

Anlage A Angaben zur erlittenen sexualisierten Gewalt, deren Folgen und dem Umgang der Institution mit dem Fall

1 Angaben zur erlittenen sexualisierten Gewalt

Bitte machen Sie, soweit es Ihnen möglich ist, Angaben zur sexualisierten Gewalt, die Sie erlitten haben. Bitte kreuzen Sie an und/oder ergänzen Sie, was Ihnen angetan wurde. Mehrfachnennungen sind möglich. Unten können Sie die Umstände und den Hergang der Tat(en) schildern.

Sollte der Vordruck an irgendeiner Stelle für Ihre Angaben nicht ausreichen, nutzen Sie bitte Zusatzblätter und geben Sie die Nummer der jeweiligen Frage an.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, diesen Teil auszufüllen, können Sie stattdessen auch Unterlagen einreichen, aus denen Ihr erlittenes Leid hervorgeht (zum Beispiel Klinikbericht, Bericht Ihrer*s Psychotherapeut*in, Gerichtsurteil, Dokumentation der Fallbearbeitung in der Landeskirche oder im Landesverband).

Hat jemand:

- ☐ In sexualisierter Weise mit Ihnen gesprochen und/oder anzügliche Bemerkungen z.B. über ihr Aussehen gemacht
- ☐ sein/ihr Geschlechtsteil vor Ihnen entblößt.
- ☐ sich vor Ihren Augen selbst befriedigt.
- ☐ Ihnen pornografische Darstellungen gezeigt /geschickt.
- ☐ Sie dazu gebracht, bei sexuellen Handlungen zuzusehen.
- ☐ Sonstiges:

Jemand hat Sie für sexuellen Handlungen ausgenutzt:

- ☐ indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, dass Sie an ihm/ihr eine sexuelle Handlung vornehmen
- ☐ indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, dass Sie eine sexuelle Handlung an sich selbst vornehmen
- ☐ indem er/sie an Ihnen eine sexuelle Handlung vorgenommen hat.
- ☐ indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, dass Sie an einem Dritten eine sexuelle Handlung vornehmen
- ☐ indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, dass Sie von einem Dritten an Ihnen eine sexuelle Handlung vornehmen lassen
- ☐ Sonstiges:

Jemand hat die sexualisierte Gewalt:

- ☐ fotografiert oder gefilmt und/oder andere Formen von Abbildungen von Ihnen hergestellt
- ☐ die Aufnahmen (z.B. im Internet) verbreitet
- ☐ aufgenommen und mit der Verbreitung gedroht
- ☐ Sonstiges:

Bitte schildern Sie, soweit es Ihnen möglich ist, die Umstände und den Hergang der Tat(en). Bitte geben Sie Ihre Erinnerungen so genau wie möglich wieder.

2 Folgen der erlittenen sexualisierten Gewalt

2.1 Psychische Folgen

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der zutreffenden Aussagen und/oder in Stichpunkten an, unter welchen psychischen Beeinträchtigungen Sie in Folge der erlittenen Gewalt gelitten haben und/oder heute leiden:

[Hinweis: Bei den genannten Folgen handelt es sich nicht explizit um medizinisch-psychologische Diagnosen im Sinne des ICD-10.]

<u>Früher</u>	<u>Heute</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erleben von wiederkehrenden und einschränkenden Ängsten Ängste, die Sie im Alltag beeinträchtigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anhaltende Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizidgedanken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posttraumatische Belastungsstörung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identitätsprobleme (Sie sind verunsichert in der Rolle als Mann, Frau, Vater, Mutter und/oder im Beruf.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt- und Kommunikationsstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gedächtnisstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückzugsverhalten (in sozialen Situationen und Beziehungen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meiden bestimmter Orte, Tätigkeiten und/oder Personen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwangsgedanken bzw. zwanghaftes Verhalten (Manchmal müssen Sie etwas Bestimmtes immer wieder tun.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quälende Gedanken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Beeinträchtigungen/Probleme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aggressives Verhalten gegen andere und/oder gegen sich selbst (auch selbstverletzendes Verhalten)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvernachlässigung, Probleme mit der Gesundheitsfürsorge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verweigerung oder Vermeidung von Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dissoziationen (Ich stehe plötzlich neben mir oder fühle mich wie aufgelöst.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flashbacks (Mir schießen plötzlich Szenen in mein Bewusstsein, gegen die ich mich nicht wehren kann.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchterkrankung/Suchtmittelmissbrauch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzende Stichpunkte, und zwar:

2.2 Körperliche Folgen

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der zutreffenden Aussagen und/oder in Stichpunkten an, unter welchen körperlichen (auch psychosomatischen) Beeinträchtigungen Sie in Folge der erlittenen Gewalt gelitten haben und/oder heute leiden bzw. in Behandlung sind:

[Hinweis: Bei den genannten Folgen handelt es sich nicht explizit um medizinisch-psychologische Diagnosen im Sinne des ICD-10.]

