterinnen oder Gleichaltrige. Aus diesem Grund wurde diese Definition für die vorliegende Arbeit ausgewählt und einem neueren Definitionsansatz des US-amerikanischen National Centers of Disease Control and Prevention (Leeb et al., 2008) vorgezogen, der sich rein auf „caregivers“ (S. 14), also Bezugs- und Betreuungspersonen, als missbrauchende Personen beschränkt.

Hinsichtlich der konkreten Missbrauchshandlungen wird kriminologisch häufig in sogenannte Hands-off- und Hands-on-Taten untergliedert. Hands-off-Taten geschehen ohne Körperkontakt. Hierzu gehören Exhibitionismus, Voyeurismus, das gemeinsame Ansehen oder Anfertigen von pornographischen Darstellungen sowie sexuelle Belästigung über neue Medien. Letztere Art der sexuellen Gewalt, die hauptsächlich in sozialen Netzwerken oder Chats stattfindet, hat durch die verbreitete Nutzung dieser Medien in den letzten Jahren sprunghaft zugenommen und dadurch eine neue Qualität sowie stärkere Gewichtung und Folgenschwere entwickelt (z. B. Kloess et al., 2014; Whittle et al., 2013). Hands-on-Taten beinhalten direkten Körperkontakt. Sexueller Missbrauch mit penetrativen Handlungen, sprich dem Einführen von Penis, Finger, Zunge oder Gegenständen in Genital- oder Analbereich gilt nach kriminologischen Gesichtspunkten als die schwerwiegendste Form von Hands-on-Taten.

1.1 Epidemiologie

1.1.1 Prävalenz sexuellen Missbrauchs

Präzise Aussagen über die Auftretenshäufigkeit sexuellen Missbrauchs sind schwierig zu treffen. Es gibt verschiedene Ansätze, sich dem Ausmaß zu nähern, die jeweils unterschiedliche Stärken und Schwächen aufweisen.

Hellfeld-Statistiken beruhen auf offiziell registrierten, systematisch erfassten Fällen. Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) verzeichnet der Polizei bekannt gewordene Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs, die durch sie endbearbeitet wurden. Für 2014 nennt die PKS 12.134 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs (Bundeskriminalamt, 2015) bezogen auf Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren (§§ 176, 176a, 176b StGB). Nach einem Anstieg der Inzidenz in der Zeit von 2009 bis 2012 zeigte sich 2014 das zweite Mal in Folge ein Absinken der Fallzahl. Zu beachten ist, dass diese Zahlen von der Anzeigebereitschaft der Betroffenen sowie ihrer Familien abhängen, und nicht zur Anzeige gebrachte Fälle hierin per definitionem nicht berücksichtigt sind, das Ausmaß demnach deutlich unterschätzt wird. Eine weitere Hellfeld-Statistik ist seit 2012 im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt. Diese dokumentiert Gefährdungseinschätzungen seitens des Jugendamts gemäß §8a Absatz 1 SGB VIII. Für das Jahr 2014 werden hier insgesamt 124.213 Verfahren der Gefährdungseinschätzung angeführt, wobei in 41.049 Fällen eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung festgestellt wurde (Statistisches Bundesamt, 2015). Sexuelle Gewalt wurde hierbei in insgesamt 1.904 Fällen benannt. Diese systematische Dokumentation von Gefährdungseinschätzungen in der Kinder- und Jugendhilfe liefert wertvolle Daten über sexuellen Kindesmissbrauch sowie generell über die Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. Bei der Einordnung der Fallzahlen ist jedoch die fehlende konkrete Operationalisierung der Misshandlungsformen im Gesetzestext, der Einbezug von Verdachtsfällen, die Formulierung des Kindeswohls als Prognosefrage sowie die Tatsache, dass ausschließlich dem Jugendamt bekannt gewordene Fälle und Verdachtsfälle berücksichtigt werden, zu beachten.

Demgegenüber stehen *Dunkelfeldstudien*, die zum Ziel haben, die Häufigkeit sexuellen Missbrauchs unter Berücksichtigung nicht offiziell bekannt gewordener Fälle, des sogenannten Dunkelfelds, zu schätzen. Zumeist handelt es sich hierbei um retrospektive Befragungen von Erwachsenen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass hierbei Informationen zur Situation vor mehreren Jahren oder auch Jahrzehnten erfasst werden. Weiterhin sind es die bekannten Nachteile retrospektiver Befragungen, wie Erinnerungsverzerrungen und Vermeidungs- bzw. Verdrängungsprozesse, die die Validität der Ergebnisse beeinträchtigen (Hardt & Rutter, 2004). Auch hier ergeben sich demnach nur ungefähre Schätzungen der wahren Größenordnung des Vorkommens von sexuellem Missbrauch in der Bevölkerung. Die Angaben schwanken dabei abhängig von

verwendeten Definitionen sexuellen Missbrauchs sowie von der Methodik der Stichprobenauswahl und Datenerhebung stark. So fand Finkelhor (1994) in einem weltweit ersten internationalen Vergleich von Studien zu sexuellem Missbrauch aus 20 verschiedenen Ländern Prävalenzraten von 7 % bis 36 % für Mädchen sowie von 3 % bis 29 % für Jungen. Auch in aktuelleren internationalen Meta-Analysen zeigen sich diese großen Varianzen (Barth et al., 2013; Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011). Die generelle Größenordnung des Vorkommens entspricht sich jedoch in diesen Arbeiten. Stoltenborgh et al. (2011) berichten eine kombinierte Prävalenz sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren aus 331 Stichproben mit insgesamt knapp 10 Millionen Teilnehmenden von 11,8 %. Die WHO stellte in ihrem europäischen Bericht zur Prävention von Kindesmisshandlung einen Vergleich zwischen weltweiten und europäischen Prävalenzschätzungen für sexuellen Missbrauch sowie körperliche und emotionale Misshandlung dar (Sethi et al., 2013). Hierin zeigte sich bezüglich sexuellen Missbrauchs eine signifikant niedrigere Prävalenz für Mädchen in Europa als für Mädchen weltweit. Für Jungen ergab sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied (siehe Abbildung 1).

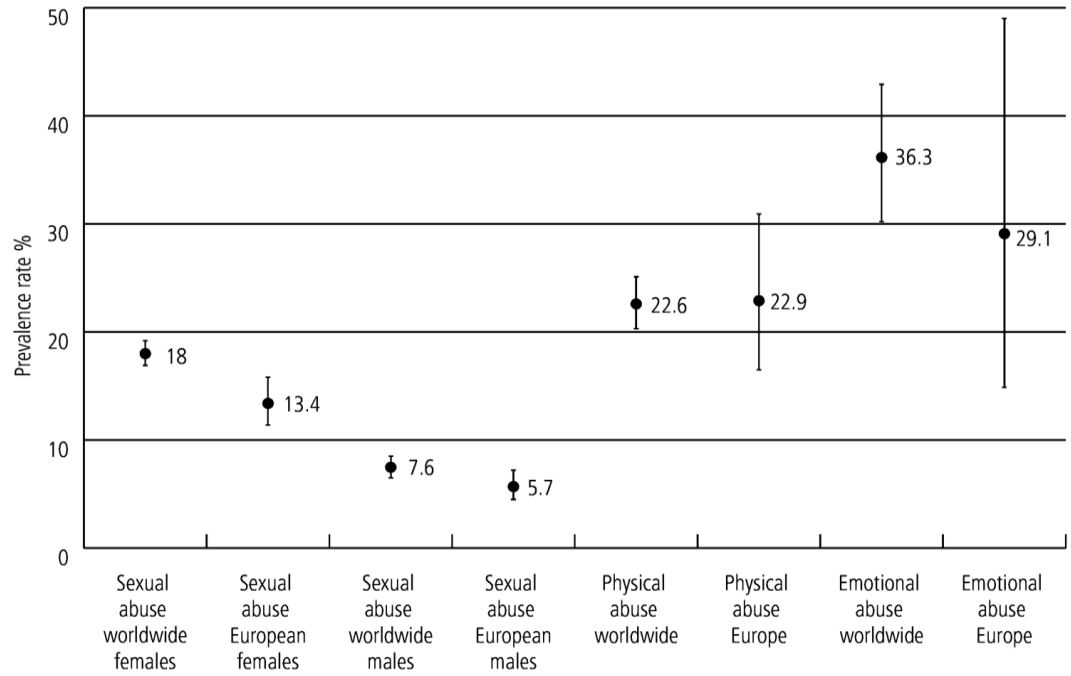

Abbildung 1: Vergleich weltweiter und europäischer Prävalenzangaben mit 85 %-Konfidenzintervall für sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung (Sethi et al., 2013, S. 18)

Auch für Deutschland ergaben sich in den wenigen existierenden epidemiologischen Untersuchungen Zahlen, die den internationalen Ergebnissen entsprechen. So fanden Häuser und Kollegen (2011) bei der retrospektiven Befragung einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe von Erwachsenen und Jugendlichen ab 14 Jahren (N=2.504) eine Prävalenz sexuellen Missbrauchs in Kindheit und Jugend von 12,7 %. Eine weitere repräsentative Befragung von 9.175 deutschstämmigen Erwachsenen, die 2011 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) durchgeführt wurde, ergab eine Prävalenz sexuellen Missbrauchs von 6,2 % bei einer angesetzten Schutzaltersgrenze von 16 Jahren (Bieneck et al., 2011). Bezüglich der Einordnung der Prävalenzen ist bei bevölkerungsrepräsentativen Stichproben jedoch zu beachten, dass Risikogruppen für sexuellen Missbrauch, wie etwa Heimkinder, häufig unterrepräsentiert sind. Für die KFN-Studie aus dem Jahr 2011 erfolgte mit Hilfe der Dortmunder Jugendhilfestatistik eine Quantifizierung der Unterrepräsentation: In der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe befanden sich vier ehemalige Heimkinder, was anhand des Vergleichs mit der Jugendhilfestatistik eine deutliche Unterrepräsentation (weniger als 1:1000) darstellt.

Diese Unterrepräsentation von Heimkindern kommt vor allem in der jüngsten Altersgruppe der untersuchten Stichprobe zum Tragen (Bieneck et al., 2011, S. 8). Eine Unterschätzung der Prävalenz sexuellen Missbrauchs, vor allem in jener jüngsten Altersgruppe, erscheint durch diese Vernachlässigung der Risikogruppe als wahrscheinlich.

Vergleicht man Hellfeld-Statistiken mit Dunkelfeldstudien, findet man eine deutliche Unterschätzung des Phänomens im Hellfeld. Über das genaue Ausmaß dieser Unterschätzung sind jedoch unter anderem aufgrund der noch lückenhaften Erfassung im Versorgungssystem, z. B. einer noch fehlenden systematischen Erfassung im medizinischen Bereich, sowie methodischer Schwankungen von Dunkelfeldstudien keine Aussagen möglich (Jud et al., 2016). Um konkrete Aussagen treffen zu können, sind im Hellfeld systematische Erfassungen sowie ein regelmäßiges Monitoring erstrebenswert. Weiterhin sollten zur Erforschung des Dunkelfelds Populationsstudien mit Jugendlichen in Deutschland durchgeführt werden, um Hinweise auf die aktuelle Situation zu erhalten.

In Untersuchungen, die mehrere verschiedene Misshandlungsformen parallel erheben, wie beispielsweise die bereits erwähnte Studie von Häuser und Kollegen (2011), zeigt sich, dass sexueller Missbrauch zumeist mit anderen Formen gemeinsam auftritt. Teilweise findet man ein zeitlich versetztes, teilweise ein gleichzeitiges Auftreten verschiedener Arten von Misshandlung (Finkelhor, 2008; Finkelhor et al., 2009).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass trotz der Schwierigkeiten der Erfassung des Ausmaßes und der Häufigkeitsentwicklung in Hell- und Dunkelfeld sich vielfach bestätigt hat, dass sexueller Missbrauch ein globales, im Prozentbereich vorkommendes und somit ein von der Größenordnung her einer Volkskrankheit entsprechendes Problem ist. Durchgängig finden sich Hinweise, dass Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen, und dass sexueller Missbrauch zumeist mit anderen Formen der Kindesmisshandlung gemeinsam auftritt.

1.1.2 Häufigkeitsentwicklung sexuellen Missbrauchs

Bislang existieren nur einige wenige *Längsschnitt- oder Trendstudien*, die sich auf die Entwicklung der Häufigkeit sexuellen Missbrauchs im zeitlichen Verlauf fokussieren (z. B. Finkelhor & Jones, 2006; Sedlak et al., 2010; Finkelhor & Jones, 2012). In den

bestehenden, zumeist US-amerikanischen, Trendstudien ergeben sich Hinweise auf einen Rückgang der Häufigkeit sexuellen Missbrauchs. Die Tatsache, dass auch im Hellfeld, beispielsweise in Kriminalstatistiken oder administrativen Datensätzen, Rückgänge in den Fallzahlen sexuellen Missbrauchs zu verzeichnen sind, deutet laut den Autoren darauf hin, dass es sich um einen echten Rückgang, nicht nur um methodische oder definitorische Artefakte handelt. Inwiefern jedoch ein verändertes Melde- und Anzeigeverhalten oder eine veränderte Auskunftsbereitschaft bei Befragungen zugrunde liegt, kann aufgrund der momentanen Datenlage nicht beantwortet werden. Auch die bereits erwähnte deutsche retrospektive Repräsentativbefragung zu sexuellem Kindesmissbrauch des KFN, die sich an eine bereits bestehende KFN-Befragung aus den 1990er Jahren (Wetzels, 1997) anlehnte und als Ansatz zur Untersuchung der Häufigkeitsentwicklung die aktuellen mit den damaligen Ergebnissen verglich, fand einen Rückgang der Häufigkeit sexuellen Missbrauchs (Stadler et al., 2012). Hierbei ist jedoch kritisch anzumerken, dass die beiden ungefähr 20 Jahre auseinander liegenden Befragungen auf unterschiedlichen Definitionen sexuellen Missbrauchs basierten, so dass ein direkter Vergleich methodisch problematisch erscheint. Die Autoren ergänzten das Ergebnis mit einem Altersgruppenvergleich innerhalb der aktuellen Stichprobe, der ebenfalls ein geringeres Vorkommen sexuellen Missbrauchs in den jüngeren Altersgruppen ergab (Stadler et al., 2012). Hierbei sind Kohorten-spezifische Gedächtnisprozesse, Bewertungsvorgänge sowie Definitionsauslegungen als methodische Schwierigkeiten bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Frage nach einem tatsächlichen Rückgang der Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs bleibt also weiterhin umstritten.

1.2 Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs

Sexueller Missbrauch ist ein traumatisches Kindheitserlebnis, das die Vulnerabilität für körperliche und psychische Beeinträchtigungen bis ins Erwachsenenalter hinein erhöht (z. B. Hillberg et al., 2011; Spataro et al., 2004; Teicher & Samson, 2013). Die konkreten Auswirkungen auf Betroffene sind vielfältig und unspezifisch. Ein eindeutiges „Missbrauchssyndrom“ gibt es nicht (z. B. Kendall-Tackett et al., 1993), und es kann somit auch nicht von der Symptomatik einer Person auf einen verursachenden sexuellen Missbrauch geschlossen werden.

1.2.1 Kurzfristige Folgen sexuellen Missbrauchs

In der direkten Folge sexuellen Missbrauchs können Kinder und Jugendliche eine Vielzahl psychischer Symptome wie beispielsweise Ängste, Gereiztheit oder Aggression, Rückzugsverhalten, innere Unruhe und Hyperaktivität entwickeln. Dies stellt zunächst eine normale Reaktion auf ein traumatisches, die Betroffenen hinsichtlich ihrer Bewältigungsmöglichkeiten überforderndes Ereignis dar und kann sich innerhalb von Tagen oder Wochen von selbst zurückbilden (Goldbeck, 2015). Auf der körperlichen Ebene sind als kurzfristige Folgeerscheinungen eines Missbrauchs Verletzungen, vor allem im Genitalbereich, sexuell übertragbare Krankheiten sowie ggf. eine Schwangerschaft zu nennen (Herrman et al., 2002).

1.2.2 Mittel- und langfristige Folgen sexuellen Missbrauchs

Bilden sich akute Belastungssymptome nicht von selbst zurück, sondern chronifizieren, können Betroffene im mittel- und langfristigen Verlauf Anpassungs- oder posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln. Jedoch sind, wie bereits oben erwähnt, auch unspezifische, nicht per se auf ein auslösendes Ereignis zurückzuführende Formen psychischer Störungen wie affektive, Angst- und Zwangs-, somatoforme oder auch Persönlichkeitsstörungen sowie Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit bei Betroffenen sexuellen Missbrauchs zu finden. Eine irische Studie, innerhalb derer 274 erwachsene, in ihrer Kindheit von sexuellem Missbrauch in Institutionen betroffene Personen anhand klinischer Interviews untersucht wurden, fand einen Anteil von 80 % der Befragten, die unter psychiatrischen Störungen litten (Carr et al., 2010). Bei der Gruppe der Personen, die nicht nur innerhalb einer Institution, sondern zusätzlich auch noch in der Familie missbraucht worden waren, ergab sich ein noch höherer Anteil. Eine prospektive Längsschnittstudie mit einer neuseeländischen Geburtenkohorte von mehr als 900 Personen zeigte, dass das Erleben sexuellen Missbrauchs in Kindheit und Jugend das Risiko, im Alter von 25 Jahren an psychischen Störungen wie bspw. Depressionen, Ängsten oder auch Suizidgedanken zu leiden, um das 2,4-fache erhöht (Fergusson et al., 2008). Fünf Jahre später ergaben sich in derselben Kohortenstudie attributable Risiken für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter zwischen 5,7 % und 16,6 % bei in Kindheit bzw. Jugend erlebtem sexuellem Missbrauch (Fergusson et al., 2013). Im Rahmen einer

Kohortenstudie in Australien wurden die Krankenakten von knapp 2.800 sexuell missbrauchten Kindern über zwölf bis 43 Jahre hinweg (1964-1993) ausgewertet und mit nach Altersgruppe und Geschlecht gematchten Kontrollpersonen aus der Allgemeinbevölkerung verglichen (Cutajar et al., 2010). Es zeigte sich, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund von psychischen Problemen bei Betroffenen sexuellen Missbrauchs 3,65-mal höher war als bei den Kontrollpersonen. Ein Anteil von 7,83 % der Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist laut den Autoren auf sexuellen Missbrauch zurückzuführen.

Auch in Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten bestätigte sich, dass sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend ein unspezifischer Risikofaktor für psychische sowie körperliche Beeinträchtigungen oder Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie psychosoziale Schwierigkeiten bis ins Erwachsenenalter ist (z. B. Hillberg et al., 2011; Lindert et al., 2014; Maniglio, 2009; Nelson et al., 2012; Paolucci et al., 2001). Es ist davon auszugehen, dass Traumafolgen nicht ereignis- sondern alters- bzw. entwicklungsspezifisch sind und sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien unterschiedlich auswirken bzw. zeigen (De Bellis, 2001; Schmid et al., 2010; Schmid et al., 2013; siehe Abbildung 2).

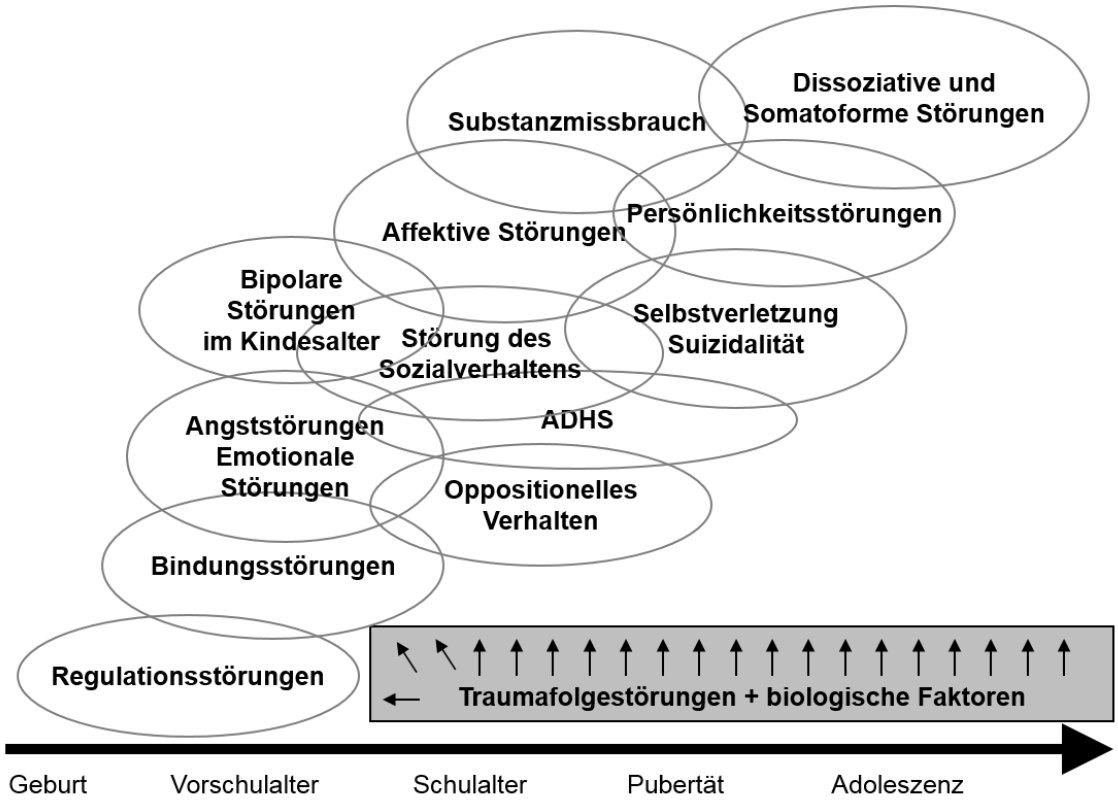

Abbildung 2: Die Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen (Schmid et al., 2010, S. 49)

1.2.3 Resilienz nach sexuellem Missbrauch

Bei der Darstellung von Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil Betroffener keine chronischen Beeinträchtigungen entwickelt. Eine Literaturübersicht zu Resilienz nach sexuellem Missbrauch ergab prozentuale Anteile von Betroffenen ohne psychosoziale Funktionseinschränkungen nach sexuellem Missbrauch zwischen 10 % und 53 % (Domhardt et al., 2014). Schutzfaktoren mit der besten empirischen Evidenz sind laut den Autoren soziale Unterstützung durch die Familie sowie das Umfeld. Ferner wirken hohe Ausprägungen von sozialer Kompetenz, Emotionsregulationsfähigkeiten, Kontroll-überzeugungen, aktiven Coping-Mechanismen, Optimismus, sozialem Eingebundensein, Bildung sowie externalem Attribuieren von Schuld protektiv (Domhardt et al., 2014). Dies deckt sich mit einer weiteren Übersichtsarbeit zu Resilienz nach Misshandlungen in Kindheit und Jugend allgemein, die ergab, dass Stabilität im familiären und sozialen Umfeld sowie unterstützende Beziehungen durchgängig mit Resilienz nach Misshandlung einhergingen (Afifi & MacMillan, 2011).

1.2.4 Multifaktorielles Modell der Ätiologie von Folgeerscheinungen

König und Fegert postulierten 2005 ein auf der transaktionalen Stresstheorie nach Lazarus und Folkmann (1984) basierendes, multifaktorielles Modell der Ätiologie von Folgeerscheinungen nach sexuellem Missbrauch. Laut transaktionaler Stresstheorie hängt die Bewältigung (coping) einer belastenden Situation davon ab, wie Betroffene die Situation bewerten (primary appraisal), und wie sie die eigenen Bewältigungsfähigkeiten einschätzen (secondary appraisal). Zu negativem Stress kommt es dann, wenn Betroffene die Situation als mit ihren Ressourcen nicht bewältigbar einschätzen (Lazarus & Folkman, 1984).

Einfluss auf die Bewältigungsfähigkeiten und Ressourcen sowie deren subjektive Wahrnehmung haben laut dem Modell von König und Fegert (2005) die Dispositionen der Betroffenen. Hierzu gehören bisherige Lernerfahrungen in der Lebensgeschichte sowie die grundlegende psychische Befindlichkeit. Interindividuell zeigen sich Unterschiede dahingehend, dass ein sich stabil entwickeltes Selbstkonzept vor dem Missbrauch sowie bereits bestehende Ressourcen deutlich protektiv wirken und das Risiko senken, Folgestörungen zu entwickeln. Selbstwirksamkeit sowie diese fördernde und aufrechterhaltende Erfolge in schulischen oder außerschulischen Bereichen (z. B. Musik, Kunst, Sport) gehören zu diesen Ressourcen. Übertragen auf sexuellen Missbrauch beeinflussen Häufigkeit bzw. Dauer der Missbrauchssituation sowie Art und Schwere der Missbrauchshandlungen die Bewertung der Situation. So konnte gezeigt werden, dass chronische, schwere Formen sexuellen Missbrauchs ein höheres Risiko Folgestörungen zu entwickeln und auch eine schwerwiegendere Psychopathologie nach sich ziehen (Faust und Katchen, 2004; Teicher & Samson, 2013). Weiterhin haben auch die Reaktionen und die Unterstützung der Familie sowie des sozialen Umfelds sowohl Einfluss auf die Bewertung der Situation durch die Betroffenen als auch auf ihre Einschätzung ihrer Ressourcen und Bewältigungsfähigkeiten. Sperry und Widom (2013) konnten in einer prospektiven Längsschnittstudie eine bedeutsame mediierende und moderierende Wirkung sozialer Unterstützung auf die Entwicklung von Traumafolgen nach Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit zeigen. Betroffene, die angaben, soziale Unterstützung erhalten zu haben, zeigten weniger ängstliche und depressive Symptomatik. Zu berücksichtigen ist, dass bei sexuellem Missbrauch, der innerhalb der

Familie stattfindet, familiäre Unterstützung gänzlich fehlen oder nur wenig ausreichend vorhanden sein kann. Häufig kommen Loyalitätskonflikte oder auch die Herausforderungen einer plötzlich veränderten familiären Situation für die Betroffenen hinzu. Ebenfalls im Kontext sozialer Einflussfaktoren ist das Eingebundensein in die Peer-Group als protektiver Faktor anzusehen. Für die Betroffenen ergeben sich hier Anerkennung und Unterstützung, Rückzugsmöglichkeiten, aber auch Schutz. Eine graphische Darstellung des multifaktoriellen Modells von König und Fegert (2005) gibt Abbildung 3.

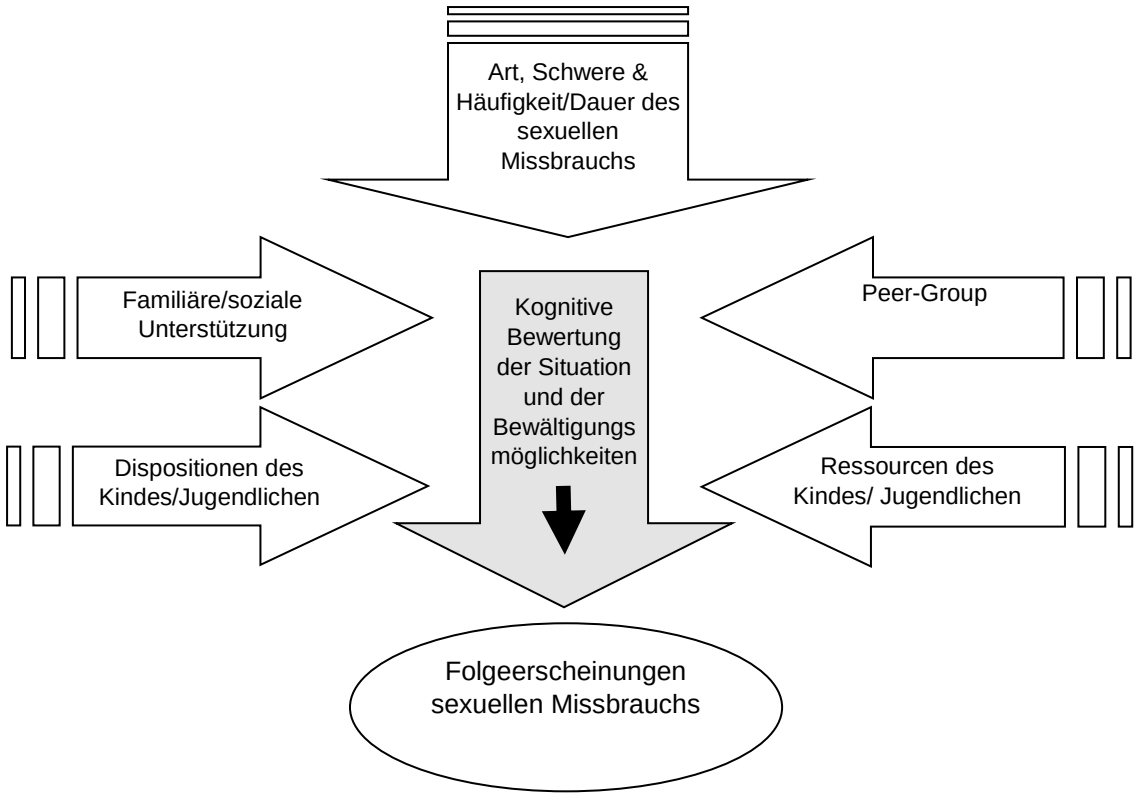

Abbildung 3: Multifaktorielles Modell der Ätiologie von Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs (nach König & Fegert, 2008, S. 455)

1.3 Interventionen und Versorgung nach sexuellem Missbrauch

Nach dem Bekanntwerden des sexuellen Missbrauchs eines Kindes bzw. Jugendlichen oder auch bei Verdacht auf Missbrauch ist von den beteiligten Fachkräften in jedem Falle das Primat der Sicherheit des Kindes bzw. Jugendlichen, die Wahrung oder

Wiederherstellung des Kindeswohls zu beachten. Bange (2015) benennt die folgenden übergeordneten Ziele der Interventionen, die eine Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Professionen erfordern:

- Zügige Klärung des Verdachts.
- Zügige Beendigung des Missbrauchs bei Bestätigung des Verdachts.
- Nachhaltiger Schutz des Opfers.
- Angebot angemessener Hilfen für alle Beteiligten. (Bange, 2005, S. 204)

Die Übersicht über den Hilfeprozess der Versorgung sexuell missbrauchter Kinder und Jugendlicher von Stermoljan und Fegert (2015) (Abbildung 4) vermittelt einen Eindruck der Komplexität des Prozesses sowie der Vielzahl beteiligter Institutionen und Disziplinen wie Jugendhilfe, Strafverfolgung und Rechtsprechung, somatische Medizin, psychiatrisch-psychologische sowie psychotherapeutische Versorgung.

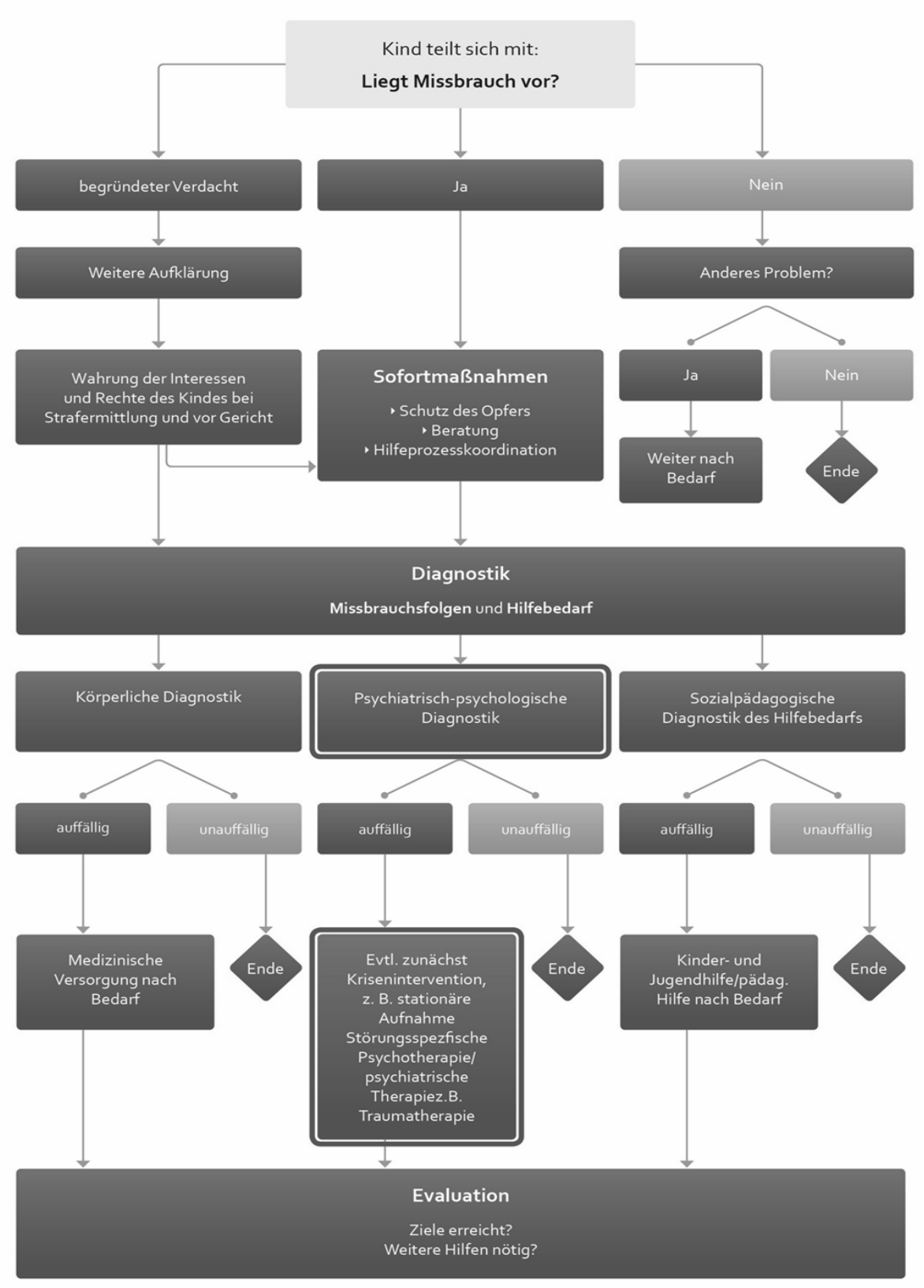

Abbildung 4: Hilfeprozess in der Versorgung sexuell missbrauchter Kinder und Jugendlicher (Stermoljan & Fegert, 2015, S. 253)

In Anbetracht der zahlreichen beteiligten Stellen und Akteure wird deutlich, wie fehleranfällig ein solcher Hilfeprozess und wie wichtig daher die Vernetzung zwischen den Akteuren ist.

1.4 Critical Incident Reporting Systems

Berichtssysteme über kritische Vorfälle, oder englisch *Critical Incident Reporting Systems* (CIRS), haben ihren Ursprung in der Luftfahrt (Flanagan, 1954) und sind inzwischen auch in den Bereichen des Risikomanagements und der Patientensicherheit sehr gebräuchlich (z. B. Parmelli et al., 2012; Rakha et al., 2012; Staender, 2011). Essentielles Grundprinzip eines CIRS ist die Anonymität der eingehenden Meldungen über kritische Vorfälle. Ziel eines CIRS ist nicht die strafrechtliche Verfolgung von Schadensverursachern, sondern das in Gang Setzen eines Lernprozesses und somit das Verhindern von ähnlichen Vorfällen und Fehlern in der Zukunft. Zu diesem Zweck werden die eingehenden anonymen Meldungen aggregiert und ausgewertet sowie die Ergebnisse den beteiligten Personen zugänglich gemacht. Eine schematische Darstellung der Funktionsweise eines CIRS gibt Abbildung 5 wieder.

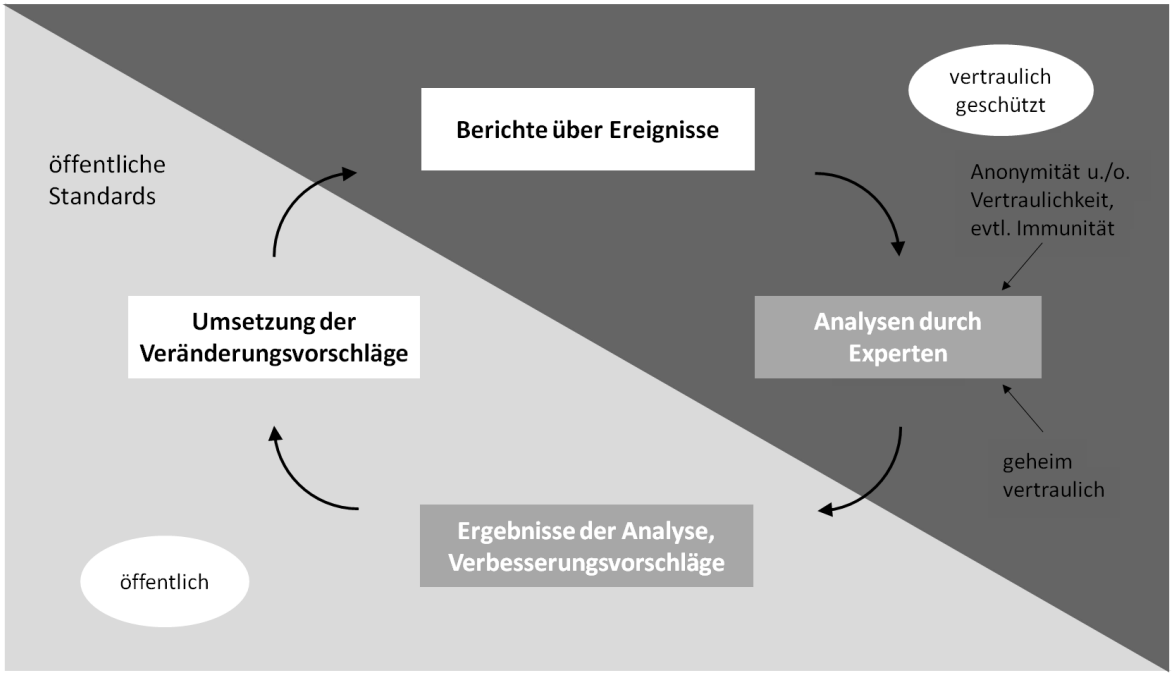

Abbildung 5: Funktionsweise eines Critical Incident Reporting Systems (nach Fegert et al., 2010, S. 138)

1.5 Gesellschaftliche Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs

Sexueller Missbrauch von Kindern ist ein weltweit auftretendes Phänomen (Stoltenborgh et al., 2011). Bereits seit ungefähr 20 Jahren gibt es in verschiedenen Ländern Aufarbeitungsprozesse mit dem Ziel, das Wissen über die vergangenen Fälle sexuellen Missbrauchs, ihre Entstehungsbedingungen, die Folgen für die Betroffenen sowie deren angemessene Versorgung zu vergrößern und hierdurch Verbesserungen für den Umgang mit Betroffenen sowie eine effektivere Prävention neuerlicher Missbrauchsfälle zu erreichen. Vorreiter war hier Irland, wo bereits durch mediale Darstellungen von Missbrauchsfällen in irischen Institutionen in den 1990er Jahren das öffentliche Interesse am Thema geweckt und die Regierung zum Handeln aufgerufen wurde. 1999 richtete die irische Regierung eine unabhängige Kommission zur Untersuchung des sexuellen Kindesmissbrauchs (Commission to Inquire into Child Abuse, CICA) ein. Deren Aufgabe war es, Betroffene sexuellen Missbrauchs in Institutionen anzuhören und die Möglichkeit zu bieten, ihre Erfahrungen zu teilen. Weiterhin sollte die Kommission alle Anschuldigungen sexuellen Missbrauchs in Institutionen, die ihr gemeldet wurden, untersuchen. Die Ergebnisse wurden 2009 im, nach dem Vorsitzenden der Kommission Richter Seán Ryan benannten, „Ryan-Report“ veröffentlicht (Ryan, 2009).

Ähnliche Aufarbeitungsprozesse entwickelten sich nach und nach in verschiedenen Ländern, wie beispielsweise in Belgien, den Niederlanden, Kanada oder in den USA. Teils wurden wie in Irland von der Regierung unabhängige Untersuchungs- und Aufarbeitungskommissionen eingesetzt, teilweise untersuchten aber auch betroffene Institutionen selbst, wie etwa die katholische Kirche, systematisch die sie betreffenden Fälle und Anschuldigungen sexuellen Missbrauchs. Eine Übersicht über internationale Kommissionen und ihre Aufarbeitungsberichte findet sich im Internetauftritt des Unabhängigen Beauftragten (UBSKM, 2015).

1.5.1 Deutscher Aufarbeitungsprozess ab 2010 und Begleitforschungsprojekt

Im Jahr 2010 fügte sich Deutschland in die Reihe der Länder mit Aufarbeitungsprozessen ein, als auf das Bekanntwerden von Missbrauchsfällen im katholischen, als „Eliteinternat“ wahrgenommenen, Canisius-Kolleg des Jesuitenordens sowie an der reform-

pädagogischen, in der Gesellschaft als „Vorzeigeschule“ geltenden, Odenwaldschule eine ganze Welle von Berichten über weitere Fälle folgte. Dies löste eine gesellschaftliche und politische Debatte zum Thema des sexuellen Missbrauchs aus. Die Bundesregierung reagierte umgehend und richtete den Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ (RTKM) sowie die Stelle einer Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) ein. Parallel hierzu initiierte die Katholische Kirche in Deutschland einen eigenen Aufarbeitungsprozess und richtete ebenfalls eine telefonische Anlaufstelle, die sogenannte „Missbrauchs-Hotline“, ein.

Aufgabe des RTKM, der unter dem Vorsitz der drei Bundesministerinnen Sabine Leutheuser-Schnarrenberger (BMJ), Kristina Schröder (BMFSFJ) und Annette Schavan (BMBF) tagte, war es, Empfehlungen an die Bundesregierung zu formulieren, die der Verbesserung der Situation für Betroffene, der Erweiterung des Opferschutzes und der Strafverfolgung nach sexuellem Missbrauch, der Prävention sowie der Forschung und Evaluation im Themengebiet dienen sollten. Die knapp 60 Mitglieder des RTKM, Vertreter und Experten aller mit dem Thema sexuellen Missbrauchs beschäftigter Bereiche und Institutionen, formierten sich in drei Unterarbeitsgruppen, die sich vertieft mit unterschiedlichen thematischen Aspekten auseinandersetzten. Eine schematische Übersicht der Arbeit des RTKM zeigt Abbildung 6 aus dessen Abschlussbericht. Die erarbeiteten Empfehlungen sind ebenfalls dort nachzulesen (Runder Tisch, 2012).

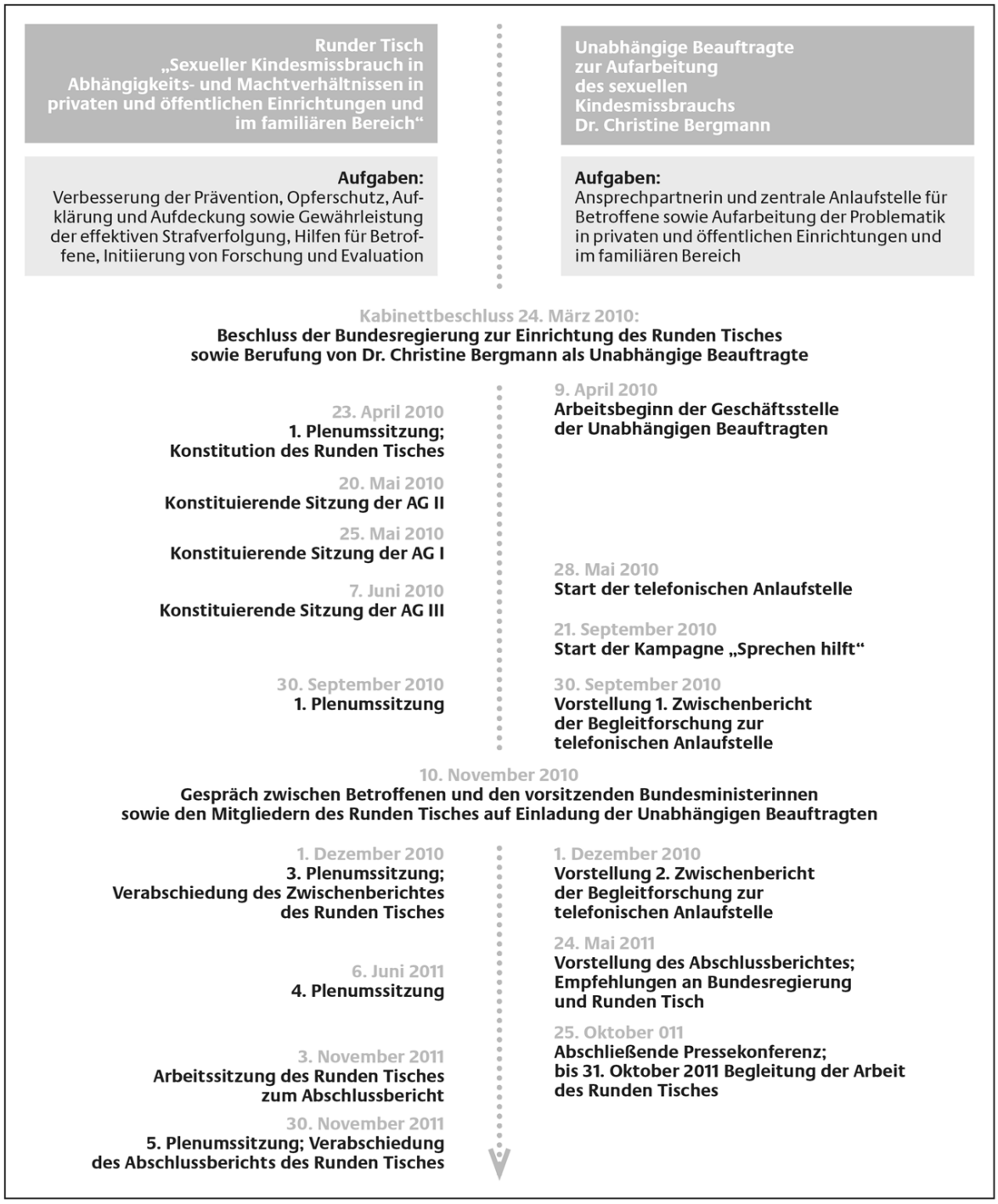

Abbildung 6: Die Arbeit des Runden Tisches und der Unabhängigen Beauftragten in einer chronologischen Übersicht (Runder Tisch, 2012, S. 7)

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, war die Arbeit des RTKM eng verknüpft mit den Tätigkeiten der UBSKM, zu der die Bundesregierung die ehemalige Bundesfamilienministerin und ehemalige Berliner Frauensenatorin Dr. Christine Bergmann berief. Ihre Aufgabe war es, Ansprechpartnerin für Betroffene sexuellen Missbrauchs, deren

Angehörige sowie allen am Thema Interessierten zu sein, ihnen Gehör zu schenken und ihre Erfahrungen, Anliegen und Kritik in die Arbeit des RTKM und somit in die Politik einfließen zu lassen. Zu diesem Zweck richtete sie eine Anlaufstelle als niederschwelliges, gut erreichbares Angebot ein, an die sich telefonisch oder per Brief/E-Mail gewandt werden konnte. Etwa 60 Fachkräfte aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik und Beratung mit Erfahrung in der Arbeit mit Betroffenen sexuellen Missbrauchs beantworteten die Gespräche am Telefon und dokumentierten die Inhalte aus Telefonaten und Briefen/E-Mails. Um die geteilten Erfahrungen und Anregungen, die an die Anlaufstelle herangetragen wurden, nutzbar zu machen, beauftragte die UBSKM die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. J. M. Fegert am Universitätsklinikum Ulm, die bereits an der Konzeption der Anlaufstelle beteiligt gewesen war, mit der wissenschaftlichen Begleitforschung, in deren Kontext auch diese Dissertation entstand.

Gemäß der Empfehlung der Ulmer Arbeitsgruppe wurden die anonymen Meldungen über Missbrauchsfälle im Sinne eines CIRS (siehe Abschnitt 1.4.) gesammelt, aggregiert und ausgewertet. Vor allem auf Grundlage der Ergebnisse der Anlaufstelle formulierte die UBSKM Empfehlungen an die Politik, die in ihrem Abschlussbericht veröffentlicht wurden (Unabhängige Beauftragte, 2011) und in die Arbeit des RTKM einflossen. Eine graphische Darstellung des CIRS der UBSKM gibt Abbildung 7.

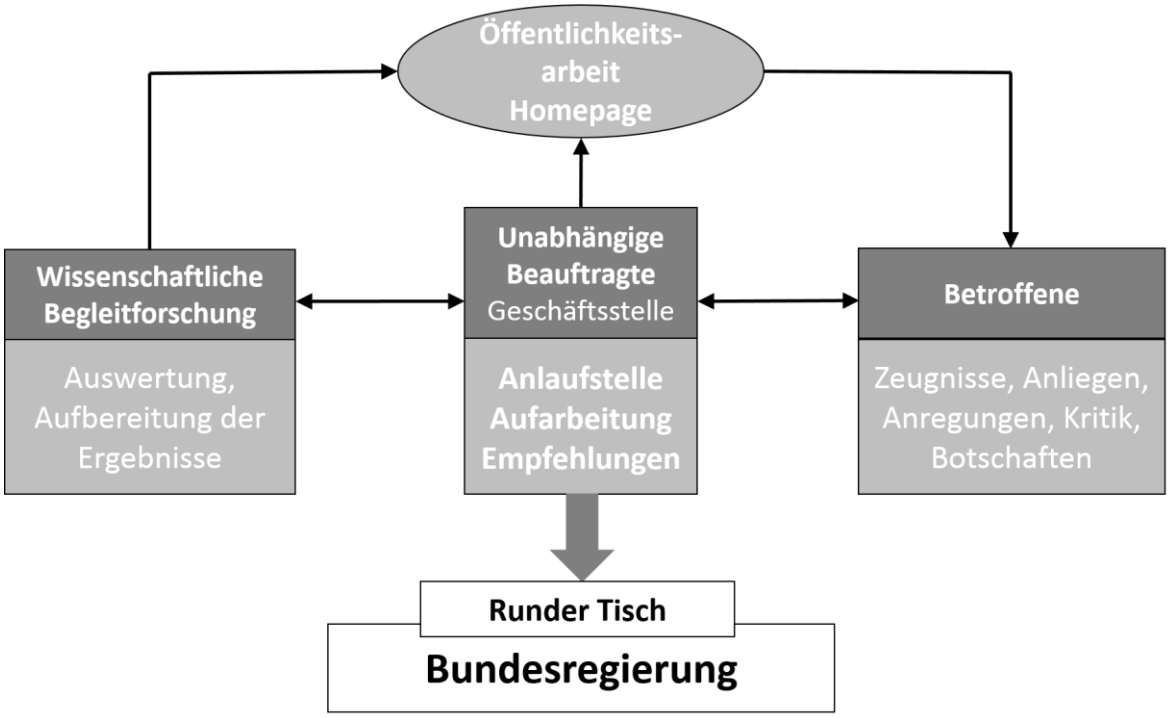

Abbildung 7: Schematische Darstellung des Critical Incident Reporting Systems der Unabhängigen Beauftragten

Die Konzeption des CIRS und der Anlaufstelle, das Festlegen des Vorgehens während der Telefonate sowie die Entwicklung des webbasierten Dokumentationsrasters erfolgten unter Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen der Geschäftsstelle der UBSKM, dem Begleitforschungsteam sowie einem eigens eingerichteten wissenschaftlichen Beirat, bestehend aus Experten aus Forschung und Beratungspraxis. Aus der Abwägung zwischen einem wissenschaftlichen, hohen methodischen Anspruch und der geplanten Niederschwelligkeit der Anlaufstelle, mit dem Ziel so viele Betroffene wie möglich zu erreichen, ergab sich die Entscheidung zur Dokumentation von Inhalten des freien Gesprächs ohne standardisierte Befragung anhand von teils im Raster vorgegebenen Kategorien sowie Freitextfeldern. Analog sollten die Inhalte aus Briefen und E-Mails im Raster dokumentiert werden. Die vorgegebenen Kategorien im Raster wurden auf Basis der Forschungsliteratur zum Thema und in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Beirat festgelegt. Bereits in dieser frühen Phase erfolgte ein Austausch mit den mit Konzeption und Aufbau der Missbrauchs-Hotline der Katholischen Kirche betrauten Wissenschaftlern. Hieraus entstand eine Kooperation zwischen den Verantwortlichen sowie den Forschungsteams beider Anlaufstellen mit einer Annäherung

des methodischen Vorgehens sowie einer wechselseitigen Beteiligung in den jeweiligen wissenschaftlichen Beiräten. Diese Kooperation, die unter anderem diplomatisches Vorgehen erforderte, ermöglichte später den Vergleich der Daten der beiden Anlaufstellen (siehe Teilziel 1.3; 3. wissenschaftlicher Artikel: Rassenhofer et al., 2015b).

Im Verlauf des Bestehens der Anlaufstelle der UBSKM fanden drei, vom Begleitforschungsteam vorbereitete, Sitzungen des wissenschaftlichen Beirats in Anwesenheit der UBSKM sowie Mitarbeiterinnen ihrer Geschäftsstelle statt. Hierbei wurden jeweils die aktuellen Daten der Anlaufstelle vom Begleitforschungsteam vorgestellt und mit dem wissenschaftlichen Beirat Auswertungsstrategien sowie das weitere Vorgehen abgestimmt. Die Ergebnisse der Auswertungen wurden laufend in Form von Zwischenberichten, Pressemitteilungen oder Interviews der UBSKM, über die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Homepage der UBSKM und in Fachpublikationen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, so dass die Betroffenen die Möglichkeit hatten, sich auch Bezug nehmend auf die Ergebnisse an die Anlaufstelle zu wenden. Aus wissenschaftlicher Sicht stellte dieses Auskunftgeben über Auswertungsergebnisse im laufenden Forschungsprozess ein unkonventionelles Vorgehen dar, wurde hierdurch wiederum die Datenlage beeinflusst. Eine graphische Darstellung der quantitativen Beeinflussung der Datenlage durch die Öffentlichkeitsarbeit der UBSKM und die Veröffentlichung laufender Ergebnisse zeigt Abbildung 8. Dennoch stellte genau dieses unkonventionelle Vorgehen die Besonderheit des Begleitforschungsprozesses dar, entstand so doch, wie geplant, ein Beschwerdemanagement-System mit integrierter Rückmeldeschleife.

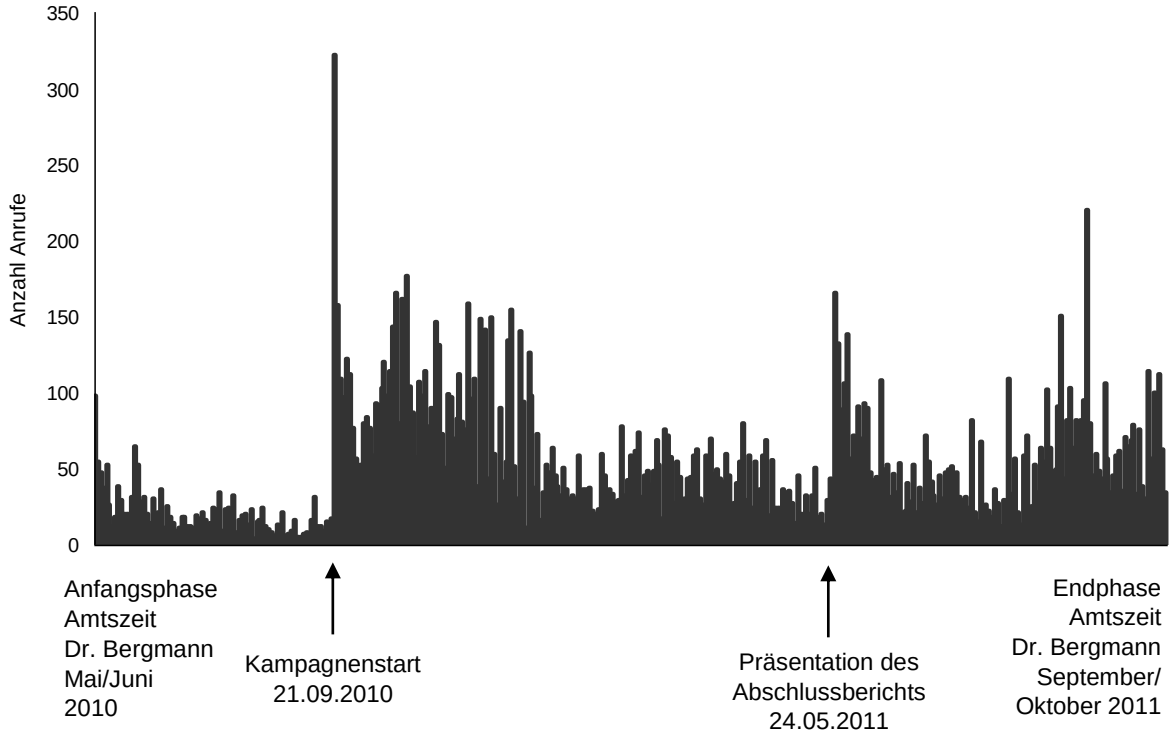

Abbildung 8: Anzahl der Anrufe bei der Anlaufstelle pro Tag (aus Gründen der Darstellung unter Vernachlässigung der Tage mit Spitzenwerten direkt nach Kampagnenstart und direkt nach der Präsentation des Abschlussberichts) (nach Fegert et al., 2013b, S. 114)

Eine Besonderheit des gesamten deutschen Aufarbeitungsprozesses war der Einbezug von Missbrauchsfällen im innerfamiliären bzw. privaten Kontext. International konzentrierten die Aufarbeitungsprozesse sich fast ausschließlich auf Missbrauch in Institutionen. Bezug nehmend auf das im Grundgesetz (GG) verankerte Wächteramt des deutschen Staates (Artikel 6 Absatz 2 Satz 2 GG) über die Ausübung von Erziehung und Pflege von Kindern bezog jedoch die deutsche Bundesregierung von Anfang an Fälle innerfamiliären Missbrauchs explizit in die Aufarbeitung mit ein. Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal des deutschen Aufarbeitungsprozesses war der partizipative Ansatz mit der Einladung zur anonymen Beteiligung ehemaliger, inzwischen erwachsener Betroffener als Experten im Rahmen des Mitteilens von Erfahrungen sowie des Formulierens politischer Botschaften bei der Anlaufstelle der UBSKM. Inzwischen ist in Ergänzung zu diesem niederschwelligen, anonymen Zugang, über den, wie im Folgenden

dargestellt werden wird, sehr viele Betroffene erreicht werden konnten, die systematische Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs in Institutionen und im familiären Bereich durch eine unabhängige Aufarbeitungskommission, orientiert am Vorbild der Kommissionen in beispielsweise Irland und Australien, geplant. Hierzu wird es bundesweite Anhörungen von Betroffenen, öffentliche Hearings und Fachveranstaltungen sowie Zeitzeugengespräche geben. Weiterhin werden relevante Aktenarchive und Dokumente sowie bereits existierende Aufarbeitungsberichte analysiert werden (Unabhängiger Beauftragter, 2016).

2 Fragestellungen und Ziele

Wie in der Einführung beschrieben, unterschied sich der deutsche Aufarbeitungsprozess zu sexuellem Kindesmissbrauch unter anderem darin von seinen internationalen Pendants, dass Betroffene explizit und groß angelegt über die Anlaufstelle der UBSKM zur Mitarbeit und Beteiligung am politischen Prozess aufgerufen wurden. „Aus Sicht der Betroffenen zu denken, war ein zentraler Grundsatz der Aufarbeitung." (UBSKM, 2011, S. 21). Ziel dieses partizipativen Ansatzes war es, die Anliegen der Betroffenen als Ausgangspunkt zu nehmen, für sie relevante Themenaspekte zu identifizieren und davon ausgehend Empfehlungen für politische Veränderungen zu entwickeln (UBSKM, 2011). Weiterhin sollten die mitgeteilten Erfahrungen der Betroffenen dazu genutzt werden, das Wissen über sexuellen Missbrauch zu erweitern, Interventions- und Präventionsmaßnahmen abzuleiten und die Empfehlungen der UBSKM empirisch zu untermauern. Es bestand die Vermutung, dass durch die Universalität der Einladung zur Partizipation an die Betroffenen auch Daten zu Risikogruppen wie etwa Heim- und Pflegekindern oder zu relativ selten berichteten Phänomenen wie Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting, was in repräsentativen Untersuchungen zumeist nicht abgebildet wird, erfasst würden.

Das Vorhaben eines solchen groß angelegten partizipativen Ansatzes zog Fragen bezüglich der Machbarkeit, der Bereitschaft der Betroffenen zur Beteiligung, ihrer Akzeptanz des Angebots, der technischen Umsetzung sowie der fachlichen Erkenntnisse aus den Daten und ihrer Auswirkungen nach sich. Konkret ergaben sich folgende Fragestellungen und Ziele:

Fragestellung 1: Ist es machbar, Betroffene im Rahmen eines Beschwerdemanagement-systems in den Aufarbeitungsprozess des sexuellen Missbrauchs in Deutschland mit einzubeziehen?

> **Ziel 1:** Entwicklung und Etablieren eines „Critical Incident Reporting Systems" (CIRS) mit dem Ziel, Betroffene sexuellen Missbrauchs zur Partizipation am politischen und gesellschaftlichen Aufarbeitungsprozess zu befähigen.

Teilziel 1.1: Entwicklung und Implementierung eines Datensammlungsinstruments zur möglichst vollständigen Dokumentation der Informationen, die an die Anlaufstelle der UBSKM herangetragen werden. Erste Auswertungen sollen zeigen, wer die Anlaufstelle nutzt, welche Anliegen hierbei relevant sind, und wie die Anlaufstelle bewertet wird. (Erster wissenschaftlicher Artikel: Spröber et al., 2011)

Teilziel 1.2: Beschreibung der Durchführbarkeit sowie der politischen und gesellschaftlichen Auswirkungen eines solchen Ansatzes im Bereich sexuellen Kindesmissbrauchs. (Zweiter wissenschaftlicher Artikel: Rassenhofer et al., 2013)

Teilziel 1.3: Beschreibung der Kompatibilität und Notwendigkeit zweier komplementärer CIRS (initiiert durch die betroffene Institution Katholische Kirche sowie Institutions-unabhängig von Seiten der Bundesregierung), um möglichst viele Betroffene mit unterschiedlicher Motivation und unterschiedlichen Erwartungen zu erreichen. (Dritter wissenschaftlicher Artikel: Rassenhofer et al., 2015b)

Fragestellung 2: Welche fachlichen Konsequenzen für den Umgang mit Betroffenen können aus den Entwicklungen gezogen werden?

Ziel 2: Nutzen der Expertise und Partizipation Betroffener („citizen science“), um anhand der im Rahmen des Aufarbeitungsprozesses im CIRS gesammelten Daten tieferes Verständnis von sexuellem Missbrauch, Folgen, Versorgung Betroffener etc. zu gewinnen und dieses Wissen für die Verbesserung der Behandlung Betroffener zu nutzen.

Teilziel 2.1: Beschreibung der von den Betroffenen berichteten Folgeerscheinungen des sexuellen Missbrauchs, der in Anspruch genommenen Behandlungen und ihrer Bewertung durch die Betroffenen sowie von Forderungen und Botschaften bezüglich des Versorgungssystems an die Politik. (Vierter wissenschaftlicher Artikel: Fegert et al., 2013a)

Teilziel 2.2: Beschreibung von Missbrauch in Institutionen, hierbei Vergleich zwischen Institutionen der katholischen und evangelischen Kirche sowie nicht-kirchlicher Träger bezüglich der Angaben Betroffener zum Missbrauchsgeschehen

und den Folgeerscheinungen. (Fünfter wissenschaftlicher Artikel: Spröber et al., 2014)

In einem aus den Empfehlungen der UBSKM sowie des RTKM bezüglich rascher, niederschwelliger Hilfen für Betroffene resultierenden Folgeprojekt wurden im Rahmen einer Erweiterung dieser Fragestellung nach fachlichen Konsequenzen des Aufarbeitungsprozesses Frühinterventionen für potentiell traumatisierte Gewaltopfer an OEG-Traumaambulanzen evaluiert:

Teilziel 2.3: Evaluation der Wirksamkeit von Frühinterventionen in OEG-Traumaambulanzen für Gewaltopfer in einem kontrollierten, parallelisierten Design. (Sechster wissenschaftlicher Artikel: Rassenhofer et al., 2015a)

3 Ergebnisse

3.1 Entwicklung und Implementierung eines geeigneten Datensammlungsinstruments für die Begleitforschung

Erster wissenschaftlicher Artikel

Spröber, N., König, L., **Rassenhofer, M.**, König, C., Seitz, A., & Fegert, J. M. (2011). Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 20*, 83-94.

Hintergrund: Die Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland durch die Unabhängige Beauftragte erfolgte auf Basis der Erfahrungen von Betroffenen. Hierzu wurde unter anderem eine telefonische Anlaufstelle eingerichtet, bei der die Anrufenden Kritik und Anregungen an die Politik äußern und ihre Erfahrungen schildern konnten. Um diese Informationen zu sammeln und nutzbar zu machen, wurde ein Instrument benötigt, das die vollständige Dokumentation der Daten sowie ihre systematische Analyse erlaubte.

Methode: Es wurde ein webbasiertes Erhebungsraster implementiert, das auf verschiedenen Registerkarten eine anonyme Berichterstattung aus unterschiedlichen Perspektiven (Betroffene, Angehörige von Betroffenen etc.), die systematische Dokumentation der Daten sowie die Vorbereitung für statistische Auswertungen ermöglichte. Die Datenerhebung erfolgte im Gespräch, die Auswertung der Informationen quantitativ für kategoriale Angaben und qualitativ für im Freitext dokumentierte Gesprächsinhalte. Von Mai bis Juli 2010 ergaben sich 510 auswertbare Datensätze aus den Telefonaten. Die Anrufenden waren im Mittel 51 Jahre (SD=13,9) alt, das Geschlechterverhältnis war ausgewogen (51 % weiblich).

Ergebnisse: Neben der Darstellung des Erhebungsrasters werden die ersten deskriptiven Ergebnisse der Auswertungen berichtet. Hauptsächliche Nutzergruppe der Anlaufstelle waren Betroffene (63 %), die zumeist in der Vergangenheit, mehrfach oder regelmäßig stattfindende Missbrauchsfälle schilderten. Häufigstes an die Politik gerichtetes Anliegen

war die Verbesserung der Versorgungssituation Betroffener, im Sinne einer Ausweitung traumatherapeutischer Angebote sowie Erhöhung ihrer Qualität. Die Aussagen zur Anlaufstelle waren durchweg positiv.

Diskussion: Das Angebot der telefonische Anlaufstelle der UBSKM wurde durch viele Personen genutzt und sehr positiv angenommen. Die Anrufenden drückten explizit Zufriedenheit mit der Anlaufstelle aus. Das eigens entwickelte webbasierte Dokumentationsraster erfüllte seinen Zweck. Erste deskriptive Auswertungen der dokumentierten Informationen konnten veröffentlicht werden. Wichtige Informationen über sexuellen Missbrauch in Deutschland sowie für Betroffene relevante Themen die dazu beitragen können, verbesserte Präventions- und Interventionsmaßnahmen abzuleiten und zu realisieren, wurden identifiziert.

3.2 Durchführbarkeit, Sinnhaftigkeit sowie gesellschaftliche Auswirkungen eines partizipativen Ansatzes in der Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs

Zweiter wissenschaftlicher Artikel

Rassenhofer, M., Spröber, N., Schneider, T., & Fegert, J. M. (2013). Listening to victims: Use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany. *Child Abuse & Neglect, 37*, 653-663.

Hintergrund: Eine Welle bekanntgewordener Fälle sexuellen Missbrauchs in deutschen Institutionen führte zu einer erstmals großen Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit sowie zu einer politischen Debatte. Reaktionen der Bundesregierung hierauf waren die Einrichtung eines Runden Tisches sowie einer Unabhängigen Beauftragten, die im Rahmen eines Aufarbeitungsprozesses Empfehlungen an die Politik entwickeln sollten. Deutschland fügte sich hiermit international in eine Reihe ähnlicher Aufarbeitungsprozesse ein. Das Besondere am deutschen Prozess war jedoch der Einbezug von Missbrauchsfällen innerhalb von Familien sowie der partizipative Ansatz mit der Einrichtung der Anlaufstelle für Betroffene, auf deren Erfahrungen die Empfehlungen u. a. basieren sollten.

Methode: Erwachsene Betroffene vergangener Missbrauchsfälle sollten im Rahmen der Anlaufstelle im Sinne eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) als „Experten“ für sexuellen Missbrauch zu Wort kommen und anonym ihre Erfahrungen sowie Anregungen an die Politik schildern. Die Anlaufstelle der UBSKM beinhaltete eine Rückmeldeschleife, im Rahmen derer durch die wissenschaftliche Begleitforschung entstandene Ergebnisse veröffentlicht wurden. Die Öffentlichkeitsarbeit der UBSKM wie bspw. eine Medienkampagne machte die Anlaufstelle und die Möglichkeit zur Beteiligung bekannt. Die Datenerhebung erfolgte im freien Gespräch ohne standardisierte Befragung. Fachkräfte dokumentierten in einem webbasierten Erhebungsraster, was im Rahmen von Telefongesprächen oder von Briefen und E-Mails geschildert wurde. Die Informationen wurden teils in vorgefertigten Kategorien, teils in Form von Freitext festgehalten und dementsprechend quantitativ oder qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Von Mai 2010 bis einschließlich Oktober 2011 konnten insgesamt 6.754 auswertbare Datensätze, darunter 4.570 Datensätze von Betroffenen gewonnen werden. Die Betroffenen waren im Mittel 46 Jahre alt und zu zwei Dritteln weiblich. Die meisten Betroffenen schilderten schwerwiegende und über längere Zeit andauernde Fälle sexuellen Missbrauchs im Kontext der Familie (58 %) oder einer Institution (31 %). Anregungen an die Politik bezogen sich überwiegend auf die Verbesserung von Beratung und Therapie Betroffener, Abschaffung von Verjährungsfristen sowie Entschädigungsforderungen. Die Auswertungen der Begleitforschung flossen in die Empfehlungen der UBSKM sowie des Runden Tisches mit ein. Auf politischer Ebene konnten hierauf basierend Neuerungen eingeführt und Veränderungen umgesetzt werden. Beispielsweise wurde ein bundesweit geltendes einheitliches Kinderschutzgesetz verabschiedet sowie eine Revision des Opferentschädigungsgesetzes geplant. Die Stelle eines Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen sexuellen Missbrauchs wurde verlängert. Ein weiterer Effekt des Aufarbeitungsprozesses war eine erhöhte Sensitivität für das Thema sexuellen Missbrauchs in der Öffentlichkeit.

Diskussion: Der Einsatz eines CIRS befähigte Betroffene, sich direkt am Aufarbeitungs-prozess zu beteiligen. Akzeptanz und Inanspruchnahme des Angebots waren sehr gut. Gleichzeitig konnte mit Hilfe der gesammelten Informationen das Wissen über sexuellen Missbrauch und Folgeerscheinungen erweitert und daraus weitere Maßnahmen bezüglich Intervention und Prävention abgeleitet werden. Der partizipative Ansatz des

Aufarbeitungsprozesses zeigte Wirkung sowohl auf politischer als auch auf gesellschaftlicher Ebene und ist ebenfalls für andere Themenbereiche zu empfehlen.

3.3 Kompatibilität und Notwendigkeit zweier komplementärer CIRS

Dritter wissenschaftlicher Artikel

Rassenhofer, M., Zimmer, A., Spröber, N., & Fegert, J. M. (2015b). Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs. *Child Abuse & Neglect, 40*, 60-67.

Hintergrund: Als Reaktion auf den sogenannten deutschen Missbrauchsskandal im Jahr 2010 richteten sowohl die deutsche Bundesregierung, unter der Schirmherrschaft der Unabhängigen Beauftragten, als auch die katholische Kirche Deutschlands eine Anlaufstelle für Betroffene sexuellen Missbrauchs ein. Beide stellten ein Beschwerdemanagement im Sinne eines CIRS dar, das Betroffenen die Möglichkeit eröffnete, von ihren Erfahrungen zu berichten, Kritik und Anregungen zu äußern und somit aktiv am Aufarbeitungsprozess teilzuhaben. Die Existenz zweier, von unterschiedlichen Institutionen initiierter Systeme eröffnete die Möglichkeit des wissenschaftlichen Vergleichs.

Methode: Bei beiden Anlaufstellen wurden Inhalte aus Telefonaten oder Briefen/E-Mails ohne standardisierte Befragung dokumentiert und ausgewertet. Für den Vergleich wurden die Daten von Betroffenen, die sexuellen Missbrauch im Kontext der katholischen Kirche geschildert hatten, aus beiden Anlaufstellen zu einem Datensatz zusammengefügt. Dieser umfasste die Daten von N=927 Betroffenen, davon N=571 aus dem Datensatz der Anlaufstelle der katholischen Kirche und N=356 aus dem der UBSKM.

Ergebnisse: Der Vergleich erbrachte grundsätzliche Ähnlichkeiten zwischen den Daten der beiden Anlaufstellen, aber auch gewisse Unterschiede in Bezug auf Geschlecht der Betroffenen, Kontext des Missbrauchs, auf den Anteil von Priestern unter den Tätern, Art und Schwere des Missbrauchs, auf die psychosozialen Folgeerscheinungen sowie auf die Entschädigungsforderungen.

Diskussion: Diese Unterschiede verdeutlichen die Notwendigkeit multipler, komplementärer Beschwerdemanagementsysteme. Betroffene rufen aus unterschiedlichen Motiven und mit unterschiedlichen Erwartungen bei den verschiedenen Anlaufstellen an. Weiterhin bestätigten die Ergebnisse und die Inanspruchnahme beider Anlaufstellen die Sinnhaftigkeit und Machbarkeit eines partizipativen Ansatzes mithilfe von CIRS im Rahmen von Aufarbeitungsprozessen.

3.4 Von Betroffenen berichtete Folgeerscheinungen und Bewertung des Versorgungssystems

Vierter wissenschaftlicher Artikel

Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröber, N., & **Rassenhofer, M.** (2013a). Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen. *Nervenheilkunde, 32*, 827-833.

Hintergrund: Der Aufarbeitungsprozess sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland sollte Empfehlungen erbringen, die auf den Erfahrungen von Betroffenen basieren. Bei der Anlaufstelle der UBSKM konnten Erfahrungen und Forderungen von über 4.000 Betroffenen dokumentiert werden. Die Begleitforschung nutzte diese bislang einzigartige Datenbasis, um das Wissen über sexuellen Missbrauch zu erweitern. Für die vorliegende Arbeit wurden speziell Informationen zu Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs sowie die Einschätzung Betroffener zum Versorgungssystem ausgewertet.

Methoden: Bei der Anlaufstelle der UBSKM wurden Inhalte, die Betroffene im freien Gespräch am Telefon oder in Briefen bzw. E-Mails mitteilten, anonym dokumentiert. Teils konnten die Informationen vorgefertigten Kategorien zugeordnet werden, teils wurde im Freitext dokumentiert. Die Auswertung erfolgte dementsprechend quantitativ oder qualitativ. Es konnten Datensätze von N=4.570 Betroffenen gewonnen werden.

Ergebnisse: Über 1.000 Betroffene schilderten spontan im Gespräch negative Auswirkungen des erlebten sexuellen Missbrauchs. Teils wurden psychiatrische Diagnosen, teils psychosoziale Probleme benannt, die häufig noch Jahre nach dem Missbrauch in der Gegenwart der Betroffenen persistierten. Qualität und Erfolg von

durchgeführten Behandlungen wurden zwar überwiegend (63 % und 54 %) positiv eingeschätzt, es zeigte sich jedoch, dass es für viele Betroffene schwierig gewesen war, geeignete Behandlungsangebote zu finden und wahrnehmen zu können. Eine kleine Teilstichprobe von 59 Betroffenen schilderte sexuellen Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting.

Diskussion: In der selektiven Betroffenenstichprobe der Anlaufstelle der UBSKM bestätigen sich, trotz einer Verschiebung hin zu gravierenden Fällen, aus der Literatur bekannte Aspekte sexuellen Missbrauchs sowie seiner Folgeerscheinungen. Weiterhin ergibt sich aus den Daten ein großer Bedarf an Therapie- und Beratungsangeboten. Für den Fachbereich der Medizin ergeben sich zwei Herausforderungen: Einmal, den Umgang und die Behandlung traumatisierter, sexuell missbrauchter Patienten sicherzustellen, ferner die Aufmerksamkeit auf übergriffiges und (sexuell) ausnutzendes Verhalten im Behandlungskontext zu erhöhen und somit Patienten zu schützen.

3.5 Sexueller Missbrauch in kirchlichen und nichtkirchlichen Institutionen

Fünfter wissenschaftlicher Artikel

Spröber, N., Schneider, T., **Rassenhofer, M.**, Seitz, A., Liebhardt, H., König, L., et al. (2014). Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: A retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health, 14*, 282. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/282.

Hintergrund: Die im Jahr 2010 bekannt gewordenen Fälle sexuellen Missbrauchs bezogen sich zunächst hauptsächlich auf Institutionen. Besonders kirchliche Institutionen rückten in der öffentlichen Debatte um Kindesmissbrauch in den Fokus. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu untersuchen, ob sich die Art des Missbrauchs sowie die Auswirkungen auf die Betroffenen unterscheiden, wenn der Missbrauch in kirchlichen oder nicht-kirchlichen Institutionen stattfand.

Methoden: Die bei der Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten eingehenden Informationen wurden dokumentiert und kategorisiert. Für die vorliegende Analyse

wurden die Substichproben Betroffener in Institutionen des katholischen, protestantischen sowie nicht-kirchlichen Kontexts verglichen. Häufigkeitsverteilungen wurden anhand non-parametrischer Tests verglichen, qualitative Daten deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse: Von den N=1.050 Betroffenen, die von Missbrauch in einer Institution berichteten, waren N=404 dem katholischen, N=130 dem protestantischen und N=516 dem nicht-kirchlichen Kontext zuzuordnen. Insgesamt ergab sich ein mittleres Alter von 52,2 Jahren (SD=13,5) und ein Männeranteil von knapp 60 %. Im kirchlichen Kontext Betroffene waren signifikant älter als Betroffene im nicht-kirchlichen Kontext. Der Männeranteil in der katholischen Stichprobe war signifikant höher als in den beiden anderen Gruppen. Hinsichtlich Zeitpunkt, Häufigkeit, Ausmaß des Missbrauchs sowie Geschlecht der missbrauchenden Personen ergaben sich keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Der Anteil Betroffener, die von psychiatrischen Diagnosen (häufig Depression, Angststörungen, PTBS) als Folgeerscheinung des Missbrauchs berichteten, war in allen drei Gruppen gleich. Betroffene der protestantischen Gruppe berichteten jedoch signifikant mehr psychosoziale Schwierigkeiten als die übrigen Betroffenen des institutionellen Kontexts.

Diskussion: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sexueller Missbrauch mehr von institutionellen Strukturen sowie gesellschaftlichen Annahmen zu Rechten von Kindern beeinflusst wird, denn durch die Haltung und Einstellung spezifischer religiöser Ausrichtungen gegenüber Sexualität.

3.6 Effektivität von Frühinterventionen nach Gewalterfahrungen

Sechster wissenschaftlicher Artikel

Rassenhofer, M., Lasshof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F., Fegert, J. M. (2015a). Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen – Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz. *Psychotherapeut,* DOI 10.1007/s00278-015-0073-0.

Hintergrund: In Anbetracht der Kausalität zwischen traumatischen Erfahrungen und Folgestörungen, stellt sich die Frage nach der Möglichkeit, die Entwicklung und Manifestation von Traumafolgestörungen durch gezielte Interventionen nach potentiell traumatischen Erlebnissen zu verhindern. Der Forschungsstand zur Wirksamkeit früher psychotherapeutischer Interventionen nach traumatischen Erlebnissen zeigt widersprüchliche Ergebnisse. Dennoch war die Empfehlung der UBSKM sowie des Runden Tisches, dass Betroffene schnell und unbürokratisch ein therapeutisches Angebot in Anspruch nehmen können sollen. In einigen Bundesländern gibt es bereits einen Ansatz, solch frühe traumatherapeutische Interventionen für Gewaltopfer an, über das Opferentschädigungsgesetz (OEG) finanzierten, Traumaambulanzen anzubieten. Für die Nordrhein-westfälischen Traumaambulanzen liegt bereits aus dem Jahr 2007 eine positive Evaluation vor. Ziel der vorliegenden Arbeit war eine Bundesländer-übergreifende Evaluation der Effektivität der angebotenen Frühinterventionen, erstmals anhand eines Kontrollgruppenvergleichs.

Methoden: In einem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderten Modellprojekt wurde die Effektivität der in Traumaambulanzen angebotenen Frühinterventionen (innerhalb von drei Monaten nach dem traumatischen Ereignis) für Gewaltopfer in einem parallelisierten, kontrollierten Design (N = 82 Probanden) zu zwei Erhebungszeitpunkten (vor und nach Intervention) gegenüber einer Kontrollgruppe aus Regionen ohne Traumaambulanzen bzw. einer Kontrollgruppe ohne in Anspruch genommene Frühinterventionen evaluiert. Die Art der Interventionen wurde nicht standardisiert vorgegeben, sondern anhand von Therapeutenfragebögen erhoben. Die Erfassung der Symptomatik (affektive Symptome, posttraumatische Stresssymptomatik, Lebensqualität) erfolgte anhand standardisierter Fragebogeninstrumente.

Ergebnisse: Im Prä-post-Vergleich vor und nach Intervention zeigte sich eine hochsignifikante, klinisch bedeutsame Reduktion der posttraumatischen Stresssymptomatik nach einer Frühintervention in den teilnehmenden Ambulanzen sowie eine signifikante, jedoch klinisch nicht ausreichende Besserung der depressiven Symptomatik. In den Kontrollgruppen ohne Frühintervention ergab sich keine klinisch bedeutsame Symptomreduktion.

Diskussion und Schlussfolgerung: Durch traumatherapeutische Frühinterventionen an Traumaambulanzen kann die erhebliche Belastung nach potenziell traumatischen Erfahrungen reduziert werden. Frühinterventionen können die Chronifizierung der posttraumatischen Stresssymptomatik verhindern und sind somit hilfreich sowie sinnvoll. Darüber hinaus sind teilweise jedoch weitere, zumeist nicht traumaspezifische Unterstützungsmaßnahmen für Betroffene angezeigt. Traumaambulanzen können hierbei eine Weichen stellende Funktion einnehmen.

4 Diskussion

Sexueller Missbrauch war in der Gesellschaft lange ein Tabuthema. Die gesellschaftliche Wende kam mit der Erkenntnis, dass sexueller Missbrauch ein relativ verbreitetes und in allen Schichten vorkommendes Phänomen ist – ausgelöst von einer Welle bekannt gewordener Missbrauchsfälle in als elitär, mustergültig oder besonders fortschrittlich wahrgenommenen Einrichtungen. Die rasche Reaktion der Bundesregierung mit dem Initiieren eines politischen Aufarbeitungsprozesses war eine logische Reaktion auf die öffentliche Debatte, aber auch auf das Vorbild bereits laufender internationaler Aufarbeitungsprozesse, wie beispielsweise in Irland oder den USA. Die Entscheidung, einen erheblichen Teil des Prozesses auf Basis der Beteiligung der Betroffenen selbst zu stellen, war hingegen neu und international bislang einzigartig. Die vorliegende Dissertation untersuchte die Umsetzung, die Akzeptanz, die fachlichen und politischen Effekte sowie Auswirkungen dieses partizipativen Ansatzes in der Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Beteiligung Betroffener sexuellen Missbrauchs an einem politischen Aufarbeitungsprozess machbar ist, von den Betroffenen akzeptiert sowie positiv bewertet wird. Die Realisierung eines Beschwerdemanagementsystems im Sinne eines CIRS mit Rückmeldeschleife sowie die technische Umsetzung mit telefonischer Anlaufstelle und webbasiertem Erhebungsraster sind hierzu möglich und sinnvoll. Ferner ist die Rückmeldeschleife mit der Veröffentlichung von Zwischenergebnissen und der Möglichkeit des Rückbezugs darauf bei der Anlaufstelle essentiell für die Motivation zur Teilnahme der Betroffenen sowie für die Aufrechterhaltung der Qualität bei der Dokumentation der Inhalte. Es zeigt sich, dass Betroffene, abhängig von der initiierenden Stelle eines Beschwerdemanagementsystems, mit unterschiedlichen Erwartungen und Motiven an Anlaufstellen herantreten. Multiple Angebote von unterschiedlichen Stellen, wie hier sowohl unabhängig von staatlicher Seite als auch initiiert von beteiligten Institutionen, sind sinnvoll und nötig, um so viele Betroffene wie möglich zu erreichen und damit die Validität der Informationen zu erhöhen. Das innovative Modell der Aufarbeitung mit Betroffenenbeteiligung führte zu einer bislang einzigartigen Datenbasis und einem tieferen Verständnis sexuellen Missbrauchs. Unter anderem war es möglich, Daten zu in bevölkerungsrepräsentativen

Stichproben häufig vernachlässigten Risikogruppen sowie zu seltenen Phänomenen sexuellen Missbrauchs zu erfassen. Es konnte gezeigt werden, dass der unter anderem auf Betroffenenbeteiligung basierende Aufarbeitungsprozess Wirkung zeigte. Sowohl auf politischer als auch auf gesellschaftlicher Ebene ergaben sich Veränderungen zugunsten der Situation Betroffener sowie zur Verbesserung der Prävention sexuellen Missbrauchs. Die bei der Anlaufstelle der UBSKM häufig beklagte Versorgungssituation Betroffener wurde in der Empfehlung des RTKM sowie der UBSKM zur Einrichtung eines Zugangs für Betroffene zu raschen traumatherapeutischen Angeboten adressiert. Die Evaluation der Arbeit der Traumaambulanzen ergab, dass traumatherapeutische Frühinterventionen eine Möglichkeit bieten, die Chronifizierung posttraumatischer Stresssymptomatik zu verhindern und somit die Versorgung potentiell traumatisierter Gewaltbetroffener deutlich zu verbessern.

Beim Vergleich der Ergebnisse aus dem Datensatz der Anlaufstelle mit Studien, die auf repräsentativen Stichproben Betroffener sexuellen Missbrauchs basieren, zeigt sich die Besonderheit der hier untersuchten selektiven Inanspruchnahmepopulation. Es ist eine deutliche Verschiebung der Verteilung in Richtung schwerwiegender, lang andauernder Fälle sexuellen Missbrauchs zu verzeichnen. Eine graphische Darstellung zum Vergleich der Anteile dieser Fälle in deutschen Datensätzen zu sexuellem Missbrauch gibt Abbildung 9.

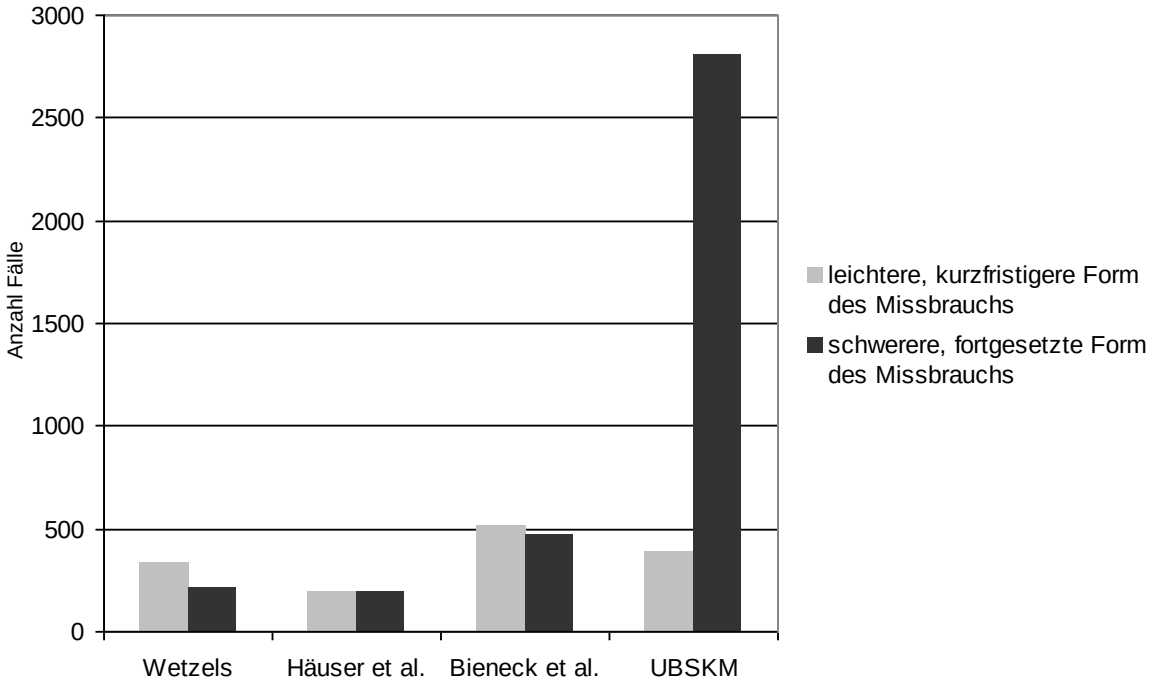

Abbildung 9: Vergleich der Anzahl schwerer, fortgesetzter Missbrauchsfälle in deutschen Datensätzen (nach Fegert et al., 2013b, S. 238)

Erklärt werden kann die Verschiebung dadurch, dass gerade diese Gruppe Betroffener das Bedürfnis hat, sich Jahre später an eine solche Anlaufstelle zu wenden, ihre Erfahrungen zu teilen und Anliegen zu formulieren. Dieser Selektionsbias hat zur Folge, dass mit Hilfe des Datensatzes ein vertiefter Einblick in die Dynamik schwerer, chronischer Missbrauchsfälle ermöglicht wurde. Die Art und Weise der Datenerhebung im freien Gespräch trug ihren Teil hierzu bei. Auch wenn sich hierdurch viele methodische Schwierigkeiten ergaben (siehe Abschnitt *4.1. Limitationen*), sprachen inhaltliche Punkte für dieses Vorgehen. Aufgrund des Verzichts auf eine standardisierte Befragung wurden Suggestionseffekte vermieden. Durch die Sammlung der von den Betroffenen von sich aus angesprochenen Themen ergaben sich Hinweise, welche Themen und Aspekte aus der Perspektive Betroffener relevant sind. Die Dokumentation von Zitaten und Teilen des Gesprächs im Freitext ermöglichte eine qualitative Auswertung der mitgeteilten Informationen. Weiterhin wurde somit die Schwelle, sich an die Anlaufstelle zu wenden, bewusst so niedrig wie möglich gehalten. Es gelang anhand dieses Vorgehens, eine sehr

viel breitere und gleichzeitig tiefer gehende Datenbasis zu erheben, als das im Rahmen einer standardisierten Befragung möglich gewesen wäre.

Weiterhin gelang es durch den partizipativen Ansatz über die Anlaufstelle, in der Inanspruchnahmepopulation relativ hohe Anteile an Mitgliedern von Risikogruppen, wie ehemaligen Heim- und Pflegekindern, sowie an Betroffenen selten berichteter Phänomene, wie rituellem Missbrauch oder Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting, zu vereinen und auszuwerten (siehe hierzu auch Fegert et al., 2013b), die in Untersuchungen an repräsentativen Stichproben zumeist unterrepräsentiert bzw. gar nicht enthalten sind. Zur Verdeutlichung kann das Beispiel der Heimkinder angeführt werden, die, wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, in der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe der KFN-Studie aus dem Jahr 2011, mit einer Anzahl von vier deutlich unterrepräsentiert waren (Bieneck et al., 2011; siehe Abschnitt *1.1.1. Prävalenz sexuellen Missbrauchs*). Im vorliegenden Datensatz der UBSKM-Anlaufstelle hingegen finden sich mit 375 ehemaligen Heimkindern beinahe 100mal so viele wie in der KFN-Stichprobe. Dies stellt nun wiederum ein Oversampling dar, und es sollten keine Prävalenzschätzungen hieraus abgeleitet werden. Jedoch bietet sich die Möglichkeit, anhand dieser bislang einzigartigen Menge von Betroffenenberichten, sexuellen Missbrauch in Heimen besser zu verstehen und somit Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Institutionen zu entwickeln. Generell ist zu sagen, dass bevölkerungsrepräsentative Stichproben nicht geeignet sind, um solche Risikogruppen oder seltene Phänomene zu untersuchen. Selektive Datensätze wie der vorliegende bieten hier eindeutig mehr Möglichkeiten.

Die gefundenen Ergebnisse zu Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs stehen in Einklang mit der Forschungsliteratur. Auch wenn aufgrund der Art und Weise der Datenerhebung ohne standardisierte Befragung keine Aussagen über den genauen Anteil bestehender Folgeerscheinungen in der Stichprobe getätigt werden können, gibt der Anteil von einem Viertel der Betroffenen, die spontan im Gespräch ohne direkte Nachfrage von psychiatrischen Störungsbildern berichteten sowie der Anteil von knapp der Hälfte der Betroffenen, die ebenfalls ungefragt psychosoziale Beeinträchtigungen in Folge des Missbrauchs schilderten, deutliche Hinweise auf eine hohe psychische Belastung in der Stichprobe der Betroffenen. Berücksichtigt werden muss hierbei, dass es sich um nicht validierte Berichte der Betroffenen handelt, und benannte psychiatrische

Diagnosen nicht überprüft werden konnten. Dennoch deckt sich die Tatsache, dass hier größtenteils erwachsene Betroffene im mittleren Alter von bis in die Gegenwart andauernden Folgeerscheinungen berichteten, mit den in der Einführung beschriebenen Befunden über negative Auswirkungen sexuellen Missbrauchs bis ins Erwachsenenalter. Auch das Muster der beschriebenen Störungsbilder mit vorherrschenden affektiven, Angst- und Persönlichkeitsstörungen sowie PTBS stimmt mit den Befunden aus der Literatur überein.

Bezüglich der Aussagen der Betroffenen zum Versorgungssystem muss beachtet werden, dass sich hier Aussagen zur aktuellen Situation sowie zur Situation direkt im Anschluss an den Missbrauch, sprich bis ca. zurück in die 40er Jahre des letzten Jahrhunderts, mischen. Die Kernaussagen der Betroffenen hinsichtlich zu wenig spezialisierter Angebote, zu langer Wartezeiten, teilweise mangelnder Qualität sowie Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen und ungenügenden Stundenkontingenten decken sich jedoch mit der ebenfalls durch die UBSKM initiierte Befragung niedergelassener Psychotherapeuten (UBSKM, 2011). Weiterhin stehen sie im Einklang mit einer Untersuchung zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche, die ergab, dass über 60 % der Teilnehmenden mit psychischen Auffälligkeiten keine missbrauchsbezogene therapeutische Behandlung in Anspruch nahmen (Münzer et al., 2015).

Vergleicht man das beschriebene Vorgehen im Rahmen der deutschen Aufarbeitung mit internationalen Aufarbeitungsprozessen, wird deutlich, dass es mit Hilfe des partizipativen Ansatzes, realisiert durch das Anonymität garantierende, niederschwellige sowie gut erreichbare Angebot der Anlaufstelle gelungen ist, den Aufarbeitungsprozess auf eine bis dato unerreichte Basis an Betroffenenberichten zu stellen. Während beispielsweise die irische Aufarbeitungskommission CICA die Erfahrungen von 1.090 Betroffenen mit einbezog (Ryan, 2009) und in Belgien 124 Betroffene Zeugnis bei Hearings ablegten (Adriaenssens, 2010), konnte die UBSKM ihre Empfehlungen auf der Basis der Berichte von 4.570 Betroffenen erstellen. Weiterhin schätzten die Betroffenen die Kombination aus der Möglichkeit der direkten Teilnahme am politischen Prozess sowie der Möglichkeit, mit professionellen, erfahrenen Fachkräften sprechen zu können, ohne sich und ihre Situation groß erklären zu müssen, sehr. Ein weiterer Vorteil des partizipativen Ansatzes ist die Nutzung des so genannten

„voice effects“ (Folger, 1977), der besagt, dass Personen zufriedener und positiver auf Entscheidungen reagieren sowie weniger Ungerechtigkeit wahrnehmen, wenn sie die Möglichkeit hatten, sich im Entscheidungsprozess zu äußern. Dieser Effekt wurde auch bereits im Rahmen politischer Entscheidungsfindung und Politikgestaltung gefunden (Wu & Wang, 2013).

Hinsichtlich der Konsequenzen aus dem Aufarbeitungsprozess für die Versorgung Betroffener sowie die Prävention von Missbrauch kann zusammenfassend gesagt werden, dass sich vieles in eine positive Richtung bewegt, auch wenn es sicherlich noch weiteres Verbesserungspotential gibt. Im Rahmen des, unter anderem auf den Aufarbeitungsprozess zurückgehenden, Bundeskinderschutzgesetzes wurde die Zusammenarbeit der Akteure im Kinderschutz verbessert, um darauf hin zu wirken, Missbrauch schneller zu erkennen oder gar zu verhindern sowie betroffene Kinder und Jugendliche zu schützen und zu versorgen. Mit Hilfe von Mindeststandards und Schutzkonzepten in Einrichtungen soll die Prävention innerhalb von Institutionen verbessert werden. Weitere neue gesetzliche Regelungen stärken die Position Betroffener im rechtlichen Sinne. Finanzielle Entschädigungsmöglichkeiten auch für Betroffene innerfamiliären Missbrauchs wurden mit dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich geschaffen. Die durch die Empfehlungen von RTKM und UBSKM vorangetriebene Einrichtung von über das OEG finanzierten Modell-Traumaambulanzen, wie sie ebenfalls in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden, verbessert die Versorgungssituation Betroffener und begegnet den häufig beklagten Schwierigkeiten Betroffener, geeignete, fachlich qualifizierte Hilfe in angemessener Zeit zu finden. Die angebotenen Frühinterventionen wirken der Chronifizierung und somit der Manifestation von psychischen Störungen nach Gewalterfahrungen entgegen. Die traumatherapeutische Expertise in den Ambulanzen trägt zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungssituation Betroffener bei. Das traumaspezifische Arbeiten lindert die direkt traumabezogene Symptomatik und erleichtert die Verarbeitung des Geschehenen. Möglicherweise persistierende Psychopathologie kann durch das reguläre Versorgungssystem gut aufgefangen werden.

Generell wurde durch den Aufarbeitungsprozess eine Erhöhung der Sensibilität für sexuellen Missbrauch erreicht, so dass eine gesellschaftliche Wende passiert, von der „Kultur des Wegschauens“ hin zur „Kultur des Hinschauens“, die nötig ist, um Kinder und

Jugendliche effektiv vor sexuellem Missbrauch aber auch anderen Misshandlungsformen zu schützen.

4.1 Limitationen

Der bei der Anlaufstelle der UBSKM erhobene Datensatz stellt keine repräsentative Stichprobe Betroffener sexuellen Missbrauchs dar, sondern eine selektive Inanspruchnahmepopulation. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist somit darauf zu achten, nicht auf Betroffene sexuellen Missbrauchs allgemein zu generalisieren, sondern die Ergebnisse hauptsächlich auf Fälle schweren, chronischen Missbrauchs zu beziehen. Weiterhin führte die Art und Weise der Datenerhebung im freien Gespräch ohne standardisierte Befragung dazu, dass die Angaben zu verschiedenen Aspekten auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten beruhen, so dass keine Prävalenzschätzungen oder Hypothesentests möglich waren. Auf der anderen Seite stellt dies genau eine der Stärken des Datensatzes dar, weil somit Suggestionseffekte durch vorgefertigte Fragen verhindert und für Betroffene relevante Aspekte identifiziert werden konnten. Die allgemeinen Nachteile retrospektiver Erhebungen traumatischer Kindheitserlebnisse bei der Befragung Erwachsener sollten berücksichtigt werden. Durch lücken- oder fehlerhafte Erinnerungen, Verdrängungs- und Vermeidungsvorgänge sowie Fehlattributionen kann die Qualität und Validität der Daten beeinträchtigt werden (Hardt & Rutter, 2004). Wie bereits erwähnt, beruhen darüber hinaus die Daten zu psychiatrischen Diagnosen und psychosozialen Schwierigkeiten rein auf den Berichten der Betroffenen. Es wurde keine Validierung oder Überprüfung anhand von klinischen Interviews oder Symptomfragebögen vorgenommen.

Zum zweiten dargestellten Teilprojekt der Evaluation von Frühinterventionen in Traumaambulanzen ist einschränkend zu sagen, dass ein naturalistisches Design zugrunde lag, was zu heterogenen Gruppen führte. Es wurde kein manualisiertes Interventionskonzept vorgegeben, sondern die an den teilnehmenden Ambulanzen regelhaft eingesetzten Interventionen evaluiert. Hierdurch kam es zu unterschiedlichen Behandlungsdauern und damit zu unterschiedlichen Abständen zwischen den Messzeitpunkten. Weiterhin kann keine Aussage über konkrete wirksame Interventionsmethoden getroffen werden. Die ursprünglich angestrebte Probandenzahl wurde aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten sowie einer sich über die Dauer der

Erhebungsphase verändernden Versorgungslandschaft mit der Einführung neuer Modell-Traumaambulanzen nicht erreicht. Einem Teil der Schwierigkeiten konnte methodisch durch die Matched Pairs Analyse begegnet werden, die weiteren dem naturalistischen Design geschuldeten Einschränkungen der internen Validität sollten bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

4.2 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse des vorliegenden Gesamtprojekts zeigen, dass sich die untersuchten innovativen Ansätze in ihren jeweiligen Anwendungsgebieten bewährt haben. Der partizipative Ansatz der Betroffenenbeteiligung in einem politischen Aufarbeitungsprozess kann auf weitere Bereiche, beispielsweise des Gesundheitswesens, ausgeweitet werden. Grundsätzlich ist es möglich, einen solchen Ansatz bei jeder Art gesellschaftlicher Aufarbeitung zur Anwendung zu bringen, bei der Personen beteiligt werden sollen, deren Wissen essentiell ist, die jedoch schwer Gehör finden. Weiterhin ist der Einsatz von Beschwerdemanagementsystemen mit ähnlichen Prinzipien, wie sie bei der Anlaufstelle der UBSKM realisiert wurden, in Institutionen zu einer Art Standard im Rahmen der Einrichtung von Schutzkonzepten geworden (Liebhardt, 2015). Im Rahmen einer Novellierung des gesamten Sozialen Entschädigungsrechts ist geplant, über das OEG finanzierte Traumaambulanzen, die unbürokratisch und rasch therapeutische Hilfen für Gewaltbetroffene anbieten und im vorliegenden Projekt positiv evaluiert wurden, flächendeckend in Deutschland einzurichten (Schmachtenberg, 2014).

Der Aufarbeitungsprozess in Deutschland setzt sich 2016 fort und wird um eine weitere Einrichtung erweitert. Im Sommer 2015 beschloss der Deutsche Bundestag, für drei Jahre eine Unabhängige Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch einzurichten, die Anfang 2016 ihre Arbeit aufgenommen hat. Ziel der Kommission ist die systematische Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs. Hierzu sollen modellhaft Eckpunkte für gelingende Aufarbeitungsprozesse in Einrichtungen und Organisationen entwickelt werden. Weiterhin sollen Möglichkeiten geschaffen werden, Betroffene in Anhörungen offen zu Wort kommen zu lassen und das geschehene Unrecht anzuerkennen. Die inzwischen in „Hilfetelefon Sexueller Missbrauch“ umbenannte telefonische Anlaufstelle wird ebenfalls ab 2016 wieder durch die wissenschaftliche Begleitforschung unterstützt. Hierbei wird

das Vorgehen konzeptionell etwas verändert. Der in der ersten Phase der Begleitforschung sehr bewährte Ansatz der Datenerhebung im freien Gespräch wird ergänzt durch strukturierte, direktivere Gesprächsanteile. Neu hinzukommen die Abfrage des standardisierten Fragebogeninstruments „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) (Bernstein et al., 2003; dt. Version: Wingenfeld et al., 2010) sowie das gezielte Ansprechen wechselnder Kernthemen wie beispielsweise Erfahrungen mit dem Versorgungssystem oder auch Aspekte der Strafverfolgung. Ziel der Verwendung des CTQ ist es, statistisch zuverlässige Aussagen zur Häufigkeit und zum Schweregrad sexuellen Missbrauchs sowie weiterer Misshandlungsformen in der Inanspruchnahmepopulation treffen sowie die Daten mit internationalen Studien vergleichen zu können. Die Angaben zu den wechselnden Kernthemen, die inhaltlich an politisch aktuelle Debatten angeglichen werden sollen, dienen dazu, die Arbeit des UBSKM aus Betroffenenperspektive zu untermauern. Dennoch gibt es auch weiterhin Raum für politische Botschaften und von den Betroffenen selbst angesprochene Themen, die im Freitext sowie in Form von wörtlichen Zitaten dokumentiert werden können. Abermals wird also die Beteiligung der Betroffenen am weiteren politischen Aufarbeitungsprozess gewünscht und ermöglicht.

5 Zusammenfassung

Nachdem im Winter 2010 vielzählige Missbrauchsfälle in kirchlichen und pädagogischen Institutionen bekannt wurden, rückte das Thema des sexuellen Missbrauchs erstmalig in die Aufmerksamkeit der breiten Öffentlichkeit. Die Politik reagierte mit der Einrichtung des Runden Tisches sowie der Einsetzung der Unabhängigen Beauftragten mit dem Ziel der Aufarbeitung der vergangenen Fälle, der Verbesserung der Situation Betroffener sowie der Ausweitung und Optimierung von Präventionsmaßnahmen. Zu diesem Zweck sollten von den beiden Stellen Empfehlungen an die Politik formuliert werden. Um den politischen Aufarbeitungsprozess zu großen Teilen auf die Basis der Beteiligung Betroffener zu stellen, richtete die Unabhängige Beauftragte eine Anlaufstelle für Betroffene sowie deren Angehörige und Umfeld ein, wohin sich mit politischen Botschaften, Wünschen und Erfahrungen bezüglich sexuellen Missbrauchs gewandt werden konnte. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Begleitforschung zu dieser Anlaufstelle.

Es wurde untersucht, ob die groß angelegte Beteiligung Betroffener am politischen und gesellschaftlichen Aufarbeitungsprozess im Rahmen eines als Critical Incident Reporting System angelegten Beschwerdemanagementsystems gelungen ist, und welche fachlichen, politischen sowie gesellschaftlichen Auswirkungen sich daraus ergeben haben.

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass die Beteiligung Betroffener am Aufarbeitungsprozess machbar und sinnvoll war. Es wurden knapp 5.000 Betroffene erreicht und hierdurch, mit Hilfe eines webbasierten Erhebungsrasters, eine bis dato einzigartige Datensammlung zu sexuellem Missbrauch erstellt. Die Erkenntnisse aus diesen Daten erweiterten das Wissen über sexuellen Missbrauch und lieferten die Grundlage für die Empfehlungen der Unabhängigen Beauftragten an die Politik – und somit auch für konkrete politische Veränderungen, wie beispielsweise die Einführung eines Bundeskinderschutzgesetzes im Jahr 2012. In einem Folgeprojekt, das sich direkt aus der Empfehlung der Unabhängigen Beauftragten, Betroffenen schnell und unbürokratisch traumaspezifische therapeutische Angebote zur Verfügung zu stellen, ergab, konnte gezeigt werden, dass diese traumatherapeutischen Frühinterventionen einen deutlich reduzierenden Effekt auf die posttraumatische Stresssymptomatik hatten.

6 Literatur

1. Adriaenssens, P. (2010). *Rapport des activités de la Commission pour le traitement des plaintes pour abus sexuels dans une relation pastorale.* Commission pour le traitement des plaintes pour abus sexuels dans une relation pastorale. Leuven.

2. Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry, 56*, 266-272.

3. Bange, D. (2015). Planung der Intervention nach Aufdeckung eines sexuellen Kindesmissbrauchsfalls. In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liebhardt (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen*, S. 203-212. Heidelberg: Springer.

4. Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*, 469-483.

5. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*, 169-190.

6. Bieneck, S., Stadler, L., Pfeiffer, C., & Niedersachsen, K. F. (2011). *Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung sexueller Missbrauch 2011.* KFN.

7. Bundeskriminalamt (2015). *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland: Jahrbuch 2014.* Wiesbaden. http://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2014/pks2014Jahrbuch,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pks2014Jahrbuch.pdf (Abruf am 06.01.2016).

8. Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.* Genf: WHO Press.

9. Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., et al. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect, 34*, 477-489.

10. Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34*, 813-822.

11. De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology, 13*, 539-564.

12. Domhardt, M., Muenzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse, 16*, 476-493.

13. Faust, J., & Katchen, L. B. (2004). Treatment of children with complicated posttraumatic stress reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 426-437.

14. Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröber, N., & Rassenhofer, M. (2013a). Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen. *Nervenheilkunde, 32*, 827-833.

15. Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Schneider, T., Spröber, N., & Seitz, A. (2013b). *Sexueller Kindesmissbrauch - Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen: Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann.* Weinheim: Beltz Juventa.

16. Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Fangerau, H. (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe: Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes.* Weinheim: Beltz Juventa.

17. Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 32*, 607-619.

18. Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect, 37*, 664-674.

19. Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*, 409-417.

20. Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization.* New York, NY: Oxford University Press.

21. Finkelhor, D., & Jones, L. (2006). Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues, 62*, 685-716.

22. Finkelhor, D., & Jones, L. M. (2012). *Have sexual abuse and physical abuse declined since the 1990s?* Crimes Against Children Research Center.

23. Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Holt, M. (2009). Pathways to Poly-Victimization. *Child Maltreatment, 14*, 316-329.

24. Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*, 327-358.

25. Folger, R. (1977). Distributive and procedural justice: Combined impact of voice and improvement on experienced inequity. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 108-119.

26. Goldbeck, L. (2015). Auffälligkeiten und Hinweiszeichen bei sexuellem Kindesmissbrauch. In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liebhardt (Hrsg.), S*exueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen* , S. 145-153. Heidelberg: Springer.

27. Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt Int, 108,* 287-294.

28. Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 260-273.

29. Herrmann, B., Navratil, F., & Neises, M. (2002). Sexueller Missbrauch von Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 150*, 1344-1356.

30. Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence & Abuse, 12*, 38-49.

31. Jud, A., Rassenhofer, M., Witt, A., Münzer, A., & Fegert, J. M. (2016*). Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs - Expertise für den Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.* Berlin. https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/Expertise_Haeufigkeitsangaben.pdf (Abruf am 28.02.2016).

32. Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.

33. Kloess, J. A., Beech, A. R., & Harkins, L. (2014). Online Child Sexual Exploitation Prevalence, Process, and Offender Characteristics. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*, 126-139.

34. König, C., & Fegert, J. M. (2008). Sexueller Missbrauch. In: H. Remschmidt, F. Mattejat, & A. Warnke (Hrsg.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, S. 452-463. Stuttgart: Thieme.

35. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer publishing company.

36. Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008*). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0.* Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

37. Liebhardt, H. (2015). Beschwerdesysteme als integraler Bestandteil eines institutionellen Qualitätsmanagements. In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liebhardt (Hrsg.), S*exueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen*, S. 299-306. Heidelberg: Springer.

38. Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 59*, 359-372.

39. Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*, 647-657.

40. Münzer, A., Fegert, J., Witt, A., & Goldbeck, L. (2015). Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche. *Nervenheilkunde, 34*, 26-32.

41. Nelson, S., Baldwin, N., & Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19,* 211-220.

42. Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology, 135*, 17-36.

43. Parmelli, E., Flodgren, G., Fraser, S. G., Williams, N., Rubin, G., & Eccles, M. P. (2012). Interventions to increase clinical incident reporting in health care. *Cochrane Database Systematic Review, 8.*

44. Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect, 33*, 331-342.

45. Rakha, E. A., Clark, D., Chohan, B. S., El-Sayed, M., Sen, S., Bakowski, L., et al. (2012). Efficacy of an incident-reporting system in cellular pathology: A practical experience. *Journal of Clinical Pathology, 65*, 643-648.

46. Rassenhofer, D. M., Laßhof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F., & Fegert, J. M. (2015a). Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. *Psychotherapeut*. http://www.springermedizin.de/effektivitaet-der-fruehintervention-in-traumaambulanzen/6078454.html (Abruf am 06.01.2016).

47. Rassenhofer, M., Spröber, N., Schneider, T., & Fegert, J. M. (2013). Listening to victims: Use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany. *Child Abuse & Neglect, 37*, 653-663.

48. Rassenhofer, M., Zimmer, A., Spröber, N., & Fegert, J. M. (2015b). Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs. *Child Abuse & Neglect, 40*, 60-67.

49. Runder Tisch (2012). *Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. Abschlussbericht.* Berlin. http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Abschlussbericht_RTKM.html (Abruf am 28.03.2016).

50. Ryan, S. (2009). *Final Report of the Commission to Inquire into Child Abuse.* Dublin. www.childabusecommission.ie/publications/index.html (Abruf am 28.12.2015).

51. Schmachtenberg, R. (2014). Das neue SER - Elemente einer grundlegenden Neugestaltung des Rechts der Sozialen Entschädigung und der Opferentschädigung. Vortrag anlässlich des Werkstattgesprächs zum Opferentschädigungsrecht und zum Sozialen Entschädigungsrecht am 24. Juni 2014 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/werkstattgespraech-schmachtenberg-rede.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 08.01.2016).

52. Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Aktuelle Kontroverse. *Kindheit und Entwicklung, 19*, 47-63.

53. Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry, 13*, 1.

54. Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., & Greene, A. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4).* Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

55. Sethi, D., Mitis, F., Alink, L., Butchart, A., Wagner, A., & Stoltenborgh, M. (2013). Scale and consequences of the problem. In D. Sethi, M. Bellis, K. Hughes, R. Gilbert, F. Mitis & G. Galea (Hrsg.), *European report on preventing child maltreatment* (S. 8-33). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

56. Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 184*, 416-421.

57. Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect, 37*, 415-425.

58. Spröber, N., König, L., Rassenhofer, M., König, C., Seitz, A., & Fegert, J. M. (2011). Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 20*, 83-94.

59. Spröber, N., Schneider, T., Rassenhofer, M., Seitz, A., Liebhardt, H., Konig, L., et al. (2014). Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: A retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health, 14*, 282.

60. Stadler, L., Bieneck, S., & Wetzels, P. (2012). Viktimisierung durch sexuellen Kindesmissbrauch: Befunde national-repräsentativer Dunkelfeldforschung zu Entwicklungstrends in Deutschland. *Praxis der Rechtspsycholgie, 22*, 190-220.

61. Staender, S. (2011). Incident Reporting in Anaesthesiology. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 25*, 207-214.

62. Statistisches Bundesamt (2015). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/Gefaehrdungseinschaetzungen5225123147004.pdf;jsessionid=067E1C37937A25355784F51213B399FB.cae1?__blob=publicationFile (Abruf am 31.01.2016).

63. Stermoljan, C., & Fegert, J. M. (2015). Unterstützung für von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche. In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liebhardt (Hrsg.), S*exueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen*, S. 251-267. Heidelberg: Springer.

64. Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16,* 79-101.

65. Suetonius Tranquillus, G. (1993). Kaiserbiographien (lt. und dt. von Wittstock, O.), *Schriften und Quellen der Alten Welt, 39*. Berlin: Akademie Verlag., S. 213.

66. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry, 170*, 1114–1133.

67. Unabhängige Beauftragte (2011). *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann.* Berlin.

https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse_Service/Publikationen/Abschlussbericht-der-Unabhaengigen-Beauftragten-zur-Aufarbeitung-des-sexuellen-Kindesmissbrauchs.pdf (Abruf am 30.12.2015).

68. Unabhängiger Beauftragter (2015). Aufarbeitung international. https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Der_Beauftragte/Aufarbeitung/neu/Berichte_Aufarbeitung_2.pdf (Abruf am 28.12.2015).

69. Unabhängiger Beauftragter (2016). Daten und Fakten zur „Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch". https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/Januar_2016/26_Januar/Fact_Sheet_Aufarbeitungskommission.pdf (Abruf am 28.02.2016).

70. Wetzels, P. (1997). *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD.* KFN.

71. Whittle, H., Hamilton-Giachritsis, C., Beech, A., & Collings, G. (2013). A review of online grooming: Characteristics and concerns. *Aggression and violent behavior*, *18*, 62-70.

72. Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., et al. (2010). Die Deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 60*, 442-450.

73. Wu, X., & Wang, E. (2013). Outcome favorability as a boundary condition to voice effect on people's reactions to public policymaking. *Journal of Applied Social Psychology, 43*, 329-337.

III PUBLIKATIONEN

1 Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland

Eigenanteil:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projekts, Hauptverantwortung für Datenpflege und Datenaufbereitung, Mitwirkung bei der Auswertung (quantitative und qualitative Auswertungen) sowie der Interpretation der Ergebnisse, Mitwirkung bei der Erstellung des Manuskripts (fragestellungsbezogene systematische Literaturrecherche, Verfassen der Einleitung sowie des Methoden- und Ergebnisteils), Erstellung der Tabellen und Graphiken, Auswahl der Zitate, Integration der Anmerkungen der Co-Autoren und Peer-Reviewer, Korrekturlesen der Druckfahne.

Referenz:

Spröber, N., König, L., **Rassenhofer, M.**, König, C., Seitz, A., & Fegert, J. M. (2011). Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 20*, 83-94.

Abgedruckt aus Kindheit und Entwicklung, 20, Spröber, N., König, L., **Rassenhofer, M.**, König, C., Seitz, A., & Fegert, J. M., Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland, Copyright (2011), mit Genehmigung von Hogrefe.

Kindheit und Entwicklung, 20 (2), 83 – 94 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2011

Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland

Nina Spröber[1], Lilith König[1], Miriam Rassenhofer[1], Cornelia König[1], Alexander Seitz[2] und Jörg M. Fegert[1]

[1]Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
[2]Soon-Systems GmbH

Zusammenfassung. Im Rahmen der Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs von Kindern wurde durch die Unabhängige Beauftragte eine telefonische Anlaufstelle eingerichtet. Anrufer haben die Möglichkeit, Erfahrungen, Kritik und Anregungen an die Politik zu äußern; diese sollen in die Empfehlungen der Unabhängigen Beauftragten an den Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ und an die Bundesregierung einfließen. Um die Informationen der Betroffenen für die Arbeit der Unabhängigen Beauftragten nutzbar zu machen, wurde ein webbasiertes Dokumentationsraster zur anonymen Erfassung der Anliegen der Anrufenden entwickelt. Von den Ende Mai bis Mitte Juli 2010 eingegangenen Anrufen ($N = 962$) liegen $N = 510$ auswertbare Datensätze vor. Neben der Darstellung des Dokumentationsrasters, werden die ersten deskriptiven und qualitativen Ergebnisse vorgestellt und hinsichtlich ihrer Anforderungen an die Politik diskutiert. Das am häufigsten genannte Anliegen der Anrufenden ist eine Verbesserung der Qualität von Traumatherapien und eine Ausweitung der psychotherapeutischen Angebote (z. B. auf ältere Menschen, Männer). Weitere zentrale Themen waren Entschädigung/Strafverfolgung, Fortbildung/Weiterbildung von Fachpersonen, Enttabuisierung/Prävention und das Thema Vertrauen in die Politik.
Schlüsselwörter: sexueller Missbrauch, Kinder/Jugendliche, Prävention, systematische Dokumentation

Development, implementation, and first results of a web-based documentation system for the telephone contact point of the Special Representative for Cases of Child Abuse in Germany

Abstract. In the context of the activity of the Special Representative for Cases of Child Abuse a telephone contact point was established to give all relevant people the opportunity to express criticism, experiences, and suggestions for the consideration of the round table “Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich” and of the German government. A web-based documentation system was developed to collect and summarize callers’ concerns anonymously and to make the information publicly available. Of the incoming calls that were collected between end of May to middle of July 2010 ($N = 950$), $N = 570$ analyzable data sets were available. In addition to describing the documentation system itself, this paper provides initial descriptive and qualitative results and examines how well the system meets the needs of policy-makers. The most important topic raised was improvement of trauma therapies and their extension (e. g., for elderly people and for men). Other frequently expressed concerns are related to compensation/prosecution, advanced training for professionals, removing taboos, prevention, and confidence in politics.
Key words: sexual abuse, children/youths, prevention, systematic documentation

Anfang 2010 wurden Fälle sexuellen Missbrauchs am Berliner Jesuitengymnasium Canisius-Kolleg aufgedeckt, in der Folgezeit wurden weitere solcher Vorkommnisse an verschiedensten pädagogischen und kirchlichen Institutionen sowie im privaten Bereich in Deutschland bekannt. Dieser sogenannte Missbrauchs-Skandal sensibilisierte die Gesellschaft für das Thema des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen. Ähnliche Dynamiken haben sich auch in anderen Ländern (z. B. Irland) ausgehend von dem öffentli-

Wir danken zunächst all den Personen, die sich bei der telefonischen Anlaufstelle gemeldet und ihre Anregungen und Erfahrungen mitgeteilt haben. Außerdem danken wir der Unabhängigen Beauftragten, ihren Mitarbeitern und den Fachkräften der telefonischen Anlaufstelle für die engagierte und gute Zusammenarbeit und das Vertrauen, das dem Team der wissenschaftlichen Begleitforschung entgegengebracht wurde.

DOI: 10.1026/0942-5403/a000044

chen Bekanntwerden von sexuellem Missbrauch Schutzbefohlener entwickelt.

Eine der ältesten und gängigsten sozialwissenschaftlichen Definitionen von sexuellem Missbrauch stammt von Schechter und Roberge (1976). Sie verstehen unter sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ihre Beteiligung an sexuellen Handlungen, die sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben können, die sexuelle Tabus der Familie und der Gesellschaft verletzen oder zur sexuellen Befriedigung eines nicht Gleichaltrigen oder Erwachsenen dienen. Die klinisch-therapeutische Sichtweise unterscheidet weiterhin zwischen innerfamiliärem Missbrauch und außerfamiliärem Missbrauch an Institutionen oder durch Fremde. Von einem sexuellen Missbrauch Schutzbefohlener spricht man, wenn es sich bei dem Missbrauch um Personen handelt, die aufgrund ihres Alters (unter 18 Jahren), einer Krankheit oder Behinderung wehrlos sind und der Fürsorge Erwachsener unterstehen. Die Schutzbefohlene bzw. der Schutzbefohlene gehört dabei dem Hausstand des Erwachsenen an, wurde von der fürsorgepflichtigen Person seiner Obhut überlassen oder untersteht dieser im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses.

Die in verschiedenen Studien berichteten Prävalenzraten zum Vorkommen von sexuellem Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen variieren, vor allem aufgrund der sehr hohen Dunkelziffer, stark (z. B. Pereda, Guilera, Forns & Gomez-Benito, 2009). Die in einer neuseeländischen Kohortenstudie über einen 18-Jahres-Zeitraum erhobenen Längsschnittdaten weisen darauf hin, dass relativ viele Kinder/Jugendliche (gesamt: 10,4 %; Mädchen: 17,3 %, Jungen: 3,4 %) in den ersten 16 Lebensjahren Opfer sexuellen Missbrauchs werden (Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996). Im internationalen Vergleich zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch (vgl. Finkelhor, 1994) verdeutlicht sich das erhöhte Risiko für Mädchen, sexuell missbraucht zu werden (Prävalenzraten zwischen 7 % und 36 % für Mädchen, zwischen 3 % und 29 % für Jungen). Jungen fallen verstärkt außerfamiliärem Missbrauch zum Opfer (Cullen, Smith, Jeann & Haaf, 2000). Die Täter sind meist männlich (Murray, 2000), während Frauen nur in wenigen Fällen Täter sind (z. B. Christiansen & Thyer, 2003).

In Folge eines sexuellen Missbrauchs entwickeln sich häufig psychische Auffälligkeiten und psychiatrische Störungsbilder (z. B. Ängste, sexualisiertes Verhalten, Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch, aggressives Verhalten, Essstörungen bis hin zu Suizidalität und der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen; Brown, Cohen, Johnson & Smailes, 1999; Oddone Paolucci, Genuis & Violato, 2001; Putnam, 2003; Schmid, Fegert & Petermann, 2010; Spataro, Mullen, Burgess, Wells & Moss, 2004). Zudem konnten auch Zusammenhänge zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen und körperlichen Erkrankungen (z. B. Schwächung des Immunsystems) sowie neurobiologischen Veränderungen (z. B. abfallende Gedächtnisleistung, negative Auswirkungen auf das sympathische Nervensystem) gezeigt werden (De Bellis & Thomas, 2003; Lesermann, 2005; Nemeroff, 2004; Perry, 2001).

Einen entscheidenden Einfluss haben natürlich Art, Schwere und Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs. Laut Faust und Katchen (2004) erhöhen schwere, chronische Formen des Missbrauchs das Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten. Weitere beeinflussende Faktoren sind Dispositionen des Kindes bzw. des Jugendlichen (z. B. allgemeine psychische Befindlichkeit). Schutz vor der Entwicklung psychischer Probleme bieten vor allem Unterstützung durch das familiäre und soziale Umfeld, ein stabiles Selbstkonzept sowie schulische Erfolge oder Erfolge in anderen Bereichen (Ressourcen des Kindes/Jugendlichen).

Im institutionellen Rahmen liegen Möglichkeiten der Prävention etwa in der Einführung institutioneller Regeln, Informationen und Fortbildungen sowie Supervision und Teamberatung für Mitarbeiter und der Stärkung der Partizipation der Kinder und Jugendlichen (Fegert, 2007; Fegert & Wolff, 2006). Weiterhin können im schulischen Rahmen oder bei Beratungsstellen Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche angeboten werden. Für Opfer sexuellen Missbrauchs gibt es in Deutschland Beratungsangebote und spezifische Beratungsstellen. Therapeutische Interventionen für missbrauchte Kinder wurden bisher in ihrer Wirksamkeit in Deutschland noch selten empirisch evaluiert, aus dem internationalen Raum liegen einige Studien vor (z. B. Nolan et al., 2002).

Die oben beschriebenen schwerwiegenden potentiellen Folgen eines sexuellen Missbrauchs und die hohen Prävalenzraten, die den tatsächlichen Sachverhalt höchstwahrscheinlich noch unterschätzen, machen die dringende Notwendigkeit deutlich, sich genauer mit den Dynamiken des sexuellen Missbrauchs und spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren zu beschäftigen, um die Effektivität von Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten zu steigern und wirkungsvoll in die Versorgungslandschaft zu etablieren.

Datenerhebung

Die Bundesregierung nahm im März 2010 den eingangs erwähnten „Missbrauchsskandal“ zum Anlass, die ehemalige Berliner Frauensenatorin und ehemalige Bundesfamilienministerin Dr. Christine Bergmann als Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs einzusetzen. Sie fungiert seither als Ansprechpartnerin und zentrale Anlaufstelle für direkt Betroffene oder Menschen, die in ihrem Umfeld Zeugen von

Missbrauch geworden sind. Ihr Auftrag beinhaltet die Aufarbeitung der Thematik des sexuellen Kindesmissbrauchs in privaten und öffentlichen Institutionen sowie im familiären Bereich. Wesentliche Grundlage sind dabei die Erkenntnisse aus den Briefen und Gesprächen mit Betroffenen. Darüber hinaus werden Erfahrungen und Daten von bestehenden Beratungseinrichtungen, Vereinen und Verbänden einbezogen und um aktuelle wissenschaftliche Erhebungen und Befragungen, die von der Unabhängigen Beauftragten initiiert werden, ergänzt. Zu diesem Zweck wurde unter Anderem eine telefonische Anlaufstelle (TAL) eingerichtet, die von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm wissenschaftlich begleitet wird. Die telefonische Anlaufstelle wird von erfahrenen und geschulten Fachkräften ($N = 69$) aus den Bereichen Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin und Beratung betreut, die die Gespräche und Anliegen der Anrufer entgegennehmen. Die Fachkräfte geben den Anrufenden die Möglichkeit, ihre Anliegen „frei" vorzubringen (Anrufende werden nicht ausgefragt). Durch ihre hohen fachlichen Kompetenzen können sie auch emotional belastete Anrufende im Formulieren ihrer Anliegen unterstützen. Bei Bedarf geben die Fachkräfte gezielte Hinweise für weitere Unterstützungsangebote (z. B. Adressen von Beratungsstellen).

Fragestellung

Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen der Tätigkeit für die Unabhängige Beauftragte war es, ein Instrument der Datensammlung zu entwickeln und zu implementieren, das es ermöglicht, Informationen, die an die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten herangetragen werden, möglichst vollständig zu dokumentieren und nach systematischer Analyse für Fragen der Prävention und Hilfe für Betroffene heranzuziehen. Konkret sollte dabei untersucht werden, durch wen die telefonische Anlaufstelle in Anspruch genommen wird. Die Missbrauchserfahrungen, angenommene Unterstützungsmöglichkeiten und die Anliegen an die Politik sollten gesichtet und analysiert werden. Eine erste Einschätzung der Zufriedenheit der Anrufenden mit der telefonischen Anlaufstelle sollte vorgenommen werden.

Methoden

Computerbasiertes Erhebungsraster und Datenerhebung

Zur Informationssammlung wurde ein computer-/webbasiertes Erhebungsraster entwickelt und mit einem Fachbeirat abgestimmt. Technische Grundlage für die Internet-Plattform, auf der das Erhebungsraster für berechtigte Personen zugängig ist, bildet ein PHP/MySQL-basiertes Content Management-System mit speziellen Funktionen für die interne Kommunikation und Gruppenarbeit. Die Plattform wird über einen speziell hierfür ausgelegten und durchgängig technisch überwachten Server bereitgestellt. Der Aufbau des Systems entspricht einem Critical Incident Reporting System mit einer anonymen Berichterstattung über sexuelle Missbrauchsereignisse, mit der systematischen Aufnahme von Botschaften an die Politik und Verbesserungsvorschlägen. Diese Ergebnisse werden dann, im Gegensatz zu einer sonstigen wissenschaftlichen Untersuchung, laufend ausgewertet und in aggregierter Form auf dem öffentlichen Teil der Website sowie im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs und beim Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich" zur Diskussion vorgestellt. Zur Beschreibung entsprechender CIRS-Systeme siehe Fegert, Ziegenhain und Fangerau (2010).

Die Datenerhebung erfolgt in Form eines offenen Gesprächs, die Fachkräfte der telefonischen Anlaufstelle haben die Möglichkeit, zeitgleich oder im Anschluss an das Telefonat die Gesprächsinhalte zu dokumentieren. Um unterschiedliche Gruppen von Anrufern erfassen zu können, wurde das Erhebungsraster in verschiedene Register unterteilt, auf denen Berichte aus den Perspektiven von Betroffenen, von Kontaktpersonen Betroffener, von Tätern sowie von Kontaktpersonen von Tätern dokumentiert werden können (erfasst wurden auch „sonstige" Anrufer, die zu keinem der Register zugeordnet werden können). Im Fall, dass ein Anrufer wechselnde Inhalte aus verschiedenen Perspektiven berichtet, ermöglicht das Raster ein flexibles Springen zwischen den Registern. Jedes Perspektiven-Register beinhaltet Textfelder für eine zunächst freie Dokumentation der Berichte der Anrufenden sowie vorgegebene Kategorien (z. B. Kontext, Art und Dauer des Missbrauchs), anhand derer die Gesprächsinhalte für die statistische Auswertung strukturiert und quantifiziert werden. Die einzelnen Register sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Speicherung der Informationen geschieht in Übereinstimmung mit den gültigen Datenschutzbestimmungen und wurde vom Bundesdatenschutzbeauftragten geprüft. Für die wissenschaftliche Begleitung liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission vor.

Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgt quantitativ für die kategorialen Angaben und qualitativ für die freie Dokumentation in den Textfeldern. Die Methode der Datensammlung führt dazu, dass keine repräsentative Stichprobe erhoben wird. Zu den einzelnen im Erhebungsraster angelegten Aspekten liegt

Tabelle 1. Beschreibung der einzelnen Register des Dokumentationsrasters

Register	Beschreibung
Allgemeine Angaben	– Beweggrund des Anrufs – Überblick über alle Perspektiven der Anrufenden bzw. deren Bezug zur Thematik – Wie wurden die Anrufenden auf die TAL aufmerksam? – Einschätzung der Erreichbarkeit der TAL – Wurde bereits eine andere Anlaufstelle kontaktiert? – Angaben zu Geschlecht, Alter, Bundesland
Betroffene	– Freitextfeld für Missbrauchsgeschehen – Freitextfelder für unterstützende und hinderliche Aspekte im Kontext der Erlebnisse (z. B. Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Angaben zur Strafverfolgung, Auswirkungen des Missbrauchsgeschehens und Rat für ähnlich Betroffene) – Freitextfeld für nicht zuordenbare Aspekte
Kontaktpersonen Betroffener	– Beziehung zum/zur Betroffenen – Allgemeine Angaben zum/zur Betroffenen – Ansonsten analog zum Register „Betroffene“
Täter	– inhaltlich bewusst kurz gehalten mit Fokus auf das Vorgehen des/der Täters/Täterin – Apekte, die zur Aufarbeitung bzw. Prävention nutzbar gemacht werden können (z. B. was hat die Tat im Vorfeld begünstigt, wie hätte der Missbrauch verhindert werden können)
Kontaktpersonen von Tätern	– analog zum Register „Täter“
Botschaften an die Politik	– zentrales Register der Eingabemaske – Anregungen, Kritik und geforderte politische Maßnahmen aus Sicht der jeweiligen Perspektiven sammeln – Explizite Fragen an die Unabhängige Beauftragte – Vorauswahl möglicher Antwortkategorien zur Einsortierung der im Freitext genannten Aspekte
Abschluss	– Kennzeichnung von Anrufen, die inhaltlich nicht in die Auswertungen einfließen (z. B. Testanrufe) – Ergänzende Hintergrundinformationen zu Familienstand und Schulbildung – Bewertung des Gesprächs aus Sicht der Anrufenden auf vierstufiger Skala (von „eher schlecht“ bis „gut“) – Einschätzung der emotionalen Belastung der Anrufenden und der Fachkraft durch die Fachkraft auf vierstufiger Skala („niedrig“ bis „hoch“) – Besonderheiten des Gesprächs

eine unterschiedliche Anzahl von Angaben vor. Es wurden deshalb überwiegend deskriptive Statistiken durchgeführt und nur wenige einfache Mittelwertsvergleiche, mittels nonparametrischer Verfahren. Qualitative Analysen wurden bislang primär für die „Botschaften an die Politik/an Frau Dr. Bergmann“ durchgeführt. Dazu wurden alle Botschaften gesichtet und darin enthaltene Themen bezüglich ihrer Häufigkeit in eine Reihenfolge gebracht und eine Auswahl dazu passender prägnanter Zitate zusammengestellt.

Beschreibung der Inanspruchnahmepopulation der telefonischen Anlaufstelle

Im Telefonsystem wurden bis einschließlich 15. Juli 2010 962 Anrufe automatisch registriert, 870 Datensätze wurden im Dokumentationssystem angelegt. Von diesen Anrufen liegen 510 verwertbare Datensätze vor. Ausgenommen wurden: Wiederholungsanrufe ($N = 105$), Testanrufe ($N = 89$), Anrufe von Journalisten sowie Anrufe von Betroffenen, die keine Dokumentation wünschten. Das Geschlechterverhältnis in den verwertbaren Datensätzen (Frauen 51 %; Männer 49 %) ist relativ ausgewogen. Die Altersspanne liegt zwischen zehn und 80 Jahren mit einem Mittelwert von 51,0 Jahren ($SD = 13{,}9$). Geschlechtseffekte wurden nicht festgestellt. 91,5 % der Anrufenden kommen aus den alten Bundesländern, 8,5 % aus den neuen Bundesländern. Die Mehrheit der Personen (65 %, $N = 137$), von denen Angaben zum Umfeld vorliegen, lebt in städtischen, 35 % ($N = 77$) in ländlichen Regionen. 60 % geben an ledig, geschieden oder verwitwet und 40 % verheiratet zu sein. 60 % deren, die eine Aussage dazu gemacht haben, besitzen als höchsten Abschluss die Allgemeine Hochschulreife, die verbleibenden 40 % verteilen sich relativ gleichmäßig auf die Kategorien: Kein Schulabschluss, Hauptschulabschluss, Realschulabschluss. Die genauen Daten, speziell auch die jeweiligen Stichprobengrößen, auf die sich die Prozentangaben beziehen, sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2. Beschreibung der Inanspruchnahmepopulation der telefonischen Anlaufstelle

Merkmal	Häufigkeit (Prozent)
Geschlecht (*N*=480, fehlende Angabe *N*=30)	
männlich	235 (49 %)
weiblich	245 (51 %)
Alter (*N* = 278, fehlende Angabe *N* = 232)	
Spanne: 10 – 80 Jahre	
Mittelwert = 51,0 (*SD* = 13,9)	
Wohnort (*N* = 323, fehlende Angabe *N* = 187)	
Alte Bundesländer	296 (91,5 %)
Neue Bundesländer	27 (8,5 %)
Wohnumfeld (*N* = 214, fehlende Angabe *N* = 296)	
Stadt	137 (65 %)
Ländliche Region	77 (35 %)
Familienstand (*N* = 204, fehlende Angabe *N* = 306)	
Ledig, geschieden, verwitwet	117 (60 %)
Verheiratet	87 (40 %)
Schulbildung (*N* = 168, fehlende Angabe *N* = 342)	
Abitur	101 (60 %)
Realschul-, Hauptschul-, kein Abschluss	67 (40 %)

Ergebnisse

Welche Personengruppen nutzen die telefonische Anlaufstelle?

Die deskriptiven Analysen zeigen, dass sich vor allem Betroffene meldeten ($N = 320$), als zweithäufigste Anrufergruppe traten Personen auf ($N = 100$), die nicht über einen sexuellen Missbrauch informieren wollten, sondern andere Gründe für den Anruf angaben (vor allem Misshandlungen). Kontaktpersonen von Betroffenen ($N = 81$) bildeten die nächst größte Anrufergruppe (vgl. Abb. 1). Die Kontaktpersonen der Betroffenen waren in der Mehrheit weiblich (60 %). 25 Betroffenene berichteten zusätzlich zu ihrem eigenen Missbrauch als Kontaktperson vom Missbrauch an anderen Betroffenen, der meist im familiären Rahmen stattgefunden hat. Weit seltener nutzten Täter ($N = 7$) die Anlaufstelle, wobei zwei davon auch selbst betroffen waren. Nur zwei Anrufende wiesen sich als Kontaktpersonen von Tätern aus. Bisher meldeten sich keine Täterinnen.

Da vor allem Daten und Informationen von Betroffenen vorliegen, während noch wenige Informationen von Tätern/Kontaktpersonen von Tätern vorliegen (und somit nicht sinnvoll ausgewertet werden können), beschränken sich die weiteren Analysen auf die Angaben der Betroffenen/der Kontaktpersonen von Betroffenen.

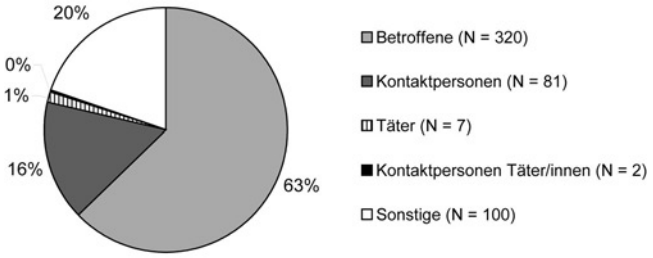

Abbildung 1. Verteilung der verschiedenen Gruppen von Anrufern.

Beschreibung der Gruppe der Betroffenen und des Missbrauchsgeschehens

Geschlecht und Alter der Betroffenen

Das Geschlechterverhältnis bei den Betroffenen, die sich selbst gemeldet hatten, ist mit 48 % Männern und 52 % Frauen relativ ausgewogen. Deutliche Unterschiede bezüglich der Verteilung des Geschlechts ergeben sich aber, wenn es um die Betroffenen geht, über die Kontaktpersonen berichten: Hier liegt der Frauenanteil mit 65 % zu 35 % fast doppelt so hoch.

Beim Alter der Anrufenden unterscheiden sich Betroffene ($MW = 50{,}9$; $SD = 13{,}8$) und Kontaktpersonen ($MW = 53{,}5$; $SD = 15{,}2$) nicht. Es gibt keine Geschlechtseffekte.

Angaben zum Missbrauchsgeschehen

Während zu Beginn der Anlaufstelle eine noch deutlichere Mehrheit als zum aktuellen Auswertungsberichtszeitraum der Anrufenden von Missbrauch in Institutionen berichteten, wurde mit längerem Bestehen der Anlaufstelle in zunehmendem Maße von Missbrauchserfahrungen im innerfamiliären Bereich berichtet (Beginn: 52 %, aktuell: 33 %). Von Missbrauch im näheren sozialen Umfeld berichteten gleich bleibend sehr wenig Anrufende (s. Tab. 3).

Tabelle 3. Kontext des Missbrauchsgeschehens ($N = 299$)

Kontext	Häufigkeit (Prozent)
Institution	154 (51,5 %)
Familie + Institution	23 (7,7 %)
Familie	99 (33,1 %)
Familie + Umfeld	9 (3,0 %)
Umfeld	12 (4,2 %)
Gesamt	299 (100,0 %)

Tabelle 4. Angaben zum Missbrauchsgeschehen

Merkmal		Häufigkeit (Prozent)
Zeitpunkt des Missbrauchs ($N = 341$, fehlende Angabe $N = 60$)		
	aktuell	24 (7,0 %)
	Vergangenheit	306 (89,8 %)
	aktuell + Vergangenheit	11 (3,2 %)
Häufigkeit des Missbrauchs ($N = 237$, fehlende Angabe $N = 164$)		
	einmalig	27 (11,4 %)
	mehrfach	95 (40,1 %)
	wiederkehrend	115 (48,5 %)
Kontext des Missbrauchs und Geschlecht der Betroffenen		
männlicher	Institution	86 (65,7 %)
Betroffener	Familie	41 (31,2 %)
($N = 131$)	Umfeld	4 (3,1 %)
weibliche	Institution	69 (41,3 %)
Betroffene	Familie	90 (53,9 %)
($N = 167$)	Umfeld	8 (4,8 %)
Kontext des Missbrauchs und Geschlecht der Täter/-innen		
Täter	Institution	102 (49,5 %)
($N = 206$, fehlende	Familie	94 (45,6 %)
Angabe $N = 23$)	Umfeld	10 (4,9 %)
Täterin	Institution	13 (48,1 %)
($N = 27$, fehlende	Familie	14 (51,9 %)
Angabe $N = 1$)	Umfeld	0 (0,0 %)
Täter und Täterin	Institution	8 (38,1 %)
($N = 21$, fehlende	Familie	13 (61,9 %)
Angabe $N = 1$)	Umfeld	0 (0,0 %)

Bezüglich des Kontextes des Missbrauchsgeschehens weisen die Daten deutliche Geschlechtsunterschiede auf (χ^2 (2) = 17,43; p <.000): Männer berichten signifikant häufiger als Frauen von Missbrauch in Institutionen, während Frauen häufiger Missbrauchserfahrungen in der Familie thematisieren (s. Tab. 4 und Abb. 2). Die Geschlechtseffekte bezüglich der Institutionen gehen fast ausschließlich auf Institutionen der katholischen Kirche zurück. Heime, staatliche Schulen und Institutionen der evangelischen Kirche werden von Männern und Frauen gleich häufig als Kontext des Missbrauchsgeschehens genannt.

Fast alle Anrufende, die Angaben zum Zeitpunkt des Missbrauchs gemacht haben (s. Tab. 4), berichten von Erfahrungen in der Vergangenheit. Von einem selbst erfahrenen aktuellen Missbrauch berichten sieben Männer zwischen 17 und 20 Jahren, in allen Fällen in einem institutionellen Kontext der katholischen Kirche. Zwei Männer und drei Frauen berichten, dass der in der Vergangenheit erfahrene Missbrauch heute noch andauert. Kontaktpersonen, überwiegend Mütter, berichten über aktuellen Missbrauch bei fünf Jungen und zwölf Mädchen meist im familiären Kontext. Fast immer wird von mehrfachem bzw. regelmäßig wiederkehrendem Missbrauch berichtet (s. Tab. 4).

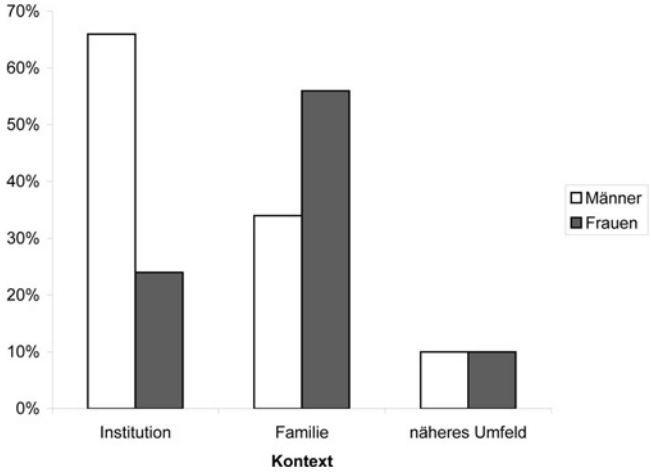

Abbildung 2. Kontext des Missbrauchsgeschehens getrennt nach Geschlecht ($N = 298$).

Nach den Angaben zum Geschlecht der Täter (N = 401, keine Angaben N = 122) liegt der Anteil der Täte-

rinnen bei 10 %, der der Täter bei 82 %. In 8 % der Berichte wurden sowohl Täter als auch Täterinnen genannt. Wird der Kontext des Missbrauchsgeschehens in Abhängigkeit des Geschlechtes der Täter betrachtet, ergeben sich keine Unterschiede bezüglich familiärer und institutioneller Kontexte, während im näheren Umfeld nur von Tätern berichtet wurde. Frauen und Männer als Täter und Täterinnen wurden deutlich häufiger im familiären Kontext genannt (s. Tab. 4).

Anvertrauen und Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Von 200 Betroffenen liegen Angaben zum Anvertrauen der Missbrauchserlebnisse vor; demnach haben sich 40 % der Betroffenen mindestens einer Person und teilweise auch mehrmalig anvertraut. Reaktionen auf das Missbrauchsgeschehen wurden häufig als nicht hilfreich erlebt; teils bedingt durch Unsicherheit des Umfeldes, aber auch durch Ablehnung, Bestrafung und dadurch dass ihnen nicht geglaubt wurde.

164 Anrufende (67 Männer; 97 Frauen) machten Angaben zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe, 35 Personen gaben an, medizinisch behandelt worden zu sein, 67 psychotherapeutisch, 35 psychiatrisch, 5 sonstige und der Rest machten keine Angaben zur Behandlung.

Alle, die eine medizinische Behandlung erhielten, wurden auch psychotherapeutisch unterstützt und teilweise auch psychiatrisch behandelt. Die Qualität der Behandlung wurde von 37 % und der Erfolg von gut der Hälfte negativ beurteilt (s. Tab. 5). Frauen beurteilen die Qualität etwas besser als Männer und den Erfolg deutlich besser. Aufgrund der geringen Fallzahlen kann jedoch nicht überprüft werden, ob Männer andere Hilfen in Anspruch nehmen als Frauen und die Einschätzung mit dadurch bedingt ist.

Bewertung der telefonischen Anlaufstelle und der Tätigkeit der Fachkräfte

Beratung und Hilfeverweise durch die Fachkräfte. In 125 von 401 (31 %) Fällen geben die Fachkräfte an, die Anrufenden beraten zu haben. Anruferinnen fast doppelt so häufig wie Anrufer. In 157 von 401 (39 %) Fällen geben die Fachkräfte an, den Anrufenden weitere Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt zu haben. Der Frauen-/Männeranteil lag hier bei 60: 40.

Belastung der Anrufenden und Einschätzung des Gesprächs. Von den 243 vorliegenden Angaben zur Einschätzung des Gespräches durch die Anrufenden bewerten 92,6 % das Telefonat als „gut“ bzw. „eher gut“. Die emotionale Belastung der Anrufenden schätzten die Fachkräfte bei den meisten als eher hoch bzw. hoch ein, Geschlechtseffekte (bezogen auf die Anrufenden) liegen keine vor (s. Tab. 5).

Tabelle 5. Qualität und Erfolg der Behandlung, emotionale Belastung der Anrufenden

Merkmal		**Häufigkeit (Prozent)**
Qualität der Behandlung ($N = 113$, fehlende Angabe $N = 288$)		
	gut	37 (32,7 %)
	eher gut	34 (8,5 %)
	eher schlecht	27 (23,9 %)
	schlecht	15 (13,3 %)
Erfolg der Behandlung ($N = 299$, fehlende Angabe $N = 102$)		
	gut	18 (17,6 %)
	eher gut	30 (29,4 %)
	eher schlecht	41 (40,2 %)
	schlecht	13 (12,7 %)
Emotionale Belastung der Anrufenden – eingeschätzt durch Fachkraft		
männlicher Betroffener ($N = 155$, fehlende Angabe $N = 26$)	niedrig	4 (2,6 %)
	eher niedrig	38 (24,5 %)
	eher hoch	78 (50,3 %)
	hoch	35 (22,6 %)
weibliche Betroffene ($N = 189$, fehlende Angabe $N = 26$)	niedrig	5 (2,6 %)
	eher niedrig	32 (16,9 %)
	eher hoch	96 (50,8 %)
	hoch	56 (29,6 %)

Qualitative Analysen von Botschaften an die Politik

361 von den 510 verwertbaren Datensätzen (Basis: Informationen aus allen Perspektiven) enthalten explizite Botschaften an die Politik, die ein weites Spektrum von Themen abdecken. Viele Botschaften sind sehr ausführlich und differenziert und spiegeln sehr belastende Erfahrungen wider.

Bewertung des Angebotes. Die meisten Anrufenden, die sich über die Anlaufstelle äußern, empfinden das Gespräch positiv und hilfreich, vor allem, weil sie (an)gehört werden.

Direkte Anfragen an Frau Dr. Bergmann. Direkte Anfragen an die Unabhängige Beauftragte bezogen sich meistens auf Briefe/Mails mit der impliziten Botschaft: „Fühlen Sie sich, Frau Bergmann, verantwortlich. Bitte hören Sie, dass mir Leid widerfahren ist. Ich möchte nicht vergessen werden."

Die häufigsten Themen der Botschaften

Im Folgenden sind die häufigsten Themen entsprechend ihrer Rangfolge aufgelistet, ein bis zwei Beispielzitate sind in Tabelle 6 wiedergegeben. Anzumerken ist, dass das Thema Therapie- und Beratungsangebote mit großem Abstand das am häufigsten genannte und dringlichste Anliegen darstellt. Dies spiegelt sich auch in der oft ausgedrückten Enttäuschung darüber wider, dass die Anlaufstelle kein Beratungsangebot darstellt. Die Themen „Aufhebung der Verjährungsfristen" und „Entschädigungen" wurden in etwa gleichwertig an zweiter Stelle genannt. Dann folgen Forderungen nach speziellen Ausbildungen für verschiedene Berufsgruppen, die mit Kindern zu tun haben sowie für solche mit therapeutischen und strafrechtlichen Angelegenheiten.

Auffallend war, dass das Anliegen Aufklärung und Transparenz bzw. Öffentlichkeitskampagnen mit längerem Bestehen der Anlaufstelle zunehmend häufiger thematisiert wurde, ebenso wie der Runde Tisch, wobei zu letzterem sehr unterschiedliche Botschaften genannt wurden (Tab. 6).

Therapie und Beratung. Hier wurde vor allem angesprochen, dass es mehr Angebote geben müsste, keine (so langen) Wartezeiten bzw. aufwändige Antragsverfahren, bessere Qualität, Bezahlung von Therapien auch ohne Kassenzulassung, spezielle Traumatherapien, keine erzwungene Behandlung. Es wird auch auf die Gefahr hingewiesen, in der Therapie missbraucht zu werden.

Verjährung, Entschädigung, Strafverfolgung. Die Aufhebung der Verjährungsfrist wird durchgängig gefordert, auch rückwirkend. Oft wird darauf hingewiesen, dass sexueller Missbrauch einem Delikt wie „Mord" gleich komme. Ein wichtiges Anliegen dabei war auch, dass die Täter nicht straffrei ausgehen, da viele Betroffene lange Zeit brauchen, bis sie sich den Belastungen eines Strafverfahrens aussetzen können/wollen.

Entschädigung wird neben dem Thema „Verjährung" am zweit häufigsten angesprochen. Hier geht es oft darum, dass durch die Entschädigung Anerkennung für das Unrecht geschieht. Häufig geht es aber auch darum, die Folgen abzufedern (z. B. Zahlungen bei frühzeitiger Berentung, Kosten für notwendige Behandlungen). Die meisten fordern, dass auch die Täter und die Verantwortlichen in Institutionen herangezogen werden.

Zum Thema „Strafverfolgung" gibt es sehr viele verschiedene Anliegen. Sie betreffen häufig das angemessene Strafmaß. Es gibt Forderungen nach Sicherheitsverwahrung, Meldepflicht, erweitertes Führungszeugnis bzw. ein generelles Kontaktverbot zu Kindern für Täter. Viele kritisieren die Glaubhaftigkeitsbegutachtung, die oft einseitig zu Lasten der Betroffenen gehe, und die meisten leiden darunter, dass sich zeitlich alles in die Länge zieht bzw. zu viel Zeit vergeht, bis es überhaupt zu einer Verhandlung kommt.

Fortbildung/Weiterbildung. Fortbildungen und spezielle Schulungen werden für alle möglichen Berufsgruppen gefordert, sei es um zu sensibilisieren, zur Prävention oder um Betroffene angemessen zu beraten bzw. therapieren. Dies betrifft vor allem Lehrer – hier werden auch spezielle Vertrauenslehrer gefordert – aber auch Polizei, Justiz und Jugendamt.

Information, Aufklärung, Enttabuisierung, Prävention. Diese Themen werden sehr häufig aufgegriffen, dabei geht es sowohl darum, überhaupt über sexuellen Missbrauch aufzuklären bzw. über das Ausmaß und die daraus resultierenden Folgen zu informieren, aber auch darum, aufzudecken, Tabus zu durchbrechen und das Leid anzuerkennen, das Betroffenen widerfahren ist. In vielen Anliegen und Forderungen steckt implizit der Wunsch nach Präventionsmaßnahmen, einige Anrufende weisen jedoch auch nochmals explizit darauf hin.

Vertrauen in die Politik, Runder Tisch. Viele sind skeptisch, ob konkrete Maßnahmen umgesetzt werden und vor allem wie viel Zeit vergeht, ob es wirklich um die Anliegen der Betroffenen geht und diese anerkannt und gehört werden. Häufig wird bemängelt, dass keine Betroffenen am Runden Tisch teilnehmen. Die Erwartung, dass vom Runden Tisch bzw. von der Politik schnelle und effektive Aktivitäten kommen müssten und dies als Maßstab für die Glaubwürdigkeit angesehen wird, zieht sich ebenfalls durch die Botschaften zum Runden Tisch.

Weitere Themen die angesprochen wurden, waren: Wunsch nach mehr Forschung, andere Darstellung der Problematik des sexuellen Missbrauchs in den Medien (mehr Beispiele gelungener Bewältigung, weniger „reisserisch").

Tabelle 6. Häufigste Themen der Botschaften mit Beispielzitaten

Häufigste Themen	Beispielzitate
Bewertung des Angebotes	– *„Missbrauch ist wie eine Bombe im Bauch, die jederzeit losgehen kann. Es ist toll, dass ich einfach erzählen kann, was andere nicht hören wollen oder können, und mir zugehört wird."* – *„Jeder Tag heißt für mich kämpfen, kämpfen, kämpfen… aber jetzt habe ich wieder Hoffnung geschöpft, nach dem Telefonat mit Ihnen."*
Direkte Anfragen an Frau Dr. Bergmann	– *„Kriege ich noch eine Antwort auf meinen Brief?"* – *„Ich möchte die Frau Bergmann persönlich sprechen!!! Wenn ich zum Arzt gehe, will ich auch keine Ferndiagnose!"*
Therapie und Beratung	– *„Bis heute habe ich keine Therapie erhalten, obwohl ich mich darum bemüht habe. Meine Therapeutin hat mich an jemand anderen verwiesen, als der Missbrauch hochkam. Ich wurde herum geschickt, stand auf Wartelisten, nie hat sich jemand gemeldet."* – *„Es muss bekannter werden, dass Missbrauch auch durch Therapeuten stattfindet."*
Verjährung	– *„Wir Betroffenen stehen im Regen. Oft müssen wir uns anhören „Hab Dich nicht so, das ist Jahre her". Es dauert oft Jahre, bis das hochkommt. Bis dahin fühlt man sich einfach nur anders. Und wenn das kommt, ist die Tat oft verjährt."* – *„Sexuelle Gewalt ist Seelenmord und Mord verjährt auch nicht."*
Entschädigung	– *„Ja, sexueller Missbrauch ist ein gesellschaftliches Problem. Opfer sollten einheitlich entschädigt werden durch den Staat und dieser sollte die Kosten von den Tätern einfordern. Es gibt viele, die wegsehen und sich der Mittäterschaft schuldig machen."*
Fortbildung/Weiterbildung	– *„Familienrichter sollten gezielt geschult werden, sollten ihr Augenmerk nur auf Kindeswohl und Kinderschutz richten."*
Information, Aufklärung, Enttabuisierung	– *„Ich wünsche mir eine andere Wahrnehmung in der Gesellschaft, eine grundlegende Veränderung ist nötig. Missbrauch ist kein Kavaliersdelikt."* – *„Es muss für Betroffene die Möglichkeit geben, ihre Geschichte mit allem, was dazu gehört, jemandem zu erzählen. Es muss ein öffentliches Thema sein bzw. bleiben."*
Vertrauen in die Politik	– *„Die Griechenlandhilfe war schneller entschieden, als der Runde Tisch Entscheidungen zugunsten der Opfer sexuellen Missbrauchs trifft."* – *"Es ist ein Trauerspiel in Deutschland, dass sich die Politik erst jetzt dieses speziellen Themas annimmt."*
Runder Tisch	– *„Ich wünsche, dass den Opfern Gehör verschafft wird, dass sie sich am Runden Tisch äußern dürfen und ihnen geglaubt wird. Dass die Opfer mit der Politik sprechen dürfen."*
Strafverfolgung	– *„Ich habe heute noch große Probleme, und er ist mit Bewährung und einer kleiner Geldstrafe davon gekommen. Das ist so ungerecht!"* – *„Ich würde nicht noch einmal Anzeige erstatten! Das ist alles eine Retraumatisierung! Die Lebenszeit geht bei der langen Verfahrensdauer verloren!"*
Prävention	– *„Weiterhin wünsche ich mir, dass die Prävention so verbessert wird, dass Menschen hinschauen und für Kinder, die das erleben müssen, schneller Hilfe zur Verfügung steht."* – *„Das Argument, dass kein Geld da ist, stimmt nicht. Letztlich sind die Folgekosten wesentlich höher, als eine gute Prävention. Die Folgekosten und die Gewalt, die mit Missbrauch einhergehen, kann sich unsere Gesellschaft nicht leisten."*
Institutionen	– *„Man soll nicht immer nur von den Katholikenkindern reden, sondern über die seelische Grausamkeit, die Kinder durch die Zustände in den DDR-Heimen erlebt haben. Das soll alles öffentlich gemacht werden und alles auf den Tisch kommen."* – *„Das Thema Missbrauch durch den eigenen Bruder habe ich in den Medien bisher noch nicht gelesen oder davon gehört – der soziale Druck auf und in Familien soll erhöht werden durch Veröffentlichung und Enttabuisierung."*
Medien	– *„Es ist für die Betroffenen sehr schwierig, immer wieder durch die Medien an den sexuellen Missbrauch erinnert zu werden. Es soll zwar über die Medien informativ und zur Aufklärung berichtet werden, aber NICHT aus medialem Interesse."*

Tabelle 6. Häufigste Themen der Botschaften mit Beispielzitaten *(Fortsetzung)*

Häufigste Themen	Beispielzitate
Forschung	– *„Warum stellt keiner einen Zusammenhang her zwischen der Gewalt von Jugendlichen und ihrer evtl. Traumatisierungen und warum werden zwar Amokläufer „berichtet", aber nicht über die Jugendlichen, die „nur" sich umbringen!!! Hier ist wissenschaftliche Forschung nötig."* – *„Ich wünsche mir mehr Ursachenforschung, wie es zum Missbrauch kommen kann."*

Diskussion

Berichten Medien verstärkt über „Missbrauchsskandale", so folgt dann zum einen eine höhere Sensibilisierung der Gesellschaft für die Problematik, aber auch der Wunsch/die Forderung nach geeigneten Schutz- und Präventionsmaßnahmen. Durch die Einsetzung einer Unabhängigen Beauftragten und des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich" hat sich die Bundesregierung dieses Themas angenommen. Deutlich wurde, dass die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten durch viele Personen genutzt wurde, wobei die Anzahl zu Beginn der telefonischen Anlaufstelle deutlich unter dem Anruferaufkommen der katholischen Hotline liegt. Am ersten Tag der Schaltung der katholischen Hotline wurden über 4000 Anrufe registriert (Spiegel Online, 2010). Einer der Gründe für diese unterschiedliche Frequentierung könnte darin begründet sein, dass die katholische Kirche direkt im Zentrum der öffentlichen Diskussionen stand und die erste Anlaufstelle für Berichte Betroffener bildete. Die Anlaufstelle wurde von Männern und Frauen gleichermaßen angenommen, die Zielgruppe der Erwachsenen wurde schwerpunktmäßig erreicht. Vor allem Betroffene von sexuellem Missbrauch und deren Kontaktpersonen nutzen die Möglichkeit anzurufen.

Durch die Implementierung eines computer-/webbasierten Dokumentationsrasters ist es gelungen, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das mehreren Aspekten gleichzeitig gerecht wird: Der systematischen Dokumentation von Informationen, dem Anspruch, Anrufende nicht auszufragen, sondern eine anonyme Berichterstattung zu ermöglichen. Durch die fortlaufenden systematischen Auswertungen, die mit einem Fachbeirat diskutiert werden, können aktuelle Ergebnisse direkt auf der Internet-Plattform der Unabhängigen Beauftragten – im Sinne eines Critical Reporting Systems (vgl. Fegert, Ziegenhain & Fangerau, 2010) – für die Öffentlichkeit und für den Runden Tisch der Bundesregierung zur Diskussion gestellt werden.

Aus den quantitativen und qualitativen Analysen geht hervor, dass die Anrufenden mit dem Angebot der Anlaufstelle zufrieden waren. Bei der Interpretation dieser Angaben ist zu beachten, dass die Anrufenden ihre Angaben zwar anonym, aber offen gegenüber der Fachkraft am Telefon gemacht haben, wodurch Urteilsverzerrungen nicht ausgeschlossen werden können (z. B. durch soziale Erwünschtheit). Man würde dann jedoch nicht erwarten, dass so viele Anrufende die Telefonate als hilfreich erlebt haben. Teilweise wurde auch (vermutlich auch weil ein Großteil der Anrufenden durch die Fachkräfte der Anlaufstelle als emotional belastet eingeschätzt wurde) eine Enttäuschung darüber kundgetan, dass kein konkretes Beratungsangebot gemacht wurde. Wie groß der Beratungsbedarf ist, wird auch durch die relativ hohe Anzahl derer deutlich, die während des Gesprächs beraten wurden, obwohl das nicht primäres Ziel der Anlaufstelle ist. Auch der Anteil derer, denen weitere Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt werden konnten, liegt mit knapp 40 % relativ hoch. In einer Nachbefragung der Fachkräfte könnten die jeweiligen Bewertungsmaßstäbe der einzelnen Fachkräfte zum besseren Verständnis der Daten erfasst werden.

Die zur Datensammlung genutzte Methode des „Gesprächs" hat den Vorteil, dass Betroffene bei diesem sensiblen Thema die Kontrolle über den Gesprächsverlauf haben und ihr Anliegen an die Politik frei formulieren können; wichtige Themen können dadurch valider erfasst werden, da keine Kategorien vorgegeben werden. Nachteile der Methode des „Gesprächs" ist sicherlich, dass zu bestimmten Themen/Aspekten nur wenige Angaben vorliegen und alle Analysen auf einer unterschiedlich großen Stichprobe beruhen.

Betrachtet man die berichteten Missbrauchsfälle, so wird zumeist über einen lange zurückliegenden Missbrauch berichtet, der in den meisten Fällen „wiederkehrend" war. Der Einfluss der medialen Darstellung (zunächst Schwerpunkt auf Bericht über institutionellen Missbrauch) auf die Diskussion in der Öffentlichkeit wurde in unserer Stichprobe daran deutlich, dass zunächst vor allem über institutionellen Missbrauch durch Anrufende informiert wurde, erst nach und nach fand auch das Thema familiärer Missbrauch/Missbrauch durch das Umfeld Eingang in die Informationssammlung der telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten. Erwartungsgemäß berichten mehr Frauen über Missbrauch in der Familie, während Männer eher von Missbrauch in Institutionen betroffen sind. Übereinstimmend mit der Forschungsliteratur (z. B. Murray, 2000) wurde der überwiegende Teil der erfassten Missbrauchsfälle durch männliche Täter begangen.

Eine zentrale Thematik von Betroffenen, die sich an die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten gewandt haben, ist das Unterstützungs- und Behandlungsangebot für Betroffene. Aus vielen Berichten geht hervor, dass sie sich mehr oder wirkungsvollere Unterstützung gewünscht hätten, wenn sie sich jemandem anvertraut haben. Aufklärungsarbeit könnte ein erster und wichtiger Schritt sein, um die breite Öffentlichkeit für diese Thematik zu sensibilisieren. Oftmals werden mit diesem Anliegen Medienkampagnen gestartet (Rheingold et al., 2007), diese sind ein wichtiger erster Schritt, sollten jedoch durch gezielte Präventionsprogramme in den unterschiedlichen Settings (z. B. Schule, Elternarbeit, Institutionen) ergänzt werden. Die Beurteilung der professionellen Hilfe fällt insgesamt eher negativ aus, besonders in der Beurteilung von Männern, wobei der Erfolg noch weniger gut als die Qualität beurteilt wird, was sich auch im Themenranking der Botschaften widerspiegelt, wonach die Forderung nach mehr und besseren Therapie- und Beratungsangeboten an erster Stelle steht. Übereinstimmend mit Studien zur Wirksamkeit von Therapien werden spezifische, fachlich gut durchgeführte Therapien als hilfreich erlebt (z. B. Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008; Neuner, 2008). Dringend notwendig erscheint eine fachlich gute und spezifische Ausbildung von Ärzten, Therapeuten, Beratern, aber auch allen anderen Personen, die sich in ihrer beruflichen Tätigkeit mit dem Thema „sexueller Missbrauch" konfrontiert sehen (z. B. Lehrkräfte, Richter). Weitere Forschung in diesem Bereich kann helfen, dass noch mehr Wissen über die Effektivität von Therapien bekannt wird. Aus den Daten lässt sich auch ablesen, dass gerade therapeutische Angebote für ältere Menschen bislang zu wenig existieren (vgl. auch Gatterer, 2008). Schriftliche Formen der Auseinandersetzung (z. B. Narrative in Form von Lebenstagebüchern) könnten in diesem Zusammenhang hilfreich sein.

Mit der Unzufriedenheit mit der Versorgungslandschaft (z. B. auch wenig Zugang zu Therapien in ländlichen Gebieten) hängen indirekt auch die Forderungen nach Entschädigung zusammen, die oft damit begründet werden, dass fehlende (therapeutische) Unterstützung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zu extremen finanziellen Einbußen führen oder hohe finanzielle Belastungen durch notwendige Behandlungen die Betroffenen an die Armutsgrenze bringen.

Für die Interpretation und Diskussion der vorliegenden ersten Ergebnisse ist zunächst zu bemerken, dass die Anlaufstelle entsprechend des Auftrags, auf eine Inanspruchnahme zu reagieren, die Vorschläge und Fälle aufnimmt, die an sie herangetragen werden. Das daraus resultierende methodische Vorgehen, nämlich die Dokumentation dieser Spontanmeldungen führt nicht zu einer repräsentativen Erhebung zum sexuellen Missbrauch in der Gesamtbevölkerung. Deshalb sind auf der Ebene der deskriptiven Statistik nur für einen bestimmten Teil der Stichprobe Aussagen möglich.

Da sich je nach Variable auch häufig andere Gruppenzusammensetzungen von Anrufenden ergeben, von denen Daten vorliegen, sind inferenzstatistische Analysen nicht nur aufgrund geringer Fallzahlen, sondern auch wegen der Selektivität sehr begrenzt aussagekräftig. Zum Beispiel zeigen die vorliegenden Ergebnisse zur Verteilung der Bundesländer eine deutliche Unterrepräsentanz von Anrufenden aus den neuen Bundesländern. Da aber nur von ca. der Hälfte der Anrufenden Angaben dazu vorliegen, ist es nicht auszuschließen, dass möglicherweise gerade Personen aus den neuen Bundesländern keine Auskunft über ihren Wohnort machen möchten und im vorliegenden Ergebnis der tatsächliche Anteil unterschätzt wird.

Der große Anteil qualitativer Beschreibungen ermöglicht jedoch im Sinne eines Hypothesen generierenden Verfahrens die Beschreibung von zentralen Themendimensionen aus der Sicht der Anrufenden, deren Diskussion bzw. Beantwortung durch den Runden Tisch und die Politik geboten erscheinen. Dabei ist zu beachten, dass es bei diesem Verfahren darum geht, Typologien von Fragestellungen und Problembereichen möglichst umfassend zu beschreiben. Eine Bewertung, welche aus den Mitteilungen eindeutige Empfehlungen ableitet oder eindeutig auf eine Haltung der Anrufenden verweist, ist nicht möglich.

Durch die Tätigkeit der Unabhängigen Beauftragten, die durch die wissenschaftliche Begleitforschung unterstützt wurde, ist es gelungen, wichtige Informationen über sexuellen Missbrauch in Deutschland von Betroffenen zu erhalten und Themen abzuleiten, die Betroffenen wichtig sind. Detailliertere Analysen, bzw. die Sammlung weiterer Informationen können dazu beitragen, die Dynamik sexuellen Missbrauchs noch weiter zu verstehen, wirkungsvolle Präventions- und Interventionsmaßnahmen abzuleiten und in die Versorgung umzusetzen.

Literatur

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Smailes E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specifity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1490 – 1496.

Christiansen, A. & Thyer, B. (2003). Females sexual offenders: A review of empirical research. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1490 – 1496.

Cullen, B., Smith, P., Jeann, B. & Haaf, R. A. (2000). A matched cohort comparison of a criminal justice system′s response to child sexual abuse: A profile of perpetrators. *Child Abuse and Neglect*, *24*, 569 – 577.

De Bellis, M. & Thomas, L. (2003). Biologic findings of posttraumatic stress disorder and child maltreatment. *Current Psychiatry Reports, 5*, 108 – 117.

Faust, J. & Katchen, L. (2004). Treatment of children with complicated posttraumatic stress reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 426 – 437.

Fegert J. M. (2007). Prävention von Missbrauch in Institutionen durch Abschreckung vs. Prävention durch Empowerment. *Kind Jugend Gesellschaft 52*, 99–103.

Fegert, J. M. & Wolff, M. (Hrsg.). (2006): *Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen – Prävention und Intervention – ein Werkbuch* (2., akt. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Fegert, J. M., Ziegenhain, U. & Fangerau, H. (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes.* Weinheim: Juventa.

Fergusson, D., Lynskey, M. & Horwood, L. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1355–1364.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, *18*, 409–417.

Gatterer, G. (2008). Psychotherapie und klinisch-psychologische Maßnahmen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, *21*, 21–32.

Hoffmann, S., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, *53*, 4–16.

Lesermann, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effects, mediators, and psychological treatments. *Psychosomatic Medicine, 67*, 906–915.

Murray, J. (2000). Psychological profile of pedophiles and child molesters. *Journal of Psychology, 134*, 211–224.

Nemeroff, C. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 18–28.

Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie, 18*, 109–118.

Nolan, M., Carr, A., Fitzpatrick, C., O'Flaherty, A., Keary, K., Turner, R., O'Shea, D., Smyth, P. & Tobin, G. (2002). A comparison of two programmes for victims of child sexual abuse: A treatment outcome study. *Child Abuse Review, 11*, 103–123.

Oddone Paolucci, E., Genuis, M. L. & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 135*, 17–36.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gomez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse and Neglect, 33*, 331–342.

Perry, B. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. Benedek (Eds.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry* (pp. 17–36). Washington, *DC:* American Psychiatric Press.

Putnam, F. W. (2003). Ten-Year research update review. Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adoslescent Psychiatry, 42*, 269–278.

Rheingold, A., Campbell, C., Self-Brown, S., de Arellano, M., Resnick, H. & Kilpatrick, D. (2007). Prevention of child sexual abuse: Evaluation of a community media campaign. *Child Maltreatment*, *12*, 352–363.

Schechter, M. & Roberge, L. (1976). Child sexual abuse. In R. Helfer & C. Kempe (Eds.), *Child abuse and neglect: The family and the community* (pp. 127–142). Cambridge: Ballinger.

Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung, 19*, 47–63.

Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry, 184*, 416–421.

Spiegel Online (2010). *Telefon-Hotline für Missbrauchsopfer ist völlig überlastet.* Zugriff am 26.11.2010. Verfügbar unter http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,686812,00.html

Dr. Nina Spröber
Dr. Lilith König
Dipl.-Psych. Miriam Rassenhofer
Dipl.-Psych. Cornelia König
Dipl.-Inform. Alexander Seitz
Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
E-Mail: nina.sproeber@uniklinik-ulm.de

2 Listening to victims: Use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany

Eigenanteil:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projekts, Hauptverantwortung für Datenpflege und Datenaufbereitung, Durchführung der Datenauswertung (quantitative und qualitative Auswertungen) sowie der Interpretation der Ergebnisse, Durchführung einer fragestellungsbezogenen systematischen Literaturrecherche, schriftliche Ausarbeitung des Manuskripts, Umsetzung der Anmerkungen von Co-Autoren und Peer-Reviewern.

Referenz:

Rassenhofer, M., Spröber, N., Schneider, T., & Fegert, J. M. (2013). Listening to victims: Use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany. *Child Abuse & Neglect, 37*, 653-663.

Abgedruckt aus *Child Abuse & Neglect, 37*, **Rassenhofer, M.**, Spröber, N., Schneider, T., & Fegert, J. M., Listening to victims: Use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany, 653-663, Copyright (2013), mit Genehmigung von Elsevier.

Child Abuse & Neglect 37 (2013) 653–663

Contents lists available at ScienceDirect

Child Abuse & Neglect

Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany

Miriam Rassenhofer*, Nina Spröber, Thekla Schneider, Jörg M. Fegert

University Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Steinhoevelstr. 5, 89075 Ulm, Germany

ARTICLE INFO

Article history:
Received 22 November 2012
Received in revised form 14 May 2013
Accepted 19 May 2013
Available online 22 June 2013

Keywords:
Sexual abuse
Political participation of victims
Critical Incident Reporting System

ABSTRACT

Recent revelations about the scope and severity of past child sexual abuse in German institutions set off a broad public debate on this issue, and led to the establishment of a politically appointed Round Table committee and an Independent Commissioner whose mandates were to reappraise the issue and develop recommendations for future policies. A media campaign was launched to publicize the establishment of a Critical Incident Reporting System (CIRS) whereby now-adult victims of past abuse could anonymously provide testimonials and let policy makers know what issues were important to them. Respondents could either call a hotline number or communicate by mail or email. The information collected was documented and analyzed by a research team, and the results of interim reports were included in the recommendations of the Independent Commissioner and the Round Table committee. Most of the respondents described severe and repeated occurrences of childhood sexual abuse. For many, priorities were improvements in therapy and counseling services, the abolishment of the statute of limitations on prosecuting offenders, and financial compensation. Based on the recommendations of the Round Table and the Independent Commissioner, two new laws were adopted as well as an action plan and some guidelines. In addition to rules for recompensation of victims in an institutional context a fund for victims of sexual abuse in intrafamilial context was established by the Federal Government. Another effect of this process was raising societal sensitivity to the problem of child sexual abuse. The use of a CIRS enabled those directly affected by childhood sexual abuse to have some input into a political process designed to address this issue. Such an approach could have applicability in other countries or in other domains of public health and other forms of societal conflict as well.

© 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Background

Revelations of child sexual abuse in Germany were covered in the media several times over the years (For example, "Der Lack ist ab" (The glamor is gone) by Jörg Schindler, Frankfurter Rundschau, November 17th 1999; and "Unbarmherzige Schwestern" (Merciless nuns) by Peter Wensierski, Der Spiegel, May 19th 2003), but initially there was little public reaction. In 2006, the German Parliament responded to some petitions by setting up a round table tasked with reappraising residential care in the 1950s and 1960s. Former residents of children's homes from that era described maltreatment and neglect, and about a third reported having experienced sexual abuse, which the government decided to investigate separately. However, the issue of child sexual abuse did not elicit much interest and in the first instance nothing happened. Then, in

* Corresponding author.

0145-2134/$ – see front matter © 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.05.007

January 2010, some former students of an elite school of the Jesuit order publically disclosed how as children they had been subjected to extensive sexual abuse at their school, and this triggered a surge of disclosures of a similar nature that had occurred at many other German institutions. The realization of the appalling scope of the problem finally brought the issue to collective consciousness. The Roman Catholic Church in Germany responded by establishing a hotline for victims to launch compensation claims and by initiating some processes that followed church law. However, many of those affected did not trust the church to address the problem impartially, and other institutions were not fully receptive to hearing victims' stories. It thus became apparent that the government would have to become involved and to take the issue seriously.

Two political entities for addressing the problem were put in place: the establishment of a Round Table committee, chaired by the federal ministers responsible for family matters, justice, and education; and the appointment of an Independent Commissioner. The task of the Round Table, titled "Child Sexual Abuse in Relationships of Dependence, and Imbalance of Power in Private and Public Institutions and in Families", was to develop recommendations and strategies concerning support for victims, prevention of future sexual abuse in institutions, education of professionals, and judicial questions around child sexual abuse. The tasks of the commissioner, whose title was "Independent Commissioner for the Reappraisal of Child Sexual Abuse", were the reappraisal of past cases of child sexual abuse in institutions and families and the development of a set of recommendations for Parliament and the Round Table regarding the provision of tangible and intangible services for victims.

Our research group was charged by the Independent Commissioner with supporting her scientifically.

Similar processes had already taken place elsewhere. In Ireland, the Irish Commission to Inquire into Child Abuse (CICA), established in 2000, heard evidence from over 1,000 witnesses, more than half of whom described being victimized in institutions over a period extending from the 1940s to the present (Commission to Inquire into Child Abuse, 2003). In the United States, efforts to reappraise child sexual abuse were set up after some reports about cases of sexual abuse within the Catholic Church in the "Boston Globe" in 2002. The report of the United States Conference of Catholic Bishops revealed 6,700 allegations of sexual abuse against 4,397 US-priests for the years between 1950 and 2004 (John Jay College Study, 2004). Debates and efforts to reappraise child sexual abuse were set up in other countries as well. Ecclesiastic, political, or independent commissions looking at the responsibilities of the state with regard to childhood sexual abuse have since been established in several countries, including Belgium (Adriaenssens, 2010) and the Netherlands (Deetman et al., 2011). However, the processes in all these other countries focussed only on abuse within institutions, whereas the German process included abuse within families as well. Article 6 of the German constitution states that while the protection of the child is foremost the responsibility of the parents, public authorities must guard the child's best interests as well, which implies responsibility of the state for intrafamilial cases of abuse.

Method

Development of a contact point for victims

Following the revelations of the Jesuit school students and others, a number of vocal victims' groups launched claims against several institutions and the state. It was unclear to government officials, however, whether these self-appointed spokespeople were in fact representative of the majority of victims, so a broader outreach was felt to be necessary. Initially, the Round Table did not intend to seek direct involvement of victims, but it was recognized that their experiences made them "experts" of a sort. Accordingly, several contact points were put in place in order to make it easy for victims to communicate and thereby ensure that the true dimensions of the problem would be revealed. A telephone hotline, a mailing address, and an email contact were all set up so that all victims, even those unable or unwilling to become actively involved in political organizations, could participate. Information provided by victims was transmitted to the Independent Commissioner for her to incorporate into her recommendations to Parliament and the Round Table. This approach was effected through by a Critical Incident Reporting System (CIRS), including a system of complaint management and a feedback loop (Fig. 1).

The approach of incident reporting has its roots in aviation (Flanagan, 1954) and is well established in the medical system in the context of risk management and patient safety (e.g., Parmelli et al., 2012; Rakha et al., 2012; Staender, 2011). One important principle is anonymity. Another is that incident reporting is not concerned with judicial proceedings but with a process of learning and the prevention of similar incidents in the future.

In the current project, the CIRS involved the following: victims provided testimonials; our research group collected and analyzed this information; the Independent Commissioner and a board of experts discussed the results and made suggestions for changes; and a web site was set up to keep victims informed about the results and the ongoing process (http://beauftragte-missbrauch.de). While commissions in other countries such as Ireland and Belgium had invited victims to attend hearings, the results were only published some years after the investigations. The German approach differed in that the results of data from thousands of victims were regularly aggregated and published in interim reports within a few months, and these reports were promptly passed on to the Round Table to be integrated into their work.

The hotline service was developed with the assistance of representatives of psychological counseling services, victims' associations, and professional associations as well as experts from scientific domains like for example psychology, sociology or statistics. It was not intended to take the place of existing counseling services, but was established as an independent, temporary, and anonymous contact point for the current project. The guarantee of anonymity and the assurance of no initiation of any criminal investigations (an important point especially for victims who admitted to becoming offenders in adulthood themselves) were regarded as necessary measures to instill trust.

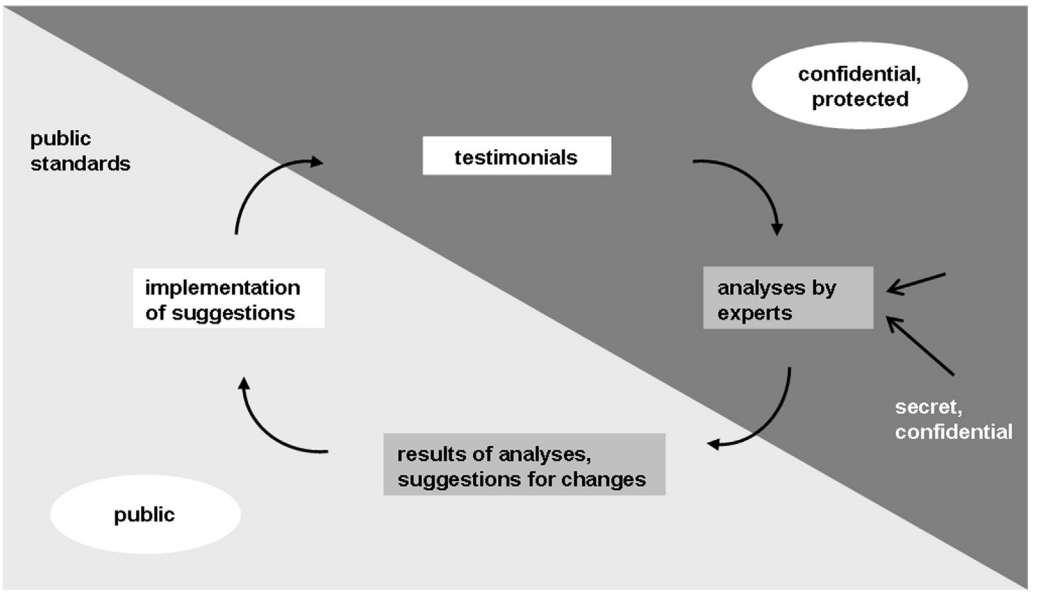

Fig. 1. Critical Incident Reporting System (Fegert, Ziegenhain, & Fangerau, 2010).

The development of this system involved a balancing of methodological requirements on the one hand, and practicability and ethical responsibility toward the victims on the other. That is, although standardized interviews would have been preferable with respect to statistical methodology, it was felt to be more important that victims be able to speak about whatever they themselves felt to be relevant. Another consideration was the fact that even 20 years after the fall of the Berlin Wall, many Germans, especially those living in the states that had formerly been part of East Germany, are highly suspicious of telling their private affairs to state establishments. Thus, callers were allowed to control the conversation and to choose what to talk about.

The CIRS was set up to hear mainly from adults who had experienced sexual abuse in their childhood or adolescence, not from children and adolescents who were currently being subjected to or witnessing it. The decision to exclude those groups was based on the consideration that provisions for younger victims were currently deficient, and it would therefore have been inappropriate to encourage individuals in such circumstances to open up about their pain only to find that no adequate counseling or therapy would result. Another question was how to handle situations of sexual abuse that had begun in childhood and were still ongoing in adulthood. The dilemma of not being able to offer assistance to someone currently in danger was discussed extensively with the ethics committee of the University of Ulm. In this case, it seemed necessary to balance the possibility of preventing further abuse with the promise of anonymity. In general, victims were told that no criminal prosecutions would be initiated by the Independent Commissioner, but they were informed (not prompted or encouraged) about their own rights and potential actions to take. In cases of current abuse, the hotline staff were instructed to spend more time on these explanations and on providing referrals to local counseling or therapy services. In cases where there appeared to be acute danger, a cautious deviation from the routine, which still respected privacy guidelines, was possible.

The hotline was staffed by more than 60 experienced therapists and counselors in the domain of child abuse, neglect, and sexual violence, who were provided with several days of training. Their main tasks were to facilitate supportive conversations by listening to victims and, if the callers agreed, to document their experiences and messages anonymously in a web-based template. The documentation could be done either during or after the conversation. Staff were also instructed to refer callers to local counseling services if needed. The hotline conversation was itself not considered to be an intervention, but many callers appeared find it cathartic and to appreciate the referrals to actual services.

Approval was received from the ethics committee of the University of Ulm for this method of data collection, the documentation template, and the use of the data for research. Guidelines for the protection of data privacy were maintained throughout the process.

Publicizing the CIRS to the intended target groups

A media campaign to publicize the availability of the CIRS was produced by the agency of the Independent Commissioner in conjunction with the German publicity bureau Scholz & Friends, with pro bono input from the Oscar-winning director Wim Wenders and the photographers Donata Wenders and Alberto Venzago. The primary goal of the campaign, titled “Speaking Helps: Who Breaks the Silence Breaks the Power of the Abusers”, was to inform the public of the opportunity to express their concerns to the Independent Commissioner and thereby contribute to the political process of reappraisal. A secondary



Fig. 2. Pictures from television spots in the campaign "Speaking Helps".

goal was an appeal to break the societal taboo against speaking about child sexual abuse and thereby improve current child protection. It was made explicit that the CIRS was neither a therapeutic nor a judicial counseling service, nor was it a law enforcement agency. Rather, it was there for hearing callers' concerns and suggestions for the political debate and if wanted, for directing them to nearby sources of help and support. While the main target group for the CIRS was adult victims who had experienced sexual abuse in childhood, the system was open to anyone. Callers could include confidants or acquaintances of victims, witnesses of sexual abuse, the offenders themselves, or people who for any reason wanted to convey a message concerning sexual abuse to the government.

The campaign ran from September 2010 to January 2011, and was promoted via television spots, placards, postcards, advertisements, flyers, and a web site (http://www.sprechen-hilft.de/). The television spots were run at no charge on state-supported and private television channels in Germany. Some stills from these spots are shown in Fig. 2. There were two versions, one showing a girl and the other a boy. In both versions, the child's mouth is covered by the hand of an offender standing directly behind. As the child grows older, the hand remains in place, but in middle age, the victim frees him/herself by pushing it aside (not shown), thereby conveying the message that the purpose of the CIRS was to listen to now-adult victims of past abuse.

In response to the campaign, the hotline registered a sharp increase in the number of daily calls (see Fig. 3).

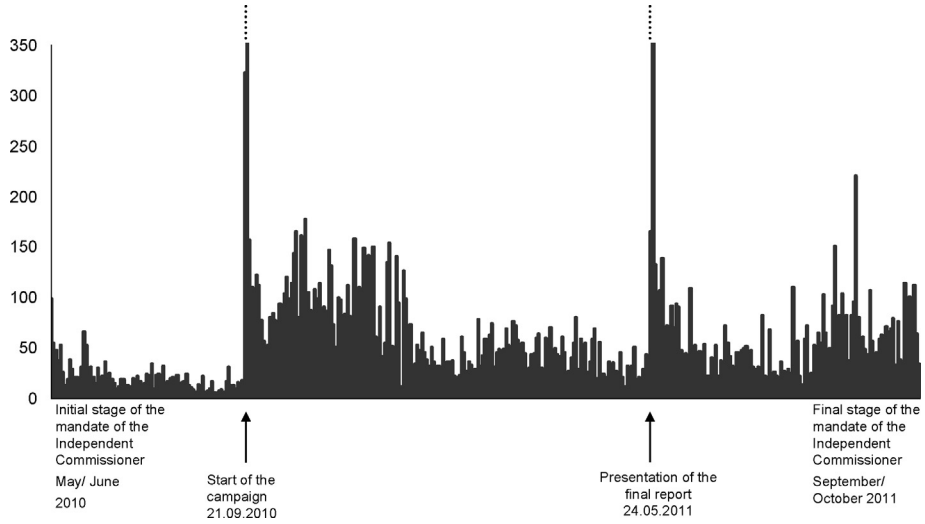

Fig. 3. Number of calls to the hotline per day. The days immediately after the start of the campaign and after the presentation of the final report each registered more than 500 calls (521 and 856 calls), but are shown here shortened due to graphical limitations.

Hotline service. Callers to the hotline were asked whether or not they agreed to have their information documented. Either way, they were given the opportunity to speak and were assured of complete anonymity. The expert staff taking the calls were instructed to ask only for basic demographic data, such as age, gender, and state of residence, and not to ask any scripted or leading questions about the abuse but simply to listen to the caller's concerns and views and paraphrase the contents. The topic of conversation and the extent of details divulged were determined by the caller. Staff would respond supportively when talking about these sensitive issues, but made it clear that they could not undertake investigations or provide therapeutic interventions themselves. They had access to a database and a list of online links for counseling services and other resources throughout Germany, and if a caller asked for further support, they would offer assistance in finding local services.

Letters and e-mails obviously were not as interactive like the hotline conversations. But they were all read and answered personally by the Independent Commissioner herself.

Data capture. The input from victims, whether provided by telephone, letters, or e-mail, was entered by staff into a web-based template designed to categorize specific types of information. The categories were devised by members of our research team who were scientific experts in the domain of child sexual abuse, and had been reviewed by a board of experts in various fields including law, counseling, statistics, and child welfare. Those chosen for inclusion in the template were based on knowledge of aspects of sexual abuse from the literature, and on what information would be most useful to members of the Round Table and the government in the development of new policies. Selections were provided for such aspects as demographic descriptions (e.g., marital status, education, and residence in the Western vs. Eastern federal states), context of the abuse (institution, family, social environment, stranger), point in time of the abuse (past, present, past and still ongoing), and frequency (once, multiple times, recurrent). Also captured was whether or not the victim commented on any of the following issues, all of which were matters that could be influenced by changes in policy: abolishment of limitation on prosecution of offenders; claim for compensation; compulsory registration of offenders; enhancement of therapeutic and counseling services; inclusion of the topic in the training of therapists, physicians etc.; improved training for persons working with abused children; and awareness campaign on sexual abuse. Fields for free text entry were provided in the template as well.

Staff received training on using the template and were initially monitored by a member of our research team who assessed how they chose to categorize the information based on the notes in the free text fields. After a few months, booster training sessions based on case vignettes that addressed common problems and new aspects arising during the process where held in regular meetings with the staff of the contact point.

The free text and notes were used for qualitative analyses and for gaining citations which were published on the web site of the Independent Commissioner. Qualitative analyses were achieved by aggregating at least 100 statements concerning an aspect to be analyzed into subgroups that matched with regards to content. This process was done by two independent raters of our research team. Based on examination of the subgroups, additional categories were derived that were subsequently discussed with the board of experts. Following their approval, the free text statements concerning the current aspect were assigned to these new categories, double-checked by two independent raters. This approach permitted a quantitative description of aspects that were not included in the existing categories; for example, psychosocial problems resulting from abuse, or factors that either helped or hindered the victim's ability to cope. An example is shown in Table 1.

Table 1
Qualitatively developed categories of factors that helped or hindered coping.

Supportive factors	
Support by professionals	Therapists, physicians, youth welfare office staff
Support by family	Parents, siblings, partner, other family members
Support by the community	Friends, teachers, other victims
Activities	Job-related, creative, athletic
Other	Live social network, internet social network, breaking off contact with family, self-acceptance, talking to someone, turning to religion/faith
Harmful factors	
No support or no helpful support by others	No contact person; not able to look for help, no (supporting) therapy
Negative reactions when asked for help	Confidant did not believe story or did not act on it; or punished, humiliated, stigmatized, threatened, or blamed the victim
Societal and legal	Treating abuse like a taboo; keeping silent or looking away; accepting or trivializing; limitation period for prosecution; police questioning; no elucidation or awareness
Having contact with the offender	Living in the same place as offender; offender is family member or acquaintance; dependence on the offender (e.g., teacher)
Religious orientation/guidelines of churches	Veneration for religion or church; church refusal to prosecute one of its own
Self-blaming feelings	Guilt, fear, shame
Other	Physical abuse; parental psychiatric disorders; experience of a loss; disability

Results

Characteristics of victims and nature of abuse

Between May 2010 and October 2011, the CIRS handled over 20,000 telephone calls and over 3,000 letters or e-mails. The majority of contacts were from victims (66.3%), but some were received from confidants or acquaintances of victims (16.2%), from offenders (0.6%), from contact persons of offenders (0.4%), and from people who were reporting physical abuse or neglect or who just wanted to transmit a message to politicians (16.5%). About 10,000 of the calls included conversations but not all of them agreed to take part in a research part of the project and thus refused documentation. After excluding these calls as well as test calls, prank calls, and repeat calls, we were left with 6,754 analyzable data sets, of which 4,570 were from victims of sexual abuse. Results are presented here for victim data only (we did not use a given definition for sexual abuse but documented the subjective evaluations of the victims that were not externally validated).

The average age of victims was 46.2 years (range: 8–89), which fit the main target group of adults who had experienced sexual abuse in childhood. Only 127 (3.9%) of the victims who specified their age were under the age of 18; of these, 62 described current abuse. Special attention was given to these cases that did not correspond to the primary purpose of the project. The staff had supervision and a direct background of counseling and child psychiatric experts to make sure that these minors got the best counseling possible in their situation of ongoing abuse, but according to the general conditions anonymity was guaranteed and no direct measures could be taken by the team in favor of the minors.

Approximately two-thirds of the victims were female. Most cases of abuse were reported to have taken place in the past (95%), to have happened several times or recurrently (91%), and to have been committed by men (87%). All but 4% of cases had involved touching or other physical contact by the offender; in 34% of cases, the victim was penetrated. The two most common contexts were family members (58%) and institutions (31%), followed by social environment (8%) and strangers (5%).

Table 2 shows a detailed overview of demographic attributes of victims, and Table 3 shows the characteristics of abuse. Both tables indicate the number of contacts who provided data on each aspect.

A significant amount of information about offenders, course of events, and offenders' strategies (for example, assaults during confession or in a psychotherapeutic session) was documented as well but is not shown here. Those findings will be the subject of future reports.

Information conveyed to policy-makers

Fig. 4 shows the number of respondents who commented on any of the seven issues on which policy changes could have an impact. The ones seen as important to the greatest number of respondents were 'Enhancement of therapy and counseling services', 'Abolishment of limitation periods', and 'Claims for compensation'. Two of the issues (therapeutic services and compensation) addressed matters where the victim stood to gain personally, while the others could all be viewed as having an altruistic or political motivation.

These findings underscored the importance of therapy and counseling for victims of sexual abuse, and revealed the insufficiency of the number of contact points, of provision of services in rural areas, and of services for older people, male victims, and immigrants. Many respondents spoke of the need for better qualified and specialized trauma therapists. Frequently, victims described being sent from therapist to therapist but finding none who was an expert in trauma therapy or who was willing to focus on the abuse.

Table 2
Demographic attributes of victims.

Gender	*N* = 4,320
Male	1,438 (33.3%)
Female	2,882 (66.7%)
Age	*N* = 3,230
Range	8–89
Mean (SD)	46.2 (SD = 14.4)
Location[a]	*N* = 3,332
Western federal states	2,896 (87.0%)
Eastern federal states	436 (13.1%)
Urban or rural environment[b]	*N* = 2,418
Urban	1,573 (65.1%)
Rural	845 (34.9%)
Marital status[c]	*N* = 2,327
Single	973 (41.8%)
Separated/divorced or widowed	552 (23.7%)
Married	629 (27.0%)
Living in a relationship	173 (7.4%)
Education[d]	*N* = 1,477
A-levels	651 (44.1%)
General Certificate of Secondary Education	503 (34.1%)
Certificate of Secondary Education	211 (14.3%)
Certificate of School for Special Education	19 (1.3%)
No graduation	93 (6.3%)

[a] Distribution in the German population 2010 (Census Bureau): Western Federal States 83.6%; Eastern Federal States 16.4%.
[b] Distribution in the German population 2010 (Census Bureau): urban 67%; rural 33%.
[c] Distribution in the German population 2010 (Census Bureau): single 32.4%; married 50.0%; widowed 8.4%; divorced 9.3%.
[d] Distribution in the German population 2010 (Census Bureau): no graduation 4.1%; Certificate of Secondary Education 37.0%; General Certificate of Secondary Education 28.8%; A-levels 25.8%.

Under the German criminal code prevailing at the time, the statute of limitations for the prosecution of sexual offenses was between three and 20 years. Respondents who commented on this issue felt that any limit should be abolished as it is for murder, pointing out that victims often need considerable time until they are ready to press charges against the offender, especially if it was a family member.

Of those who wished to see abolishment of the statute of limitations, 60% also wanted to be able hold offenders liable for financial compensation, even in cases that dated back many years. Of the respondents who mentioned compensation, most felt that offenders should compensate their victims; for example, by paying the costs of therapy. In the case of abuse that took place in institutions, they felt that the institutions should pay. Most victims did not see compensation, either material or immaterial, as making up for their suffering, which was impossible. Rather, its value was mainly in how it served to recognize and acknowledge this suffering.

In addition to the topics that were provided as selectable categories in the template, we categorized victims' descriptions of which aspects helped them to cope with the abuse and which prevented them from coping. The aspect mentioned most often as helpful was support from other persons, with the most important being professional therapists or counselors, family

Table 3
Characteristics of abuse.

Context of abuse	*N* = 3,231
Institution	990 (30.6%)
Family	1,854 (57.4%)
Personal environment (excluding family)	241 (7.5%)
Offender unknown to the victim	146 (4.5%)
Frequency of abuse	*N* = 2,630
One-time	243 (9.2%)
Repeated	2,387 (90.8%)
Date of abuse	*N* = 3,451
Ongoing	98 (2.7%)
Past and ongoing	94 (2.5%)
Past	3,500 (94.8%)
Gender of offender	*N* = 2,970
Male	2,572 (86.6%)
Female	194 (6.5%)
Male and female offenders	204 (6.9%)
Severity and type of abuse	*N* = 3,541
No physical contact	140 (4.0%)
Included touching body	1,155 (32.6%)
Included touching the sexual organs	1,043 (29.5%)
Included penetration	1,203 (34.0)

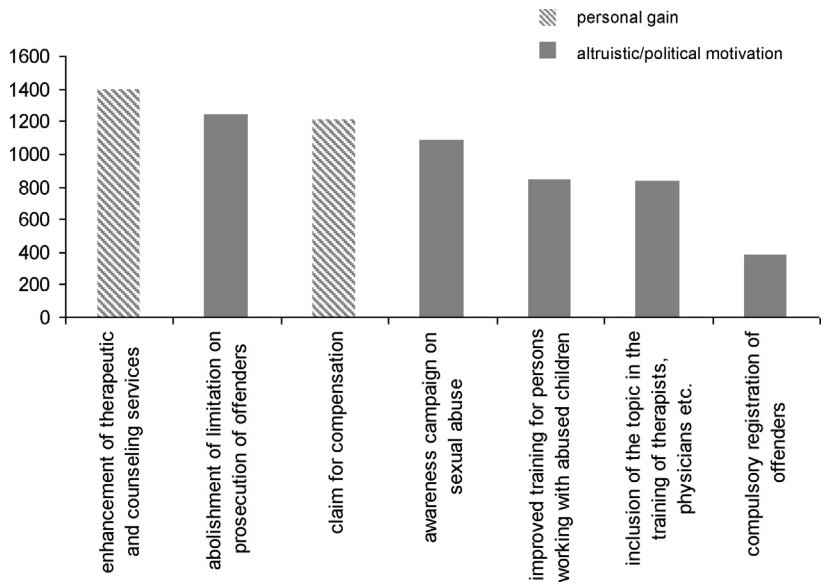

Fig. 4. Ranking of issues brought up by the participants (multiple answers permitted; $N = 7{,}980$ messages from $N = 2{,}809$ participants).

members, and friends. The most frequently mentioned hindering aspect was having no support: either having no one to talk to (either professionally or personally) or being doubted, humiliated, or even punished when disclosing the abuse to someone. Another hindering factor was the tendency of society to view the topic of child sexual abuse as a taboo.

Response of policy makers

The government was continuously kept informed through interim reports and through a presentation at each meeting of the Round Table. The main focus at these meetings was on the messages conveyed by victims that could be affected by political change. At the start of the program, respondents often expressed doubts about its credibility, but the ongoing release of reports and frequent press conferences increased people's trust and readiness to use the CIRS.

The Independent Commissioner used information obtained through the CIRS as well as from other surveys that she commissioned (one of psychotherapists and one on sexual abuse in institutions; Helming et al., 2011), to develop recommendations for the Round Table (UBSKM, 2011). These recommendations focussed on the issues of therapy, counseling, the statute of limitations, intangible and tangible compensation, further judicial issues, prevention, an independent clearing center and help platform for victims of child sexual abuse, support of victims' initiatives, campaigns, research, children's homes in the former German Democratic Republic, and further need for action. A summary of the recommendations in German is available at http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=399. These recommendations were integrated into the work of the Round Table, and hence directly influenced the political process. The final report and the recommendations of the Round Table are available at http://www.rundertisch-kindesmissbrauch.de/documents/AbschlussberichtRTKM_barrierefrei_20130113.pdf.

The three federal ministers who presided over the Round Table expressed their gratitude for the recommendations and the work of the Independent Commissioner, their dismay over each reported case of abuse, and their deep respect for the many victims who dared to break the silence and participate in this process of reappraisal. After the Round Table was disbanded, the government confirmed its commitment by establishing an authorized representative for matters concerning child sexual abuse, whose tasks included continuing to monitor the implementation of the Round Table's recommendations.

Response of the public. Public reaction to the recommendations of the Independent Commissioner was split. Although interest in the issue of child sexual abuse had dissipated after the so-called 'abuse affair' in the media (i.e., the revelations of the Jesuit school students and those that followed), sensitivity about it had increased significantly. However, not all reactions to the recommendations were supportive. Many people had a positive response, viewing the recommendations as reasonable and important, but others saw the victims' demands as pure greed for money, or did not believe that any of the recommendations would ever be implemented. That concern was also shared by many CIRS participants, and some victims feared that they would be disappointed after having their expectations raised. However, the majority of those who provided input were proud of having participated in this process, grateful for the work of the Independent Commissioner, and hopeful that this long-term process would continue and that those involved would remain active.

Actions taken. A number of concrete actions resulted from the project. Two new federal laws were adopted that were based directly on the recommendations of the Round Table; one for strengthening the rights of former victims of sexual abuse, and the other for the current protection of children. The first, which was approved by Parliament in March 2011 and implemented in March 2013 strengthened the rights of victims of sexual abuse. It extended the limitation period for prosecution of sexual abusers to 30 years, established rules for avoiding wearing multiple hearings, implemented claims for free consulting by an advocate, and introduced especially for children and adolescents judges and attorneys with special qualifications. The other, the new Child Protection and Safety Act, implemented in January 2012, addressed the expansion of early services for families with young children, and acted to streamline and strengthen the cooperation and networking of professionals involved in child protection, including youth welfare offices, schools, public health departments, hospitals, physicians, and police. Anyone who works with children and youth must now have the right to an anonymized consultation of the youth welfare office when he/she suspects child welfare to be threatened. A further mandate is that full-time employees in child and youth welfare services must now submit to an extended police clearance certificate which includes less serious convictions than before.

Another application of the recommendations was the establishment of a program titled 'Action Schedule 2011 for the Protection of Children and Youth Against Sexual Violence and Exploitation', implemented by the government in the autumn of 2011. The realization of the comprised purposes that are based on the debates and recommendations of the Round Table is monitored by a workgroup consisting of representatives of the federal and state governments. In addition, the position of the Independent Commissioner and the committee's office will be continued. One and a half year after the end of the data collection an additional meeting of the former members of the Round Table reminded politics of the unsolved problems that had been addressed based on the suggestions made in the final report of the Round Table. Only after that meeting and a lot of critical comments in the press, the Federal Government now established a fund for individual help, support and treatment measures for victims of intrafamilial abuse in Germany. An application form for this fund was made public in May 2013 and so called clearing committees composed of lawyers, psychiatric experts, experienced counselors and spokesmen and -women of victims' organizations had been established to deal with the individual cases.

Another outcome was the announcement by the Federal Ministry of Research and Education of grants for two research projects: one in the field of public health, to support a prevalence study, and the other in education, to support an e-learning project for the pedagogical and healthcare professions. In addition, two sources of funding totalling 30 million euros were announced for the next three years: one for the development of scientific network in life science research, including basic science approaches with international support, and the other for a scientific network on sexual abuse prevention and interventions to reduce risk of abuse in institutions like boarding schools or residential care. Hundreds of grant applications most for multicenter projects had been submitted to an international review panel in the life science network. More than ten multicenter interdisciplinary projects had already started to work in the prevention and intervention network. The successful research groups are about to start their projects.

The federal Ministry of Health pressured self-governing bodies within the national health system to adopt guidelines for enabling victims of sexual violence to make contact and for providing them with psychotherapy and other treatments. One criticism of this program was that it concerned itself only with services for former victims who were now adults, not with children or adolescents for whom there was acute suspicion of current neglect or abuse. A very critical point risen by victims in the CIRS and by relatives was that there was no appropriate documentation and diagnostic of child abuse, neglect and child sexual abuse in the German Health Care System although the official version of the ICD 10 in the German modification ICD 10 GM contains diagnostic categories (e.g., T 74. . .) describing abuse and neglect. The use of these categories was not allowed in hospitals and there was no operationalization of the diagnostic process to clarify suspect cases of neglect, abuse and sexual abuse so that doctors could get no remuneration for their diagnostic work and for interdisciplinary contacts with child protection workers in Germany. As a consequence of the debate, the Federal Ministry of Health finally solved that problem from January 2013 in changing the German adaptation of the international classification of procedures in medicine, ICPM for the clarification whether child experience, sexual abuse, or abuse, or neglect, so that this can now be accounted for. Therefore for the first time in 2013 the German Health System will have data to documentation on the consequences of child abuse and neglect what is a significant improvement in the health care system and in abuse epidemiology because hospital data might only represent the tip of the iceberg but revealed to be very reliable and important for health care planning (c.f. McKenzie, Scott, Waller, & Campbell, 2011). Therefore, in January 2013, the Ministry added an OPS (German adaptation of the International classification of Procedures in Medicine, ICPM) code for the clarification whether a child experienced sexual abuse or neglect so that this could now be accounted for.

The federal Ministry for Labor and Social Affairs is planning a reform of the Crime Victims Compensation Act, and is carrying out some research as the starting basis. Several other ministries and organizations are trying to implement various campaigns to ensure that public debate about child sexual abuse will remain active. For example, the Independent Commissioner started a campaign titled "Zero Tolerance for Abuse" which encourages parents to demand that the guidelines and the prevention measures of the Round Table be enforced in child care settings.

Sociological and historical research about the preconditions of abuse in institutions has not yet been implemented in Germany. Although victims within the CIRS System where calling for a governmental investigation; for example the setting up of a commission of inquiry in Parliament.

Discussion

The approach of inviting directly affected persons to be included in a political process via a CIRS was a first not only in Germany but—to the best of the authors' knowledge—anywhere in the field of child sexual abuse, and enabled us to obtain data from the biggest sample of victims ever analyzed. In comparison with the 1,090 victims who were interviewed for the Commission to Inquire into Child Abuse in Ireland (Ryan, 2009) and the 124 victims who gave evidence as part of hearings in Belgium (Adriaenssens, 2010), the reappraisal process in Germany, by setting a very low threshold for participation, managed to hear from more than 4,500 people. The assurance of anonymity and the easy accessibility (the hotline was available 6 h a day, 5 days a week, while letters and e-mails could be sent at any time) served to encourage participation. Most victims had positive feedback about the means of communication, especially the hotline, and were particularly appreciative of how it let them simultaneously contribute to a political process while having the chance to speak with an expert in the domain of child abuse who understood the issues.

Such an approach is in our view highly recommendable because it draws on the experience of individuals with personal understanding of a situation, and also because of the validation it affords to those affected. In line with the theory of "voice effect" (Folger, 1977), people react more positively when they are given the opportunity to express their views in a decision-making process (cf. Wu & Wang, 2013). This method has been discussed broadly, and there have been requests to establish a similar process for examining assaults in geriatric care and for an incident reporting system in psychiatry. As our project showed, the approach is highly feasible, and we would recommend its use in other domains as well; for example, public health. In fact, it might be applicable for any form of societal conflict in which there is a need to involve persons whose knowledge is essential but whose voices are difficult to hear. Anonymity and a guaranteed exemption from punishment (in the case of victims who went on to become offenders themselves) are essential conditions for gathering information.

Some limitations to the program must be acknowledged. Our mode of data collection was not to identify and interview a study population, but to just document what respondents, all of them self-selected, reported spontaneously. This approach meant that the people who contributed to the database may not have been representative of the overall German population, and furthermore the data is based on different populations for different aspects because participants spoke about different aspects. Accordingly, we were unable to calculate prevalence rates or to test any statistical hypotheses. However, this weakness of our data was also its strength: by simply listening, we avoided any effects of suggestion; and we were able to learn what issues mattered most to victims. The voluntary aspect of the participation may have biased the data with respect to the severity of cases, but it also increased the quantity and the validity of the information gathered. Furthermore, it enabled us to gather substantive amounts of data that would be very rare in representative samples chosen by sampling methods, such as the sexual abuse of children in residential care. In a German survey from 2010 (Bieneck, Stadler, & Pfeiffer, 2011) that contacted nearly 12,000 individuals, just 4 were former residents of children's homes; in contrast, our sample contained almost a hundred times that number ($N = 375$). We clearly had an oversampling of particularly difficult situations with lifelong negative impacts, so generalizing our results would lead to biased assumptions. However, our findings sent a clear message to politicians that at least in severe cases of sexual abuse, the effects are long-lasting and strongly impairing.

At the time of this writing, the first Independent Commissioner has completed her mandate and handed matters over to her successor, whose task is now to continue her work and to monitor whether her recommendations are in fact being implemented. The contact points for victims (i.e., the hotline and mail/email addresses) are still in place, but data are no longer being collected and analyzed. The new Independent Commissioner's conclusions for 2012 summarize the current situation as follows: "Shock and careful optimism—Child sexual abuse still remains a severe problem one year after the end of the Round Table. As of today, victims are still awaiting improvement. However, social umbrella organizations are showing willingness to improve the protection of children and adolescents against sexual violence" (Independent Commissioner, 2012, http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=966).

In sum, the situation in Germany with respect to awareness of and responsiveness to child sexual abuse has changed considerably since this program was carried out, and many victims now feel that they have finally been heard and understood. The process also laid ground for further research like epidemiological surveys using structures, questionnaires, now financed by the Federal Ministry of Research.

References

Adriaenssens, P. (2010). *Rapport des activités de la Commission pour le traitement des plaintes pour abus sexuels dans une relation pastorale*. Commission pour le traitement, des plaints pour abus sexuel au cours d'une relation pastorale. http://www.kerknet.be/admin/files/assets/subsites/2343/rapport_version_finale.pdf (accessed 11.06.12)

Bieneck, S., Stadler, L., & Pfeiffer, C. (2011). *Zwischenbericht zur Repräsentativerhebung Sexueller Missbrauch 2010*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb1semissbr2011.pdf (accessed 04.03.13)

Commission to Inquire into Child Abuse. (2003). *Third interim report*. Dublin: Government Publications.

Deetman, W., Daijer, N., Kalbfleisch, P., Merckelbach, H., Monteiro, M., & de Vries, G. (2011). (*Seksueel Misbruik van Minderjarigen in de Rooms Katholieke Kerk*) *Sexual abuse of minors in the Roman Catholic Church*. Amsterdam: Balans.

Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Fangerau, H. (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe—Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*. Weinheim: Juventa.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, *54*(4).

Folger, R. (1977). Distributive and procedural justice: Combined impact of "voice" and improvement of experienced inequity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 108–119.

Helming, E., Kindler, H., Langmeyer, A., Mayer, M., Entleitner, C., Mosser, P., & Wolff, M. (2011). *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. Rohdatenbericht. Im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann*. http://cgi.dji.de/bibs/DJIAbschlussbericht_Sexuelle_Gewalt.pdf (accessed 03.28.13)

John Jay College Study. (2004). *The nature and scope of the problem of sexual abuse of minors by Catholic Priests and Deacons in the United States. John Jay College of Criminal Justice*. City University of New York: United States Conference of Catholic Bishops.

McKenzie, K., Scott, D. A., Waller, G. S., & Campbell, M. (2011). Reliability of routinely collected hospital data for child maltreatment surveillance. *Biomed Central Public Health*, *11*, 8.

Parmelli, E., Flodgren, G., Fraser, S. G., Williams, N., Rubin, G., & Eccles, M. P. (2012). Interventions to increase clinical incident reporting in health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *8*.

Rakha, E. A., Clark, D., Chohan, B. S., El-Sayed, M., Sen, S., Bakowski, L., & O'Connor, S. (2012). Efficacy of an incident-reporting system in cellular pathology: A practical experience. *Journal of Clinical Pathology*, *65*, 643–648.

Ryan, S. (2009). *Report of the Commission to inquire into Child Abuse*. Dublin: Stationary Office. Online:. http://www.childabusecommission.com/rpt/pdfs (accessed 04.03.13)

Staender, S. (2011). Incident reporting in anaesthesiology. *Best Practice and Research. Clinical Anaesthesiology*, *25*, 207–214.

Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). (2011). *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs*. Berlin: Dr. Christine Bergmann. Online:. http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=301 (17.02.13)

Wu, X., & Wang, E. (2013). Outcome favorability as a boundary condition to voice effect on people's reactions to public policymaking. *Journal of Applied Social Psychology*, *43*, 329–337.

3 Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs

Eigenanteil:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projekts, Hauptverantwortung für Datenpflege und Datenaufbereitung der UBSKM-Daten, Zusammenführen mit dem Datensatz der Katholischen Hotline, Durchführung der Datenauswertung sowie der Interpretation der Ergebnisse, Durchführung einer fragestellungsbezogenen systematischen Literaturrecherche, schriftliche Ausarbeitung des Manuskripts, Umsetzung der Anmerkungen von Co-Autoren und Peer-Reviewern.

Referenz:

Rassenhofer, M., Zimmer, A., Spröber, N., & Fegert, J. M. (2015b). Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs. *Child Abuse & Neglect, 40*, 60-67.

Abgedruckt aus *Child Abuse & Neglect, 40*, **Rassenhofer, M.**, Zimmer, A., Spröber, N., & Fegert, J. M., Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs, 60-67, Copyright (2015), mit Genehmigung von Elsevier.

Child Abuse & Neglect 40 (2015) 60–67

Contents lists available at ScienceDirect

Child Abuse & Neglect

Research article

Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs

Miriam Rassenhofer[a,*], Andreas Zimmer[b], Nina Spröber[a], Jörg M. Fegert[a]

[a] University of Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Steinhoevelstr. 5, 89075 Ulm, Germany
[b] Diocese of Trier, Life Coaching, Hinter dem Dom 6, 54290 Trier, Germany

ARTICLE INFO

Article history:
Received 17 July 2014
Received in revised form
17 November 2014
Accepted 21 November 2014
Available online 17 December 2014

Keywords:
Child sexual abuse
Roman Catholic Church
Critical incident reporting system
Complaint management
Empowerment of victims

ABSTRACT

At around the same time in 2010, the German government and the Roman Catholic Church in Germany each set up a critical incident reporting system (CIRS) to gather information on child sexual abuse that had taken place within the Church. The objective in both cases was to solicit stories from victims and former victims and allow them to have input into a review process. The existence of these two similar systems, one initiated by the institution involved in the abuse and the other by an independent entity, provided an opportunity to compare the background and motivation of victims who chose to communicate through one channel or the other. Data were obtained on a total of 927 individuals, 571 through the church CIRS and 356 through the government CIRS, who had reported that they had experienced childhood sexual abuse within the Roman Catholic Church. Some differences were found between the two groups in terms of gender, the reported frequency of abuse, and the desire for compensation. These differences highlight the need for an effective complaint management system to offer not just one but complementary channels of communication. In addition, the findings confirm the feasibility and value of a CIRS approach and the use of so-called 'citizen science' in politically driven review processes.

© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Background

The disclosure in early 2010 of severe and extensive sexual abuse of children that had taken place in institutions in Germany, including boarding schools run by the Roman Catholic Church, triggered intense media coverage and led to broad public debate about the issue. Similar revelations were taking place at around the same time in other countries, including Ireland (Commission to Inquire into Child Abuse, 2003), Belgium (Adriaenssens, 2010), the Netherlands (Deetman et al., 2011), and the United States (Boston Report, 2003; John Jay College Study, 2004). In Germany, these disclosures resulted in actions taken by both the church and the state.

The decision to focus on sexual rather than physical abuse was a political one. Historically, corporal punishment in schools was viewed as socially acceptable; a cultural shift toward the rejection of this form of violence against children and adolescents is relatively recent, occurring over the last few decades, and the practice was outlawed in Germany only in 2000. In contrast, sexual abuse has always been viewed as forbidden and immoral. Accordingly, two separate review programs

* Corresponding author.

http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.013
0145-2134/© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

were set up, one for the investigation of sexual abuse and a separate one that investigated physical violence inflicted on former residents of children's homes. Only the first program is described in this article.

In the case of the church, which was under considerable pressure to act, authorities reacted very quickly, convening a plenary meeting of the German Conference of Catholic Bishops in February 2010. Several important actions resulted from this meeting. First, forensic psychiatric evaluations were ordered for 78 priests who were alleged offenders (Leygraf, König, Kröber, & Pfäfflin, 2012). It is planned that the findings of these evaluations will be reviewed by an external research group; however, that has not yet been done. Second, new guidelines on procedures to address the sexual abuse of minors were issued in August 2010 to update the previous guidelines from 2002. Third, a new framework of action for the prevention of the sexual abuse of minors within church institutions was issued in September 2010. An evaluation conducted by the German government in 2012–2013 of the implementation of such frameworks found this one to be among the strongest (Unabhä ngiger Beauftragter zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2013). Fourth, a bishop was appointed as commissioner to oversee subsequent remedial actions. Finally, a hotline for victims, the first such in the Catholic world, was established. In addition to enabling victims to tell their stories, the hotline program offered the possibility of having disciplinary procedures initiated against abusers, even in cases where the statute of limitations had passed.

The German government also took action, partly because public and religious institutions were implicated in the scandal and because Article 6 of the German constitution states that public authorities are responsible for guarding children's best interests. Pressure on the government to do something was increasing, despite the action that was already being taken by the church because it was deemed necessary to involve a body that was independent of the implicated institution and that would also investigate cases not connected with the church (i.e., intra-familial sexual abuse). Accordingly, two entities were established to enable a politically driven review process: a Round Table, titled "Child Sexual Abuse in Relationships of Dependence, and Imbalance of Power in Private and Public Institutions and in Families", whose task was to develop recommendations for prevention and intervention, and a position titled "Independent Commissioner for the Review of Child Sexual Abuse", whose task was to review cases of sexual abuse in both institutions and families.

The first Independent Commissioner appointed by the government based her work on the principle of reaching out directly to victims of sexual abuse and learning from their experiences. To achieve this, she established contact points (telephone, mail, and e-mail) through which victims could voluntarily and freely describe what had happened to them and express their opinions or suggestions, thereby contributing to the political review process and the subsequent actions that were implemented. Detailed descriptions of the work of the Commissioner, the Round Table, and the research process that supported the political process are available in Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (2011), Runder Tisch sexueller Kindesmissbrauch (2011), and Rassenhofer, Spröber, Schneider, and Fegert (2013), respectively.

In sum, two parallel, independent, and complementary programs for the collection of information on child sexual abuse were put in place in Germany at around the same time, one by the government and the other by an institution within which the abuse had taken place. Although the programs were separate, there was some collaboration between them: each included a member from the other program on its advisory board, and the organizers and research groups on each side exchanged information. The focuses were different, but both programs solicited direct input from victims, both reached many people, both were supported by advisory boards and research teams, and both provided feedback to victims by publishing interim results online or through the media. This approach of complaint management is termed a critical incident reporting system (CIRS) and is described elsewhere in more detail (Fegert, Ziegenhain, & Fangerau, 2010; Rassenhofer et al., 2013). The complete data sets of the information derived from the Catholic victim hotline (Zimmer, 2011; Zimmer, Lappehsen-Lengler, Weber, & Götzinger, 2014) and of that derived from the contact points set up by the Independent Commissioner (Fegert, Rassenhofer, Schneider, Seitz, & Spröber, 2013; Rassenhofer et al., 2013) are available.

The existence of these two separate data sets provided an opportunity to compare information solicited by different sources from individuals who had been victimized by the same entity. It is important to differentiate uses of a CIRS based on who has sponsored it because respondents' characteristics or expectations might vary. This article describes similarities and differences that were found in this comparison and discusses the feasibility and value of using a CIRS sponsored by the institution responsible versus one sponsored by an independent governmental body.

Method

The Ethics Committee of the University of Ulm approved the research process for the collection and analysis of the government-sponsored data.

Victims could provide any information they wished via letters, e-mails, or calls to a telephone hotline. The church program included an online psychological counseling service; in the government program, no counseling services were provided, but hotline staff would refer callers to a local counseling center if necessary. The campaigns employed to raise public awareness of the programs made it clear that the information gathered would be used for research purposes only and that anonymity and data security were guaranteed. Callers to the hotlines were asked if they would give permission for their information to be documented anonymously (the conversation could still take place if permission was denied), whereas for those who chose to communicate through letters or e-mail, it was explained beforehand that doing so implied giving consent to permit the contents to be anonymously documented. The online psychological counseling service offered within the Church program provided an option for respondents to delete the entire record at any time if they wished. For details about the number of contacts (including calls, letters, and e-mails), contacts that were excluded from analysis (test calls, prank calls, and repeat

Table 1
Demographic aspects of victims.

	Merged data set	Church data set	Government data set	*p*-Value
Age	*N* = 627	*N* = 358	*N* = 269	*.838*
Mean	55.3	55.5	55.1	
SD	13.0	12.7	13.4	
Range	16–80	16–80	19–79	
Gender	*N* = 902	*N* = 556	*N* = 346	*.001*[*]
Male	586 (65.0%)	339 (61.0%)	247 (71.4%)	
Female	316 (35.0%)	217 (39.0%)	99 (28.6%)	
Current residence	*N* = 698	*N* = 407	*N* = 291	*.000*[*]
Western Federal States of Germany	600 (86.0%)	319 (78.4%)	281 (96.6%)	
Eastern Federal States of Germany	98 (14.0%)	88 (21.6%)	10 (3.4%)	

[*] Significant for $\alpha = .05$.

calls), callers who did not grant permission for their information to be documented, see Zimmer et al. (2014) and Fegert et al. (2013).

In both programs, the contact points were staffed by experts such as psychologists and other types of therapists or counselors who were experienced in the domain of child sexual abuse. Information provided by callers to the hotline was documented either during or directly after the call using web-based templates that were designed to categorize specific types of information, e.g., whether the abuse was currently ongoing or in the past, whether assaults had been "hands-off" or "hands-on", and the gender of the offender. The categories were selected based on scientific knowledge of and existing statistics on child sexual abuse and had been discussed with and approved by scientific advisory boards consisting of experts in the field of child sexual abuse (psychiatrists, psychologists, psychotherapists, counselors, scientists, jurisprudents). The entry of free text was also permitted.

For the purposes of the current study, a merged data set was created of all victims who reported sexual abuse in the context of the Roman Catholic Church. The government data set included input from victims of Protestant and secular institutions along with Catholic ones, but as information on the type of institution responsible for the abuse was collected, it was possible to derive a subset of data only from victims of Roman Catholic institutions. Of the 404 respondents in the government data set who reported that their abuse had occurred in a Catholic environment, 48 (11.9%) mentioned that they had also contacted the hotline of the Catholic Church; accordingly, these individuals were excluded from the merged data set to prevent double-counting. It must be noted that conversely, unlike the government data set, the church data set did not document whether its respondents had also contacted the government hotline; thus, it cannot be completely precluded that some respondents were double-counted. However, because the Catholic hotline was initiated two months before the government hotline, it seems likely that victims who contacted both hotlines had called the Catholic one first and hence would have been flagged when they called the government line.

The two data sets were examined for overlap regarding the types of information captured. Variables that were comparable, including demographic information, the characteristics of the abuse, and consequences of the abuse, were converted to comparable formats and merged into a single data set.

Data that had been captured in the pre-defined template categories were analyzed descriptively (frequencies and means). Data that had been documented as free text were analyzed qualitatively by grouping samples of answers; then, based on these groupings, hypotheses and resulting categories were developed and discussed with the respective scientific advisory boards. If necessary, new categories were developed based on these discussions. The hypotheses and categories were subsequently validated with a subgroup of victims.

The data collected by the church was compared to the data collected by the government by non-parametric tests (Mann–Whitney *U*-Test for independent samples).

Results

Participants

The merged data set contained information contributed by a total of 927 respondents: 571 in the church program and 356 in the government program. Overall, the mean age of victims was 55.3 years (SD = 13.0), approximately two-thirds (65.0%) were male, and the majority (86.0%) were currently residing in the Western Federal States of Germany. The mean age was virtually the same in the two groups, but the government data set contained a higher percentage of males and of Western state residents than did the church data set. See Table 1.

Aspects of Abuse

Almost all victims reported that the abuse had taken place in the past (97.3%), with very few reports of current cases (2.7%). There was no significant difference in this aspect between the two data sets ($p = .564$).

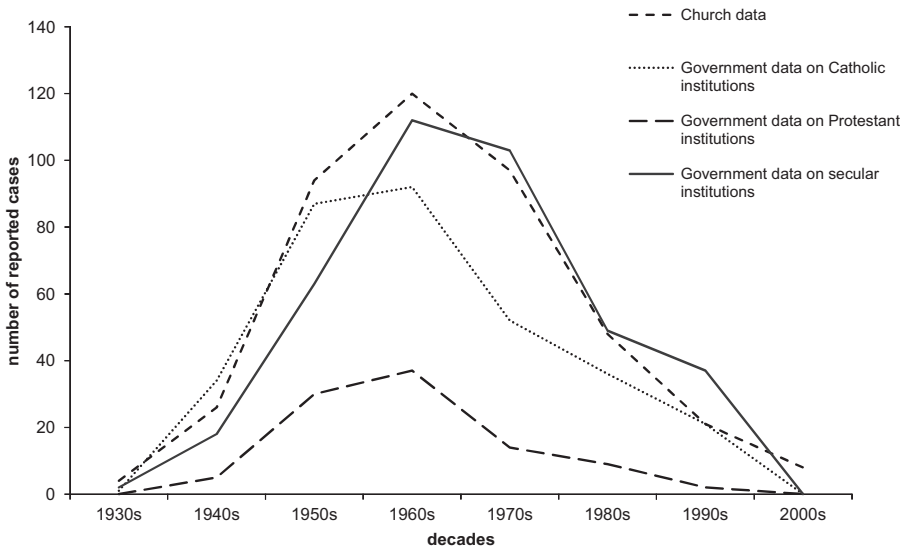

Fig. 1. Number of reported cases over the last eight decades.

Fig. 1 shows the distribution of cases reported for each decade since the 1930s. For the government-derived data, plots are also provided for victims of Protestant and secular institutions. In all four cases, the distribution shows a peak of cases in the 1960s.

Overall, the majority of victims (88.6%) reported a history of repeated assaults. The frequency of reports of one-time assaults was higher in the church data set than in the government data set (15.8% vs. 9.1%; $p = .037$).

The settings where the abuse had taken place were categorized into boarding schools, children's homes, and "congregational activities", the last being a general category that included the confessional, confirmation classes, contacts between priests and altar boys/girls, and all other interactions within the congregation. Illustrative quotes for abuse within these three contexts are provided in Table 2.

Overall, the third group was the largest (66.8%). There was a significant difference between groups: In the church data set, more assaults were reported to have taken place in a congregational setting, and fewer occurred in schools or children's homes ($p < .001$).

Victims' testimonials about abuse within these three types of settings indicated some differences with regard to the offenses—for example, the level of control over the victims or the degree of their vulnerability. However, in-depth research would be required to show whether qualitative differences between these settings in fact existed.

Approximately two-thirds of victims described having been abused by a priest (65.9%), with a higher rate reported in the church data set than in the government data set (75.1% vs. 51.1%; $p < .001$).

The majority of victims reported that the offender was male (92.3%). There was no group difference with regard to the gender of offenders ($p = .269$).

With respect to the nature of the abuse, the overall rates of "hands-on" acts (including physical contact) and acts involving penetration were the same (36.7% and 36.4%, respectively), and the rate of "hands-off" acts (without physical contact) was slightly lower (26.8%). In the church data set, there was a much higher rate of hands-off acts and a much lower rate of hands-on acts than in the government data set. Acts including penetration were reported in similar numbers by both groups (Table 3).

Table 2
Comments on abuse in three different Catholic settings.

Setting	Quote
(Boarding) School	It was hanging in the balance as to whether I would pass my exams. He came to me and offered me a special program to improve my grades. That was the beginning of everything.
Children's home	One of our teachers was a real sadist. He wanted to break our will. He would grope us all over, and when we struggled, he would beat us and lock us up.
Congregational setting	It was a privilege to deliver the parish bulletin and so on. We girls competed over who could do it. And I was feeling special as I was the one. I never could have imagined what would happen next. . .

Table 3
Aspects of abuse.

	Merged data set	Church data set	Government data set	*p*-Value
Point in time of abuse	*N* = 626	*N* = 301	*N* = 325	*.564*
Past	609 (97.3%)	294 (97.7%)	315 (96.9%)	
Present	17 (2.7%)	7 (2.3%)	10 (3.1%)	
Frequency of abuse	*N* = 428	*N* = 152	*N* = 276	*.037**
One-time	49 (11.4%)	24 (15.8%)	25 (9.1%)	
Repeated	379 (88.6%)	128 (84.2%)	251 (90.9%)	
Setting of abuse	*N* = 927	*N* = 571	*N* = 356	*.000**
Catholic (boarding) school	139 (15.0%)	71 (12.4%)	68 (19.1%)	
Catholic children's home	169 (18.2%)	90 (15.8%)	79 (22.2%)	
Congregational setting	619 (66.8%)	410 (71.8%)	209 (58.7%)	
Priest as offender	*N* = 927	*N* = 571	*N* = 356	*.000**
Yes	611 (65.9%)	429 (75.1%)	182 (51.1%)	
No	316 (34.1%)	142 (24.9%)	174 (48.9%)	
Gender of offender	*N* = 817	*N* = 532	*N* = 285	*.269*
Male	754 (92.3%)	495 (93.0%)	259 (90.9%)	
Female	63 (7.7%)	37 (7.0%)	26 (9.1%)	
Type of act	*N* = 343	*N* = 163	*N* = 180	*.000**
Hands-off	92 (26.8%)	85 (52.1%)	7 (3.9%)	
Hands-on	126 (36.7%)	21 (12.9%)	105 (58.3%)	
Penetration	125 (36.4%)	57 (35.0%)	68 (37.8%)	

* Significant for $\alpha = .05$.

Consequences of the Abuse

Overall, slightly under half of victims (45%) reported that they had experienced psychosocial problems as a consequence of the abuse. The reported rate was significantly higher in the government data set, as was the average number of problems reported: mean = 2.3 and median = 2 versus mean = 1.2 and median = 1 in the church data set ($p < .001$).

Fig. 2 displays the percentages of reports that included each type of problem, presented according to the rank order found in the church data set. In both groups, the categories of "flashbacks, intrusions, nightmares" and "relationship problems/effect on sexuality" were two of the three most commonly cited problems. For other categories, different rank orders were seen in the two data sets.

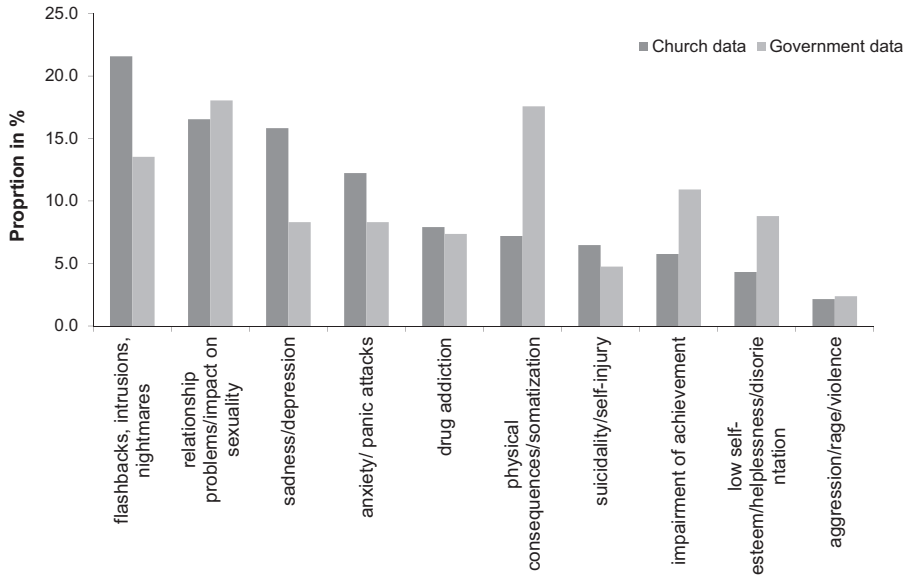

Fig. 2. Percentage of reports including different types of psychosocial problems.

Table 4
Comments on compensation.

Church data set	Government data set
It isn't about the money. I want what was done to me to be acknowledged. Moreover, I want the Order thinking about how to compensate me.	You cannot ever make up for that with money.
Money surely would help. However, this is not my point. For me, it is important that the Church stop turning a blind eye to what this priest did to me and to other children.	It seems to be so easy to set up rescue funds for banks. Who will rescue us?

Claims for Compensation

Overall, only a minority of victims (22%) raised the issue of compensation, either material or immaterial, such as acknowledgment of their suffering. The rate was higher in the government data set (37.7%) than in the church data set (13.0%; $p < .001$) (Table 4).

Discussion

This study compared two critical incident reporting systems that collected data on past cases of child sexual abuse in Germany, one initiated by an implicated institution and the other independently initiated by the state. These complementary programs, which were based on similar fundamental ideas and processes but had different aims and acted independently, jointly led to the largest number of testimonials about child sexual abuse ever collected in the country, both overall and specifically for victims of the Roman Catholic Church. Victims were given the opportunity to contribute to the review process by sharing their experiences and personal knowledge with church officials, politicians, scientists, and the general public. This power to have an effect may have acted as a strong incentive for some individuals to come forward with their stories.

In both data sets, more victims were boys, which is consistent with other findings in the international literature (Böhm, Zollner, Fegert, & Liebhardt, 2014; Commission to Inquire into Child Abuse, 2003; Deetman et al., 2011; John Jay College Study, 2004). One possible factor is that there have traditionally been more male than female residents at boarding schools and children's homes and more altar boys than altar girls in the congregational setting. Another is that because homosexuality was strongly taboo, male victims could more easily be manipulated. Furthermore, because residential facilities were often gender segregated for both residents and staff, same-sex assaults were more likely. The rates of male homosexual assaults in religious and non-religious residential institutions should be compared in further analyses.

The results indicated that the rate of sexual abuse within institutions of the Roman Catholic Church in Germany peaked in the 1960s and has declined since then. This apparent decline was also reported in a large representative epidemiological study conducted in Germany in 2010 (Bieneck, Stadler, & Pfeiffer, 2011) and in a report about the Roman Catholic Church in Austria (Lueger-Schuster et al., 2014). In the United States, the trend is slightly different, with 75% of all cases reported as having occurred between 1960 and 1984, with a peak in the early 1980s (John Jay College Study, 2004); however, in the United States, there has also been a decline in the number of reported incidents and allegations over the last couple of decades. A literature review of sexual abuse in the Roman Catholic Church that included 10 international inquiries indicated that the greatest number of cases took place between the 1940s and 1970s (Böhm et al., 2014). An important consideration, however, is the fact that it often takes victims of child sexual abuse a long time before they are ready to talk about their experiences (London, Bruck, Ceci, & Shuman, 2005); thus, it is possible that many cases of abuse that happened in more recent decades have not yet been disclosed. One of the outcomes of the recommendations of the Round Table and the Independent Commissioner was a new law in Germany for strengthening the rights of abuse victims, which takes this factor into account and extends the statute of limitations for sexual abuse to 30 years. Another possible explanation for the decline in reported cases in more recent years is that the public awareness campaigns for both programs focused on abuse that had occurred in the past and reached out in particular to victims who had reached middle age.

With respect to the comparison of the two data sets, although both gathered information from adult respondents who described abuse that had taken place in the past, some differences were apparent. The data gathered by the government program reported more male victims, more repeated acts, more cases that had taken place in children's homes, more hands-on acts of abuse, more psychosocial problems per victim, and more claims for compensation, whereas the data gathered by the church program reported more priests as offenders and more assaults that had taken place during the course of congregational activities. These individual differences should be interpreted with caution because of the nature of the data sets and because there was no correction for multiple testing. However, based on the simple fact that differences existed at all, it can be concluded that victims who responded to each CIRS had somewhat different agendas. Considering the combined findings of more repeated acts, more hands-on acts of abuse and more psychosocial problems per victim in the government data set, there seems to be a pattern that rather severe cases were more likely to be reported to the government-initiated CIRS. It may be that those individuals who chose to contact the government-initiated rather than the church-initiated CIRS had broken with the church because of the severe abuse they had experienced there. Another possibility, given the higher rate of government-solicited respondents who raised the issue of compensation, is that victims in this data set may have

perceived the state-run entity as being more capable of arranging for compensation. In the church data set, victims indicated a strong motivation to launch lawsuits in the responsible diocese that would lead to consequences for the offenders.

In sum, there may have been different motivations on the part of victims to address themselves to one CIRS or the other, and this could possibly account for some differences between the groups. This finding suggests that to maximize the validity and acceptability of a complaint management system, the availability of different options may be beneficial.

Importantly, both the church initiative and the government initiative led to results. Changes within the Roman Catholic Church have included further amendments in 2013 to the guidelines for handling sexual abuse and the framework of for preventing it, the establishment of commissioners to address prevention sexual abuse and of contacts to reach out to following its occurrence, and a planned research project about sexual abuse in the German Catholic Church. On the government end, changes have included the amendment of the Child Protection and Safety Act for the strengthening of victims' rights and the extension of the position of Independent Commissioner to continue to address these issues.

The Catholic victim hotline was maintained for over two years, from early 2010 until late 2012, at which point it was terminated because of a significant drop-off in calls. The contact points set up by the government still exist, but after the retirement of the first Independent Commissioner, the accompanying research process was ended, and therefore, the analysis of victims' testimonials stopped. However, new analyses of the data are planned to begin in 2015.

The results of this study must be interpreted with caution. Neither of the data sets contained representative samples because the information in them was obtained entirely from self-selected participants. Therefore, the results cannot be used to produce any generalizing conclusions about the characteristics of sexual abuse. Furthermore, neither CIRS collected its data based on a structured interview process; rather, victims could freely and spontaneously provide any information they wished. This approach ensured that the information collected reflected aspects of the abuse that the victims felt to be most relevant and prevented most effects of suggestion. However, it is recognized that it also resulted in data sets in which different populations contributed information on different aspects because not all victims commented on all aspects. Finally, as described above, despite efforts to avoid double-counting, we could not entirely preclude the possibility that it happened in some cases.

Despite these limitations, the comparison of the two data sets contributes to an understanding of the importance of victims' expectations when solicited by the government versus the church to share their stories, and the differences uncovered between the data set helps to extend insight into and assumptions about child sexual abuse.

Other national inquiries into the sexual abuse of minors perpetrated by the church, such as those conducted in Belgium, the Netherlands, Ireland, and the United States, have taken different approaches (Böhm et al., 2014): Some of the commissions used the method of file review, some used the method of witness hearings, and some relied on a census of all dioceses. The two-branch approach used in Germany described here, comprising an independent critical incident reporting system driven by the government in addition to one driven by the church, is unique. This approach is also feasible and applicable for other jurisdictions, and there would be value in extending it internationally.

In summary, a CIRS can be an important tool for assessing child sexual abuse. The value and feasibility of this approach was already established in an earlier publication that described the government-sponsored initiative (Rassenhofer et al., 2013), and the current study confirms this to be true in the case of the church initiative, as well. The main new finding here is the difference in expectations expressed by victims who responded to the CIRS set up by the affected institution versus that set up by an independent entity. This difference shows the importance of a complaint management system offering multiple and complementary communication channels to victims to increase its function and acceptability. The results of both CIRS initiatives indicate that research studies and political processes in areas such as this can benefit from including so-called 'citizen science', whereby members of the study population are not only the object of the research process but also subjects, playing an active role, receiving feedback, and contributing data.

Acknowledgements

With thanks to Bischof Ackermann from Trier, responsible within the German Conference of Catholic Bishops for a coordinator response of the conference to sexual abuse cases, to Dr. Bergmann, the German Independent Commissioner for reappraising child sexual abuse in Germany, and to the experts answering calls, letters and e-mails at the two CIRS.

The German Conference of Catholic Bishops funded the Catholic victim hotline and the associated research project of Dr. Zimmer and his team. The German Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth funded the Independent Commissioner's contact point as well as the associated research project of Prof. Fegert and his team. We want to thank both institutions for giving us the possibility of doing this work on child sexual abuse, especially for letting us combine and compare data of both CIRS.

We particularly thank the victims who addressed themselves to the CIRS of the church and the CIRS of the government and shared their experiences.

References

Adriaenssens, P. (2010). *Rapport des activités de la Commission pour le traitement des plaintes pour abus sexuels dans une relation pastorale. Com-mission pour le traitement, des plaints pour abus sexuel au cours d'une relation pastorale*. http://www.kerknet.be/admin/files/assets/subsites/2343/rapport_-_version_finale.pdf. Accessed 17.07.14

Bieneck, S., Stadler, L., & Pfeiffer, C. (2011). *Zwischenbericht zur Repräsentativerhebung Sexueller Missbrauch 2010*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb1semissbr2011.pdf. Accessed 23.04.13

Böhm, B., Zollner, H., Fegert, J., & Liebhardt, H. (2014). Child sexual abuse in the context of the Roman Catholic Church: A review of literature from 1981–2913. *Journal of Child Sexual Abuse*, *23*(6), 635–656.

Boston Report. (2003). *The sexual abuse of children in the Roman Catholic Archdiocese of Boston – A report by the Attorney General*. Boston: Office of the Attorney General Commonwealth of Massachusetts. http://www.foxnews.com/projects/pdf/072303_mass_ag_church.pdf. Accessed 04.04.14

Commission to Inquire into Child Abuse. (2003). *Third interim report*. Dublin: Government Publications.

Deetman, W., Draijer, N., Kalbfleisch, P., Merckelbach, H., Monteiro, M., & De Vries, G. (2011). *Deetman-Rapport: Seksueel Misbruik van Minderjarigen in de Rooms Katholieke Kerk*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.

Fegert, J., Rassenhofer, M., Schneider, T., Seitz, A., & Spröber, N. (2013). *Sexueller Kindesmissbrauch - Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann*. Weinheim: Juventa.

Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Fangerau, H. (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*. Weinheim: Juventa.

John Jay College Study. (2004). *The nature and scope of the problem of sexual abuse of minors by Catholic Priests and Deacons in the United States. United States Conference of Catholic Bishops*. John Jay College of Criminal Justice, City University of New York.

Leygraf, N., König, A., Kröber, H.-L., & Pfäfflin, F. (2012). *Sexuelle Übergriffe durch katholische Geistliche in Deutschland – Eine Analyse forensischer Gutachten 2000–2010. Abschlussbericht 2012*. http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/Dossiers_2012/2012_Sex-Uebergriffe-durch-katholische-Geistliche_Leygraf-Studie.pdf. Accessed 27.03.14

London, K., Bruck, M., Ceci, S., & Shuman, D. (2005). Disclosure of child sexual abuse. What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, *11*(1), 194–226.

Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Moy, Y., Butollo, A., Jagsch, R., & Glück, T. (2014). Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health. *Child Abuse & Neglect*, *38*(1), 52–64.

Rassenhofer, M., Spröber, N., Schneider, T., & Fegert, J. (2013). Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany. *Child Abuse & Neglect*, *37*(9), 653–663.

Runder Tisch sexueller Kindesmissbrauch. (2011). *Abschlussbericht*. Berlin.

Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. (2011). *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs*. Berlin: Dr. Christine Bergmann. http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=301. Accessed 14.08.13

Unabhä ngiger Beauftragter zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. (2013). *Handbuch Schutzkonzepte sexueller Missbrauch Befragungen zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches "Sexueller Kindesmissbrauch" Bericht mit Praxisbeispielen zum Monitoring 2012–2013*. Berlin. http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=1293 Accessed 13.10.14

Zimmer, A. (2011). Hotline der Deutschen Bischofskonferenz für Opfer sexualisierter Gewalt Erste Zwischenergebnisse. *Trauma & Gewalt*, *5*, 124–135.

Zimmer, A., Lappehsen-Lengler, D., Weber, M., & Götzinger, K. (2014). *Sexueller Kindesmissbrauch in kirchlichen Insitutionen – Zeugnisse, Hinweise, Prävention*. Weinheim: Juventa.

4 Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen

Eigenanteil:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projekts, Hauptverantwortung für Datenpflege und Datenaufbereitung, Durchführung der Datenauswertung (quantitative und qualitative Auswertungen) sowie der Interpretation der Ergebnisse, Durchführung einer fragestellungsbezogenen systematischen Literaturrecherche, schriftliche Ausarbeitung des Manuskripts, Umsetzung der Anmerkungen von Co-Autoren und Peer-Reviewern.

Referenz:

Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröber, N., & **Rassenhofer, M.** (2013). Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen. *Nervenheilkunde, 32*, 827-833.

Abgedruckt aus *Nervenheilkunde, 32*, Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröber, N., & **Rassenhofer, M.**, Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen, 827-833, Copyright (2013), mit Genehmigung von Schattauer.

Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung

Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen

J. M. Fegert[1]; C. Bergmann[2]; N. Spröber[1]; M. Rassenhofer[1]

[1]Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm; [2]Bundesministerin a. D., ehemalige Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)

Schlüsselwörter
Sexueller Missbrauch, Betroffene, Versorgung

Keywords
Sexual abuse, victims, treatment

Zusammenfassung

Gegenstand und Ziel: Die Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland basierte auf dem Prinzip, Betroffene zu hören und Empfehlungen auf ihren Erfahrungen basierend zu entwickeln. Bei der Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten wurden Informationen von 4570 Betroffenen erfasst. Diese Datenbasis nutzte die Begleitforschung dazu, das Wissen über Dynamik und Folgen sexuellen Missbrauchs zu erweitern. Material und Methoden: Die Datenerhebung erfolgte durch anonymisierte Dokumentation der im Gespräch angesprochenen Inhalte. Ergebnisse: Der Schwerpunkt lag auf in der Vergangenheit liegenden schweren sowie andauernden Missbrauchsfällen im familiären oder institutionellen Kontext. Vielfältige negative Auswirkungen wurden berichtet. Die Größe der Stichprobe ermöglichte die Analyse von Erfahrungen einiger von Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting Betroffener. Schlussfolgerungen: Ein Schwerpunkt der Anliegen der Betroffenen waren Forderungen nach Ausbau und Spezialisierung von Therapie- und Beratungsangeboten. Klinische Relevanz: Für die Medizin ergibt sich die Herausforderung, die kompetente Versorgung Betroffener zu gewährleisten.

Summary

Objective: The political reappraisal process of child sexual abuse in Germany was based on the principle of listening to victims and developing recommendations out of their experiences. Information of 4570 victims was gathered at the contact point of the Independent Commissioner. The accompanying research team employed this data source for the expansion of knowledge about sexual abuse. Material and methods: There was no standardized interview. The contents of the conversations were documented anonymizedly. Results: Severe, long-lasting bygone cases of abuse within families or institutions dominated the statements. Victims indicated manifold negative consequences. The size of the sample allowed the analysis of experiences of some victims of sexual abuse within the medical-therapeutic setting. Conclusion: Victims emphasized in their concerns the enhancement and specialization of treatment and counselling services. Clinical relevance: The resulting challenge for the medical science is the realization of a qualified care for victims of sexual abuse.

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie Ulm
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm
Tel. 0731/50061600, Fax 0731/50061602
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Medical and therapeutic treatment after sexual abuse – experiences and requirements
Nervenheilkunde 2013; 32: 827–833
eingegangen am: 22. Juli 2013,
angenommen am: 13. August 2013

Der im Jahr 2010 von der Bundesregierung initiierte Aufarbeitungsprozess des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland hatte zum Ziel, politische und gesellschaftliche Veränderungen im Umgang mit sexuellem Missbrauch zu schaffen. Sowohl sollten die Bedingungen für Betroffene verbessert als auch Maßnahmen zur Prävention sexuellen Missbrauchs umgesetzt werden. Die geschaffenen Organe – der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ sowie die Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) – hatten zur Aufgabe, Empfehlungen und Strategien für diese politischen und gesellschaftlichen Veränderungen zu entwickeln[1]. Zentrales Prinzip war, Betroffenen Gehör zu schenken und aus ihren Erfahrungen Weiterentwicklungen für Intervention und Prävention abzuleiten. Zu diesem Zweck wurde von der UBSKM eine Anlaufstelle aufgebaut, an die sich Betroffene sexuellen Missbrauchs postalisch oder per Telefon wenden konnten, um ihre Anliegen und Botschaften zu formulieren sowie von ihren Erfahrungen zu berichten (1).

> *„Ich möchte gerne, dass Sie, wenn Sie noch mehr Information haben, eine Studie veröffentlichen. Eine Studie wie Ihre kann dazu beitragen, dass das Ganze differenzierter untersucht werden kann.“*
> (Betroffener bei der telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten)

[1] Vgl. Abschlussbericht des Runden Tisches www.rundertisch-kindesmissbrauch.de/documents/AbschlussberichtRTKM_barrierefrei_20130113.pdf sowie Zusammenfassung der Empfehlungen der UBSKM http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=399

© Schattauer 2013

Downloaded from www.nervenheilkunde-online.de on 2015-01-07 | ID: 1000306930 | IP: 134.60.192.14
For personal or educational use only. No other uses without permission. All rights reserved.

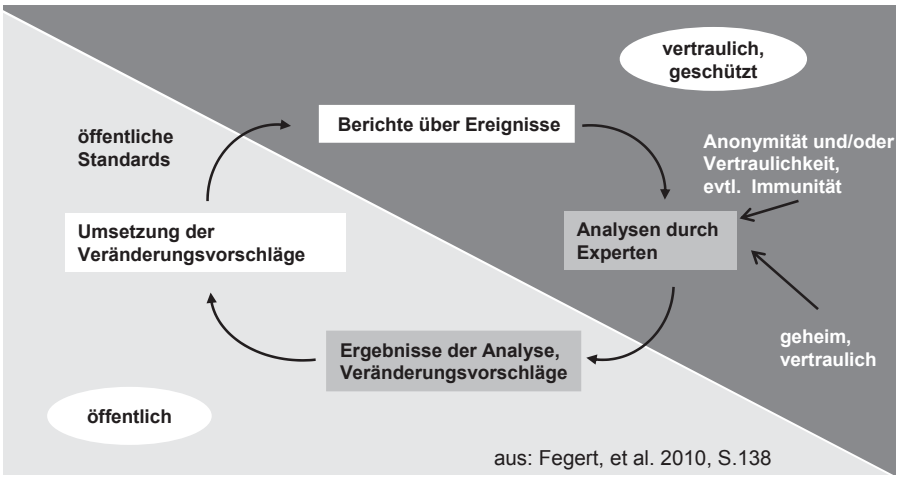

Abb. 1 Critical Incident Reporting System (nach 4)

Aus der Begleitforschung zur Arbeit der Anlaufstelle resultierte die bislang größte Datensammlung zu Betroffenen sexuellen Missbrauchs in Deutschland. Die Erweiterung des Wissens über Dynamik und Folgen sexuellen Missbrauchs kann als ein wertvolles Ergebnis des Aufarbeitungsprozesses angesehen werden. Ein Teil der Ergebnisse dieser Auswertungen mit Schwerpunkt auf relevante Erkenntnisse für den Bereich der Nervenheilkunde und der Medizin generell wird in diesem Artikel beschrieben. Für eine vertiefte und qualitative Darstellung der Ergebnisse des Projekts siehe (2). Eine zusammenfassende Darstellung mit internationaler Einordnung und Darstellung der Konsequenzen in unterschiedlichen Politikfeldern gibt (3).

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Anlaufstelle im Sinne eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS; 4). Berichtsysteme für kritische Ereignisse stammen ursprünglich aus den Ingenieurwissenschaften, z. B. der Luftfahrt (5). Heute werden sie häufig im Risikomanagement im Gesundheitswesen und im Rahmen der Verbesserung der Patientensicherheit eingesetzt (6, 7). Die wichtigsten Prinzipien solcher Berichtsysteme sind Anonymität sowie der Anspruch der Vermeidung berichteter Zwischenfälle in der Zukunft. Eine rechtliche Nachverfolgung der Zwischenfälle ist nicht Aufgabe des Berichtsystems. Diese beiden Prinzipien waren die Grundlage des durch die Anlaufstelle der UBSKM verwirklichten CIRS (▶Abb. 1). Die Erfahrungen und Botschaften der Personen, die sich an die Anlaufstelle wandten, wurden anonymisiert dokumentiert und ausgewertet. Die aggregierten Ergebnisse wurden in Zwischenberichten sowie über die Homepage der UBSKM in regelmäßigen Abständen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und an die politischen Entscheidungsträger sowie den Runden Tisch weitergeleitet. Durch die Möglichkeit, bei der Anlaufstelle wiederum Bezug auf die Ergebnisse und politischen Entwicklungen Bezug zu nehmen, entstand ein Beschwerdemanagement mit Rückmeldeschleife.

Die telefonische Anlaufstelle der UBSKM wurde mit erfahrenen Fachkräften aus Psychologie, Beratung und Medizin besetzt, die für diese Tätigkeit mehrere Tage geschult wurden. Ihre Aufgabe war es, Botschaften und Anliegen der Anrufenden entgegenzunehmen, empathisch zuzuhören und eventuell bei der Formulierung der Anliegen zu unterstützen. In Fällen sehr großer Belastung der Anrufenden konnten die Fachkräfte auf eine Datenbank mit Adressen von Beratungsstellen und möglichen Anlaufstellen in Deutschland zurückgreifen, um Möglichkeiten der Hilfe vor Ort aufzuzeigen und dorthin weiter zu verweisen. Die Anlaufstelle der UBSKM sollte ausdrücklich keine Beratungsstelle sein, sondern ein temporäres Angebot, Anliegen und Botschaften an die Politik zu formulieren und somit die Partizipation der Betroffenen im politischen Prozess ermöglichen.

Die Datenerhebung am Telefon erfolgte in einem freien Gespräch. Es gab keine standardisierte Befragung, die Betroffenen konnten selbst steuern, worüber sie sprechen wollten und damit zeigen, welche Anliegen und Aspekte relevant für sie waren, womit auch Suggestionseffekte ausgeschlossen sind. Ein Nachteil dieser Art der Datenerhebung ist, dass den Aspekten unterschiedliche Grundgesamtheiten zugrunde liegen. Weiterhin handelt es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe, sondern um eine Inanspruchnahmepopulation. Als sexueller Missbrauch wurde eingeordnet, was die Personen, die sich an die Anlaufstelle wandten, als solchen bezeichneten. Es wurde keine wissenschaftliche Definition zugrunde gelegt.

Für die Dokumentation der Informationen wurde ein webbasiertes Erhebungsraster entwickelt. Es enthielt die Möglichkeit, Informationen in Freitextfeldern festzuhalten und/oder mit Hilfe eines wissenschaftlichen Beirats entwickelten Kategorien zuzuordnen. Detaillierte Beschreibungen des Erhebungsrasters und der Datenerhebung finden sich in (8) und (2). Die Auswertung der in Kategorien vorliegenden, quantitativen Daten erfolgte hauptsächlich deskriptiv mit der Darstellung von Häufigkeitsverteilungen. Die Informationen aus den Freitextfeldern wurden qualitativ ausgewertet. Weiterhin wurden aus den qualitativen Daten Zitaten zur Verdeutlichung quantitativer Ergebnisse gewonnen.

Während der Amtszeit der UBSKM Frau Dr. Bergmann konnten über die Anlaufstelle 6754 auswertbare Datensätze aus Telefonaten und Briefen bzw. E-Mails gewonnen werden. Die Personen, die sich an die UBSKM wandten, waren im Durchschnitt 46 Jahre alt und 66% Frauen. Entsprechend der Zielsetzung der Anlaufstelle meldeten sich zu einem Großteil (67,7%) Betroffene. Weitere Untergruppen waren Kontaktpersonen von Betroffenen (15,3%), Täter (0,7%), Kontaktpersonen von Tätern (0,4%) sowie Personen, die nicht direkt oder indirekt betroffen waren, sondern eine Botschaft zum Thema vermitteln wollten oder zu verwandten Themen wie Misshandlung und Vernachlässigung berichteten (16,0%). Eine ausführlichere Beschrei-

 © Schattauer 2013

Downloaded from www.nervenheilkunde-online.de on 2015-01-07 | ID: 1000306930 | IP: 134.60.192.14
For personal or educational use only. No other uses without permission. All rights reserved.

bung der Inanspruchnahmepopulation findet sich in (2).

Ergebnisse

Stichprobe der Betroffenen

Die 4570 Betroffenen, die sich an die Anlaufstelle wandten, waren entsprechend der gewünschten Zielgruppe mit durchschnittlich 46 Jahren im mittleren Alter. Die Alterspanne war jedoch recht breit und reichte von acht bis 89 Jahren. Der Großteil (87%) der Betroffenen gab einen aktuellen Wohnort in den alten Bundesländern an. Bezogen auf die Einwohnerzahlen der einzelnen Bundesländer ergab sich hierdurch eine ausgewogene Nutzung der Anlaufstelle in den alten und neuen Bundesländern. Die Angaben der Betroffenen zu ihrem Familienstand unterschieden sich deutlich von der Verteilung in der deutschen Gesamtbevölkerung. So fanden sich in der Betroffenenstichprobe deutlich mehr allein lebende (ledig, geschieden, in Trennung lebend) Personen als dies in Deutschland durchschnittlich der Fall ist.

Angaben zum Missbrauchsgeschehen

Entsprechend des Durchschnittsalters der Betroffenen wurden zum Großteil (94%) Missbrauchsfälle berichtet, die in der Vergangenheit stattgefunden hatten. In 9% der Berichte von Betroffenen ging es um einmaligen Missbrauch. Die weiteren 91% bezogen sich auf mehrfachen bzw. regelmäßig wiederkehrenden Missbrauch.

Zu 3222 Fällen gibt es Angaben, in welchem Kontext der Missbrauch geschah. In knapp der Hälfte (44%) der vorliegenden Erfahrungsberichte handelte es sich um innerfamiliären Missbrauch. Etwas mehr als ein Viertel (28%) der Missbrauchsfälle fand im Rahmen einer Institution statt. Hierunter zählen auch Übergriffe im medizinisch-therapeutischen Setting. Übergriffe durch Fremdtäter wurden in 16% der Berichte, Missbrauch im näheren sozialen Umfeld (außerhalb der Familie, z. B. im Freundes- oder Bekanntenkreis) in 11% der Berichte erwähnt. Lediglich in 4% wurde von Missbrauch ohne Körperkontakt (Hands-off-Taten) berichtet. Die weiteren 96% der Berichte bezogen sich auf Missbrauch mit Körperkontakt (Hands-on-Taten). In 24% wurde ausdrücklich eine Penetration erwähnt. Als missbrauchende Personen wurde in einem Großteil (87%) der Fälle von männlichen Tätern berichtet. 7% der Berichte bezogen sich auf Täterinnen, weitere 7% auf Missbrauchsfälle, die von männlichen und weiblichen Tätern gemeinsam durchgeführt wurden.

Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting

Durch die Größe der Betroffenenstichprobe konnten Daten zu relativ seltenen, in repräsentativen Stichproben so gut wie nicht vorkommenden Phänomenen wie sexueller Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting gesammelt werden. Die folgenden Ergebnisse basieren auf den Erfahrungsberichten von 59 Betroffenen. Diese Betroffenen waren im Mittel 53 Jahre alt und überwiegend (71%) Frauen. Die meisten Betroffenen berichteten von Missbrauch in der Vergangenheit (85%). In vielen Fällen (39%) trat der Missbrauch nicht nur einmal, sondern mehrfach auf. *„Ich wurde durch einen Psychotherapeuten innerhalb der Therapie, die drei Jahre dauerte, über acht Monate hinweg sexuell missbraucht. Der Therapeut bezeichnete sich auch als ‚Körpertherapeut' und förderte bei mir Regression. Das heißt, er wollte, dass ich zum Baby werde und mich auf ihn lege. "*

Häufiger als in der Gesamtstichprobe der Betroffenen wird in der Teilstichprobe Betroffener im medizinisch-therapeutischen Setting von Hands-off-Taten berichtet (40%). Dennoch kam es in ca. einem Viertel der Fälle (27%) zur Penetration. Missbrauchende Personen waren zu 94% Männer und in 53% der Fälle Einzeltäter. Die Betroffenen, die von Missbrauch im medizinisch-therapeutischen Setting berichten, lassen sich nach inhaltlichen Kriterien in vier Gruppen einteilen:

- Personen, die im Kindesalter im medizinisch-therapeutischen Setting missbraucht wurden: *„Ich wurde in den 60er-Jahren als Kleinkind in einem Krankenhaus missbraucht. Ein Pfleger organisierte Kunden, die er mit auf die Kinderstation nahm, um dort die Kinder zu missbrauchen. Ich war insgesamt sechs Wochen dort, in dieser Zeit kam dies viermal in meinem Sechsbettzimmer vor, und einmal war ich selbst betroffen. Insgesamt war der sexuelle Missbrauch sadistisch geprägt mit Auslachen, Demütigungen, Quälen."*
- Personen, die in verschiedenen Kontexten missbraucht wurden, darunter im medizinisch-therapeutischen Setting *„Als zwölfjähriges Mädchen bin ich von meinem Bruder missbraucht worden und habe aus Angst um meinen Bruder nichts gesagt, da ich ihn schützen wollte. Mit 18 Jahren wurde mir beim Zahnarzt mehrfach an die Brust gegriffen, darüber habe ich dann mit der Zahnarzthelferin gesprochen, die mir gesagt hatte, dass ich da nichts unternehmen könne. Mit Ende 20 war ich in einer Kur gewesen und bin dort von einem Frauenarzt missbraucht worden. Ich hatte mit einer anderen Patientin darüber gesprochen, aber wir kamen damals beide nicht darauf, dass es Unrecht war, und dass ich mich hätte wehren müssen. Ich wusste nicht, dass ich eine Anzeige hätte machen können."*
- Personen, die im Kindesalter missbraucht wurden, als Erwachsene dies im Rahmen einer Therapie aufarbeiten wollten, und dann erneut missbraucht wurden: *„In der Kindheit bin ich von meinem Vater langjährig sexuell missbraucht worden. Nach dem Suizid meines Vaters suchte ich psychologische Hilfe. Durch den Psychiater kam es dann erneut zum Missbrauch. Durch den zweiten Missbrauch hatte und habe ich kein Vertrauen mehr in Hilfen durch Beratungsstellen oder Ähnliches."*
- Personen, die als Erwachsene im Rahmen einer Therapie, Beratung oder Behandlung missbraucht wurden[2]: *„Ich wurde in meiner Psychotherapie, die ich als junger Erwachsener gemacht habe, von meiner Therapeutin missbraucht."*

Betroffene, die als Kinder im medizinisch-therapeutischen Kontext missbraucht wurden, berichteten häufig von negativen Reaktionen von Erwachsenen auf die Offen-

[2] Schilderungen von Personen dieser vierten Gruppe beziehen sich folglich nicht auf sexuellen Kindesmissbrauch und wurden nicht als solcher gezählt.

Downloaded from www.nervenheilkunde-online.de on 2015-01-07 | ID: 1000306930 | IP: 134.60.192.14
For personal or educational use only. No other uses without permission. All rights reserved.

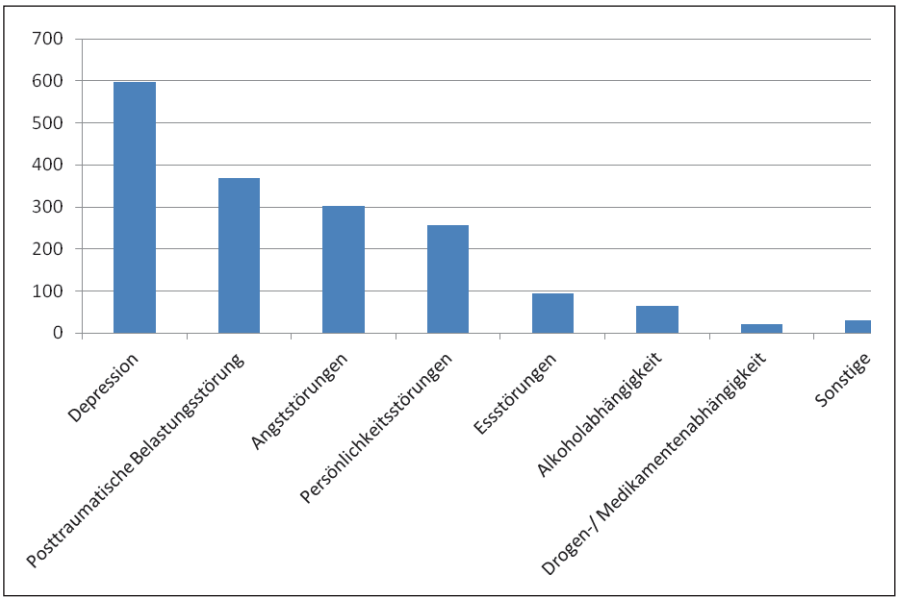

Abb. 2 Überblick über die berichteten Diagnosen (1 735 Angaben von 1 132 Personen)

barungen des Missbrauchs. Ähnlich wie kirchliche Würdenträger waren Ärzte und Therapeuten Autoritätspersonen und über jeden Zweifel erhaben. *„Meine Mutter sagte mir sie glaube nicht, dass der Herr Doktor sowas mache. Ich hätte das aus Bosheit erfunden."*

Berichte von Betroffenen, die sich nach einem vorhergehenden Missbrauch Rat und Hilfe im medizinisch-therapeutischen Setting gesucht hatten, und dort erneut missbraucht wurden, zeigen, dass die Täter die Situation der Betroffenen ausnutzten, um einen erneuten Missbrauch zu begehen: *„Ich wurde zu meinen sexuellen Vorlieben befragt."*

Sehr häufig vermittelten diese Betroffenen in ihren Berichten ein Gefühl der Abhängigkeit vom Therapeuten: *„Ich bin ohne ihn nicht überlebensfähig, nicht existent. Ich darf nicht sein."*

Wie in anderen Kontexten, drohten die Täter den Betroffenen, um Geheimhaltung und eine Fortführung des Missbrauchs zu erzwingen: *„Mir wurde gesagt, dass dann alle in eine Klinik eingewiesen werden."*

Manche Betroffene berichteten von Missbrauch, der als Bestandteil der Diagnostik oder der Therapie ausgegeben wurde, was es den Betroffenen erschwerte, den Missbrauch als solchen zu erkennen. Andererseits empfanden Betroffene medizinisch eventuell indizierte Interventionen (z. B. Fixierung in einer Psychiatrie, Anziehen einer Gummihose bei Einnässen) als erneuten Übergriff. Aus den Schilderungen wird bisweilen nicht klar, ob tatsächlich ein erneuter sexueller Missbrauch stattfand. Deutlich wird, dass gerade im Bereich der Akutpsychiatrie oder im Bereich der mit pflegebedürftigen älteren Menschen befassten nervenheilkundlichen Fächer, ähnlich wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine besondere Sensibilität und klare Strategien (15) im Umgang mit diesem Bereich gefordert sind. Als Botschaften an die Politik formulierten Betroffene im medizinisch-therapeutischen Setting die Aufklärung über Formen des sexuellen Missbrauchs speziell in diesem Bereich, die Einrichtung von Beschwerdemanagementsystemen im Gesundheitswesen sowie spezielle Therapien zur Aufarbeitung. *„Ich möchte, dass die Arbeit vom Runden Tisch in den Medien präsenter wird, und ich appelliere daran, dass die Thematik ‚therapeutischer Missbrauch' am Runden Tisch nicht untergeht, sondern Berücksichtigung findet. Ich möchte, dass mehr Literatur und Studien zu diesem Thema publik gemacht werden. Außerdem müssen sich die Verantwortlichen, vor allem die Psychoanalytiker von damals dem Thema stellen!"*

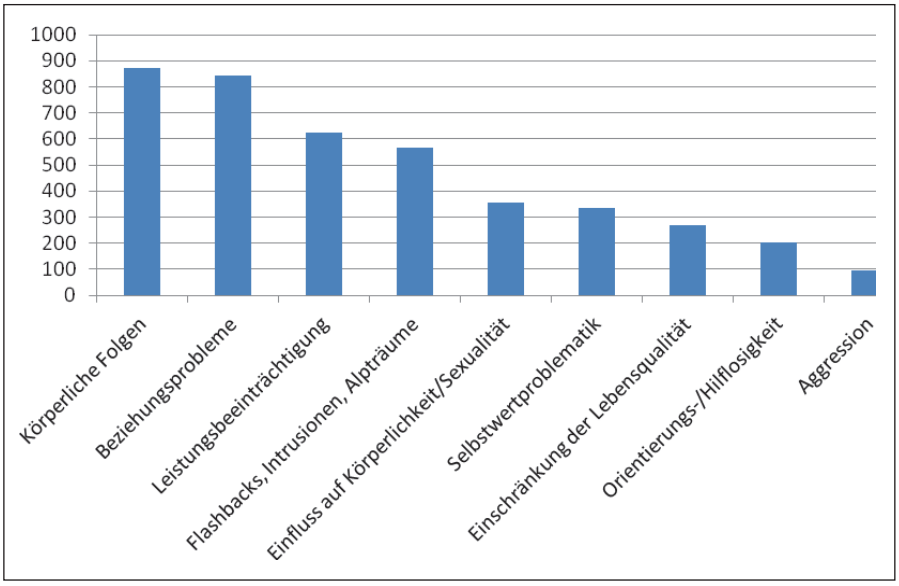

Abb. 3 Überblick über die berichteten psychosozialen Probleme (4 163 Angaben von 2 081 Personen)

Folgen des Missbrauchs

1 132 Betroffene schilderten bei der Anlaufstelle spontan im freien Gespräch psychiatrische Störungsbilder als Folge des sexuellen Missbrauchs. Einige berichteten von mehr als einer Diagnose. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass keine Hinweise zur Validität dieser Diagnosen vorliegen und nicht nachzuvollziehen ist, von wem und wie sie gestellt wurden (▶Abb. 2). 2 081 Betroffene schilderten spontan Schwierigkeiten in psychosozialen Bereichen als Folge des Missbrauchs. Insgesamt zeigten sich vielfältige Probleme oft noch Jahre nach

© Schattauer 2013

Downloaded from www.nervenheilkunde-online.de on 2015-01-07 | ID: 1000306930 | IP: 134.60.192.14
For personal or educational use only. No other uses without permission. All rights reserved.

dem Missbrauch (▶Abb. 3). Das folgende Zitat soll beispielhaft verdeutlichen, wie Betroffene bei der Anlaufstelle von ihrer Missbrauchsgeschichte und den daraus resultierenden Konsequenzen berichteten: *„Mein Vater kam oft betrunken nach Hause. Ich wurde dann Mehrfach von ihm vergewaltigt. Meine Mutter hatte mich, obwohl sie etwas wusste, mit meinem Vater alleine gelassen. Auch meine Mutter wurde von meinem Vater geschlagen und vergewaltigt. Ich habe die Diagnose einer PTBS bekommen. Lange Zeit war ich Bettnässerin und litt bzw. leide immer noch unter häufigen Alpträumen und großen Ängsten."*

Behandlung nach Missbrauch

Bei der Anlaufstelle wurde erfasst, wenn Betroffene Angaben zu Behandlungen ihrer aus dem Missbrauch resultierenden Schwierigkeiten machten. Es wurden medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsformen sowie Kombinationen dieser Ansätze unterschieden (▶Abb. 4). Weiterhin wurde erfasst, wenn Betroffene, die sich in Behandlung begeben hatten, Einschätzungen zu Qualität und Erfolg ihrer Behandlung abgaben. Hierbei ist zu berücksichtigen dass sich diese Einschätzungen bei manchen Betroffenen auf mehrere Behandlungsansätze oder auf einen Mittelwert daraus beziehen können, da sie nur einmal pro Person erfasst wurden. Dies stellt keine Bewertung der Versorgungslage, sondern eine zeitlich gemischte Bewertung von Behandlungen innerhalb der letzten 60 Jahre dar.

Die Einschätzungen der Betroffenen zu Qualität und Erfolg der Behandlung wurden anhand einer vierstufigen Skala erfasst. (▶Abb. 5, 6). Die Qualität von Behandlungen wurde von den Betroffenen als überwiegend (63%) positiv eingeschätzt. Den Erfolg bewerteten 54% als positiv. Die qualitative Analyse der Informationen aus den Freitextfeldern erlaubte einen tieferen Einblick in die Bewertungen. Negative Einschätzungen der Behandlungen bezogen sich häufig auf die mangelnde fachliche Qualifikation von Behandler im Umgang mit traumatisierten Personen. *„Mir wurde der Missbrauch nicht geglaubt. Bei der Behandlung standen andere Beeinträchtigungen im Vordergrund."*

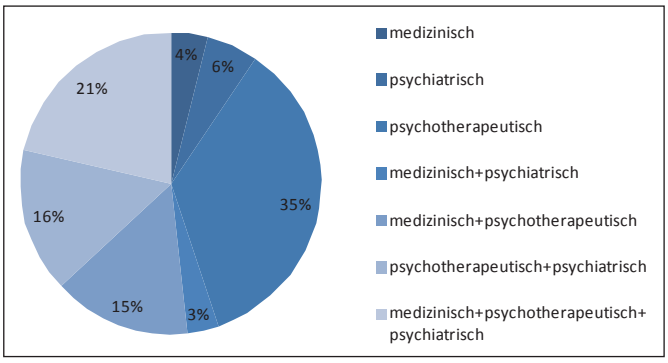

Abb. 4 Überblick über berichtete Behandlungsarten (Angaben von 1 952 Personen)

„Es war ein Problem, dass der Therapeut selbst ratlos wirkte. Ich fühlte mich gedrängt, mein Leben in den Griff zu bekommen, dabei wollte ich nur trauern."

Ein weiterer negativer Aspekt, der von vielen Betroffenen kritisiert wurde, ist das weitergeschickt Werden von einer Stelle zur nächsten. *„Die haben mich immer bloß weitergeschickt."*

„Betroffene werden rumgereicht und vorgeführt, von Arzt zu Arzt geschickt. Müssen sich immer wieder neu erklären. Auch in der Klinik setzt dies sich fort. So kreist alles immer und immer wieder um den Missbrauch und das Leben bleibt auf der Strecke. Betroffene kommen so nicht da heraus."

Lange Wartezeiten, nicht ausreichend lange Therapien, erzwungene Therapiepausen und die beschränkte Kostenübernahme durch die Krankenkassen waren weitere Kritikpunkte der Betroffenen.

„Eine auf Traumatherapie spezialisierte gute Klinik hat zwei Jahre Wartezeit, was

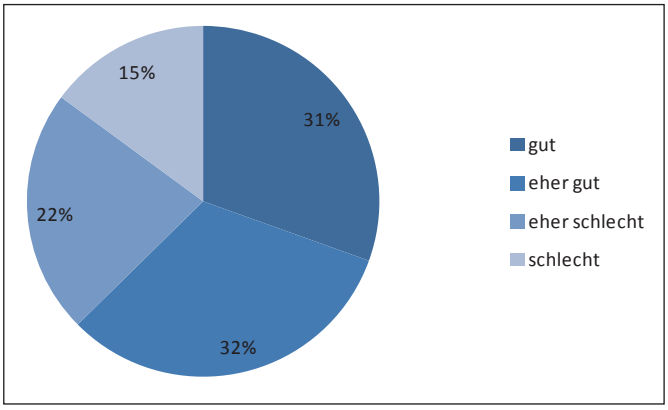

Abb. 5 Einschätzung der Betroffenen zur Qualität von Behandlungen (Angaben von 1 480 Personen)

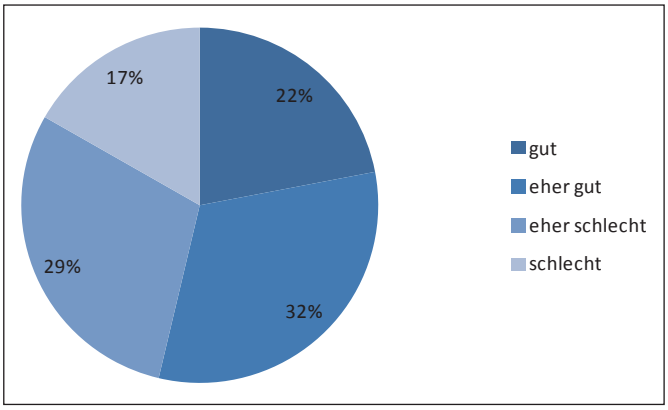

Abb. 6 Einschätzung der Betroffenen zum Erfolg von Behandlungen (Angaben von 1 318 Personen)

© Schattauer 2013

Downloaded from www.nervenheilkunde-online.de on 2015-01-07 | ID: 1000306930 | IP: 134.60.192.14
For personal or educational use only. No other uses without permission. All rights reserved.

Tab. 1 Übersicht über die Themengebiete, denen die Botschaften und Wünsche der Betroffenen zugeordnet wurden

Themengebiet	Beispielhaftes Betroffenen-Zitat
Ausbau von Therapie-/Beratungsangeboten	„Man kann traumatisierte Leute nicht ohne Behandlung lassen. Man muss eine Grundversorgung an Traumatherapeuten zur Verfügung stellen."
Entschädigungsanspruch	„Es stimmt nicht, wenn immer gesagt wird, Entschädigungsgeld sei nicht so wichtig. Es muss eine Grundversorgung plus Schmerzensgeld gezahlt werden, die ein würdiges Leben ermöglicht. Das Geld soll aus einem gemeinsamen Fond kommen, in den alle Bürger einzahlen."
Abschaffung der Verjährungsfristen	„Sexueller Missbrauch darf nicht verjähren. Ich habe ja nie meinen Körper akzeptieren können. Die machen einem ja alles kaputt für das ganze Leben."
Aufklärung, Enttabuisierung des Themas sexueller Missbrauch	„Es soll zur Selbstverständlichkeit werden, über sexuellen Missbrauch reden zu können. Dazu möchte ich beitragen. Die Selbstverständlichkeit des Redens."
Aufnahme des Themas sexueller Missbrauch in entsprechende Berufsausbildungen	„Das Thema sexueller Missbrauch gehört in die Ausbildung der Pädagogen und Kindergärtnerinnen."
Angebot von Fortbildungen zum Thema sexueller Missbrauch	„Richter und Ärzte sollten unbedingt in den Bereichen häusliche Gewalt und sexueller Missbrauch weitergebildet werden."

unzumutbar ist, da ich massive Symptome etc. habe und JETZT Hilfe brauche."

„Es ist sehr mühsam dass ich immer 2 Jahre warten muss, bis ich einen neuen Therapieantrag stellen kann."

„Jahrelange Therapie reichte nicht aus. Jetzt zahlt die Krankenkasse keine weitere Therapie, ich bezahle meinen Therapeuten selbst."

„Die langen Wartezeiten für Psychotherapie sind eine Katastrophe bei aktuellen Wieder-Erinnerungen, wenn die Verdrängung nicht mehr funktioniert. Die rigide Begrenzung der Therapiestunden durch die Krankenkassen, der Pausenzeitraum von zwei Jahren zwischen Therapien bzw. Therapeutenwechsel sind eine Zumutung, bedeuten unerträglichen Druck und sind kontraproduktiv."

Es wurden jedoch auch positive Erfahrungen und Zufriedenheit mit Behandlungen geschildert, die Therapie und Beratung als Unterstützung bei der Verarbeitung des Erlebten sowie im alltäglichen Leben beschreiben. *„Die Psychotherapie war lebensnotwendig."*

„Die Beratungsstelle ist die größte Hilfe und ein Geschenk."

„Ich habe einen geschulten Therapeuten mit Expertise um Umgang mit von sexuellem Missbrauch Betroffenen."

„Vor allem Traumatherapie hilft."

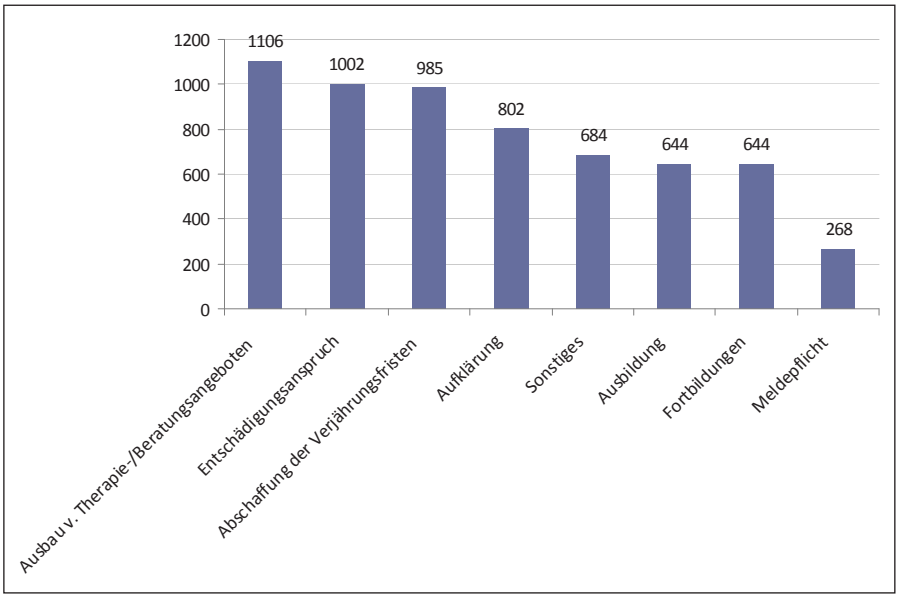

Abb. 7 Themenranking der Betroffenen (6135 Angaben von 2114 Personen)

Botschaften und Wünsche von Betroffenen

Ein wichtiger Grundstein für die Arbeit der UBSKM und des Runden Tisches, war es, Anregungen, Wünsche und Botschaften der Betroffenen zu hören und in die Empfehlungen aufzunehmen. Diese wurden politisch und gesellschaftlich relevanten Themengebieten zugeordnet (▶Tab. 1). Anhand der Zuordnungen der Botschaften und Wünsche zu den Themenbereichen wurde eine Rangliste der Nennungen erstellt, die Hinweise auf die Relevanz der einzelnen Themen für Betroffene gibt. Viele Betroffene formulierten Botschaften und Wünsche zu mehreren Themenbereichen, sodass Mehrfachnennungen kodiert wurden (▶Abb. 7). Die drei am häufigsten genannten Themen „Ausbau von Therapie- und Beratungsangeboten", „Abschaffung von Verjährungsfristen" sowie „Entschädigung von Betroffenen" teilten sich über die gesamte Zeit der Anlaufstelle hinweg die ersten drei Plätze und scheinen für die Betroffenen die größte Relevanz zu besitzen.

Die Botschaften zum Thema Therapie und Beratung enthielten oftmals Hinweise auf eine mangelnde Versorgungslage. Betroffene forderten mehr und fachlich spezialisierte Therapie- und Beratungsangebote. Die Wartezeiten seien aufgrund des zu geringen Angebots sehr lange. Spezielle Gruppen wie ältere Menschen, Männer oder auf dem Land lebende Menschen wurden als besonders benachteiligt beschrieben. *„Es fehlen Beratungsstellen speziell zur Thematik, in denen Rechtsanwälte, Ärzte und Therapeuten vernetzt sind oder*

© Schattauer 2013

Downloaded from www.nervenheilkunde-online.de on 2015-01-07 | ID: 1000306930 | IP: 134.60.192.14
For personal or educational use only. No other uses without permission. All rights reserved.

direkt mit Einverständnis des Betroffenen zusammenarbeiten. Spezialisierte Therapeuten haben zu lange Wartezeiten."

„Mehr Traumatherapeuten!"

„Mehr Standorte, sodass sie auch für Frauen auf dem Land gut erreichbar sind."

„Insbesondere Beratungsstellen für Männer sollten ausgebaut werden."

„Angebote auch für Ältere. Ich wurde wegen meines Alters abgelehnt."

Ein Problembereich, der zum Thema Therapie- und Beratungsangebote von Betroffenen oftmals angesprochen wurde, ist die Finanzierung der Angebote. *„Es müssten mehr finanzielle Mittel für Beratung, Selbsthilfegruppen, therapeutische Angebote etc. bezüglich des Themas sexuelle Gewalt zur Verfügung gestellt werden."*

„Solide, verlässliche Finanzierung von den zuständigen Beratungsstellen und auch Frauenhäusern. Verlässliche Finanzierung von gruppentherapeutischen Angeboten."

„Mehr Angebote über die Kasse, noch muss man viel selbst bezahlen und um Angebote kämpfen, längere Zeiten müssen finanziert werden!!"

Diskussion

Der Datensatz ist die größte Stichprobe Betroffener sexuellen Missbrauchs in Deutschland und bietet eine sehr reichhaltige Datenbasis. Aufgrund der Methode der Datenerhebung im Rahmen eines Critical Incident Reporting Systems war es möglich, über ein niederschwelliges Angebot mit garantierter Anonymität sowie der Möglichkeit der Partizipation im politischen Prozess eine sehr große Zahl von Betroffenen zu erreichen sowie ihre Erfahrungen und Anliegen zu dokumentieren. Es handelt sich nicht um eine repräsentative Stichprobe, aus deren Angaben verallgemeinernde Schlüsse gezogen werden können, sondern um eine selektive Inanspruchnahmepopulation, die durch ihre Größe eine tiefen Einblick in die Dynamik und die Konsequenzen eines sexuellen Missbrauchs bietet. Die Selektivität der Stichprobe zeigt sich an einer Verschiebung des Verteilungsschwerpunkts hin zu gravierenden, langwierigen Fällen. Gerade diese Betroffenen haben das Bedürfnis sich an eine Anlaufstelle zu wenden, Anliegen an Politik und Gesellschaft zu formulieren. Diese Verschiebung bietet die Möglichkeit, gerade die Dynamik schwerwiegenderer Fälle zu beleuchten. Es bestätigen sich in dieser selektiven Betroffenenstichprobe aus der Literatur bekannte Aspekte sexuellen Missbrauchs. Die Ergebnisse zu lebenslangen Folgen eines Missbrauchs innerhalb unserer Stichprobe passen zu denen internationaler Studien beispielsweise aus Irland (9), England (10), Kanada (11), den USA (12, 13) sowie internationalen Metaanalysen (14). In diesen Studien zeigte sich ein hohes Risiko nach einem sexuellen Missbrauch eine psychische Störung oder psychosoziale Probleme zu entwickeln. Zusätzlich stellt sich in unserer Stichprobe ein ähnliches Muster vorherrschender Störungsbilder wie affektiver Störungen, Angststörungen, posttraumatischer Belastungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen wie in den genannten Studien dar.

Fazit für die Praxis

Was aus den Daten deutlich hervorgeht, ist ein großer Bedarf an Therapie- und Beratungsangeboten für Betroffene sexuellen Missbrauchs. Die Versorgung durch kompetente, spezifische Angebote scheint nicht ausreichend zu sein, speziell für ältere Menschen, Männer oder auf dem Land Lebende wird die Lage als mangelhaft beschrieben. Zu wenige Angebote, zu wenige spezialisierte Angebote und lange Wartezeiten bringen die Betroffenen erneut in eine hilflose Situation. Berichte darüber, dass diese Hilflosigkeit und Abhängigkeit von Betroffenen von Unterstützung teilweise ausgenutzt wurden und zu einem erneuten Missbrauch innerhalb des eigentlich Schutz bietenden medizinisch-therapeutischen Settings führten, sind besonders erschütternd.

Zusammenfassend ist für den Bereich der Medizin zu sagen, dass das Thema des sexuellen Missbrauchs stärkere Beachtung finden sollte. Der Umgang mit missbrauchten, traumatisierten Patienten muss ein fester Bestandteil der Ausbildung von Fachärzten sowie Therapeuten sein. Ebenso sollte die Aufmerksamkeit auf übergriffiges und (sexuell) ausnutzendes Verhalten innerhalb des medizinisch-therapeutischen Settings erhöht werden, um Patienten zu schützen. Hierzu sind Beschwerdesysteme und Standards in der ambulanten Versorgung und in Kliniken zu etablieren.

Literatur

1. Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann. Berlin 2011.
2. Fegert J et al. Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Weinheim: Beltz Juventa 2013.
3. Rassenhofer M et al. Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany. Child Abuse & Neglect 2013, http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.05.007.
4. Fegert J, Ziegenhain U, Fangerau H. Problematische Kinderschutzverläufe—Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Weinheim: Juventa 2010.
5. Flanagan JC. The Critical Incident Technique. Psychological Bulletin 1954; 54(4).
6. Parmelli E et al. Interventions to increase clinical incident reporting in health care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 8.
7. Staender S. Incident reporting in anaesthesiology. Best Practice and Research. Clinical Anaesthesiology 2011; 25: 207–14.
8. Spröber N et al. Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland. Kindheit und Entwicklung 2011; 20(2): 83–94.
9. Carr A et al. Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. Child Abuse & Neglect 2010, 34, 477–489.
10. Jonas S et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. Psychological Medicine 2011; 41: 709–719.
11. Wolfe DA, Francis KJ, Straatman AL. Child Abuse in religiously-affiliated institutions: long-term impact on men's mental health. Child Abuse & Neglect 2006; 20: 205–212.
12. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. American Journal of Preventive Medicine 1998; 14: 245–258.
13. Edwards VJ et al. The wide-ranging health consequences of adverse childhood experiences. In: K. Kendall-Tackett, S. Giacomoni (eds.). Victimization of Children and Youth: Patterns of Abuse, Response Strategies. Kingston: Civic Research Institute 2005.
14. Hillberg T et al. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: a systematic approach. Trauma, Violence & Abuse 2011; 12(1): 38–49.
15. Fegert JM et al. Kinder- und Betroffenenschutz in der Medizin. Nervenheilkunde 2013; 32: 834–840.

© Schattauer 2013

Downloaded from www.nervenheilkunde-online.de on 2015-01-07 | ID: 1000306930 | IP: 134.60.192.14
For personal or educational use only. No other uses without permission. All rights reserved.

5 Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: A retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany

Eigenanteil:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projekts, Hauptverantwortung für Datenpflege und -bereinigung, Auswertung der Daten (quantitative und qualitative Auswertungen), Mitwirkung bei der Erstellung des Manuskripts (fragestellungsbezogene systematische Literaturrecherche, Erstellung von Tabellen und Graphiken), Korrekturlesen des Manuskripts.

Referenz:

Spröber, N., Schneider, T., **Rassenhofer, M.**, Seitz, A., Liebhardt, H., König, L., & Fegert, J. M. (2014). Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: A retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health, 14*, 282. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/282 (Open Access).

BMC Public Health

RESEARCH ARTICLE Open Access

Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany

Nina Spröber[1*], Thekla Schneider[1], Miriam Rassenhofer[1], Alexander Seitz[2], Hubert Liebhardt[1], Lilith König[3] and Jörg M Fegert[1]

Abstract

Background: The disclosure of widespread sexual abuse committed by professional educators and clergymen in institutions in Germany ignited a national political debate, in which special attention was paid to church-run institutions. We wanted to find out whether the nature of the abuse and its effect on victims differed depending on whether the abuse had been experienced in religiously affiliated versus secular institutions.

Methods: In 2010, the German government established a hotline that victims could contact anonymously to describe their experiences of sexual abuse. The information provided by callers was documented and categorized. Our analysis looked at a subset of the data collected, in order to compare the nature of the abuse experienced at three types of institutions: Roman Catholic, Protestant, and non–religiously affiliated. Non-parametric tests were used to compare frequency distributions, and qualitative data were analyzed descriptively.

Results: Of the 1050 victims in our sample, 404 had been in Roman Catholic, 130 in Protestant, and 516 in non-religious institutions. The overall mean age at the time of reporting was 52.2 years. Males (59.8%) outnumbered females. Victims who had been in religiously affiliated institutions were significantly older than those who had been in secular institutions. Almost half the victims had been abused physically as well as sexually, and most victims reported that the abuse had occurred repeatedly and that the assaults had been committed by males. Patterns of abuse (time, type, and extent), and the gender of the offenders did not differ between the three groups. Intercourse was more frequently reported by older victims and by females. Similar percentages of victims in all groups reported current psychiatric diagnoses (depression, anxiety disorders, PTSD). Significantly more victims from Protestant institutions reported having current psychosocial problems.

Conclusion: The results suggest that child sexual abuse in institutions is attributable to the nature of institutional structures and to societal assumptions about the rights of children more than to the attitudes towards sexuality of a specific religion. The exploratory data arising from this study may serve as a starting point for building hypotheses, and may point the way toward improvements in prevention and intervention strategies.

Keywords: Child sexual abuse, Religiously affiliated residential care centres, Non-religiously-affiliated residential care centres, Psychosocial consequences, Prevention

* Correspondence: nina.sproeber@uniklinik-ulm.de
[1]Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University Hospital Ulm, Steinhoevelstrasse 5, 89075 Ulm, Germany
Full list of author information is available at the end of the article

BioMed Central

© 2014 Spröber et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/2.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Background

Child sexual abuse is a widespread problem in many societies. In Germany, studies have estimated that 6% to 13% of children overall are sexually abused [1,2], which is consistent with the rates reported in global studies [3-5]. Much of the research, however, has focused on the situation within families. Understanding of the characteristics of sexual abuse in institutions is lacking, and the prevalence of the problem in these settings is unknown [6].

In 2010, the disclosure of several cases of sexual abuse in institutions in Germany, particularly in schools operated by the Roman Catholic Church, ignited a national political debate and led to public outrage over the extent of abuse committed by professional educators. The German scandal was only one of a series of similar scandals in the United States, the United Kingdom, Belgium, the Netherlands and Ireland, all of which led to public debates and to the establishment of committees for compiling reports of sexual abuse in institutions [7-12]. Most of these reports addressed problems that had occurred decades earlier (between 1940 and 1980), and revealed that children, particularly boys, who were raised in institutions were at high risk of maltreatment [8,13]. Offenders were predominantly male, and were mostly educators, priests or other members of religious communities, and institutional staff [8]. Some offenders had abused multiple children over many years. The type of sexual abuse ranged from voyeurism to rape, and was sometimes accompanied by physical or emotional abuse or neglect.

A common scheme seems to be that sexual abuse in institutions is characterized by exploitation of the hierarchic structures of power and dependence that typically define the relationship between youth and their caregivers [14]. While all institutional environments support relationships that are marked by a certain degree of dependence, some are more susceptible to aberrations. The risk has been found to be higher in closed systems, as power and proximity generate a behavioural pattern that may facilitate sexual abuse. The term "total institution" [15,16] was defined to denote the fact that a child's life in an institution is strictly controlled by a single authority, and residents are secluded from the outside world [16]. Obviously, it is easier to sever ties to some types of institutions (e.g., sports clubs) than others (e.g., schools or residential care centres) [17]. However, open systems too can facilitate sexual abuse, as they allow easy access to children who are not under constant supervision [18].

Victims of sexual abuse are very often threatened with negative consequences in order to keep them silent [19]. Years before the recent international focus on the problem, Summit [20] identified factors contributing to silence, which include secrecy, helplessness, entrapment, accommodation, and the fear of not being taken seriously when revealing abuse. Another factor is that children and adolescents are often strongly desirous of belonging to a social group and will idealize it; if a child then witnesses a member of that group committing an offense, the child's trust in that ideal is broken. If other members of the group are aware of what was witnessed, the child may choose to deny, conceal, or justify the incident out of a fear of being excluded. Peer pressure thus may facilitate child abuse and complicate attempts to uncover the truth [21]. It has been found that even when authorities followed up on reports of maltreatment or sexual abuse, the act was commonly justified as a required disciplinary measure or as being excusable due to the offender being under high stress [22]. In most cases of sexual abuse connected to institutions or organizations, there were no severe consequences for the offenders [23,24]. Sometimes they were merely transferred, in some cases to another country, giving them the opportunity to continue to prey on children in a new environment [7,12,13,25]. This was particularly true for Roman Catholic institutions, due to the consolidated global organization of the Roman Catholic Church.

Although prevalence estimates of child sexual abuse in religiously – affiliated and religiously – non – affiliated institutions are unknown, the inquiry into sexual abuse in Germany paid special attention to institutions that were religiously affiliated, for several reasons. First, most residential care in Germany was traditionally provided by either the Roman Catholic or the Protestant church, and public awareness of the problem of child sexual abuse began following the revelations of students at a school run by the Jesuits. Second, while institutions within the Protestant church have been implicated in abuse, the number and severity of accusations are significantly higher for the Roman Catholic Church [26], which is seen as carrying particular risk factors due to the requirement of celibacy within the priesthood which may offer an opportunity for paedophiles to both conceal and satisfy their sexual preferences [27]. However, non–religiously affiliated institutions such as private boarding schools and state-run care facilities have received public attention as well, and authorities have begun to address and prosecute cases of maltreatment and sexual abuse in those environments [28]. One prominent case has been the private boarding school of Odenwaldschule, a closed system in which the sexual exploitation of students continued for three decades in the name of educational reform [29,30]. The educators there, while preaching self-determination, were not only abusing their wards but had set up a perfidious system of concealment and oppression that enabled ongoing abuse.

While resilience to and recovery from traumatic events are certainly possible [31], there is evidence that for many victims, child abuse can result in severe psychiatric disorders such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder [32] and can have a significant and long-term impact on the ability to adjust to adult life [33]. In a study of

274 victims of sexual abuse in Ireland, the life prevalence rate for a psychiatric disorder was found to be 80% [34]. An important question is whether the consequences of sexual abuse differ if the abuse was experienced in a religiously affiliated rather than a secular institution, as the former could additionally have an impact on the victim's spirituality and religiosity [35]. When the abuse is committed by someone whom the victim not only trusts but associates with religious values, the sense of betrayal and powerlessness may be exacerbated [36]. The intensity and destructive effects of the trauma associated with the abuse by a clerical superior may be directly related to the emotional bond the victim feels with the offender; a bond that is grounded in factors that are described as "spiritual" but which here have become toxic [37,38].

Establishment of a reporting system in Germany for victims of abuse

When the scandal of sexual abuse in Germany broke, a number of vocal victims' groups launched claims against several institutions as well as the state. However, it was recognized that the views of those groups might not be completely representative, since many victims are unable or unwilling to become politically involved. Accordingly, the government established two political entities to examine the problem. One was a Round Table committee, titled "Child Sexual Abuse in Relationships of Dependence, and Imbalance of Power in Private and Public Institutions and Families", which was chaired by the federal ministries responsible for family matters, justice, and education and whose task was to develop recommendations and strategies concerning support for victims, prevention of future abuse, education of professionals, and judicial questions. The other was an appointee with the title of "Independent Commissioner for the Reappraisal of Child Sexual Abuse", whose tasks were to gather information about past cases of child sexual abuse in both institutions and families and to develop a set of recommendations for Parliament and the Round Table regarding the provision of services for victims. These two entities set up an anonymous reporting system that could be accessed through various contact points: a hotline telephone number, a mailing address, and an email address. In addition, a web site was set up to keep victims informed about the results and outcomes.

The aim of the present study was to compare the impact on victims of sexual abuse in church-run versus secular institutions with regard to a number of factors. To achieve this, we used the data that had been gathered through the reporting system established by the Round Table and the Independent Commissioner. We compared three types of institutions: Roman Catholic, Protestant, and non–religiously affiliated, which collectively represent the majority of residential care institutions in Germany. In light of the review of the literature above, we wanted to find out whether the nature of the abuse and its effect on victims differed between these three groups, and whether those who had experienced sexual abuse in religiously-affiliated institutions would show more difficulties adjusting to adult life than those who had been abused in secular institutions. To our knowledge, this study is the first to look at these comparisons.

Methods

Collection of the data

Our research group was responsible for collecting and analyzing the testimonials provided by victims and for providing the findings to the Independent Commissioner, who incorporated them into her recommendations to Parliament and the Round Table. The development of this system involved a balancing of methodological requirements on the one hand, and practicability and ethical responsibility toward victims on the other. The hotline was staffed by more than 60 therapists and counsellors who were experienced in the domains of child abuse, neglect, and sexual violence. Callers to the hotline were allowed to control the conversation and to choose what to talk about. Although standardized interviews would have been preferable with respect to statistical methodology, it was felt to be more important that victims be able to speak about whatever they themselves felt to be relevant. Another consideration was the fact that even 20 years after the fall of the Berlin Wall, many Germans are highly suspicious of revealing their private affairs to state establishments. The guarantee of anonymity and the assurance of no initiation of any criminal investigation were regarded as necessary measures to instil trust.

All those who contacted the hotline were guaranteed anonymity. If the callers agreed, the hotline staff documented their experiences and messages, using a web-based template that provided standardized selections for a range of aspects including demographic data, context of the abuse, when the abuse had occurred, its frequency, whether it was still ongoing, and the prevalence and nature of any current mental health disorders or problems in psychosocial functioning. These categories were chosen based on knowledge of experts in the domain of child sexual abuse, on the literature, and on what information would be most useful in the development of new policies. In addition, free-text fields were provided for the entry of aspects that were not included in the pre-determined categories (e.g., offenders' strategies). The establishment of the reporting system, data collection, and the political process in Germany are described more detailed elsewhere [39,40].

Statistical methods

Descriptive statistics are presented as mean (± standard deviation) and frequency (percentage). Frequency distributions of the three institutional groups with respect to

socio-demographic data, nature of the abuse, number of incidents, number of offenders, gender of offenders, current mental health disorders, and current problems in psychosocial functioning were compared using the Kruskall-Wallis test. Pairwise comparisons of significant differences of frequency distribution were calculated using the Mann–Whitney U-test. Data in the free-text fields are presented descriptively. All analyses were conducted using SPSS, version 18.0. Findings of p-values of < 0.05 were considered statistically significant. As the analyses were exploratory, no adjustment for multiple comparisons was made.

Ethical considerations

The Ethics Review Board of the University of Ulm approved this research project (reference number 99/10, 4.5.2010).

Results

Population studied

Between May 2010 and August 2011, the Independent Commissioner received 7,565 calls and 3,062 letters or e-mails, from which 6,300 analysable data sets were obtained. These were categorized according to the caller's or writer's connection with the issue of sexual abuse: victim, associate of a victim, offender, associate of an offender, or other. See Table 1.

Our analyses looked at the victim data only (N = 4208). Of that group, 1050 (25%) individuals indicated that the abuse had taken place within an institutional context. We further categorized this subset according to what type of institution was involved: Roman Catholic (N = 404), Protestant (N = 130), or non-religious (N = 516), with the first two categories comprising both schools and residential care centres and the third comprising places such as state residential child care facilities. See Table 2.

At the time of contact, the average age of victims was 52.2 years (SD = 13.5; range: 12–89 years). Male respondents (N = 614; 59.8%) outnumbered females (N = 412; 40.2%). The majority (N = 781; 90.7%) were living in the western federal states of Germany, and 68.7% N = 409) were living in urban environments. Only a minority (N = 191; 18.2%) had never been married; the remainder were either married, divorced/separated, widowed, or living

Table 1 Distribution of distinct groups of people who contacted the hotline of the independent commissioner

	Letters/emails	Calls	Total
Total	**N = 1575**	**N = 4725**	**N = 6300**
Victims	1074 (68.2%)	3134 (66.1%)	4208 (66.8%)
Associate of a victim	244 (15.5%)	738 (15.6%)	982 (15.6%)
Offenders	6 (0.4%)	34 (0.7%)	40 (0.6%)
Associate of an offender	3 (0.2%)	22 (0.5%)	25 (0.4%)
Other	248 (15.7%)	797 (16.9%)	1.045 (16.6%)

Table 2 Overview of institutions

Institutions	Roman Catholic context	Protestant context	Non- religiously affiliated context
Total	**N = 404**	**N = 130**	**N = 516**
Schools	86 (21.3%)	14 (10.8%)	165 (32.0%)
Residential care centers	94 (23.3%)	25 (19.2%)	232 (45.0%)
Not specified	224 (55.4%)	91 (70.0%)	119 (23.1%)

common law. Of those who identified when the abuse had taken place, the majority reported that it had occurred between 1950 and 1980 (see Figure 1).

Table 3 presents demographic characteristics for each group. There was no significant age difference between victims in the Roman Catholic and the Protestant groups ($p = 0.536$), but victims in each of these groups were older than those in the secular group ($p < 0.001$ for both). There were significantly more males in the Roman Catholic group than in either the Protestant or the secular group ($p < 0.001$ for both), and significantly more females in the Protestant group than in either the Roman Catholic ($p < 0.001$) or the secular group ($p = 0.043$). No significant group differences were seen for marital status, education, and urban or rural environment; however, the lack of data for these three measures makes interpretation difficult.

Characteristics of the abuse

There were no significant group differences with respect to the nature of the abuse ($p = 0.149$), when it had occurred ($p = 0.515$), the number of incidents ($p = 0.421$), or the gender of the offenders ($p = 0.369$). Overall, between 30% and 50% of victims described touching incidents (genitals or other parts of the body), while actual penetration/intercourse was reported by 49.0%, 57.4%, and 55.1% in the Roman Catholic, Protestant, and secular groups, respectively. For almost all victims (≥95.0%), the abuse was in the past, with just 2.1% in the Roman Catholic group and 2.9% in the secular group describing it as ongoing. Most victims (around 90%) have been abused more than once, in some cases repeatedly and over a long period of time. The majority of offenders had been male: 85.9%, 86.7%, and 82.6% for the Roman Catholic, Protestant, and secular groups, respectively. 611 (58.2%) victims had experienced child sexual abuse in different settings. See Table 4.

Since significant group differences were seen with regard to victim gender and age, we examined the influence of these two variables. For age, we split the sample into three age groups: < 40 years, 40–59 years, and ≥ 60 years. Females and individuals in the youngest age group were more likely to report that penetration/intercourse had taken place ($p = 0.038$ and <0.001, respectively) and that they were still experiencing current abuse ($p < 0.001$ for

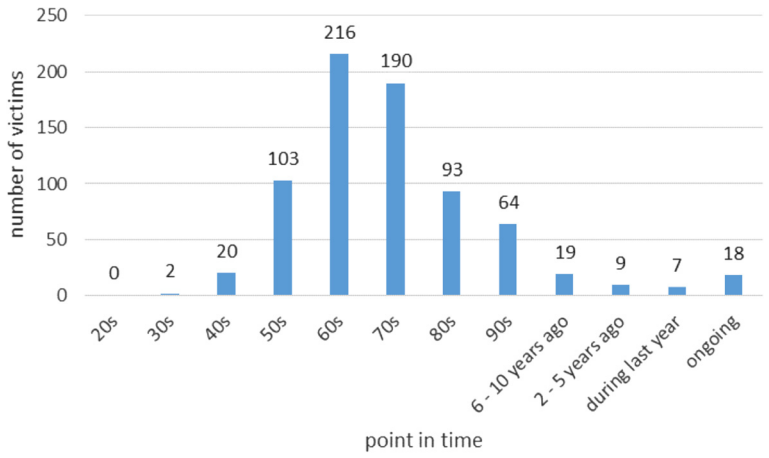

Figure 1 Number of victims (N = 723) and reported points in time when sexual abuse has occurred.

both). These findings indicate that for some victims, the abuse suffered during childhood may be associated with involvement in abusive relationships in adulthood.

Table 5 shows the gender of offenders in relation to the gender of victims. Due to the small numbers, the results are merely descriptive. As mentioned earlier, there were far more male offenders than female in all groups. Cases involving a female offender and a male victim were seen most often in the Roman Catholic group (N = 88; 38.1%), far less often in the secular group (N = 24; 11.7%), and not at all in the Protestant group.

Table 6 shows the rates of other types of abuse that were inflicted. The rates were similar across groups for physical abuse (44.4% to 47.5%), psychological abuse (38.1% to 39.4%), and emotional neglect (14.1% to 16.2%).

Table 7 shows the number of cases in which victims reported having been abused by a single offender versus multiple offenders; and, if multiple offenders, whether the assaults were one-time or repeated. Within both the Roman Catholic and the secular groups, the rates reporting a single offender vs. multiple offenders were approximately equal, while in the Protestant group, the rate reporting multiple offenders was lower (35.2%), resulting in a significant difference between the three groups ($p = 0.014$). Pairwise comparisons showed a significant difference between the Protestant group and the secular group ($p = 0.008$) and between the Roman Catholic and the secular group ($p = 0.048$). In all groups, the percentage of victims reporting repeated assaults by multiple offenders was similar, and the percentages reporting repeated assaults were far higher than those reporting just a single act.

Table 8 presents the reported rates of current mental health disorders and problems in psychosocial functioning. Data were collected using categories modeled on the International Classification of Mental Disorders (ICD-10); respondents could indicate problems in more than one category. The majority of victims in all groups (73.6% to 80.2%) reported at least one psychiatric problem. There were no significant group differences in the rates of those who reported any diagnosis or in the rates of those who reported one, two, or three diagnoses. The most common diagnoses reported were depressive episodes, post-traumatic stress syndrome, and anxiety or obsessive-compulsive disorder. It must be noted that as the diagnoses were self-reported and it is not known how they were derived, their validity cannot be verified. A group difference was seen with respect to current psychosocial problems ($p = 0.018$), with victims in the Protestant group reporting a higher rate of problems overall than victims in either the Roman Catholic group ($p = 0.034$) or the secular group ($p = 0.005$). Within each group, the two most commonly reported psychosocial problems were health issues and relationship difficulties.

Qualitative results

In addition to the categorical measures described above, data were collected on some aspects of abuse that were analysed qualitatively. Many victims reported that they had been subjected not only to sexual but to physical and emotional abuse. In earlier decades, children's rights were not very strong, and corporal punishment was a regular practice. For many, the abuse had continued over a long period of time. Offenders were very often in positions of high prestige and power, and victims felt dependent and helpless. Most victims reported that they had received no help, and if they tried to tell someone about the abuse (e.g. family, other adults), they were not taken seriously or were even punished for making the accusation. Disclosure of abuse mostly occurred years after the abuse has been experienced. None had been

Table 3 Demographic characteristics of victims dependent on context groups

	Roman Catholic context (N = 404[a])	Protestant context (N = 130[a])	Non-religiously affiliated context (N = 516[a])	p-value[b]
Age	**N = 327**	**N = 105**	**N = 392**	**.000**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	77 (19.1%)	25 (19.2%)	124 (24.0%)	
Range	19 – 89	34 – 78	12 – 79	
Mean (SD)	54.9	56.5	49.1	
	(SD = 13.0)	(SD = 8.8)	(SD = 14.2)	
Gender	**N = 394**	**N = 128**	**N = 503**	**.000**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	10 (2.5%)	2 (1.5%)	13 (2.5%)	
Male	275 (69.8%)	58 (45.3%)	280 (55.7%)	
Female	119 (30.2%)	70 (54.7%)	223 (44.3%)	
Location	**N = 332**	**N = 107**	**N = 422**	**.000**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	72 (17.8%)	23 (17.7%)	94 (18.2%)	
Western federal states	322 (79.7%)	101 (77.7%)	358 (60.4%)	
Eastern federal states	10 (2.5%)	6 (4.6%)	64 (12.4%)	
Urban or rural environment	**N = 230**	**N = 76**	**N = 289**	**.788**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	174 (43.1%)	54 (41.5%)	227 (44.0%)	
Urban	160 (39.6%)	54 (41.5%)	195 (37.8%)	
Rural	70 (17.3%)	22 (16.9%)	94 (18.2%)	
Marital status	**N = 212**	**N = 73**	**N = 234**	**.408**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	192 (47.5%)	57 (43.8%)	282 (54.7%)	
Single	74 (34.9%)	28 (38.4%)	89 (38.0%)	
Married	83 (39.1%)	22 (30.1%)	77 (32.9%)	
Divorced/separated	37 (17.4%)	21 (28.8%)	37 (15.8%)	
Widowed	7 (3.3%)	1 (1.4%)	9 (3.8%)	
Living with a domestic partner	11 (5.2%)	1 (1.4%)	22 (9.4%)	
Education	**N = 155**	**N = 46**	**N = 180**	**.924**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	249 (61.6%)	84 (64.6%)	336 (65.1%)	
A-levels	70 (45.2%)	21 (45.7%)	76 (42.2%)	
General certificate of secondary education	14 (9.0%)	5 (10.9%)	7 (3.9%)	
Certificate of secondary education	33 (21.3%)	11 (23.9%)	44 (24.4%)	
Certificate of school for special education	26 (16.8%)	4 (8.7%)	31 (17.2%)	
No graduation	2 (1.3%)	2 (4.3%)	4 (2.2%)	

[a]Total of whole context group; see detailed number of victims that referred to single topics in the table.
[b]Kruskall-Wallis-Test with statistically significant level $p < .05$.

aware that there were regulatory authorities overseeing the institutions that they should have been able to appeal to.

Some strategies used by offenders were common to all three groups:

► Gaining the victim's trust by building a close relationship, then leading up to the abuse step by step
► Creating situations where they were alone with the victim, such as private lessons or confession

Table 4 Characteristics of child sexual abuse dependent on context groups

	Roman Catholic context (N = 404[a])	Protestant context (N = 130[a])	Non-religiously affiliated context (N = 516[a])	p-value[b]
Type of sexual abuse	**N = 200**	**N = 61**	**N = 245**	**.149**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	204 (50.5%)	69 (53.1%)	271 (52.5%)	
Non- physical acts	7 (3.5%)	2 (3.3%)	5 (2.0%)	
Physical acts (touching body or genitals)	97 (48.5%)	19 (31.1%)	105 (42.9%)	
Penetration/intercourse	98 (49.0%)	35 (57.4%)	135 (55.1%)	
Time of abuse	**N = 374**	**N = 120**	**N = 466**	**.515**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	30 (7.4%)	10 (7.7%)	50 (9.7%)	
Ongoing	11 (2.9%)	0 (0.0%)	10 (2.1%)	
Ongoing and past	8 (2.1%)	2 (1.7%)	9 (1.9%)	
Past	355 (94.9%)	118 (98.3%)	447 (95.1%)	
Quantity of sexual abuse	**N = 311**	**N = 104**	**N = 373**	**.421**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	93 (23.0%)	26 (20.0%)	143 (27.7%)	
Once	28 (9.0%)	9 (8.7%)	31 (8.3%)	
Multiple	94 (30.2%)	24 (23.1%)	111 (29.8%)	
Repeatedly over a long time	189 (60.8%)	71 (68.3%)	231 (61.9%)	
Gender of offender	**N = 341**	**N = 113**	**N = 408**	**.369**
	Missing data:	Missing data:	Missing data:	
	63 (15.6%)	17 (13.1%)	108 (20.9%)	
Male	293 (85.9%)	98 (86.7%)	337 (82.6%)	
Female	29 (8.5%)	2 (1.8%)	31 (7.6%)	
Both	19 (5.6%)	13 (11.5%)	40 (9.8%)	

[a]Total of whole context group; see detailed number of victims that referred to single topics in the table.
[b]Kruskall-Wallis-Test with statistically significant level $p < .05$.

► Disguising sexual abuse as something educational; e.g., claiming that they were teaching the child about sexuality

Other strategies were specific to religiously affiliated institutions:

► Victims were sometimes encouraged (by their parents or others) to go speak to their priest or pastor about any personal problems they were having, and were abused when they did so

► Religious concepts were sometimes used coercively, such as in threatening children with religious punishment (e.g., "hell) if they did not submit to the abuse; or the sexual abuse was practised as a form of religious ritual

Table 5 Specification of gender of offenders and gender of victims dependent on context groups

	Roman Catholic context (N = 404[a])		Protestant context (N = 130[a])		Non-religiously affiliated context (N = 516[a])	
	Gender of victims		Gender of victims		Gender of victims	
Gender of offender(s)	Male	Female	Male	Female	Male	Female
Male	198 (85.7%)	21 (20.4%)	45 (83.3%)	52 (88.1%)	161 (78.5%)	169 (86.7%)
Female	88 (38.1%)	8 (7.8%)	0 (0.0%)	2 (3.4%)	24 (11.7%)	7 (3.6%)
Both	12 (5.2%)	7 (6.8%)	9 (16.7%)	5 (8.5%)	20 (9.8%)	19 (9.7%)
Total of victims referring to this topic	231 (100.0%)	103 (100.0%)	54 (100.0%)	59 (100.0%)	205 (100.0%)	195 (100.0%)

[a]Total of whole context group; see detailed number of victims that referred to single topics in the table.

Table 6 Additional physical, psychological and emotional neglect dependent on context groups

	Roman Catholic context (N = 404[a])	Protestant context (N = 130[a])	Non-religiously affilated context (N = 516[a])
Additional physical abuse	125 (45.8%)	47 (47.5%)	151 (44.4%)
Additional psychological abuse	104 (38.1%)	38 (38.4%)	134 (39.4%)
Additional emotional neglect	44 (16.1%)	14 (14.1%)	55 (16.2%)
Total of victims referring to this topic	273 (100.0%)	99 (100.0%)	340 (100.0%)

[a]Total of whole context group; see detailed number of victims that referred to single topics in the table.

The cases that we looked at had taken place during different decades; and society's sexual mores, knowledge about sexuality, and handling of abuse have all changed over the years. Victims who had been abused in the 1950s and 1960s were more likely to describe feelings of shame and ignorance about sexuality, whereas those who had been abused in the 1970s were sometimes the target of "reform-minded" pedagogues who viewed sexual abuse not as a problematic or traumatic experience for children but as being helpful for their sexual development.

Discussion

While much knowledge has come out of the official investigations conducted in different countries in the last decade, sexual abuse in institutions is still an understudied domain. Many studies on child sexual abuse have failed to include an appropriate number of victims of institutional abuse. For example, in a 2010 survey examining prevalence data on sexual abuse in Germany that contacted nearly 12,000 individuals, just 4 respondents – less than 0.001 percent of the total – were former residents of children's homes [2]. The current study, based on data collected in 2010–2011 through the reporting system established by the Independent Commissioner, represents the largest sample of victims of child sexual abuse in institutions ever studied in Germany. It is also the first to specifically compare sexual abuse within the Roman Catholic, Protestant, and non–religiously affiliated settings, as most earlier reports focused on Roman Catholic institutions only e.g. [41,42].

Sexual abuse was reported for each of these three settings. Based on the testimonials of victims of child sexual abuse in our sample it appears that factors common to all institutions such as group cohesion, hierarchical power structures and dependence [17,42], and credibility bias in favor of authority figures are conducive to the occurrence of repeated sexual abuse over long periods of time, regardless of religious affiliation. Many of the patterns of abuse in all three settings regardless of religious affiliation were similar: victims from all three settings described repeated assaults that were committed by males; one-third overall reported acts of penetration; and over 90% indicated that the abuse had been ongoing. Many victims stated that when they disclosed the abuse to authorities, they were ignored or even punished. Assaults by multiple offenders were reported more often for secular than for religiously affiliated institutions. In all three settings, offenders used the strategies of gaining the victims' trust, creating situations where they were alone with the victim, and disguising sexual abuse as something educational; all of which have been reported by victims in other studies e.g. [43,44]. Offenders in the religiously affiliated settings additionally exploited situations of trust (e.g., confession), and the use of religious threats to frighten children into submission.

Although females are usually at greater risk for sexual abuse [3], more victims in our sample were male. This can be explained by the fact that generally more boys than girls were sent to boarding schools or residential institutions. This is still true today; as of 2010, two-thirds of the children in youth welfare institutions were boys.

Several studies e.g. [34,45] have revealed a high life prevalence in survivors of institutional child abuse of psychiatric disorders such as depression, anxiety disorders, substance abuse, and PTSD. (In our sample, some

Table 7 Number of offenders dependent on context group

	Roman Catholic context (N = 404[a])	Protestant context (N = 130[a])	Non-religiously affiliated context (N = 516[a])	p-value[b]
Number of offenders				.014
One offender	185 (53.2%)	68 (64.8%)	187 (50.1%)	
Multiple offenders	163 (46.8%)	37 (35.2%)	186 (49.9%)	
Multiple offenders with one act	30 (23.8%)	11 (26.2%)	35 (15.8%)	.204
Multiple offenders with various acts	96 (76.2%)	31 (73.8%)	137 (84.2%)	.330

[a]Total of whole context group; see detailed number of victims that referred to single topics in the table.
[b]Kruskall-Wallis-Test with statistically significant level $p < .05$.

Table 8 Current diagnoses and mental health disorders specified by victims

	Roman Catholic context (N = 404[a])	Protestant context (N = 130[a])	Non-religiously affilated context (N = 516[a])	p-value[b]
Specified diagnoses				
Yes	324 (80.2%)	102 (78.5%)	380 (73.6%)	.058
No	80 (19.8%)	28 (21.5%)	136 (26.4%)	
Number of diagnoses				
One	64 (15.8%)	20 (15.4%)	88 (17.1%)	.182
Two	21 (5.2%)	7 (5.4%)	35 (6.8%)	
Three	5 (1.2%)	3 (2.3%)	12 (2.3%)	
Most frequently specified diagnoses				
First	Depression	Depression	Depression	
	49 (45.0%)	21 (48.8%)	69 (34.3%)	.058
Second	PTSD	Anxiety/obsessive-compulsive disorder	PTSD	
	19 (17.4%)	8 (18.6%)	45 (22.4%)	
Third	Anxiety/ disorder	PTSD	Anxiety/ disorder	
	16 (14.7%)	7 (16.3%)	39 (19.4%)	
Most frequently specified psychosocial problems				
First	Health issues	Health issues	Health issues	
	92 (21.6%)	40 (22.6%)	104 (20.8%)	
Second	Relationship and partnership issues	Relationship and partnership issues	Relationship and partnership issues	
	80 (18.8%)	35 (19.8%)	97 (19.4%)	
Third	Flashbacks/intrusion/nightmare	Performance issues	Flashbacks/intrusion/nightmare	
	69 (16.2%)	31 (17.5%)	87 (17.4%)	

[a]Total of whole context group; see detailed number of victims that referred to single topics in the table.
[b]Kruskall-Wallis-Test with statistically significant level $p < .05$.

victims reported still experiencing PTSD symptoms decades after the abuse had ended.) As not all victims seek treatment and receive diagnoses, the rate in our sample may in fact have underestimated the percentage of victims with such problems. Apart from psychiatric disorders, abuse by a trusted person can also result in psychosocial impairment, affecting a child's ability to establish relationships and attachments later in life. While some victims show resilience to trauma or are able to overcome its effects [31], others are caught in a complex vicious cycle in which a distorted view of attachment is retained throughout life and has a strong influence on adult relationships [46,47]. In our sample, more females than males described abuse that continued into adulthood. With respect to differences in outcome for victims of religious vs. secular institutions, we found similar rates of psychiatric disorders across all three settings but a higher rate of psychosocial impairment among victims who had been abused in Protestant-run institutions. In line with Max Weber's sociological theories [48], it is possible that the so-called "Protestant work ethic" played a role in that individuals with higher expectations of success in life might be more distressed by low achievement and hence more likely to report it as an impairment; however, this is only speculation.

The analysis of the qualitative data provided by respondents sheds light on the hardships sometimes faced by children in previous generations. Until relatively recently the problem of child abuse was not discussed openly, and the general public knew little about its prevalence, process, and consequences. Children did not have any special rights; corporal punishment was acceptable (in Germany, it was only legally abolished in 2001); and sex education before the 1970s was rare. Older victims in our sample described dependency, helplessness, and subjection to cruel punishment; and those in institutions with religious affiliations described the additional element of sexual abuse sometimes being disguised as religious ritual, or of the offender threatening the child with religious consequences such as hellfire if he or she resisted.

Most studies of child abuse in institutions or foster care settings have focused on events that took place before the 1980s. The data from the few studies that have looked at more recent situations indicate that the rate of sexual abuse in such settings has decreased in the last decades [12,19], but that children in these environments are still at higher risk of being sexually abused or otherwise maltreated than the population at large [49-52]. There may also still be a lack of awareness and understanding of

the problem by those in authority. The government-sponsored reappraisal program and the findings described in this report serve several important functions. First, the program gave victims of previous generations, many of whom had never before revealed the abuse to anyone, the opportunity to speak out about what had happened to them. Second, the political process that was initiated through the program has been designed to improve situation of victims of child sexual abuse (e.g. by assisting victims to get access to effective therapies). Third, the findings showed that past child sexual abuse in institutions was associated not with any particular religious affiliation but with institutions in general. Finally, while the rights of children and the quality of education provided in institutions have improved over the last few decades, advocates for children's welfare can still learn from these experiences and can use them to strengthen the implementation of prevention and intervention strategies. Although the publicity around the program has led to greater public awareness of child sexual abuse in institutions, the problem may still sometimes be underestimated. In a German study [17] that surveyed 1,128 principals, 702 counsellors, and 736 directors of institutions, merely 3.1% of respondents could cite even a suspected case of sexual abuse within the last three years, which is surprising. However, it is not clear whether this finding reflects true prevalence rates or is skewed by study limitations (e.g., there was no validation of information, and the individuals who agreed to participate were self-selected).

Several important limitations of this study must be acknowledged. First, as the individuals who provided data were self-selected, the sample may not have been representative of the overall population. Victims who made use of the reporting system may have been particularly motivated to do so, and it is possible that our data represent a sub-sample of severely traumatized individuals. Thus, we cannot definitively conclude from our data that the patterns of abuse we were told about did in fact commonly occur. However, the size of the sample and the fact that our results are consistent with those obtained by different international commissions [7,12] support the likelihood that they paint a realistic picture of the conditions in German institutions for the periods that most victims described. Second, apart from demographic data, information was not collected in any standardized way; rather, victims could simply share whatever was relevant to them. It is important to keep this aspect in mind when analyzing and interpreting the findings, because different amounts of information were obtained for different categories of data. Third, there was no independent validation of the information provided. However, as the liaison office had no authority to provide any form of compensation, callers had no financial incentive to invent or exaggerate any of the information that they provided. These limitations were imposed by the confidential nature of the issue under investigation, by the ethical requirement of maintaining victims' privacy, and by the duty of the Independent Commissioner. Despite these limitations, the method of data collection used in this study has provided valuable exploratory data that can serve as a starting point for building hypotheses. Any hypothesis would need to be tested via representative sampling using standardized interviews or questionnaires, but it must be recognized that those approaches involve asking leading questions that may pressure some participants into making statements that do not fully represent their personal experience.

With respect to institutional affiliations, our results show that sexual abuse is not a problem specific to Roman Catholic settings or to religiously affiliated settings in general, but rather that the risk to children is increased in any institution, regardless of affiliation. Given the prevalence and serious consequence of child sexual abuse in all types of institutions, there is a critical need for effective prevention and intervention strategies, although there have been changes within the last decades concerning rights of children, accepted disciplinary methods, awareness of child sexual abuse. First, professionals who work with children and adolescents should be educated through workshops or e-learning platforms about risks, warning signals, and intervention strategies, as well the consequences of child sexual abuse. E-learning platforms are an effective way to educate a large group of people at the same time. The groups to be targeted include psychotherapists, social workers, teachers, priests/pastors, and educators, as well as physicians since sexual abuse victims may experience problems affecting their physical health [49]. Second, prevention strategies such as guiding principles, supervision, the handling of complaints, and standard processes when suspicion is raised should be implemented in institutions. Third, professionals such as psychiatrists and psychotherapists should be better trained in trauma therapy, and should be made more aware of the occurrence of PTSD symptoms in older patients. In a German survey of more than 2000 psychotherapists [17], respondents said that on average, 22% of their patients had experienced sexual abuse, 38% had started therapy with the aim of overcoming this experience, and 43% had disclosed abuse during the course of the therapy; yet more than half of these therapists did not feel qualified to treat patients with a background of sexual abuse.

Conclusion

This study is the first to examine patterns and consequences of child sexual abuse in different types of institutions based on a large sample. Based on the information provided by respondents, the nature of institutional

structures and overall perceptions of the rights of children rather appeared to be a factor in the prevalence and nature of child sexual abuse than the religious affiliation of institutions. Severe sexual abuse in institutions appears to have decreased over the past decades, but there is still the need for better understanding of it and for the implementation of prevention and intervention strategies. The exploratory data arising from this study may serve as a starting point for building hypotheses.

Competing interests

NS, JMF, AS, LK, TS, and MR conducted research for the Independent Commissioner on Cases of Child Abuse in Germany. In addition, JMF is a member of the advisory board of the Independent Commissioner. JMF and HL received a grant from the Ministry of Research and Education to develop an e-learning platform for medical-therapeutic and educational professions to prevent sexual abuse of children. The Pontifical Gregorian University (Rome) and the Catholic Diocese of Munich and Freising (Germany) jointly commissioned JMF and HL to develop an e-learning platform for pastoral professions for the prevention of sexual child abuse within the Roman Catholic Church.

Authors' contributions

JMF developed the idea of the study and was responsible for obtaining its funding. JMF, NS, and LK were responsible for the design of the study, the web-based documentary pattern, and the data collection; AS developed the web-based platform; JMF, NS, MR, TS, and LK were responsible for the statistical analysis of data and interpretation of the results; and HL was involved in revising the manuscript critically. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The authors would like to thank Johannes-Wilhelm Rörig and Dr. Christine Bergmann, the current and former Independent Commissioner for the Reappraisal of Child Sexual Abuse, respectively, and their teams for their valuable cooperation. In addition, we would like to thank Carolin Andersch, Celline Cole, Sophia Haffa, Dorothea Hoffmann, Leonie Nicolaus, and Tobias Norys for their support in the project. And last but not least, of course, we want to thank all the victims who shared their experiences.

Author details

[1]Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University Hospital Ulm, Steinhoevelstrasse 5, 89075 Ulm, Germany. [2]Soon Systems GmbH, Syrlinstrasse 5, 89073 Ulm, Germany. [3]Department of Special Education, University of Education Ludwigsburg, Reuteallee 46, 71634 Ludwigsburg, Germany.

Received: 12 October 2012 Accepted: 18 March 2014
Published: 27 March 2014

References

1. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H: **Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population.** *DÄBl Internat* 2011, **108**(Suppl 17):287–294.
2. Bieneck S, Stadler L, Pfeiffer C: *Zwischenbericht zur Repräsentativerhebung sexueller Missbrauch 2011.* Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen; 2011. http://www.bmbf.de/pubRD/Erster_Forschungsbericht_sexueller_Missbrauch_2011.pdf.
3. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J: **The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis.** *Clinl Psychol Rev* 2009, **29**(Suppl 4):328–338.
4. Stoltenborgh M: **A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world.** *Child Maltreat* 2011, **17:**119–131.
5. Finkelhor D: **Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Missbrauch an Kindern.** In *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Volume 3.* 3rd edition. Edited by Amann G, Wipplinger R. Tübingen: Dgvt; 2005:81–94.
6. Bundschuh C: *Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen.* Deutsches Jugendinstitut; 2010. http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=352.
7. Commission to Inquire into Child Abuse: *Report of the commission to inquire into child abuse.* Dublin; 2009. http://www.childabusecommission.ie/publications/index.html.
8. Commission of Investigation into Catholic Archdiocese of Dublin: *Report by commission of investigation into catholic archdiocese of Dublin.* Dublin; 2009. http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PB09000504.
9. Jay J: *The nature and scope of the problem of sexual abuse of minors by catholic Priests and Deacons in the United States.* Washington DC; 2004. http://www.bishop-accountability.org/reports/2004_02_27_JohnJay/.
10. Terry KJ: **Stained glass: the nature and scope of child sexual abuse in the Catholic Church.** *Crim Justice Behav* 2008, **35:**549–569.
11. Terry KJ, Ackerman A: **Child sexual abuse in the Catholic Church: how situational crime prevention strategies can help create safe environments.** *Crim Justice Behav* 2008, **35:**643–657.
12. Terry KJ, Tallon J, John Jay College Research Team: *Child sexual abuse: a review of the literature.* Washington DC; 2004. http://www.bishop-accountability.org/reports/2004_02_27_JohnJay/LitReview/2004_06_Literature_Review_Complete_Optimized.pdf.
13. Scicluna CJ: *Interview of Msgr. Charles Scicluna conducted by Gianni Cardinale on the Strictness of the Church in Cases of Paedophilia*; 2010. http://www.vatican.va/resources/resources_mons-scicluna-2010_en.html.
14. Fegert JM, Wolff M: *Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen - Prävention und Intervention - ein Werkbuch.* Juventa: Weinheim; 2006.
15. Goffman E: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1973.
16. Wallace S: *Total institutions.* United States of America: TA Book; 1971:20.
17. Bergmann C: *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des Sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann.* Berlin; 2010. http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=301.
18. Kroll S, Meyerhoff F, Sell M: *Sichere Orte für Kinder. Handlungsmodell zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor pädosexuellen Übergriffen in offenen Freizeiteinrichtungen.* Stuttgart: Bund der Jugendfarmen und Aktivspielplätze e.V; 2003.
19. Fegert JM, Rassenhofer M, Schneider T, Seitz A, König L, Sproeber N: *Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Anlaufstelle der unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a.D.* Berlin; 2011. http://beauftragter-missbrauch.de/mod/resource/view.php?id=419.
20. Summit R: **The child sexual abuse accommodation syndrome.** *Child Abuse Neglect* 1983, **7:**177–193.
21. Rupprecht M: *Child abuse in institutions: ensuring full protection of the victims.* Strasbourg: Social, Health and Family Affairs Committee, Germany, Socialist Group; 2010. http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileId=12527&Language=en.
22. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe: *Abschlussbericht des Runden Tisches Heimerziehung in den 50ern und 60er Jahren.* Berlin; 2010. http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Abschlussbericht.pdf.
23. Isely PJ, Isely P: **The sexual abuse of male children by church personnel: intervention and prevention.** *Pastor Psychol* 1990, **39**(Suppl 2):85–99.
24. Lütz M: **Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger durch Kleriker, Ordensleute und andere Mitarbeiter.** *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 2011, **5:**32–36.
25. Boyle M: **Gender, science and sexual dysfunction.** In *Constructing the social.* Edited by Sarbin TR, Kituse JI. London: Stage Publications; 1994:101–118.
26. Keenan M: *Child sexual abuse and the Catholic Church: gender, power, and organizational culture.* New York: Oxford University Press; 2011.
27. Rossetti SJ: **The Catholic Church and sexual abuse.** *Am* 2002, **186**(Suppl 13):8–15.
28. Andresen S, Heitmeyer W: *Zerstörerische Vorgänge: Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen.* Juventa: Weinheim; 2012.
29. Denso C: *Im Jahr des Missbrauchs: Ob in der Kirche oder an der Odenwaldschule: die Täter waren nicht allein.* Berlin; 2010. http://www.zeit.de/2010/52/P-Meinungsleiter.
30. Oelkers J: **Die Anfälligkeit reformpädagogischer Konzepte.** In *Zerstörerische Vorgänge: Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen.* Edited by Andresen S, Heitmeyer W. Weinheim: Juventa; 2012:130–151.
31. Walsh K, Fortier MA, DiLillo D: **Adult coping with child sexual abuse: a theoretical and empirical review.** *Aggress Violent Beh* 2010, **15:**1–13.

32. Vitiello B: **Prevention and treatment of the psychological consequences of trauma in children and adolescents.** *Epidemiol Psichiatr Soc* 2004, **13**(Suppl 1):10–13.
33. Flanagan-Howard R, Carr A, Shevlin M, Dooley B, Fitzpatrick M, Flanagan E, Tierney K, White M, Daly M, Egan J: **Development and initial validation of the institutional child abuse processes and coping inventory among a sample of Irish adult survivors of institutional abuse.** *Child Abuse Neglect* 2009, **33**(Suppl 9):586–597.
34. Carr A, Dooley B, Fitzpatrick M, Flanagan E, Flanagan-Howard R, Tierney K, White M, Daly M, Egan J: **Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland.** *Child Abuse Neglect* 2010, **34:**477–489.
35. Walker DF, Webb Reid H, O'Neill T, Brown L: **Changes in personal religion/spirituality during and after childhood abuse: a review and sythesis.** *Psychol Trauma Theor Res Prac Pol* 2009, **1**(Suppl 2):130–145.
36. Rossetti SJ: **The impact of child sexual abuse on attitudes toward God and the Catholic Church.** *Child Abuse Neglect* 1995, **19**(Suppl 12):1469–1481.
37. Doyle PT: **The spiritual trauma experienced by victims of sexual abuse by catholic clergy.** *Pastoral Psychol* 2009, **58:**239–260.
38. Doyle PT, Benkert M: **Clericalism, religious duress and its psychological impact on victims of clergy sexual abuse.** *Pastoral Psychol* 2009, **58:**223–238.
39. Rassenhofer M, Spröber N, Schneider T, Fegert JM: **Listening to victims: use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany.** *Child Abuse Neglect* 2013, **37**(Suppl 9):653–663.
40. Spröber N, König L, Rassenhofer M, König C, Seitz A, Fegert JM: **Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland.** *Kindh Entw* 2011, **20**(Suppl 2):83–94.
41. Office of the Attorney General Commonwealth of Massachusetts: *The sexual abuse of children in the Roman Catholic Archdiocese of Boston.* Boston; 2003. http://www.bishop-accountability.org/downloads/archdiocese.pdf.
42. Leinster D: **Protestant abuse victims must also be heard.** *Irish Times* 2009, **7**.
43. Leclerc B, Proux J, Beauregard E: **Examining the modus operanti of sexual offenders against children and its special implications.** *Aggress Violent Beh* 2009, **14**(Suppl 1):3–12.
44. Krischer M: *Zur Genese und Dynamik sexueller Interaktion zwischen Männern und weiblichen Kindern. Eine empirische Untersuchung auf der Basis forensisch-psychologischer Gutachten.* Centaurus: Herbholzheim; 2002.
45. Wolfe DA, Francis KJ, Straatman AL: **Child abuse in religiously-affilited institutions: long-term impact on men's mental health.** *Child Abuse Neglect* 2006, **30:**205–212.
46. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW: **Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study.** *J Interpers Violence* 2003, **18:**1452–1471.
47. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW: **The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study.** *Dev Psychopathol* 2011, **23:**453–476.
48. Hayward RD, Kemmelmeier M: **Weber revisited: a cross-national analysis of religiosity, religious culture, and economic attitudes.** *J Cross Cult Psychol* 2011, **42**(Suppl 8):1406–1420.
49. Fegert JM, Hoffmann U, Spröber N, Liebhardt H: **Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Aktueller (fach-) politischer Diskurs und Überblick über Definitionen, Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Prävention.** *BGesBl* 2013, **56**(Suppl 2):199–207.
50. Hobbs GF, Hobbs CJ, Wynne JM: **Abuse of children in foster and residential care.** *Child Abuse Neglect* 1999, **23**(Suppl 12):1239–1252.
51. Spencer JW, Knudsen DD: **Out-of-home maltreatment: an analysis of risk in various settings for children.** *Child Youth Serv Rev* 1992, **14**(Suppl 6):485–492.
52. Zuravin SJ, Benedict M, Somerfield M: **Child maltreatment in family foster care.** *Am J Orthopsychiat* 1993, **63**(Suppl 4):589–596.

doi:10.1186/1471-2458-14-282
Cite this article as: Spröber *et al.*: Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health* 2014 **14**:282.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- **Convenient online submission**
- **Thorough peer review**
- **No space constraints or color figure charges**
- **Immediate publication on acceptance**
- **Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar**
- **Research which is freely available for redistribution**

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit

BioMed Central

6 Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen - Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz

Eigenanteil:

Mitwirkung bei der Konzeption des Projekts, Mitwirkung bei der Erstellung der Studienmaterialien und der Auswahl der verwendeten Instrumente, Koordination der Probanden-Rekrutierung sowie der Datenerhebung in den kooperierenden Einrichtungen und postalisch von der Studienzentrale in Ulm aus, Hauptverantwortung für Datenpflege und Datenaufbereitung, Durchführung der statistischen Auswertungen sowie der Interpretation der Ergebnisse, Durchführung einer fragestellungsbezogenen systematischen Literaturrecherche, schriftliche Ausarbeitung des Manuskripts, Umsetzung der Anmerkungen von Co-Autoren und Peer-Reviewern.

Referenz:

Rassenhofer, M., Lasshof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F., Fegert, J. M. (2015). Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen - Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz. *Psychotherapeut,* DOI 10.1007/s00278-015-0073-0. http://link.springer.com/article/10.1007/s00278-015-0073-0.

Abgedruckt aus *Psychotherapeut,* Rassenhofer, M., Lasshof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, & F., Fegert, J. M., Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen - Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz, 1-11, Copyright (2015), mit Genehmigung von Springer.

Psychotherapeut
DOI 10.1007/s00278-015-0073-0

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Redaktion
M. Cierpka, Heidelberg
B. Strauß, Jena

Miriam Rassenhofer[1] · Annika Laßhof[1] · Sebastian Felix[1] · Gereon Heuft[2] · Renate Schepker[3] · Ferdinand Keller[1] · Jörg M. Fegert[1]

[1] Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland
[2] Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland
[3] Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, ZfP Südwürttemberg, Bad Schussenried, Deutschland

Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen

Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz

In Deutschland gibt es momentan noch kein einheitliches System oder Angebot zur Durchführung schneller therapeutischer Hilfen nach einem traumatischen Ereignis. Die positive Bewertung der Arbeit der bestehenden Traumaambulanzen mit klinisch relevanten positiven Behandlungseffekten konnte bereits erfolgen. Bislang war aber die Generalisierbarkeit entsprechender Studienergebnisse nur eingeschränkt möglich, weil die Kontrollbedingung in diesem naturalistischen Forschungsdesign fehlte.

Die Frage, ob posttraumatische Belastungsstörungen und andere psychische Traumafolgestörungen verhindert werden können, indem man Menschen nach traumatischen Erlebnissen rasch therapeutische Hilfe anbietet, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Zu dem in dieser Hinsicht am meisten untersuchten akuten Interventionsansatz „Debriefing“ oder auch „Critical Incident Stress Debriefing“ (CISD; Mitchell 1983) mit Gruppengesprächen innerhalb kürzester Zeit nach dem potenziell traumatischen Ereignis verzeichnet die Literatur inzwischen eine Vielzahl an Übersichtsarbeiten und Metaanalysen (z. B. Rose et al. 2002; Gray und Litz 2005; Litz 2004; Bastos et al. 2015). Diese zeigen durchgängig keine, teilweise sogar negative Auswirkungen der Interventionsmethode auf. Hauptkritikpunkt an der Methode ist die Selektion der Risikogruppe, die als Kriterium nur das schwer belastende Erlebnis heranzieht, das Bestehen von Symptomen dabei außer Acht lässt (Feldner et al. 2007). Auch medikamentöse Interventionen zur Prävention von Traumafolgestörungen scheinen wirkungslos zu sein (Amos et al. 2014). Dem steht die gut belegte Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden zur Prävention einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei bereits bestehenden akuten oder auch posttraumatischen Stresssymptomen gegenüber. In einer systematischen Übersichtsarbeit mit Metaanalyse untersuchten Roberts et al. (2010) die Effektivität verschiedener psychischer Interventionsmethoden zur Behandlung sowohl akuter als auch posttraumatischer Stresssymptome innerhalb von 3 Monaten nach einem traumatischen Ereignis. Es konnten 15 Studien in die Metaanalyse aufgenommen werden. Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und Ansätze zur kognitiven Umstrukturierung erwiesen sich hierbei als effektiv und gegenüber stützenden Gesprächen bzw. einer Wartekontrollbedingung überlegen. Essenziell für die präventive Wirkung der Interventionen seien laut den Autoren die Selektion der Patienten, das Screening nach bereits bestehenden Symptomen, ein Monitoring ihrer Entwicklung und schrittweises, dem Schweregrad der Symptomatik angepasstes Vorgehen bei den Interventionen (Roberts et al. 2010).

Für die seit 2006 in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (Rudolf und Schulte 2006) für die PTBS-Behandlung bei Erwachsenen anerkannte Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) existiert ein separates Protokoll zum Einsatz als Frühintervention, das *Recent Traumatic Episode Protocol* (R-TEP; Shapiro und Laub 2008). Hierfür gibt es Hinweise auf Wirksamkeit aus Pilotstudien (z. B. Shapiro und Laub 2015; Shapiro 2012; Tarquinio et al. 2012).

Förderer: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Förder-Nummer: Vb2-54030-9/2).

Im Folgenden ist nur von Traumaambulanzen die Rede, wenn eine Modelltraumaambulanz folgende Bedingungen erfüllt: Es besteht ein Vertrag mit der Versorgungsbehörde über die Refinanzierung der Kosten bei Opfern von Gewalttaten im Sinne des Opferentschädigungsgesetzes, auf Antragstellung der Betroffenen. Die Traumaambulanz ist 24 h erreichbar und verfügt jederzeit über erfahrene Traumatherapeuten.

Published online: 11 December 2015

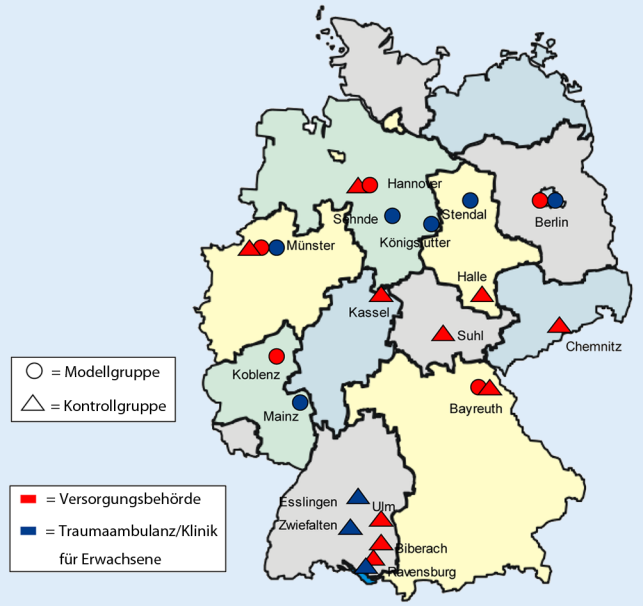

Abb. 1 ◀ Bundesweite Kooperationspartner

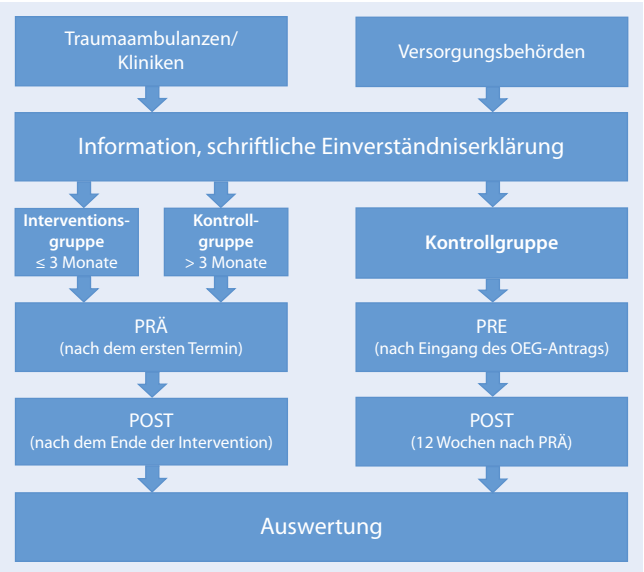

Abb. 2 ◀ Studienablauf

In Deutschland gibt es momentan noch kein einheitliches System oder Angebot zur Durchführung schneller therapeutischer Hilfen nach einem traumatischen Ereignis. Die Forderung nach einem solchen Konzept steht jedoch schon seit einigen Jahren im politischen Raum, wie die folgenden beiden Beispiele zeigen:

[Es] … wird für die therapeutische Versorgung von sexuellem Missbrauch Betroffener ein Konzept empfohlen, das niedrigschwellig angelegt ist und bei Bedarf zeitnah eine flexible kurze therapeutische Intervention vor Ort ermöglicht. (Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Fr. Dr. Bergmann 2011, S. 149)

Alle Betroffenen sollen zeitnah Zugang zu Therapeutinnen und Therapeuten haben, die besonders kompetent und erfahren in der Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten sind. (Abschlussbericht Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ 2011, S. 28)

Diese Forderung nach raschen Möglichkeiten der therapeutischen Unterstützung durch Experten, die von der ehemaligen Unabhängigen Beauftragten Fr. Dr. Bergmann und vom Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ im Nachgang des nach 2010 in den Medien sog. Missbrauchsskandals hier spezifisch für Betroffene sexuellen Missbrauchs formuliert wurde, lässt sich durchaus auf alle Opfer von Gewalttaten ausweiten. Der Umgang mit potenziell traumatisierten Opfern von Gewalt ist bislang in den verschiedenen Bundesländern heterogen (Fegert et al. 2010). Die Praxis der Anerkennung von Schädigungsfolgen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) und der Einsatz von materieller Unterstützung sowie Angebote therapeutischer Sofortinterventionen sind unterschiedlich ausgeprägt. So bestehen in Nordrhein-Westfalen (NRW) bereits seit 2006 sog. Traumaambulanzen, in denen Gewaltopfern ein rascher und niedrigschwelliger Zugang zu traumatherapeutischen Frühinterventionen garantiert wird. Diese Ambulanzen sind an psychiatrischen oder psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken angesiedelt; die Interventionen werden im Rahmen des OEG (Erstes Buch Sozialgesetzbuch, SGB I) über Verträge mit den örtlichen Versorgungsbehörden finanziert. Einschließlich eines innerhalb weniger Tage angebotenen Erstgesprächs sind in jedem Fall 5 probatorische Sitzungen an einer solchen Traumaambulanz möglich. Bei Bedarf können von der Versorgungsbehörde bis zu 10 weitere therapeutische Sitzungen ebenfalls unabhängig von der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligt werden. Eine Evaluationsstudie der 17 Modellambulanzen in NRW mit Prä-post-Design und Halbjahreskatamnese aus dem Jahr 2007 (Schürmann 2010; Bollmann et al. 2012) ergab eine positive Bewertung der Arbeit der Traumaambulanzen mit klinisch relevanten positiven Behandlungseffekten. In die Studie aufgenommen wurden 211 Personen, die eine Frühintervention an einer der Traumaambulanzen erhalten hatten. Erhoben wurden mithilfe von Fragebogen posttraumatische Stresssymptome, affektive Symptomatik, allgemeine Psychopathologie und das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten anhand der Einschätzung der Therapeuten. Es zeigten sich hochsignifikante Verbesserungen der Symptomatik vom Prä- zum Postzeitpunkt und eine bis

Psychotherapeut DOI 10.1007/s00278-015-0073-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

M. Rassenhofer · A. Laßhof · S. Felix · G. Heuft · R. Schepker · F. Keller · J.M. Fegert

Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz

Zusammenfassung

Hintergrund. Derzeit ist der Umgang mit potenziell traumatisierten Opfern nach Gewalttaten in den deutschen Bundesländern heterogen. So werden in der Praxis der Anerkennung von Schädigungsfolgen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) materielle Unterstützung und therapeutische Angebote wie beispielsweise Frühinterventionen unterschiedlich umgesetzt. Über das OEG finanzierte Traumaambulanzen wurden in den letzten Jahren in einigen Bundesländern eingeführt. Vorreiter war Nordrhein-Westfalen; hier wurde die Arbeit der Traumaambulanzen bereits 2007 positiv evaluiert.

Material und Methode. In einem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Modellprojekt wurde die Effektivität der in Modelltraumaambulanzen angebotenen Frühinterventionen in einem parallelisierten, kontrollierten Design ($N=82$ Probanden) zu 2 Erhebungszeitpunkten (vor und nach Intervention) gegenüber Regionen ohne Traumaambulanzen evaluiert.

Ergebnisse. Im Prä-post-Vergleich vor und nach Intervention zeigten sich eine hochsignifikante, klinisch bedeutsame Reduktion der Traumabelastung nach einer Frühinterventionen in den teilnehmenden Ambulanzen und eine signifikante, jedoch klinisch nichtausreichende Besserung der depressiven Symptomatik. In der Kontrollgruppe ohne Frühintervention ergab sich keine klinisch bedeutsame Symptomreduktion.

Schlussfolgerung. Durch Frühinterventionen kann die erhebliche Belastung nach potenziell traumatischen Erfahrungen reduziert werden. Frühinterventionen können die Chronifizierung der posttraumatischen Stresssymptomatik verhindern und sind somit hilfreich sowie sinnvoll. Darüber hinaus sind teilweise jedoch weitere Unterstützungsmaßnahmen für Betroffene angezeigt.

Schlüsselwörter

Einrichtungen der ambulanten Betreuung · Verbrechensopfer · Belastungsstörungen, posttraumatisch · Depression · Modellprojekt

Effectiveness of early intervention in trauma outpatient units. Results of a model project on evaluation of outpatient units according to the Crime Victims Compensation Act

Abstract

Background. At present the process of supporting potentially traumatized victims of violence is heterogeneous in the German federal states. Acknowledgment of impairment according to the Crime Victims Compensation Act (CVCA) with material support and therapeutic offers, such as early interventions are realized differently. Some federal states have established trauma outpatient units that are funded by the CVCA. Pioneer in this field was North Rhine-Westphalia, where trauma outpatient units have been positively evaluated since 2007.

Material and methods. In a pilot study funded by the Federal Ministry of Labour and Social Affairs, the effectiveness of early interventions administered in pilot trauma outpatient units was examined in a parallel controlled design ($n=82$ participants) with two measuring times (before and after intervention).

Results. Comparison of scores before and after intervention (pre-post) showed a highly significant reduction of posttraumatic symptoms with clinical relevance for the group with early interventions in trauma outpatient units. Furthermore, there was a significant but clinically insufficient reduction of depressive symptoms. For control groups without early interventions there was no clinically relevant reduction in symptoms.

Conclusion. Early interventions can reduce the substantial symptom load after potentially traumatizing experiences. They prevent transition into chronicity of posttraumatic stress symptoms and are therefore helpful and make sense. In addition to these early interventions further support and therapeutic interventions are necessary in some cases.

Keywords

Ambulatory care facilities · Crime victims · Stress disorders, post-traumatic · Depression · Pilot study

zum Katamnesezeitpunkt anhaltende Stabilität. Die Autoren beider Arbeiten gaben jedoch auch zu bedenken, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich ist. Hierfür fehle die Kontrollbedingung in diesem naturalistischen Forschungsdesign.

Die vorliegende Arbeit führt die beschriebene Untersuchung aus NRW fort und evaluiert erstmals bundesweit bestehende Traumaambulanzen im Rahmen einer Erhebung mit Kontrollgruppenvergleich. Ziel ist es zu zeigen, dass das Angebot therapeutischer Frühinterventionen an Traumaambulanzen eine im Vergleich zur üblichen Versorgungslandschaft stärkere Reduktion der posttraumatischen Psychopathologie nach Gewalterfahrungen bewirkt und eine Chronifizierung posttraumatischer Belastungssymptome verhindert.

Material und Methode

Eine ausführlichere Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich im Abschlussbericht des Gesamtprojekts (Rassenhofer et al. 2014).

Studiendesign und Rekrutierung

Die Erhebung erfolgte von Januar 2012 bis Juni 2014 bundesweit in Kooperation mit Traumaambulanzen, psychiatrischen bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken und Versorgungbehörden. Die Betroffenen als potenzielle Teilnehmer wurden in den Kliniken und Ambulanzen persönlich durch die behandelnden Ärzte und Psychologen bzw. Forschungsmitarbeiter angesprochen. Außerdem versandten einige Versorgungsbehörden teilweise

Tab. 1 Definition der 3 Untersuchungsgruppen

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe 1[a]	Kontrollgruppe 2
Frühintervention	Ja	Nein	Nein
Untersuchungsort	Modellregion	Modellregion	Kontrollregion

[a]Keine Inanspruchnahme der Ambulanz bzw. Inanspruchnahme > 3 Monate nach dem traumatischen Erlebnis.

Tab. 2 Stichprobenbeschreibung

	Gesamtstichprobe ($n=82$)	Interventionsgruppe (IG; $n=25$)	Kontrollgruppe 1 (KG1; $n=14$)	Kontrollgruppe 2 (KG2; $n=43$)	Signifikanz
Alter (Jahre)					s.
MW ± SD	43,8 ± 13,9	47,0 ± 15,1	46,9 ± 17,4	41,0 ± 11,7	
Geschlecht					n.s.
Weiblich	64 (78 %)	18 (72,0 %)	10 (71,4 %	36 (83,7 %)	
Traumatyp					s.
Typ I	60 (73,2 %)	24 (96,0 %)	9 (64,3 %)	27 (62,8 %)	
Indextrauma					n.s.
Physische Gewalt	36 (43,9 %)	16 (64,0 %)	7 (50,0 %)	13 (30,2 %)	
Sexuelle Gewalt	15 (18,3 %)	4 (16,0 %)	1 (7,1 %)	10 (23,3 %)	
Physische und sexuelle Gewalt	28 (34,1 %)	4 (16,0 %)	5 (35,7 %)	19 (44,2 %)	
Sonstiges	9 (11,0)	1 (4,0 %)	1 (7,1 %)	1 (2,3 %)	
(Zusätzliche) Inanspruchnahme von Psychotherapie und Beratung					s.
Nein	24 (29,3 %)	15 (60,0 %)	4 (28,6 %)	5(11,6 %)	
Nein, aber ich habe es vor	8 (9,6 %)	2 (8,0 %)	1 (7,1 %)	5(11,6 %)	
Ja	50 (61,1 %)	8 (32,0 %)	9(64,3 %)	33(76,8 %)	

s. signifikant, *n.s.* nicht signifikant.

selegiert, teilweise unselegiert Studieneinladungen mit dem Eingangsbescheid des OEG-Antrags. Einen Überblick über kooperierende Einrichtungen gibt **Abb. 1**.

Es wurden sog. Modellregionen, in denen das Angebot einer Traumaambulanz innerhalb von maximal 1,5 Stunden erreichbar ist, und Kontrollregionen ohne ein solches Angebot unterschieden. Aufgenommen wurden für diese Veröffentlichung erwachsene Opfer einer Gewalttat, die einen OEG-Antrag gestellt haben. Die Teilnehmer wurden den in **Tab. 1** aufgeführten 3 Untersuchungsgruppen zugeordnet.

Studiendurchführung und verwendete Verfahren

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer Fragebogenstudie mit 2 Messzeitpunkten (**Abb. 2**). Teilnehmer, die über Ambulanzen bzw. Kliniken rekrutiert wurden, erhielten Aufklärungsbogen und nach einer schriftlichen Einverständniserklärung die Fragebogen von ihren Therapeuten bzw. einem Forschungsmitarbeiter vor Ort. Die Prämessung erfolgte nach der ersten, die Postmessung nach der letzten Sitzung in der Traumaambulanz. Teilnehmer, die über Versorgungsbehörden rekrutiert wurden, erhielten die Studienaufklärung und nach Eingang des schriftlichen Einverständnisses auch die Fragebogen per Post. Die „Pre"-Messung erfolgte hier nach Eingang des OEG-Antrags bei der Behörde, die Postmessung 12 Wochen nach der Prämessung. Die im Folgenden beschriebenen Instrumente wurden verwendet.

Posttraumatic Diagnostic Scale

Die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-D; 1995) erfasst im Selbstbericht die Kriterien (laut DSM-IV) einer posttraumatischen Belastungsstörung. In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Version von Ehlers et al. (1996) verwendet. Der Fragebogen ist aufgeteilt in einen Ereignisteil (Ja/nein-Fragen) und einen Symptomteil (4-stufige Likert-Skala von 0: überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat bis 3: 5-mal oder öfter pro Woche/fast immer). Die abgefragten Symptome sind wie auch in die Symptomenkomplexe Intrusionen, Vermeidung und erhöhtes Arousal unterteilt (Cluster B, C und D). Die psychometrischen Eigenschaften des Verfahrens werden als ausreichend bis sehr gut beschrieben (Foa 1995; Coffey et al. 1998).

Allgemeine Depressionsskala

Mithilfe der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L; Hautzinger et al. 2012) wird die subjektive Beeinträchtigung durch depressive Symptome innerhalb der letzten Wochen erfasst. Dabei werden sowohl emotionale, motivationale, kognitive, somatische als auch motorisch/interaktionale Beschwerden erfragt. Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen mit 20 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala („selten oder überhaupt nicht", „manchmal", „öfter" und „meistens die ganze Zeit") beantwortet werden. Hautzinger et al. (2012) geben den klinischen Grenzwert bei > 22 Punkten an. So könne eine ausreichende Balance zwischen Sensitivität und Spezifität gewährleistet werden. Für die in der Studie verwendete 2. Auflage des Instruments liegen Normierungen mit einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von $n=2005$ vor. Die psychometrischen Eigenschaften werden als gut bis sehr gut beschrieben (Hautzinger et al. 2012).

Berliner Lebensqualitätsprofil

Die Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP-KF; Kaiser et al. 1999) ist die ökonomischere Kurzform der deutschen Version des Lancashire Quality of Life Profile (Oliver 1991–92). Mit diesem Instrument soll die Zufriedenheit des Probanden mit der eigenen Lebensqualität erhoben werden. Für die vorliegende Studie wurden nur 12 der 14 Zufriedenheitsfragen gestellt. Auf die Fragen zu Psychopharmaka und zum Sexualleben wurde verzichtet, zudem wurden auch die Fragen nach den objektiven Merkmalen nicht benutzt. Besonderes Augenmerk wurde auf das für Gewaltopfer sehr bedeutsame subjektive

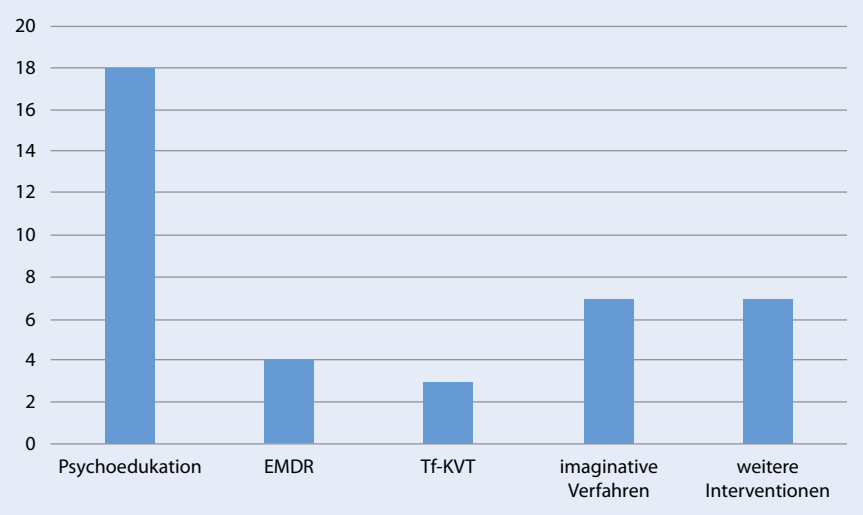

Abb. 3 ▲ Therapeutenangaben zu durchgeführten Interventionen (Mehrfachnennungen möglich). *EMDR* Eye Movement Desensitization and Reprocessing, *Tf-KVT* traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie

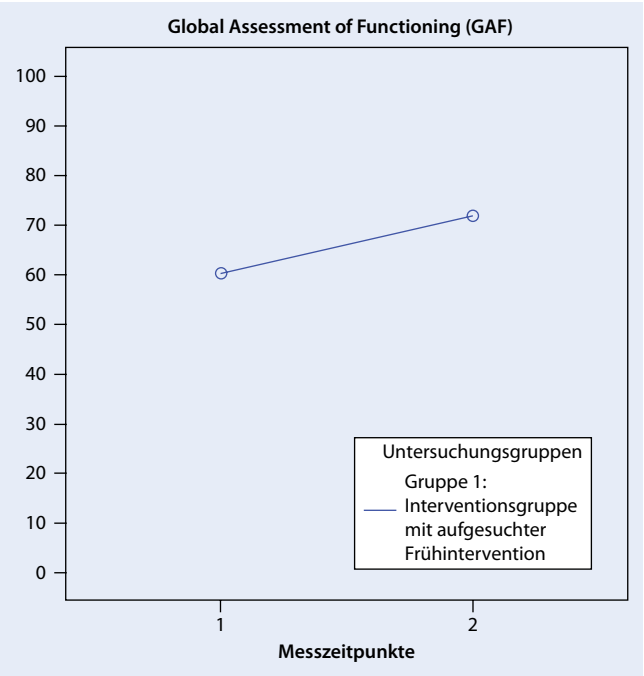

Abb. 4 ◀ Global Assessment of Functioning (GAF) von Probanden der Interventionsgruppe im Prä-post-Zeitverlauf gemäß Therapeutenurteil

Sicherheitsempfinden gelegt. Die entsprechende Frage (Item 8) wurde auf Einzel-Item-Ebene ausgewertet. In der vorliegenden Version sollen die Probanden auf einer 7-stufigen Skala (von 1: völlig unzufrieden bis 7: völlig zufrieden) angeben, wie zufrieden sie in Bezug auf unterschiedliche Lebensbereiche sind.

Basisfragebogen

Ferner wurden vom Projektteam selbst erstellte Basisfragebogen zur Erfassung soziodemografischer Daten, Datum und Beschreibung der Gewalttat sowie (zusätzlicher) Inanspruchnahme von Psychotherapie bzw. Beratung außerhalb einer Traumaambulanz ausgegeben. Für die Interventionsgruppe wurden zum Postzeitpunkt selbst erstellte Fragebogen an die Therapeuten ausgegeben, die Angaben zu Dauer, Anzahl, Frequenz, Traumaspezifität und Art der Interventionen erfragten. Weiterhin sollten die Therapeuten das Befinden ihrer Patienten anhand der Global Assessment of Functioning (GAF) Scale zu Beginn und am Ende der Intervention einschätzen.

Rücklauf

Da nicht alle Ambulanzen, Kliniken und Versorgungsbehörden dokumentierten, wie viele Personen angesprochen bzw. angeschrieben wurden, kann keine Rücklaufquote angegeben werden.

Stichprobenbeschreibung

Von 102 Probanden liegen Daten zur Prämessung vor. Zwanzig dieser Probanden konnten nicht mehr erreicht werden bzw. entschieden sich gegen eine weitere Studienteilnahme (Drop-outs). Insgesamt gehen 82 Probanden mit Daten zu Prä- und Postmessung in die Auswertung ein. Diese sind im Schnitt 43,8 Jahre alt (SD ±14,0 Jahre) und überwiegend weiblich (78 %). Die Zuordnung zu den 3 Untersuchungsgruppen erfolgte entsprechend den oben beschriebenen Kriterien. Eine Übersicht über die soziodemografischen Eigenschaften der Stichprobe, Angaben zum Indextrauma, Inanspruchnahme von Psychotherapie und Beratung sowie die Signifikanz von Unterschieden zwischen den Untersuchungsgruppen („analysis of variance", ANOVA) gibt **Tab. 2**.

Statistische Analysen

Die Analysen wurden mithilfe von IBM SPSS Statistics, Version 20.0, durchgeführt. Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen und Prä-post-Vergleiche wurden anhand von Varianzanalysen berechnet, die paarweisen Vergleiche anhand von T-Tests. Um die Heterogenität der Untersuchungsgruppen zu kontrollieren, wurden mithilfe der Kriterien Alter, Geschlecht und Traumatyp einander entsprechende Paare aus der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe 2 gebildet sowie zusätzliche Vergleiche berechnet. Es konnten 22 statistische Zwillingspaare in die „Matched-pairs"-Analyse eingehen.

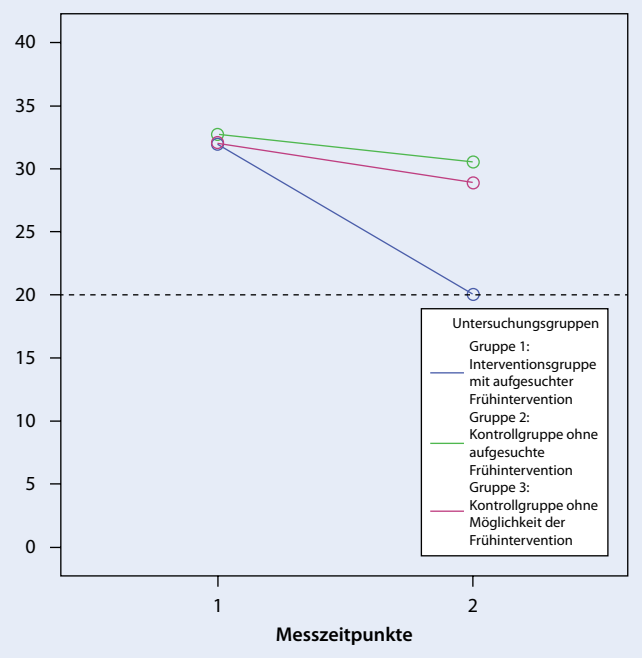

Abb. 5 ▲ Entwicklung der posttraumatischen Stresssymptomatik im Prä-post-Zeitverlauf, gemessen mithilfe der Posttraumatic Diagnostic Scale

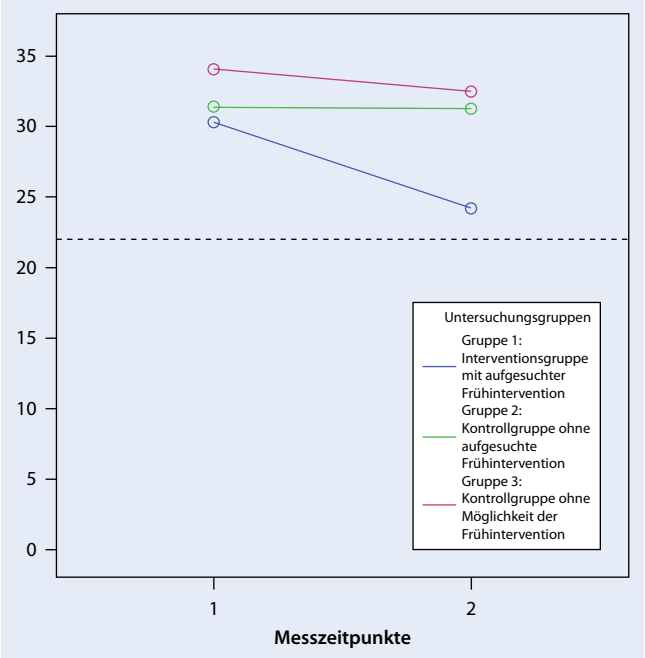

Abb. 6 ▲ Entwicklung der depressiven Symptomatik im Prä-post-Zeitverlauf, gemessen mithilfe der Allgemeinen Depressionsskala

Ergebnisse

Therapeutenangaben

Es liegen Therapeutenangaben zu 19 Probanden aus der Interventionsgruppe vor. Im Durchschnitt wurden 5,2 Sitzungen (SD ± 3,7 Sitzungen) innerhalb von 8,3 Wochen (SD ± 5,1 Wochen) durchgeführt. In knapp zwei Drittel der Fälle fanden wöchentliche Sitzungen statt, in einem Drittel mit größerem zeitlichem Abstand. Vierzehn Therapeuten (73,7 %) gaben an, traumaspezifische Methoden angewandt zu haben. Einen detaillierten Überblick über die Methoden gibt **Abb. 3**.

Im Hinblick auf den GAF-Wert im Therapeutenurteil (Angaben zu insgesamt 17 Patienten vorliegend) lässt sich ein signifikanter Anstieg vom Beginn zum Ende der Therapie verzeichnen ($t = -4{,}21$; $p = 0{,}00$), grafisch dargestellt in **Abb. 4**.

Prä-post-Vergleich der Symptomfragebogen für alle drei Untersuchungsgruppen

Posttraumatic Diagnostic Scale

Es zeigt sich ein signifikanter Effekt der Zeit ($F = 18{,}15$; $p = 0{,}00$); die posttraumatische Stresssymptomatik verringert sich vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Der Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen erweist sich als nichtsignifikant ($F = 1{,}50$; $p = 0{,}23$). Es ergibt sich jedoch ein signifikanter Interaktionseffekt ($F = 5{,}68$; $p = 0{,}01$) der Faktoren Zeitverlauf und Untersuchungsgruppe, die posttraumatische Stresssymptomatik reduziert sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten in den verschiedenen Untersuchungsgruppen also unterschiedlich stark (**Abb. 5**).

Der Rückgang der posttraumatischen Stresssymptomatik in der Interventionsgruppe ist im Prä-post-Vergleich hochsignifikant bei großer Effektstärke ($t = 4{,}41$; $p = 0{,}00$; Cohens $d = 1{,}022$). Der Verlauf der posttraumatischen Stresssymptomatik in Kontrollgruppe 2 ist signifikant bei kleiner Effektstärke (ohne Möglichkeit der Frühintervention; $t = 2{,}56$; $p = 0{,}02$; Cohens $d = 0{,}27$). Die Entwicklung der Traumasymptomatik in Kontrollgruppe 1 erweist sich hingegen als nichtsignifikant bei kleinem Effekt (ohne aufgesuchte Frühintervention; $t = 0{,}57$; $p = 0{,}58$; Cohens $d = 0{,}181$).

Allgemeine Depressionsskala

Die Veränderung der depressiven Symptomatik ist über den Zeitverlauf vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt signifikant ($F = 4{,}43$; $p = 0{,}04$). Die Mittelwertverläufe zeigt **Abb. 6**. Der Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen im Hinblick auf die depressive Symptomatik erweist sich als nichtsignifikant ($F = 2{,}25$; $p = 0{,}11$). Es zeigt sich kein signifikanter Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Untersuchungsgruppe ($F = 2{,}09$; $p = 0{,}13$).

Betrachtet man dennoch die Gruppen in ihrem jeweiligen Einzelverlauf, ist der Rückgang der depressiven Symptomatik in der Interventionsgruppe signifikant bei mittlerem Effekt ($t = 2{,}49$; $p = 0{,}02$; Cohens $d = 0{,}507$). In den Kontrollgruppen 1 und 2 zeigen sich keine signifikanten Veränderungen bei kleinen Effekten (KG1: $t = 0{,}07$; $p = 0{,}95$; KG2: $T = 1{,}08$; $p = 0{,}29$; KG1: Cohens $d = 0{,}014$; KG2: Cohens $d = 0{,}124$).

Berliner Lebensqualitätsprofil

Im Hinblick auf die Entwicklung der Lebensqualität im Prä-post-Vergleich, veranschaulicht in **Abb. 7**, findet sich kein signifikanter Effekt ($F = 1{,}40$; $p = 0{,}24$). Auch der Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen erweist sich als nichtsignifikant ($F = 1{,}84$; $p = 0{,}17$). Es findet sich kein signifikanter Interaktionseffekt ($F = 3{,}02$; $p = 0{,}06$).

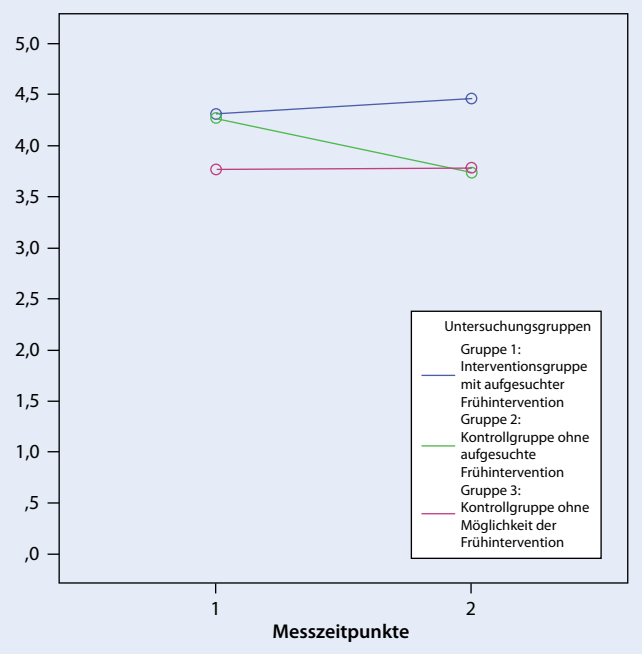

Abb. 7 ▲ Entwicklung der allgemeinen Lebensqualität im Prä-post-Zeitverlauf, gemessen mithilfe des Berliner Lebensqualitätsprofils

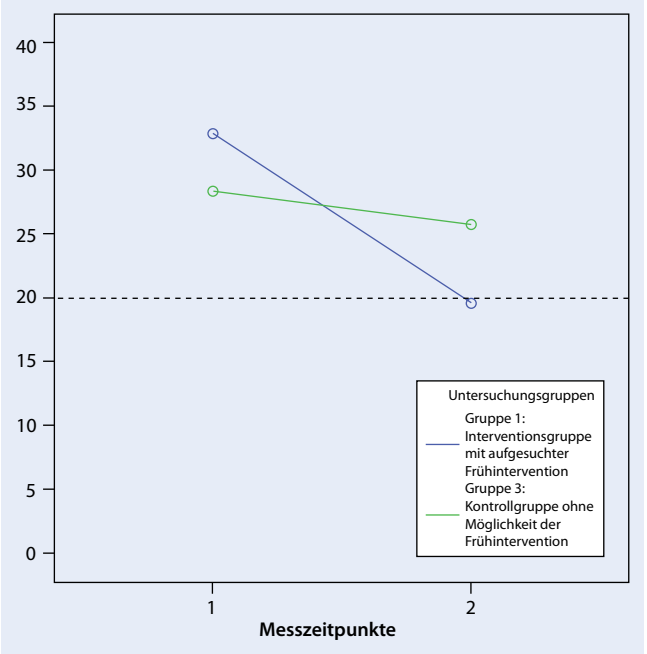

Abb. 8 ▲ Matched-pairs-Analyse: posttraumatische Stresssymptomatik im Prä-post-Zeitverlauf

Für den spezifischen Bereich der subjektiv wahrgenommenen Sicherheit (Item 8) ergibt sich ein knapp nichtsignifikanter Interaktionseffekt zwischen Zeitverlauf und Untersuchungsgruppe ($F = 2{,}944$, $p = 0{,}059$). Es kann daher von der tendenziell unterschiedlichen Entwicklung der subjektiv wahrgenommenen persönlichen Sicherheit in den 3 Gruppen gesprochen werden. Das Sicherheitsgefühl steigt in der Interventionsgruppe signifikant bei mittlerer Effektstärke ($t = -3{,}140$, $p = 0{,}005$; Cohens $d = -0{,}58$) an, während es in den beiden Kontrollgruppen keine Veränderung aufweist (KG1: $t = 0{,}168$, $p = 0{,}869$, Cohens $d = 0{,}045$; KG2: $t = -0{,}368$, $p = 0{,}715$, Cohens $d = -0{,}055$).

Matched-pairs-Analyse

Posttraumatic Diagnostic Scale

Der Interaktionseffekt der Faktoren Zeitverlauf und Gruppe erweist sich für die posttraumatische Stresssymptomatik als hochsignifikant ($F = 11{,}35$; $p = 0{,}00$). Der Rückgang der posttraumatischen Stresssymptomatik ist also mit und ohne Frühintervention unterschiedlich stark ausgeprägt. Den Mittelwertverlauf zeigt **Abb. 8**.

Im Einzelnen werden ein signifikanter Rückgang der Symptomatik in der Interventionsgruppe ($t = 4{,}47$; $p = 0{,}00$) mit einer großen Effektstärke von Cohens $d = 1{,}105$ sowie keine signifikante Veränderung in der Kontrollgruppe ($t = 1{,}51$; $p = 0{,}15$) und einer kleinen Effektstärke von Cohens $d = 0{,}206$ festgestellt.

Allgemeine Depressionsskala

Bezüglich der depressiven Symptomatik findet sich kein signifikanter Effekt im Zeitverlauf ($F = 2{,}33$; $p = 0{,}14$), auch der Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ist nichtsignifikant ($F = 0{,}42$; $p = 0{,}52$). Der Interaktionseffekt der Faktoren Zeitverlauf und Gruppe erweist sich für die depressive Symptomatik ebenfalls als nichtsignifikant ($F = 1{,}73$; $p = 0{,}20$). Den Mittelwertverlauf zeigt **Abb. 9**.

Berliner Lebensqualitätsprofil

Im Hinblick auf die Lebensqualität zeigen sich kein signifikanter Effekt über den Zeitverlauf vom ersten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ($F = 0{,}01$; $p = 0{,}94$) und kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen 1 und 3 ($F = 1{,}39$; $p = 0{,}25$). Es ergibt sich ebenfalls kein signifikanter Interaktionseffekt ($F = 1{,}20$; $p = 0{,}28$). Den Mittelwertverlauf zeigt **Abb. 10**.

Diskussion

Ziel

Die Evaluation inzwischen bundesweit angebotener Traumaambulanzen hinsichtlich der Wirksamkeit der dort angebotenen Frühinterventionen nach potenziell traumatischen Gewalterfahrungen war Ziel der vorliegenden Arbeit.

Interpretation der Ergebnisse

Generell ist zu sagen, dass die Ausgangswerte der posttraumatischen Stresssymptomatik in allen Gruppen hoch waren, es sich also um eine diesbezüglich hochbelastete Stichprobe handelte. Die Ergebnisse der Probanden im Prä-post-Vergleich weisen auf eine positive Wirkung der Frühinterventionen auf die posttraumatische Stresssymptomatik hin. Die Reduktion der Symptomatik über die Zeit war für die Interventionsgruppe statistisch hochsignifikant und auch klinisch bedeutsam in Hinsicht auf Symptomminderung bis in

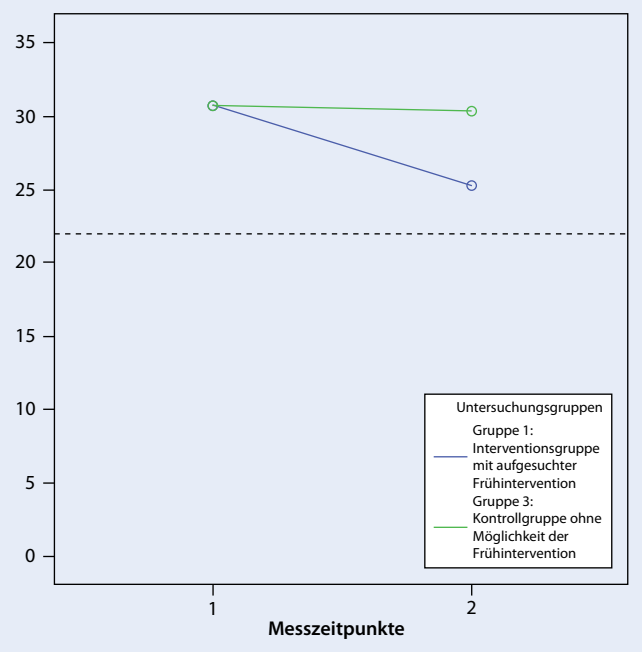

Abb. 9 ▲ Matched-pairs-Analyse: depressive Symptomatik im Prä-post-Zeitverlauf

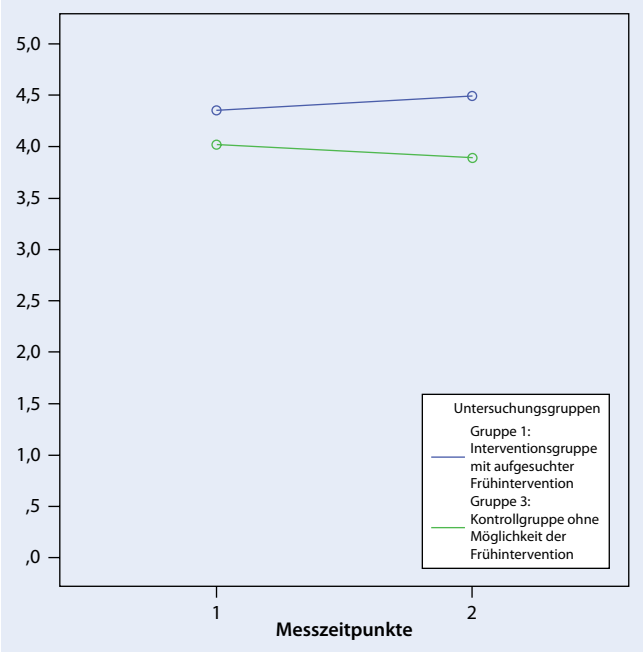

Abb. 10 ▲ Parallelisierte Stichprobe: Lebensqualität im Prä-post-Zeitverlauf

den subsyndromalen Bereich – im Gegensatz zur Gruppe der Probanden aus den Kontrollregionen ohne Möglichkeit der Frühintervention (Kontrollgruppe 2), die zwar eine statistisch signifikante, jedoch keine klinisch bedeutsame Symptomverbesserung zeigte. Für die PDS-D existiert ein klinischer „Cut-off"-Wert von 20 Rohwertpunkten, ab dem von einer klinisch bedeutsamen Symptomatik gesprochen wird. Im Mittel trafen die Probanden der Interventionsgruppe nach der Intervention direkt diesen Cut-off-Wert, sprich die Grenze zum klinisch unauffälligen Bereich, während die Werte der Probanden der beiden Kontrollgruppen sich zum zweiten Messzeitpunkt noch im deutlich auffälligen Bereich befanden.

Bei diesem Befund ist zu beachten, dass zur Interventionsgruppe beinahe ausschließlich Probanden gehörten, die ein sog. Typ-I-Trauma, ein einmalig auftretendes traumatisches Ereignis, erlebt hatten, während in den beiden Kontrollgruppen die Anteile derer, die Typ-II-Traumata (chronischen Traumatisierungen) ausgesetzt waren, deutlich größer war. Damit hatten die Probanden in den Kontrollgruppen hinsichtlich einer Kurzintervention die höheren Risiken. Das reicht dennoch nicht aus, um den unterschiedlichen Ausgang zu erklären, denn in der Matched-pairs-Analyse wurden die teilnehmenden Probanden nach Traumatyp parallelisiert.

Die Matched-pairs-Analyse erbrachte das gleiche Ergebnismuster bei noch deutlicherem Effekt mit einer statistisch signifikanten und klinisch bedeutsamen Symptomreduktion in der Interventionsgruppe und einer gleichbleibenden Symptomatik in der Kontrollgruppe[1].

Die durchgehend gefundenen signifikanten Effekte sind v. a. auch deshalb interessant, weil sich die Mehrzahl der Betroffenen in der Kontrollgruppe 2 ebenfalls in Behandlung begeben hatte – allerdings im üblichen Rahmen der Regelversorgung, oft mit den üblichen Wartezeiten und der üblich vorfindlichen Traumaexpertise der Therapeuten.

Die Ergebnisse der Reduktion der posttraumatischen Stresssymptomatik durch Frühinterventionen in Traumaambulanzen replizieren die ursprünglich in einer nichtkontrollierten Untersuchung gefundenen Ergebnisse der Vorläuferstudie aus NRW (Rose et al. 2009; Rudolf und Schulte 2006). Der damals beobachtete Effekt wird hier, im Vergleich mit Kontrollgruppen ohne Frühintervention, statistisch als signifikanter Effekt abgesichert. Deutlich wird, dass die Zeit „manche Wunden heilt" und im Durchschnitt auch ohne entsprechende Frühintervention eine gewisse Verbesserung der durch das Trauma hervorgerufenen Belastung eintritt. Dennoch muss als zentrales Ergebnis festgehalten werden, dass, obwohl in der Kontrollgruppe auch z. T. zeitintensive klinische Regelversorgung und psychotherapeutische Interventionen stattgefunden haben, die Akutversorgung in einer spezialisierten Traumaambulanz zu einer signifikant stärkeren Reduktion der posttraumatischen Stresssymptomatik geführt hat. Es ist dabei zu betonen, dass hier der Unterschied nicht nur statistisch signifikant, sondern auch klinisch relevant ist, denn die Reduktion führte die Belastungen in einen Bereich, der im Grenzbereich zur noch normalen Belastungen liegt.

Passend zum Rückgang der Traumasymptomatik war ein signifikanter Rückgang der depressiven Symptomatik in der Interventionsgruppe, nicht aber in den Kontrollgruppen ohne Möglichkeit der Frühintervention zu verzeichnen. Dies repliziert den Rückgang der depressiven Symptomatik, die in der Evaluation der Modelltraumaambulanzen in NRW schon gezeigt worden war (Schürmann 2010; Bollmann et al. 2012). Aufgrund der

[1] Hier nur eine Kontrollgruppe.

fehlenden Signifikanz des Interaktionseffekts sind die unterschiedlichen Verläufe der Untersuchungsgruppen jedoch statistisch nicht abgesichert und mit Vorsicht zu interpretieren. Weiterhin fiel bei der Betrachtung der Depressionswerte auf, dass die hohen Werte in allen 3 Gruppen darauf hinwiesen, dass es sich generell um eine hochbelastete Stichprobe handelte. In keiner Gruppe konnten zum zweiten Messzeitpunkt der klinische Cut-off-Wert und somit die klinisch bedeutsame Symptomlast im Mittel unterschritten werden. Dies weist darauf hin, dass die Frühinterventionen in Traumaambulanzen eine möglicherweise auch schon – epidemiologisch erwartbare – vorbestehende Depressivität nicht immer in den kurzen Behandlungszeiträumen ausreichend therapieren können. Die depressive Symptomatik ist mit ihrer hohen Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung nicht immer vollständig und eindeutig als Traumafolge anzusehen. Hinsichtlich solcher längsschnittlicher Perspektiven ist das gewählte Studiendesign limitiert.

Bezüglich der Lebensqualität, gemessen mit dem BELP-KF, fanden sich im Vergleich der beiden Messzeitpunkte in keiner Analyse Veränderungen. Auch wenn dies zunächst überrascht aufgrund der Tatsache, dass sich sowohl posttraumatische Stress- als auch depressive Symptomatik in der Interventionsgruppe über den Verlauf reduzierten, muss berücksichtigt werden, dass dennoch die depressive Symptomatik weiterhin klinisch auffällig und die posttraumatische Stresssymptomatik grenzwertig auffällig war. Weiterhin ist zu bedenken, dass die Probanden der Interventionsgruppe durchschnittlich nur 5 Sitzungen absolviert haben, der Postmesszeitpunkt dementsprechend nur wenige Wochen nach dem Prämesszeitpunkt stattfand. Die Lebensqualität ist dagegen ein eher träges Konstrukt. Eine Steigerung würde sich vermutlich erst nach einer längeren und stabilen Phase der Symptomreduktion mit gelingenden Lebensveränderungen auch objektivierbar manifestieren. Wichtig ist hierbei ebenfalls, genau zu berücksichtigen, welche Lebensbereiche im Konstrukt enthalten sind. So werden beispielsweise Zufriedenheit im Arbeitsleben oder mit der Wohnsituation nur schwerlich durch eine Frühintervention zu adressieren sein. Ein nach Gewalterfahrungen vermutlich stark erschütterter Bereich ist die subjektiv empfundene Sicherheit, auf die in der Auswertung besonderes Augenmerk gelegt wurde. Hier zeigte sich die Tendenz eines unterschiedlichen Verlaufs mit einer Steigerung in der Interventionsgruppe und gleichbleibenden Werten in den Kontrollgruppen. Dieses Ergebnis gibt Hinweise darauf, dass durch traumaspezifische Frühinterventionen ein Gefühl persönlicher Sicherheit wieder aufgebaut werden kann.

Weiterhin ist zu beachten, dass sowohl das Therapeutenurteil mit einem signifikanten Anstieg der GAF-Werte im Vergleich vor und nach der Frühintervention sowie die Tatsache, dass 60 % der in den Traumaambulanzen untersuchten Patienten keine weiterführende Behandlung in Anspruch genommen haben. Dies weist ebenfalls auf eine generelle Besserung des Befindens und des Funktionsniveaus durch die Frühintervention hin.

Limitationen der Studie

Die vorliegende Untersuchung beruht auf einem naturalistischen Design, innerhalb dessen die zum Projektzeitpunkt in Deutschland vorherrschenden Behandlungsmöglichkeiten für potenziell traumatisierte Gewaltopfer verglichen und evaluiert wurden. In einem solchen Design ist eine randomisierte Zuordnung der Probanden zu den Untersuchungsgruppen wegen der heterogenen Gruppengrößen und heterogenen Gruppenzusammensetzungen nicht möglich. Weiterhin ist hier zu beachten, dass die Probanden der Interventionsgruppe eine unterschiedliche Anzahl von Interventionssitzungen in variabler Frequenz absolviert haben, was auch zu unterschiedlichen Zeitabständen zwischen den Messzeitpunkten führte. Ebenso unterscheiden sich die Interventionsformen, die in den verschiedenen Traumaambulanzen eingesetzt wurden. Sie wurden nicht von den Autoren vorgegeben, sondern lediglich erfasst. Es fand sich somit, anders als in Psychotherapiestudien zur Überprüfung der Effizienz eines Verfahrens oder einer Methode, weder ein manualisiertes Vorgehen noch wurde überprüft, inwieweit die Therapeuten sich an bestimmte Qualitätsstandards der Behandlung hielten. Teilweise wurde Schwierigkeiten wie der heterogenen Zusammensetzung und Größe von Gruppen methodisch durch die zusätzlich durchgeführte Matched-pairs-Analyse begegnet. Dennoch verbleiben dem naturalistischen Design geschuldete Einschränkungen, die somit zu einer Einschränkung der internen Validität der Ergebnisse führen. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse und beim Schlussfolgern beachtet werden.

Eine Stärke der Studie ist, dass die Evaluation der Interventionsergebnisse nicht von der Behandlergruppe selber, sondern von einer „von außen" kommenden Studiengruppe durchgeführt wurde. Allerdings konnte diese Evaluationsgruppe keine persönlichen klinischen Interviews führen, sodass die symptomspezifische Einschätzung der erreichten Veränderungen auf Fragebogenselbstauskünften der Betroffenen basiert.

Die Zahl der teilnehmenden Probanden erreichte nicht die ursprünglich angestrebte Größe. Gründe hierfür waren die Dynamik im sich ständig verändernden Bereich der Versorgung von traumatisierten Patienten im Rahmen des OEG und lokal schwierige Rekrutierungsbedingungen. Während der Laufzeit des Projekts wurden in mehreren Bundesländern Traumaambulanzen neu eingeführt, sodass die Aufteilung in Modell- und Kontrollregionen immer wieder korrigiert werden musste. Dabei muss beachtet werden, dass neu gegründete Ambulanzen noch nicht die Routine und Wirksamkeit ihrer Arbeit erzielt haben können wie etablierte Behandlungsangebote, die sich seit Jahren eingespielt haben. Da es zwischen den Ambulanzen kein abgestimmtes standardisiertes, manualisiertes Vorgehen gibt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass generell überall ein vergleichbares Behandlungsangebot gemacht wurde. Umso erstaunlicher ist es, dass allein die definierten Rahmenbedingungen der Frühintervention in einem statistisch aussagekräftigen Matched-pairs-Design zu einem bedeutsamen Unterschied im Hinblick

auf die Reduktion der traumatischen Belastung führte.

Ausblick

Im Rahmen der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales entsprechend dem Koalitionsvertrag von 2013 geplanten Reform des sozialen Entschädigungsrechts sollen flächendeckend Traumaambulanzen nach dem OEG eingerichtet werden, die einen schnellen und unbürokratischen Zugang zu therapeutischen Frühinterventionen gewährleisten. In seiner Rede am 24. Juni 2014 betonte Herr Ministerialdirektor Dr. Rolf Schmachtenberg, Abteilungsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Ziel der Einrichtung von Traumaambulanzen: „Im günstigsten Fall werden damit schwerere psychische Folgen, wie z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung, und deren Verstetigungen vermieden" [Schmachtenberg 2014, S. 6]. Das vorliegende Projekt mit seinen statistisch abgesicherten Ergebnissen aus einem kontrollierten Vergleichsdesign kann empirisch belegen, dass dieser von der Politik vorgesehene Weg zumindest für die Betroffenen nach einer akuten Traumatisierung in der Versorgung entscheidende Vorteile hinsichtlich der Reduktion der posttraumatischen Stresssymptomatik bietet.

Eine Katamneseuntersuchung ist in Planung. Ziel wäre hierbei, die Stabilität der durch die Frühinterventionen erreichten Veränderungen zu überprüfen sowie Fragestellungen zur Verkürzung der Bearbeitungsdauer in den Versorgungsbehörden, zur Reduzierung des Gutachtenaufwands sowohl für Betroffene als auch Behörden und die Höhe des jeweiligen Grad der Schädigung als wichtiges Kriterium nach einer Frühintervention oder nach einer unspezifischen Intervention zu untersuchen.

Fazit für die Praxis

- **Frühinterventionen in Traumaambulanzen reduzieren die erhebliche posttraumatische Stresssymptomatik nach einer traumatischen Erfahrung.**
- **Die Symptomreduktion in Traumaambulanzen ist jener in der Regelversorgung überlegen. Diese Aussage ist insbesondere in Bezug auf Typ-I-Traumata belastbar.**
- **Erfolgreiche Frühinterventionen können dazu beitragen, eine Chronifizierung posttraumatischer Symptome zu verhindern.**
- **In einigen Fällen sind über die Frühintervention hinaus weitere (nichttraumaspezifische) Unterstützungsmaßnahmen und psychotherapeutische Hilfen nötig. Traumaambulanzen können hierbei eine entscheidende Rolle für die Weichenstellung spielen.**

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. M. Rassenhofer
Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie,
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm
miriam.rassenhofer@uniklinik-ulm.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Renate Schepker eröffnete am Standort Ravensburg während der Laufzeit der Studie eine der neu gegründeten baden-württembergischen Traumaambulanzen. Gereon Heuft leitet die Traumaambulanz an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster.

Für die vorliegende Studie liegt eine positive Einschätzung der Ethikkommission des Universitätsklinikums Ulm vor.

Literatur

Amos T, Stein DJ, Ipser JC (2014) Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 7:CD006239

Bastos HM, Furuta M, Small R, McKenzieMcHarg K, Bick D (2015) Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. Cochrane Database Syst Rev 4:CD007194

Bollmann K, Schürmann I, Nolting B, Dieffenbach I, Fischer G, Zurek G, Bering R, Heuft G (2012) Evaluation der Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Z Psychosom Med Psychother 58(1):42–54

Coffey SF, Dansky BS, Falsetti SA, Saladin ME, Brady KT (1998) Screening for PTSD in a substance abuse sample: psychometric properties of a modified version of the PTSD Symptom Scale Self-Report. J Trauma Stress 11(2):393–399

Ehlers A, Steil R, Winter H, Foa EB (1996) Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). University, Warneford Hospital, Oxford

Fegert JM, Ziegenhain U, Goldbeck L (Hrsg) (2010) Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland – Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung – Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz. Juventa, Weinheim

Feldner MT, Monson CM, Friedman MJ (2007) A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention: current status and theoretically derived future directions. Behav Modif 31(1):80–116

Foa EB (1995) The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) manual. National Computer Systems, Minneapolis

Gray MJ, Litz BT (2005) Behavioral interventions for recent trauma: empirically informed practice guidelines. Behav Modif 29:189–215

Hautzinger M, Bailer M, Hofmeister D, Keller F (2012) ADS (2012) – Allgemeine Depressionsskala (2012). Tests Info. Hogrefe, Göttingen

Kaiser W, Iserman M, Hoffmann K, Huxley P, Priebe S (1999) Zur Kurzerfassung subjektiver Lebensqualität. Ergebnisse der Erprobung einer Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF). Fortschr Neurol Psychiat 67:413–425

Litz BT (2004) Early intervention for trauma and traumatic loss. Guilford, New York

Mitchell JT (1983) When disaster strikes – the critical incident stress debriefing process. JEMS 8:36–39

Oliver J (1991–92) The social care directive: development of a quality of life profile for use in the community services for the mentally ill. Soc Work Soc Sci Rev 3:5–45

Rassenhofer M, Laßhof A, Felix S, Schepker R, Fegert J, Keller F (2014) Verbesserter Zugang zu Traumaambulanzen durch aktiven Einbezug der Versorgungsbehörden sowie primärer Anlaufstellen und Evaluation der Effektivität von Sofortinterventionen (TRAVESI). Abschlussbericht. Universitätsklinikum Ulm (nicht veröffentlicht)

Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI (2010) Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. Cochrane Database Syst Rev 3:CD007944. doi:10.1002/14651858.CD007944.pub2

Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S (2002) Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2:CD000560. doi:10.1002/14651858.CD000560

Rudolf G, Schulte D (2006) Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (eye-movementdesensitizationandreprocessing) zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. http://www.Wbpsychotherapie.de/page.Asp

Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich (2011). Abschlussbericht

Schmachtenberg R (2014) Das neue SER – Elemente einer grundlegenden Neugestaltung des Rechts der Sozialen Entschädigung und der Opferentschädigung. Rede anlässlich des Werkstattgesprächs zum Opferentschädigungsrecht und zum Sozialen Entschädigungsrecht am 24. Juni 2014im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/werkstattgespraech-schmachtenberg-rede.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 30. Sept. 2015

Schürmann I (2010) Projektbericht: Evaluation der Traumaambulanzen in NRW. Münster, Eigendruck. http://www.lwl.org/lwlversorgungsamtdownload/Antraege_und_downloads/Projektbericht-MAGS.pdf. Zugegriffen: 29. Juni 2015
Shapiro E (2012) EMDR and early psychological intervention following trauma. Eur Rev Appl Psychol 62(4):241–251
Shapiro E, Laub B (2008) Early EMDR intervention (EEI): a summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). J EMDR Pract Res 2(2):79–96
Shapiro E, Laub B (2015) Early EMDR intervention following a community critical incident: a randomized clinical trial. J EMDR Pract Res 9(1):17–27
Tarquinio C, Brennstuhl M, Reichenbach S, Rydberg J, Tarquinio P (2012) Early treatment of rape victims: presentation of an emergency EMDR protocol. Sexologies 21(3):113–121
Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (2011) Abschlussbericht. Geschäftsstelle der UBSKM, Berlin

IV DANKSAGUNG

Es ist mir eine Freude und Ehre, hier den Menschen zu danken, durch deren Unterstützung es mir möglich war, die Projekte, die dieser Promotion zugrunde liegen, durchzuführen sowie diese Dissertationsschrift zu verfassen.

Mein Dank gilt…

… *Prof. Dr. Jörg M. Fegert* für seine fachlich und menschlich kompetente sowie zuverlässige Unterstützung, für seine Zeit und seine Geduld, für all das Fördern, aber auch das Fordern. Ganz besonders danken möchte ich ihm jedoch für sein großes Vertrauen in mich.

… *Dr. Nina Spröber* für die fachlich und menschlich beste Art ein Projekt zu leiten. Für alle konstruktive Kritik, Wertschätzung, Zeit und Geduld. Sie war mir von Anfang an sowohl wissenschaftliches als auch therapeutisches Vorbild.

… *Prof. Dr. Thomas Becker* und *Prof. Dr. Tobias Banaschewski* für das Begutachten dieser Arbeit.

… *Prof. Dr. Renate Schepker* und *Prof. Dr. Ferdinand Keller* für das Teilen ihrer Expertise und Erfahrung sowie die gute und unterstützende Zusammenarbeit im Projekt TRAVESI.

… *Dr. Christine Bergmann* und den Mitarbeiterinnen ihrer Geschäftsstelle sowie *Herrn Johannes-Wilhelm Rörig* und seinem Arbeitsstab für die unkomplizierte und fruchtbare Zusammenarbeit, die Gestaltungsmöglichkeiten im Begleitforschungsprojekt sowie die Einblicke in fachpolitische Arbeit.

… meinen (ehemaligen) Kolleginnen und Kollegen in den hier dargestellten und weiteren Projekten *Thekla Schneider*, *Annika Lasshof*, *Annika Münzer, Rebecca Groschwitz*, *Joana Straub*, *Thorsten Sukale* und *Andreas Witt* für die kollegiale und konstruktive Zusammenarbeit sowie ihre Unterstützung. Schön, wenn aus Arbeit auch Freundschaft entsteht!

… den *Fachkräften der Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten* sowie den *Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Traumaambulanzen, Kliniken und Versorgungsbehörden*, die im Rahmen des Projekts TRAVESI mit der Uniklinik Ulm kooperierten, für ihren Einsatz und die motivierte Mitarbeit an den Projekten.

… den *von sexuellem Missbrauch Betroffenen*, die sich an die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten wandten, für ihren Mut und das Teilen ihrer Erfahrungen.

… allen *Teilnehmenden am Projekt TRAVESI* für ihre Zeit und ihre Auskunftsbereitschaft.

Zu guter Letzt danke ich von Herzen meiner Familie und meinen Freunden für ihre Unterstützung, Liebe und Freundschaft.

V LEBENSLAUF

Persönliche Daten

Name:	Rassenhofer
Vorname:	Miriam
Geboren am:	07.03.1983 in Ulm
Staatsangehörigkeit:	Deutsch

Beruflicher Werdegang

06/2002	Abitur
10/2002 – 09/2005	Studium der Medizinischen Dokumentation und Informatik an der Hochschule Ulm
03/2004 – 03/2007	Praxissemester und anschließende Werkstudententätigkeit bei GE Healthcare in Dornstadt
09/2005	Bachelor of Science
10/2005 – 09/2010	Studium der Psychologie an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
10/2008 – 03/2009	Praktikum in der Fachklinik Prinzregent Luitpold in Scheidegg; Praktikum beim psychologischen Dienst der Kinderklinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe
04/2009 – 08/2010	Wissenschaftliche Hilfskraft und Tutorin am Institut für empirische Bildungsforschung und pädagogische Psychologie der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
09/2010	Diplom in Psychologie
10/2010 – 04/2014	Weiterbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin am Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie (AZVT) Ulm
Seit 10/2010	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Ulm
04/2014	Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)
Seit 05/2014	Leitende Psychologin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

VI PUBLIKATIONSLISTE

Zeitschriftenartikel:

Allroggen, M., **Rassenhofer, M.**, Witt, A., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2016). The prevalence of sexual violence – results from a population-based sample. *Deutsches Ärzteblatt Int., 113*, 107-113.

Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröber, N., & **Rassenhofer, M.** (2013). Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen. *Nervenheilkunde, 32*, 827-833.

Fegert, J. M., Böhm, B., **Rassenhofer, M.**, & Witte, S. (2015). Reactions to the abuse cases in the Catholic Church in Germany. *Nervenheilkunde, 34*, 501-513.

Fegert, J. M., **Rassenhofer, M.**, & Spröber, N. (2011). Diagnostische und therapeutische Forschungsfragen zum sexuellen Missbrauch an Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis, 56*, 39-45.

Fegert, J., **Rassenhofer, M.**, Sproeber, N., Schneider, T., Seitz, A., & König, L. (2012). Effets à long terme des abus sexuels subis dans l'enfance et stratégies d'adaptation: Rapport de l'équipe d'enquête de la représentante spéciale pour les affaires de maltraitance d'enfants en Allemagne. *L'Information Psychiatrique, 88*, 677-685.

Fegert, J. M., **Rassenhofer, M.**, Schneider, T., Spröber, N., & Seitz, A. (2013). *Sexueller Kindesmissbrauch - Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen: Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann.* Beltz Juventa.

Fegert, J. M., **Rassenhofer, M.**, Witt, A. & Jud, A. (2015). Häufigkeitsangaben sexuellen Missbrauchs und Inanspruchnahme von Hilfen. Trauma & Gewalt, 9, 175-178.

Fegert, J. M., Witte, S., **Rassenhofer, M.**, Zimmer, A., & Böhm, B. (2015). Affected sexual abuse by priests, relatives and staff in ecclesiastical institutions: Context and effects. *Nervenheilkunde, 34*, 514-522.

König, L., Spröber, N., **Rassenhofer, M.**, & Seitz, A. F. J. (2011). Gehör für die Betroffenen–Telefonische Anlaufstelle zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs. Inanspruchnahme, erste Eindrücke zu Missbrauch in Institutionen und zum Beratungs-und Therapiebedarf. *Trauma & Gewalt, 5*, 114-123.

Rassenhofer, M., Laßhof, A., Felix, S., Heuft, G., Schepker, R., Keller, F., & Fegert, J. M. (2015). Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. *Psychotherapeut,* DOI: 10.1007/s00278-015-0073-0.

Rassenhofer, M., Fegert, J. M., Plener, P., & Witt, A. (2016). Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge – eine systematische Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 65*, 97-112.

Rassenhofer, M., Spröber, N., Schneider, T., & Fegert, J. M. (2013). Listening to victims: Use of a critical incident reporting system to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany. *Child Abuse & Neglect, 37*, 653-663.

Rassenhofer, M., Zimmer, A., Spröber, N., & Fegert, J. M. (2015). Child sexual abuse in the Roman catholic church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs. *Child Abuse & Neglect, 40*, 60-67.

Sachser, C., **Rassenhofer, M.**, & Goldbeck, L. (in press). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen - Klinisches Vorgehen, Evidenzbasis und weitere Perspektiven. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.*

Spröber, N., König, L., **Rassenhofer, M.**, König, C., Seitz, A., & Fegert, J. M. (2011). Entwicklung, Implementierung und erste Ergebnisse eines webbasierten Erhebungsrasters für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 20*, 83-94.

Spröber, N., König, L., **Rassenhofer, M.**, Seitz, A., & Fegert, J. M. (2011). Gehör für die Betroffenen - Telefonische Anlaufstelle zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs. Aufbau und wissenschaftliche Begleitung. *Trauma & Gewalt, 5*, 104-113.

Spröber, N., Schneider, T., **Rassenhofer, M.**, Seitz, A., Liebhardt, H., König, L., & Fegert, J. M. (2014). Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: A retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health, 14*, DOI: 10.1186/1471-2458-14-282.

Sukale, T., **Rassenhofer, M.**, Plener, P. L., & Fegert, J. M. (in press). Belastungen und Ressourcen unbegleiteter und begleiteter Minderjähriger mit Fluchterfahrung – Ein

Konzept zur strukturierten Einschätzung und darauf aufbauender Interventionsplanung. *Das Jugendamt.*

Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., **Rassenhofer, M.**, Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: A case series. *BMC Psychiatry, 15,* DOI: 10.1186/s12888-015-0645-0.

Witt, A., **Rassenhofer, M.**, Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen – Eine systematische Übersicht. Kindheit und Entwicklung, 24, 209-224.

Witt, A., **Rassenhofer, M.**, Pillhofer, M., Plener, P., & Fegert, J. (2013). Das Ausmaß von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. *Nervenheilkunde, 32*, 813-818.

Bücher und Buchkapitel:

Fegert, J. M., & **Rassenhofer, M.** (2015a). Gesellschafts-und bildungspolitische Notwendigkeit eines umfassenden Kursangebotes zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch. In J. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, H. Liebhardt (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen* (S. 3-7). Berlin Heidelberg: Springer.

Fegert, J. M., & **Rassenhofer, M.** (2015b). Sexueller Missbrauch. In G. Esser (Hrsg.), Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (5., vollständig überarbeitete Auflage) (S. 328-334). Stuttgart: Thieme.

Fegert, J. M., **Rassenhofer, M.**, Schneider, T., Spröber, N., & Seitz, A. (2013). *Sexueller Kindesmissbrauch - Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen: Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann.* Weinheim: Beltz Juventa.

Fegert, J. M., **Rassenhofer, M.**, Schneider, T., König, L., Seitz, A., Liebhardt, H., Kliemann, A., & Spröber, N. (2012). Betroffene hören – Ergebnisse der Begleitforschung für die telefonische Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs und Diskussion einer Forschungsagenda. In S. Andresen & W. Heitmeyer (Hrsg.), *Zerstörerische Vorgänge: Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen* (S. 111-128). Weinheim: Beltz Juventa.

Fegert, J. M., Spröber, N., Schneider, T., & **Rassenhofer, M.** (2015). Gehör für Betroffene: Die gesellschaftliche Aufarbeitung traumatischer Kindheitserfahrungen am Beispiel der Begleitforschung für die Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 539-554). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rassenhofer, M., König, C., & Fegert, J. M. (2016). Therapie psychisch schwer traumatisierter Patienten. In U. T. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke, & M. Cierpka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 300-318). Stuttgart: Schattauer.

Rassenhofer, M., Spröber, N., & Fegert, J. M. (2015). Ergebnisse der Anlaufstelle der UBSKM in Bezug auf Institutionen. In J. M. Fegert & M. Wolff (Hrsg.), *Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen« - Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (S. 50-58). Weinheim: Beltz.

<u>Kongressbeiträge</u>:

***Symposien**:*

Fegert, J. M. & **Rassenhofer, M.** (März 2016). Braucht es regelmäßige Datenerhebung zu sexuellem Missbrauch, auch für und in der Beratungs- und Behandlungspraxis? 18. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Hamburg.

Rassenhofer, M. (Juni 2015). Ergebnisse des Modellprojekts zur Evaluation von therapeutischen Sofort-Interventionen in über das Opferentschädigungsgesetz finanzierten Modell-Traumaambulanzen (TRAVESI). 20. Deutscher Präventionstag, Frankfurt a. M.

Rassenhofer, M., Lasshof, A., Felix, S., Schepker, R., Fegert, J. M., & Keller, F. (März 2014). Modellprojekt zur Evaluation von Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz und therapeutischen Sofort-Interventionen (TRAVESI): Design, Erhebung und erste Ergebnisse im Kinder- und Jugendlichenbereich. 16. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Hamburg.

Rassenhofer, M., Spröber, N., & Fegert, J. M. (März 2015). Sexueller Missbrauch innerhalb der Familie - Ergebnisse aus Betroffenenberichten bei der Anlaufstelle der

Unabhängigen Beauftragten. XXXIV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), München.

Rassenhofer, M. & Zimmer, A. (Juni 2013). Testimonials of victims of sexual abuse in the Roman Catholic Church – Comparison of data collected by the victim hotline of the Roman Catholic Church in Germany and the contact point of the German Independent Commissioner. XIII Congress of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), Bologna.

Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., **Rassenhofer, M.,** Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (Juni 2015). Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for unaccompanied refugee minors. XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), Vilnius.

Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., **Rassenhofer, M.,** Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (März 2016). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen – eine Fallserie. 18. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Hamburg.

Poster:

Rassenhofer, M., Lasshof, A., Schepker, R., Fegert, J. M., & Keller, F. (Juni 2015). Evaluation of German pilot trauma outpatient units and early psychotraumatological interventions. XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), Vilnius.