<u>Früher</u>	<u>Heute</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen und Schmerzerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verletzungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungewollte Schwangerschaft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsabbruch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahn-/Kiefererkrankungen bzw. -beschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörbeeinträchtigung bzw. -behinderung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehbeeinträchtigung bzw. -behinderung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Störungen des Bewegungsapparats (z.B. Gehbeeinträchtigung bzw. -behinderung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inkontinenz (Probleme bei der Kontrolle über die Entleerung der Blase)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enkopresis (Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzende Stichpunkte, und zwar:

2.3 Andere Folgen der sexualisierten Gewalt

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der zutreffenden Aussagen und/oder in Stichpunkten an, unter welchen anderen Problemen und Beeinträchtigungen Sie in Folge der erlittenen Gewalt gelitten haben und/oder heute noch gelitten haben bzw. heute leiden:

- ☐ Schulschwierigkeiten
- ☐ fehlender Schulabschluss
- ☐ Fehlende Ausbildung in anerkannten Berufen
- ☐ Keine oder geringe Integration auf dem Arbeitsmarkt (z.B. Grundsicherung)
- ☐ Frühzeitige Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung
- ☐ (relative) Armut / Leben am Existenzminimum / Verschuldung
- ☐ Beantragte Sozialleistungen wurden nicht gewährt bzw. Auszahlung verzögert sich erheblich
- ☐ (Drohende) Wohnungslosigkeit
- ☐ Wenige Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe (z.B. kulturelle Veranstaltungen, Reisen, usw.)
- ☐ Einsamkeit
- ☐ Schwierigkeiten mit Zulassen von emotionaler und/oder körperlicher Nähe
- ☐ Probleme in der Partnerschaft
- ☐ Probleme in der Elternschaft
- ☐ Probleme in der Familie
- ☐ Straffälligkeit
- ☐ Belastungen aufgrund hohen Alters
- ☐ Belastungen aufgrund einer Schwerbehinderung
- ☐ Ergänzende Stichpunkte, und zwar:

3 Umgang der Institution mit dem Fall

3.1 Kenntnis

Bitte teilen Sie uns mit, ob vorgesetzte Stellen oder Dritte Personen zur Tatzeit oder zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von der sexualisierten Gewalt erhalten haben, die Sie erfahren mussten.

Dritte Personen sind z.B. Kirchengemeinderät*in, Pfarrer*in, Dekan*in, Prälat*in, Oberkirchenrät*in, Kirchenleitung, Leitung der Einrichtung, Ansprechperson im Diakonischen Werk, Jugendamt, andere Mitarbeitende.

- ☐ Nein, nicht zum Tatzeitpunkt.
- ☐ Ich habe zum Tatzeitpunkt Andeutungen gemacht.
- ☐ Andere Personen wussten zum Tatzeitpunkt davon, aber keine Vorgesetzten.
- ☐ Ja, ich habe mich zur Tatzeit oder zu einem späteren Zeitpunkt an jemanden konkret gewandt. Bitte benennen Sie Namen und Funktion dieser Stellen - soweit bekannt:

3.2 Reaktionen vorgesetzter Stellen oder Dritter auf die Tat(en)

Bitte teilen Sie uns mit, sofern es Ihnen bekannt ist, wie diese Stellen auf die Tat(en) bzw. Ihre Mitteilung reagiert haben. Mehrfachnennungen sind möglich, insbesondere wenn es unterschiedliche Reaktionen gab.

- ☐ Unterstützung und Verständnis
- ☐ Angebot von unterstützenden Maßnahmen (z.B. Beratung über weiteres Vorgehen, Unterstützung bei der Vermittlung von Therapieplätzen)
- ☐ Ergreifen von Maßnahmen zur Klärung der Situation
- ☐ Keine Reaktion
- ☐ Bagatellisieren der Tat(en)
- ☐ Vertuschung der Tat(en)
- ☐ Andere Reaktion(en):

3.3 Kenntnis von Beschwerdestrukturen

Bitte teilen Sie uns mit, sofern es Ihnen möglich ist, ob Sie zum Tatzeitpunkt Kenntnis von Beschwerdestrukturen in der Einrichtung hatten, also ob es die Möglichkeit zur Beschwerde gab und an wen Sie sich wenden konnten.

- ☐ Ich wusste, an wen ich mich mit meiner Beschwerde wenden kann.
- ☐ Zum Tatzeitpunkt hatte ich keine Kenntnis von Beschwerdemöglichkeiten
- ☐ Sonstiges: