

Bundesgesundheitsbl 2021 · 64:1339–1354
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03434-6>
 Eingegangen: 28. Juni 2021
 Angenommen: 20. September 2021
 Online publiziert: 18. Oktober 2021
 © Der/die Autor(en) 2021



Franziska Brunner · Safiye Tozdan · Verena Klein · Arne Dekker · Peer Briken

Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin & Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Lebenszeitprävalenz des Erlebens von Sex und sexueller Berührung gegen den eigenen Willen sowie Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Faktoren

Ergebnisse aus der Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD)

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03434-6>) enthalten.

Einleitung

Die möglichen Folgen sexueller Gewalt umfassen körperliche, sexuelle und psychische Störungen und sind empirisch gut belegt [1–7]. Bei Personen, die traumatische sexuelle Ereignisse bereits im Kindesalter erlebt haben, lassen sich funktionelle und hirnmorphologische Veränderungen nachweisen, welche wiederum mit Störungen im Bereich des emotionalen Erlebens und der Affektregulation in Verbindung gebracht werden (für eine Übersicht s. [8]). Dies kann die Zusammenhänge zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und der Entwicklung einer Depression im Erwachsenenalter erklären [9]. Auch für eine Reihe chronischer (psycho)somatischer Erkrankungen wie funktionale gastrointestinale Störungen, unspezifische Schmerzstörungen, chronischen Beckenbodenschmerz, psychogene Anfälle oder Fibromyalgie konnte ein Zusammenhang mit dem Erleben von sexuellem Kindesmissbrauch nachgewiesen werden (für eine Übersicht s. [10]). Die schädlichen Auswir-

kungen auf die psychische und somatische Gesundheit sind jedoch keinesfalls allein auf sexuelle Gewalterlebnisse im Kindesalter beschränkt, es lassen sich diese auch bei später im Leben stattfindenden sexuellen Gewalterfahrungen nachweisen [1–5, 11–14].

Frauen sind weltweit einem höheren Risiko ausgesetzt, sexuelle Gewalt zu erfahren, als Männer [1]. Daher erscheint auch die Studienlage für Frauen deutlich besser als für Männer [7, 15, 16]. Studien mit Blick auf Geschlechterunterschiede weisen auf Unterschiede in den gesundheitlichen Auswirkungen hin [7, 11, 12]. Insgesamt legen die bisher genannten Befunde einerseits nahe, dass die Beeinträchtigung der Gesundheit die Folge sexueller Gewalt bei beiden Geschlechtern sein kann, wobei eine Studie einen Zusammenhang mit einem selbstberichteten schlechten Gesundheitszustand nur für Frauen und nicht für Männer findet [17]. Menschen können auch infolge von Krankheit oder Behinderung ein erhöhtes Risiko haben, sexuelle Gewalt zu erleben. Fegert und Kolleg:innen nennen als Beispiele Fälle von sexuellen Übergriffen auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene in der Psychiatrie, der Psychotherapie, der Altenpflege, bei körperlicher Diagnostik oder während der Krankenhausbildung unter Narkose [18].

Die Erfassung der bundesweiten Prävalenz sexueller Gewalt hat sowohl hinsichtlich eines verbesserten Angebots und Schutzes bereits geschädigter Personen als auch zur Vorbeugung zukünftiger Gewalttaten große Bedeutung. Zuverlässige Häufigkeitsangaben können beispielsweise zur Identifikation von Risikofaktoren oder zum Monitoring von Häufigkeitsveränderungen über bestimmte Zeiträume genutzt werden. Sie tragen somit zu einem verbesserten Verständnis der Entstehung und der Kontextfaktoren von sexueller Gewalt bei. Für die Planung von spezifischen Behandlungs- und Präventionsprogrammen ist es wichtig, die Häufigkeit von sexueller Gewalt nicht nur für die Allgemeinbevölkerung, sondern auch in spezifischen Gruppen (z. B. unterschiedliche Alterskohorten, Geschlechter, psychisch und somatisch Erkrankte) abschätzen zu können. Für Deutschland liegen derzeit nur eingeschränkt aussagekräftige Prävalenzangaben für sexuelle Gewalterfahrungen vor. Einerseits ist die Anzahl bevölkerungsrepräsentativer Studien sehr überschaubar, andererseits variiert darin die Form der Erfassung von sexueller Gewalt bzw. sexueller Grenzverletzung.

Für die Häufigkeitsangaben zu sexuellem Kindesmissbrauch wurde die

Tab. 1 Lebenszeitprävalenzen für Sex_gegen_Willen und Berührung_gegen_Willen

	Gesamtstichprobe		Frauen		Männer	
	% [KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	% [KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	% [KI]	n (ungewichtet; gewichtet)
Ereignisse über die Lebensspanne						
Sex_gegen_Willen	9,0 [8,1–10,0]	4891; 4881	14,9 [13,4–16,6]	2579; 2425	3,1 [2,4–4,1]	2312; 2456
Berührung_gegen_Willen	26,9 [25,5–28,3]	4882; 4866	40,8 [38,6–43,1]	2575; 2411	13,2 [11,7–14,8]	2307; 2455
Berührung_gegen_Willen (exkl. Sex_g_W) ^a	21,0 [19,7–22,4]	4423; 4431	32,2 [29,9–34,5]	2186; 2050	11,4 [10,1–12,9]	2237; 2381
Ereignisse in der Kindheit						
<i>Alter bei Erlebnis < 14 J.</i>						
Sex_gegen_Willen	2,1 [1,7–2,6]	4873; 4852	3,1 [2,4–4,0]	2565; 2402	1,2 [0,8–1,7]	2308; 2451
Berührung_gegen_Willen	7,5 [6,7–8,4]	4831; 4803	12,2 [10,8–13,7]	2534; 2363	2,9 [2,1–3,9]	2297; 2439
Berührung_gegen_Willen (exkl. Sex_g_W) ^a	5,0 [4,2–5,9]	4384; 4383	8,6 [7,2–10,2]	2155; 2014	2,0 [1,4–2,8]	2229; 2369
<i>Alter bei Erlebnis < 14 J. und Altersabstand zur/m Beschuldigten mind. 5 J.</i>						
Sex_gegen_Willen	1,8 [1,4–2,3]	4860; 4838	2,8 [2,1–3,7]	2556; 2393	0,8 [0,5–1,3]	2304; 2445
Berührung_gegen_Willen	6,1 [5,4–6,9]	4774; 4745	10,4 [9,1–11,9]	2487; 2319	2,0 [1,4–2,8]	2287; 2426
Berührung_gegen_Willen (exkl. Sex_g_W) ^a	4,0 [3,3–4,8]	4339; 4338	7,1 [5,8–8,7]	2118; 1981	1,3 [0,0–2,0]	2221; 2357

KI 95 %-Konfidenzintervall, n Stichprobengröße

^aExkl. Sex_g_W: Teilstichprobe mit Erlebnis von Berührung_gegen_Willen, die nicht zusätzlich Sex_gegen_Willen berichtet hat

bisherige Studienlage in einer Expertise im Auftrag des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs zusammengefasst [19]. Die Autor:innen schließen darin mit dem Fazit, dass für Deutschland aufgrund von nicht vergleichbaren Studiendesigns und Operationalisierungen sexueller Gewalt keine genauen Häufigkeitsangaben möglich seien [19]. Die Studienlage zur Häufigkeit sexueller Gewalterfahrungen im Jugend- und Erwachsenenalter ist für Deutschland deutlich schlechter als für solche Ereignisse im Kindesalter – insbesondere in Hinblick auf repräsentative Befragungen [14, 20–23]. International und national lassen sich auch hier deutlich mehr Studien zu Frauen finden, wobei Studien zu Gewalt ausgehend von sexuellen Intimpartnern im Vordergrund stehen [2, 7, 22, 24–26].

Aufgrund der dargestellten Forschungslücken verfolgt die vorliegende Studie im Rahmen der bundesweiten Survey-Untersuchung „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD) das Ziel, für Deutschland bevölkerungsrepräsentative Prävalenzdaten für 2 unterschiedliche Formen sexueller

Gewalt¹ im Kindesalter und über die Lebensspanne hinweg zu erheben: (versuchte/vollzogene) sexuelle Berührung und (versuchter/vollzogener) Sex gegen den eigenen Willen. Das gewählte Forschungsdesign orientiert sich dabei an dem dritten National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) aus dem Vereinigten Königreich, welcher 2013 erstmalig auch bevölkerungsrepräsentative Daten zur Prävalenz sexueller Gewalt und zu den Zusammenhängen mit Gesundheitsvariablen einschloss [7].

Methoden

Datenerhebung

In der Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD; [27–29]) wurden N=4955 Frauen und Männer aus dem gesamten Bundesgebiet von Oktober 2018 bis September 2019 mittels computerassistierter persönlicher Interviews (Computer-assisted Personal

¹ Wir verwenden die Bezeichnungen „sexuelle Gewalt“ für selbstberichtete sexuelle Ereignisse gegen den eigenen Willen. Dabei handelt es sich um Berichte sexueller Ereignisse, bei denen aus – ggf. auch erst retrospektiver – Sicht der Studienteilnehmenden keine Einwilligung oder Einwilligungsfähigkeit vorlag.

Interview – CAPI) mit einem großen Selbstausfülleranteil (Computer-assisted Self Interview – CASI) befragt. Die Befragung erfolgte durch Interviewer:innen des sozialwissenschaftlichen Erhebungsinstituts KantarEmnid. Alle Fragen zu sexueller Gewalt wurden im Selbstausfülleranteil gestellt. Von allen Befragten lag eine schriftliche informierte Einwilligung vor. Die Teilnahmequote betrug 30,2 % (Response Rate 4 der American Association for Public Opinion Research; [30]). Die GeSiD-Daten wurden dahingehend gewichtet, dass sie der deutschen Bevölkerung hinsichtlich des Alters, Geschlechts, der Bildung, Nationalität und geografischen Lage entsprechen. Eine ausführlichere Beschreibung des methodischen Vorgehens inklusive der Datenerhebung, der Teilnahmequote (mit besonderer Berücksichtigung der angewandten Berechnungsmethode), der Gewichtungsmethode und der Repräsentativität der Daten ist aufgrund des Umfangs in einer eigenständigen Publikation nachzulesen [31].

Verwendete Items und Datenauswertung

Sexuelle Gewalt. In der vorliegenden Studie wurden 2 Formen selbstberich-

F. Brunner · S. Tozdan · V. Klein · A. Dekker · P. Briken

Lebenszeitprävalenz des Erlebens von Sex und sexueller Berührung gegen den eigenen Willen sowie Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Faktoren. Ergebnisse aus der Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD)**Zusammenfassung**

Hintergrund. Die negativen Auswirkungen von sexueller Gewalt auf die Gesundheit sind im vergangenen Jahrzehnt weltweit erneut stark in den gesundheitspolitischen Fokus gerückt. Bislang fehlen für Deutschland bevölkerungsrepräsentative Daten, auf deren Basis die Lebenszeitprävalenz für unterschiedliche Altersgruppen sowie spezifische Zusammenhänge zu gesundheitsbezogenen Faktoren dargestellt werden können.

Ziel der Arbeit. Die Studie untersucht 1) die Lebenszeitprävalenz für Sex sowie sexuelle Berührung gegen den eigenen Willen im Kindesalter und über die Lebensspanne sowie 2) die Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Faktoren.

Material und Methoden. 4955 Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren wurden in einer

zweistufig geschichteten, randomisierten Einwohnermeldeamtsstichprobe im Rahmen des bundesweiten wissenschaftlichen Survey „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD) befragt. Die Zusammenhänge mit soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren wurden (altersadjustiert und stratifiziert für Geschlecht) mittels logistischer Regression berechnet.

Ergebnisse. Für Frauen lag die Lebenszeitprävalenz für (versuchten/vollzogenen) Sex bei 14,9 % und für (versuchte/vollzogene) sexuelle Berührung gegen den Willen bei 40,8 %, für Männer bei 3,1 % respektive 13,2 %. Für erzwungenen Sex vor dem 14. Lebensjahr lag die Prävalenz bei 2,1 %, für sexuelle Berührung bei 7,5 %. Es zeigten sich höhere Prävalenzen bei Personen mit

beeinträchtigter Lebensqualität, schlechtem Gesundheitszustand, chronischer Erkrankung oder Behinderung, einer Behandlung aufgrund von Depression oder einer anderen psychischen Störung im letzten Jahr.

Diskussion. Die Studie verdeutlicht Zusammenhänge von sexueller Gewalt mit psychischer und somatischer Gesundheit. Sie unterstreicht die Dringlichkeit, nach solchen Erfahrungen regelhaft in der ärztlichen Anamnese zu fragen.

Schlüsselwörter

Sexuelle Gewalt · Sexueller Kindesmissbrauch · Lebensqualität · Häufigkeit · Trauma

Lifetime prevalences of nonconsensual sexual intercourse and touch and associations with health-related factors. Results from the German Health and Sexuality Survey (GeSiD)**Abstract**

Background. In the last decade, the negative effects of sexual violence on health have again become a focus of health policies worldwide. So far, representative population data on lifetime prevalence for different age groups and specific links to health-related factors for Germany are lacking.

Objectives. The study aimed to assess 1) the lifetime prevalence of self-reported nonconsensual sexual intercourse and sexual touch in childhood and across the lifespan and 2) associations with health-related factors.

Materials and methods. Using a two-step stratified, randomized sample of residents' registration offices, 4955 persons aged 18 to

75 years were interviewed within the scope of the nationwide scientific survey on health and sexuality in Germany (GeSiD). The associations between experiences of sexual violence and socio-demographic and health-related factors were age-adjusted and stratified for gender using logistic regression.

Results. For women, the lifetime prevalence of (attempted/completed) nonconsensual intercourse was 14.9% and in the form of (attempted/completed) nonconsensual sexual touching was 40.8%; for men the prevalences were 3.1% and 13.2%, respectively. Regarding forced experiences in childhood, the prevalence of sex was 2.1% and of sexual

touching was 7.5%. For both genders, the prevalence of nonconsensual intercourse was significantly higher in the case of low quality of life, poor health condition, a chronic illness or disability, or treatment for depression or for another mental disorder.

Conclusions. The results illustrate the strong links between sexual violence and mental and somatic health. This points to the urgency to routinely explore experiences of sexual aggression.

Keywords

Sexual violence · Child sexual abuse · Trauma · Quality of life · Frequency

teter sexueller Gewalt unterschieden: (versuchter/vollzogener) Sex gegen den eigenen Willen (Sex_gegen_Willen) und (versuchte/vollzogene) sexuelle Berührung gegen den eigenen Willen (Berührung_gegen_Willen). Sex_gegen_Willen wurde erfasst in Anlehnung an den britischen Natsal-3-Survey [7] mit der Frage: „Hat jemals eine Person gegen Ihren Willen oralen, analen oder vaginalen Sex (Geschlechtsverkehr) mit

Ihnen gehabt oder dies versucht?“ (Antwortmöglichkeiten: 1 – Nein; 2 – Ja, ist passiert bzw. versucht worden; 3 – keine Angabe.) Berührung_gegen_Willen wurde erfasst in Anlehnung an die Studie von Krahe und Berger [32], das Item 20 des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; [33]) und das Item 3 des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE; [34]) mit der Frage: „Hat jemals eine Person gegen Ihren Willen versucht,

Sie sexuell zu berühren oder Sie dazu zu bringen, ihn/sie zu berühren?“ (Antwortmöglichkeiten: 1 – Nein; 2 – Ja, ist passiert bzw. versucht worden; 3 – keine Angabe.) Das Alter bei dem Ereignis wurde erfragt mit: „Wie alt waren Sie, als dies das erste Mal geschah?“ [35]. Für die Berücksichtigung eines Altersabstands von mindestens 5 Jahren zur/zum Beschuldigten wurde bei Ereignissen vor dem 14. Lebensjahr zusätzlich folgende

Frage ausgewertet: „War die Person damals mindestens 5 Jahre älter als Sie?“ (Antwortmöglichkeiten: 1 – Nein; 2 – Ja, die Person war (ungefähr) ... Jahre alt; 3 – keine Angabe.) Die Kombination von Altersabstand von mindestens 5 Jahren zur/zum Beschuldigten und einem Ereignis in einem jüngeren Alter als 14 Jahre soll den Vergleich zu früheren Forschungsarbeiten ermöglichen, welche diese Definition für sexuellen Kindesmissbrauch gewählt haben [36].

Soziodemografische Faktoren. Das Alter wurde in Jahren erfragt und in 6 Altersgruppen (18–25, 26–35, 36–45, 46–55, 56–65, 66–75 Jahre) klassifiziert. Die Einteilung in die dichotome Variable *Geschlecht (Mann/Frau)* entspricht den von den Einwohnermeldeämtern übermittelten Geschlechterangaben und steuerte die Auswahl der Fragen (Form für Männer oder Form für Frauen). Keines der Einwohnermeldeämter übermittelte den in Deutschland vor Kurzem eingeführten Geschlechtereintrag „divers“. Befragte hatten die Möglichkeit, zu Beginn des Interviews die Geschlechterangabe (und damit den verwendeten Fragebogen) zu verändern – hiervon machte allerdings niemand Gebrauch.²

Der *Deprivationsindex* zur Abbildung regionaler sozioökonomischer Unterschiede und sozialer Benachteiligung wurde erfasst nach dem „German Index of Socioeconomic Deprivation“ [37]. Der Index wird für die Nutzung in der Forschung und Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder bereitgestellt und soll dazu beitragen, neue Datenquellen für die Analyse des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu erschließen. Er basiert auf den Merkmalen Beruf, Bildung und Einkommen und leistet einen Beitrag zur Erklärung regionaler Unterschiede in der Gesundheit. In der Aufschlüsselung nach Quintilen be-

deutet das erste Quintil eine „niedrige Deprivation“ und das 5. Quintil die „höchste Deprivation“.

Gesundheitsbezogene Faktoren. Die *Lebensqualität* wurde mit der Frage erhoben: „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig – alles in allem – mit Ihrem Leben?“ Es standen 7 Antwortmöglichkeiten von (1) „überhaupt nicht zufrieden“ bis (7) „vollkommen zufrieden“, wobei für die Auswertung die beiden niedrigsten zu „niedrig“, 3–5 zu „mittel“ und die beiden höchsten zu „hoch“ zusammengefasst wurden.

Allgemeiner Gesundheitszustand wurde erfasst mit der Frage: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ mit den 5 Antwortmöglichkeiten „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“, wobei die ersten und letzten beiden für die Auswertung zusammengefasst wurden.

Chronische Erkrankungen und Behinderungen wurden erfasst mit der Frage: „Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung oder Behinderung? Und wenn Ja: Beeinträchtigen diese Ihr Sexualleben?“, mit den Antwortmöglichkeiten „Nein“, „Ja, ich habe solche Erkrankungen, aber sie beeinträchtigen nicht mein Sexualleben“ und „Ja, ich habe solche Erkrankungen und sie haben Auswirkungen auf mein Sexualleben“.

Depressionsbehandlung im letzten Jahr und Behandlung aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung im letzten Jahr wurde mit der Frage erfasst: „Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt (therapiert) worden?“ (Antwortmöglichkeit „Ja“: „Depression“ resp. „eine andere psychische Erkrankung“.)

Der *Body-Mass-Index* (BMI) wurde aus Körpergröße („Wie groß sind Sie?“) und Körpergewicht der Befragten („Und Ihr Gewicht in kg?“) berechnet. Die Körpergröße wurde mit einem Freitextfeld als Angabe in cm erfasst. Das Gewicht in kg wurde gruppiert in 5-Kilogramm-Schritten erfasst. Für die Berechnung des BMI wurden jeweils die Gruppenmittelpunkte gebildet (also aus 50–54 kg: 52 kg). Die beiden Extremgruppen „unter 50 kg“ und „130 kg und mehr“ wurden analog auf 47 kg beziehungsweise 132 kg gesetzt.

Riskantes Trinkverhalten wurde mit dem validierten Screener Audit-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) erfasst [38]. Als Risikokonsum wurde ein Wert über 3 für Männer beziehungsweise über 2 für Frauen gewertet. Der *Zigarettenkonsum* wurde erfasst mit der Frage: „Rauchen Sie gegenwärtig?“ (Ja/Nein).

Zusätzlich wurde *Drogenkonsum im letzten Jahr* erfasst mit: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Substanzen zu sich genommen?“ Die Antwortmöglichkeiten wurden wie folgt geclustert: 1 – Nein; 2 – Ja, ausschließlich Cannabis („Ja, Cannabis (Marihuana, Gras, Haschisch)“); 3 – Ja, andere („Ja, Amylnitrit (Poppers)“; „Ja, etwas anderes“).

Statistische Auswertung

Alle Auswertungen wurden mit dem Modul „Komplexe Stichprobe“ der Datenanalysesoftware IBM SPSS Statistics für Windows (Version 25) durchgeführt, das für Gewichtung, Clusterung und Stratifizierung der Daten adjustiert. Aufgrund der vorgenommenen Gewichtung der Daten wird auf eine ausführliche Stichprobenbeschreibung verzichtet und auf die Projektpublikation zum methodischen Vorgehen verwiesen [31].

Für die sexuellen Ereignisse vor dem 14. Lebensjahr wird die Lebenszeitprävalenz in Prozent berichtet, einschließlich der 95%-Konfidenzintervalle (KI) in **Tab. 1** zum einen ohne Berücksichtigung weiterer Variablen berichtet, zum anderen mit der Berücksichtigung eines Mindestaltersabstands von 5 Jahren zur/zum Beschuldigten. Die Lebenszeitprävalenz von *Berührung_gegen_Willen* in Prozent, einschließlich 95%-KI, wird zum einen für alle Studienteilnehmenden dargestellt, zum anderen exklusive der Teilstichprobe, die zusätzlich auch *Sex_gegen_Willen* (*Sex_g_W*) berichtet (*Berührung_gegen_Willen* exkl. *Sex_g_W*). Differenziert für die ausgewählten soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Variablen werden die Lebenszeitprävalenzen der abhängigen Variablen *Sex_gegen_Willen* und *Berührung_gegen_Willen* (exkl. *Sex_g_W*) für die Gesamtstichprobe

² Die verwendete Unterscheidung in Frauen und Männer berücksichtigt nicht die Tatsache, dass manche Befragte ihr Geschlecht als komplexer oder nichtbinär erleben. Die verwendete Variable wird in Einzelfällen dem individuellen Geschlechtererleben und dessen möglichen Veränderungen nicht gerecht.

Tab. 2 Lebenszeitprävalenz für Sex_gegen_Willen über die Lebensspanne stratifiziert nach Geschlecht und Zusammenhänge mit soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren

	Frauen				Männer			
	Sex_gegen_Willen, % [95 % KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungewichtet; gewichtet)	Sex_gegen_Willen, % [95 % KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungewichtet; gewichtet)
Gesamt	14,9 [13,4–16,6]	–	–	2579; 2425	3,1 [2,4–4,1]	–	–	2312; 2456
Altersgruppe			0,021				0,062	
18- bis 25-Jährige	16,9 [13,1–21,5]	1,00		373; 279	3,0 [1,6–5,7]	1,00		385; 308
26- bis 35-Jährige	16,2 [13,2–19,7]	0,95 [0,64–1,41]		374; 419	3,8 [2,3–6,2]	1,28 [0,60–2,72]		535; 445
36- bis 45-Jährige	14,2 [10,5–18,9]	0,81 [0,53–1,24]		375; 396	5,6 [3,2–9,7]	1,92 [0,76–4,86]		375; 398
46- bis 55-Jährige	13,8 [10,3–18,3]	0,79 [0,50–1,24]		376; 520	2,9 [1,6–5,1]	0,96 [0,38–2,40]		360; 537
56- bis 65-Jährige	19,3 [15,2–24,1]	1,17 [0,79–1,75]		377; 467	1,9 [0,9–4,0]	0,63 [0,23–1,68]		373; 458
66- bis 75-Jährige	8,6 [5,4–13,5]	0,46 [0,26–0,83]	0,450	378; 346	1,3 [0,5–3,2]	0,41 [0,12–1,36]	0,798	284; 309
Bildung								
Niedrig	14,5 [11,6–18,1]	1,00		454; 689	2,5 [1,5–4,1]	1,00		537; 848
Mittel	13,7 [11,3–16,5]	0,89 [0,63–1,25]		877; 854	3,2 [1,8–5,6]	1,21 [0,56–2,62]		664; 708
Hoch	16,5 [14,3–18,9]	1,08 [0,77–1,52]		1248; 882	3,6 [2,4–5,4]	1,26 [0,65–2,44]		1111; 901
Deprivationsindex			0,412				0,648	
1 (niedrigstes Quintil)	15,7 [13,1–18,7]	1,00		850; 756	2,6 [1,6–4,3]	1,00		691; 763
2–4	15,1 [13,0–17,5]	0,95 [0,73–1,25]		1410; 1325	3,4 [2,4–4,9]	1,33 [0,72–2,48]		1274; 1330
5 (höchstes Quintil)	12,7 [9,5–16,8]	0,76 [0,51–1,15]	0,000	319; 344	3,1 [1,7–5,8]	1,26 [0,56–2,81]	0,000	347; 363
Lebensqualität								
Hoch	11,2 [9,3–13,3]	1,00		1441; 1358	2,1 [1,3–3,4]	1,00		1348; 1382
Mittel	19,2 [16,7–22,0]	1,86 [1,44–2,41]		1081; 1003	3,8 [2,7–5,1]	1,80 [0,98–3,30]		918; 1016
Niedrig	29,9 [17,4–46,2]	3,33 [1,59–6,97]	0,000	55; 60	16,8 [7,3–34,0]	10,00 [3,68–27,16]		40; 54
Allgemeiner Gesundheitszustand								
Sehr gut/gut	12,4 [10,8–14,3]	1,00		2001; 1811	2,9 [2,1–3,9]	1,00		1898; 1952
Mittelmäßig	20,8 [17,2–25,1]	2,07 [1,52–2,83]		474; 492	2,8 [1,5–5,2]	1,35 [0,67–2,75]		335; 403
Schlecht/sehr schlecht	31,5 [21,7–43,2]	3,82 [2,20–6,63]	0,000	94; 109	9,8 [5,1–18,0]	6,29 [2,71–14,62]	0,026	75; 97
Chronische Erkrankung oder Behinderung								
Nein	11,4 [9,8–13,2]	1,00 □		1769; 1625	2,7 [1,9–3,8]	1,00 □		1658; 1697
Ja	23,5 [19,7–27,6]	2,66 [1,95–3,63]		754; 738	3,9 [2,6–5,9]	1,95 [1,08–3,52]		612; 705
Depressionsbehandlung im letzten Jahr			0,000				0,014	
Nein	12,6 [11,1–14,3]	1,00		2310; 2158	2,8 [2,1–3,8]	1,00		2189; 2317
Ja	33,9 [28,0–40,3]	3,48 [2,53–4,78]		269; 267	8,3 [4,0–16,5]	2,97 [1,25–7,06]		123; 139
Behandlung aufgrund anderer psychischer Erkrankung im letzten Jahr			0,000				0,000	
Nein	14,0 [12,4–15,7]	1,00		2454; 2316	2,8 [2,1–3,7]	1,00		2248; 2388
Ja	35,1 [26,2–45,1]	3,14 [2,04–4,84]		125; 109	14,4 [6,8–28,0]	5,16 [2,30–11,55]		64; 68

Tab. 2 (Fortsetzung)

	Frauen			Männer				
	Sex_gegen_Willen, % [95% KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungewichtet; gewichtet)	Sex_gegen_Willen, % [95% KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungewichtet; gewichtet)
Body-Mass-Index			0,665				0,598	
Normal: 18,5–25 kg/m ²	14,5 [12,3–17,0]	1,00		1358; 1188	2,7 [1,8–4,1]	1,00		932; 928
Untergewichtig: < 18,5 kg/m ²	21,1 [12,7–32,9]	1,48 [0,83–2,65]		81; 63	6,6 [1,5–25,1]	2,50 [0,49–12,65]		23; 26
Übergewichtig: 25–30 kg/m ²	15,2 [12,7–18,1]	1,10 [0,80–1,51]		668; 663	3,2 [2,1–4,8]	1,20 [0,65–2,24]		913; 980
Adipös: > 30 kg/m ²	14,5 [11,2–18,6]	1,06 [0,72–1,57]		454; 495	3,5 [2,2–5,6]	1,43 [0,72–2,85]		423; 497
Risikantes Trinkverhalten			0,147				0,055	
Nein	14,0 [12,0–16,3]	1,00		1403; 1389	3,8 [2,7–5,3]	1,00		1107; 1211
Ja	16,9 [14,5–19,7]	1,21 [0,93–1,57]		1046; 899	2,3 [1,5–3,5]	0,59 [0,35–1,01]		1120; 1140
Rauchen (gelegentlich oder regelmäßig)			0,017				0,121	
Nein	13,5 [11,7–15,6]	1,00		1833; 1679		1,00		1500; 1544
Ja	18,3 [15,7–21,3]	1,36 [1,06–1,76]		739; 739		1,50 [0,90–2,49]		801; 900
Drogenkonsum im letzten Jahr			0,000				0,685	
Nein	14,2 [12,6–15,9]	1,00		2327; 2232		1,00		1893; 2090
Ja, ausschließlich Cannabis	23,9 [18,2–30,7]	1,87 [1,29–2,71]		196; 147		1,38 [0,59–3,25]		300; 258
Ja, andere	42,6 [24,9–62,4]	4,34 [1,90–9,91]		31; 20		1,48 [0,40–5,53]		87; 76

KI 95%-Konfidenzintervall, n Stichprobengröße

(Tab. 2 und 3) bzw. der Gruppe mit Erlebnissen im Kindesalter bei zusätzlichem mind. fünfjährigen Altersabstand zur/zum Beschuldigten (Tab. 4 und 5) berichtet. Mittels logistischer Regression wurden Adjusted Odds Ratios (AOR) berechnet, um mögliche Zusammenhänge zu den demografischen und gesundheitsbezogenen Variablen zu untersuchen. Sämtliche Modelle wurden für Alter adjustiert und für Geschlecht stratifiziert (Tab. 2 und 3) bzw. adjustiert (Tab. 4 und 5). Im Onlinematerial findet sich darüber hinaus für alle Modelle die zusätzliche Adjustierung für Bildung und Deprivationsindex (Tabellen A1–A3).

Ergebnisse

Lebenszeitprävalenzen

Für Sex_gegen_Willen und Berührung_gegen_Willen über die Lebensspanne betrug die Lebenszeitprävalenz 9,0% resp. 26,9% (Tab. 1). Für solche Ereignisse vor dem 14. Lebensjahr waren es 2,1% resp. 7,5% und unter zusätzlicher Berücksichtigung eines oder einer um mindestens 5 Jahre älteren Beschuldigten: 1,8% resp. 6,1%. Frauen berichten wesentlich häufiger von solchen Ereignissen als Männer.

Zusammenhang mit sozio-demografischen und gesundheitsbezogenen Variablen

Sex_gegen_Willen über die Lebensspanne. Die Prävalenz von Sex_gegen_Willen variierte in einem Großteil der untersuchten gesundheitsbezogenen Variablen bei Frauen und Männern, was sich in starken Zusammenhängen nach der Adjustierung für Alter (Age-adjusted Odds Ratios) zeigt (Tab. 2): Die höchsten Prävalenzraten fanden sich bei beiden Geschlechtern für Personen mit niedriger Lebensqualität, (sehr) schlechtem Gesundheitszustand, chronischer Erkrankung/Behinderung und Personen, die aufgrund einer Depression oder anderer psychischer Erkrankungen im letzten Jahr behandelt wurden. Für Frauen zeigte sich zusätzlich eine höhere Prävalenz bei denjenigen, die berichtet hatten, im letzten Jahr Nikotin oder

Tab. 3 Lebenszeitprävalenz für Berührung_gegen_Willen stratifiziert nach Geschlecht und Zusammenhänge mit soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren

	Frauen						Männer					
	Alle Frauen			Frauen, die nicht zusätzlich Sex_gegen_Willen berichtet haben			Alle Männer			Männer, die nicht zusätzlich Sex_gegen_Willen berichtet haben		
	Berührung_g_W, % [95% KI]	n (ungeachtet; gewichtet)	p	Berührung_g_W ^a , % [95% KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	n (ungeachtet; gewichtet)	Berührung_g_W, % [95% KI]	n (ungeachtet; gewichtet)	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungeachtet; gewichtet)	
Gesamt	40,8 [38,6–43,1]	2575; 2411	–	32,2 [29,9–34,5]	–	2186; 2050	13,2 [11,7–14,8]	2307; 2455	–	–	2237; 2381	
Altersgruppe												
18- bis 25-Jährige	39,6 [34,3–45,2]	373; 279	0,154	29,2 [23,7–35,3]	1,00	311; 232	13,7 [9,7–18,9]	384; 308	1,00	0,424	375; 299	
26- bis 35-Jährige	42,0 [37,4–46,7]	553; 407		32,9 [28,5–37,7]	1,19 [0,86–1,65]	467; 340	12,4 [9,3–16,4]	534; 446	0,84 [0,51–1,38]		515; 429	
36- bis 45-Jährige	36,3 [31,2–41,8]	429; 397		28,7 [23,6–34,4]	0,98 [0,65–1,46]	369; 341	15,3 [11,2–20,5]	374; 397	1,11 [0,63–1,96]		358; 375	
46- bis 55-Jährige	45,4 [40,2–50,6]	493; 521		37,7 [32,6–43,1]	1,47 [1,00–2,16]	422; 450	14,2 [10,4–19,3]	360; 539	0,96 [0,58–1,61]		347; 524	
56- bis 65-Jährige	43,7 [38,2–49,3]	489; 466		32,7 [27,2–38,7]	1,18 [0,79–1,76]	398; 376	13,7 [10,3–17,9]	371; 455	1,03 [0,61–1,73]		364; 448	
66- bis 75-Jährige	34,9 [28,2–42,4]	238; 342		28,7 [22,0–36,6]	0,98 [0,62–1,55]	219; 312	8,3 [5,4–12,5]	284; 309	0,57 [0,30–1,08]		278; 305	
Bildung			0,011							0,003		
Niedrig	36,0 [31,2–41,1]	451; 677		27,1 [22,4–32,4]	1,00	382; 578	12,6 [9,9–16,1]	534; 847	1,00		518; 826	
Mittel	40,2 [36,6–43,8]	875; 851		32,3 [28,7–36,1]	1,26 [0,92–1,71]	750; 734	9,3 [7,3–11,9]	664; 709	0,63 [0,40–0,99]		645; 687	
Hoch	45,2 [42,1–48,4]	1249; 883		36,0 [32,7–39,4]	1,57 [1,16–2,14]	1054; 738	16,6 [13,9–19,7]	1109; 899	1,34 [0,90–1,98]		1074; 868	
Deprivationsindex			0,194							0,117		
1 (niedrigstes Quintil)	43,4 [39,5–47,4]	847; 753		34,8 [30,6–39,3]	1,00	713; 635	12,8 [10,3–15,7]	694; 767	1,00		678; 748	
2–4	40,7 [37,5–43,8]	1413; 1322		31,7 [28,9–34,6]	0,85 [0,66–1,08]	1198; 1122	14,2 [12,1–16,5]	1267; 1326	1,07 [0,77–1,48]		1223; 1281	
5 (höchstes Quintil)	35,9 [29,8–42,4]	315; 337		28,3 [21,7–35,9]	0,72 [0,48–1,07]	275; 293	10,2 [6,8–15,1]	346; 362	0,66 [0,41–1,05]		336; 351	
Lebensqualität			0,001							0,395		
Hoch	35,4 [32,3–38,5]	1438; 1351		28,5 [25,8–31,5]	1,00	1273; 1199	11,4 [9,5–13,5]	1345; 1379	1,00		1318; 1351	
Mittel	47,5 [44,2–50,9]	1081; 1000		37,4 [33,7–41,3]	1,50 [1,22–1,85]	871; 808	14,7 [12,2–17,6]	919; 1020	1,16 [0,83–1,63]		882; 983	
Niedrig	52,9 [37,3–67,8]	56; 61		34,0 [20,1–51,4]	1,28 [0,62–2,65]	42; 43	30,6 [15,1–52,2]	38; 52	1,88 [0,65–5,48]		32; 43	
Allgemeiner Gesundheitszustand			0,784							0,039		
Sehr gut/gut	39,0 [36,3–41,8]	1995; 1797		31,8 [29,2–34,6]	1,00	1734; 1572	12,2 [10,6–14,0]	1892; 1949	1,00		1842; 1894	
Mittelmäßig	46,3 [41,3–51,3]	474; 490		34,0 [28,9–39,5]	1,11 [0,83–1,48]	372; 388	14,7 [10,7–20,0]	336; 403	1,35 [0,86–2,12]		325; 393	
Schlecht/sehr schlecht	49,7 [38,3–61,2]	95; 110		32,7 [21,6–46,1]	1,06 [0,59–1,91]	70; 77	26,7 [17,9–37,8]	75; 100	2,47 [1,20–5,10]		66; 90	
Chronische Erkrankung oder Behinderung			0,081							0,000		
Nein	37,2 [34,4–40,2]	1758; 1608		30,7 [27,8–33,7]	1,00	1540; 1423	10,9 [9,3–12,9]	1655; 1696	1,00		1613; 1652	
Ja	48,8 [44,5–53,2]	762; 744		35,6 [30,9–40,6]	1,28 [0,97–1,70]	593; 571	18,7 [15,5–22,4]	613; 708	2,09 [1,50–2,91]		586; 680	

Tab. 3 (Fortsetzung)

	Frauen						Männer					
	Alle Frauen			Frauen, die nicht zusätzlich Sex_gegen_Willen berichtet haben			Alle Männer			Männer, die nicht zusätzlich Sex_gegen_Willen berichtet haben		
	Berührung_g_W, % [95 % KI]	n (ungeachtet; gewichtet)	Berührung_g_W ^a , % [95 % KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungeachtet; gewichtet)	Berührung_g_W, % [95 % KI]	n (ungeachtet; gewichtet)	Berührung_g_W ^a , % [95 % KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungeachtet; gewichtet)
Depressionsbehandlung im letzten Jahr					0,043						0,020	
Nein	38,7 [36,3–41,1]	2302; 2140	31,4 [29,0–33,8]	1,00		2009; 1868	12,4 [11,0–14,0]	2183; 2313	10,9 [9,6–12,5]	1,00		2123; 2251
Ja	57,6 [50,6–64,4]	273; 272	40,3 [32,4–48,8]	1,47 [1,01–2,14]		177; 182	25,0 [17,3–34,7]	124; 142	19,9 [12,6–30,0]	1,95 [1,12–3,43]		114; 130
Behandlung aufgrund anderer psychischer Erkrankung im letzten Jahr					0,107						0,110	
Nein	40,0 [37,7–42,4]	2449; 2302	31,8 [29,5–34,3]	1,00		2104; 1978	12,6 [11,1–14,2]	2242; 2384	11,2 [9,8–12,7]	1,00		2180; 2319
Ja	58,4 [48,4–67,8]	126; 110	41,3 [30,9–52,4]	1,49 [0,92–2,42]		82; 72	31,4 [20,3–45,3]	65; 71	20,5 [10,4–36,4]	1,95 [0,86–4,41]		57; 62
Body-Mass-Index					0,072						0,721	
Normal: 18,5–25 kg/m ²	43,1 [39,9–46,3]	1353; 1180	35,1 [31,9–38,4]	1,00		1157; 1008	13,6 [11,4–16,2]	933; 933	12,2 [10,2–14,7]	1,00		908; 908
Untergewichtig: < 18,5 kg/m ²	47,4 [35,2–59,9]	80; 63	36,9 [24,7–51,0]	1,10 [0,62–1,98]		63; 49	21,3 [9,8–40,2]	23; 26	15,8 [6,4–34,0]	1,28 [0,47–3,46]		21; 24
Übergewichtig: 25–30 kg/m ²	37,1 [32,6–41,9]	668; 657	27,7 [23,2–32,7]	0,69 [0,52–0,93]		562; 556	12,3 [9,8–15,4]	909; 975	10,5 [8,3–13,4]	0,85 [0,59–1,21]		882; 944
Adipös: > 30 kg/m ²	39,1 [33,7–44,9]	458; 498	30,4 [24,4–37,2]	0,80 [0,57–1,12]		393; 427	13,9 [10,7–18,1]	421; 497	11,9 [8,7–16,0]	0,95 [0,63–1,45]		406; 482
Risikantes Trinkverhalten					0,001						0,656	
Nein	37,2 [34,2–40,3]	1402; 1382	29,0 [25,9–32,3]	1,00		1202; 1188	12,9 [11,0–15,0]	1108; 1213	11,0 [9,2–13,0]	1,00		1068; 1168
Ja	46,9 [43,3–50,5]	1045; 897	37,5 [33,8–41,4]	1,48 [1,18–1,86]		874; 745	13,3 [11,0–16,1]	1117; 1139	11,9 [9,7–14,5]	1,08 [0,78–1,50]		1090; 1114
Rauchen (gelegentlich oder regelmäßig)					0,069						0,915	
Nein	38,3 [35,8–40,9]	1829; 1668	30,4 [27,8–33,3]	1,00		1583; 1442	12,4 [10,6–14,4]	1498; 1541	11,2 [9,4–13,2]	1,00		1458; 1504
Ja	46,6 [42,3–50,9]	739; 736	36,2 [31,7–40,9]	1,26 [0,98–1,61]		596; 601	14,2 [11,7–17,1]	798; 902	11,8 [9,4–14,6]	1,02 [0,73–1,43]		769; 867
Drogenkonsum im letzten Jahr					0,000						0,037	
Nein	39,5 [37,0–41,9]	2324; 2222	31,2 [28,8–33,7]	1,00		2001; 1906	12,1 [10,5–13,9]	1887; 2085	10,5 [9,0–12,2]	1,00		1833; 2026
Ja, ausschließlich Cannabis	60,4 [50,6–69,4]	196; 147	49,7 [38,6–60,9]	2,37 [1,50–3,74]		145; 112	18,2 [13,7–23,7]	301; 259	15,3 [11,3–20,4]	1,59 [1,00–2,54]		289; 247
Ja, andere	60,6 [41,4–77,0]	31; 20	31,3 [14,6–55,0]	1,12 [0,40–3,17]		19; 11	21,1 [11,9–34,6]	87; 76	19,6 [10,5–33,8]	2,18 [1,01–4,72]		83; 72

^aBerührung_g_W: Berührung_gegen_Willen, KI 95 %-Konfidenzintervall, n Stichprobengröße

Tab. 4 Lebenszeitprävalenz für Sex_gegen_Willen im Alter unter 14 Jahren und Altersabstand zur/m Beschuldigten von mind. 5 Jahren und Zusammenhänge mit soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren

	Frauen			Männer			Gesamtstichprobe		
	Sex_g_Willen % [95% KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Sex_g_Willen % [95% KI]	Sex_g_Willen % [95% KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Sex_g_Willen % [95% KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p-Wert	n (ungewichtet; gewichtet)
Gesamt	2,8 [2,1–3,7]	2556; 2393	0,8 [0,5–1,3]	1,8 [1,4–2,3]	2304; 2445	–	–	–	4860; 4838
Altersgruppe									
18- bis 25-Jährige	2,0 [0,9–4,2]	372; 278	0,8 [0,2–3,3]	1,4 [0,7–2,7]	385; 308	1,00	1,00	0,246	757; 586
26- bis 35-Jährige	2,0 [1,0–3,9]	553; 410	0,7 [0,2–1,9]	1,3 [0,7–2,3]	532; 442	0,95 [0,40–2,23]	0,95 [0,40–2,23]		1085; 853
36- bis 45-Jährige	2,0 [0,9–4,3]	422; 392	1,0 [0,4–2,8]	1,5 [0,8–2,7]	374; 397	1,07 [0,41–2,78]	1,07 [0,41–2,78]		796; 789
46- bis 55-Jährige	3,1 [1,8–5,0]	486; 509	0,8 [0,3–2,3]	1,9 [1,2–3,0]	356; 530	1,40 [0,59–3,33]	1,40 [0,59–3,33]		842; 1039
56- bis 65-Jährige	4,7 [3,1–7,3]	486; 461	1,0 [0,4–3,0]	2,9 [1,9–4,4]	373; 458	2,12 [0,91–4,92]	2,12 [0,91–4,92]		859; 919
66- bis 75-Jährige	2,5 [0,9–6,5]	237; 343	0,5 [0,1–2,6]	1,5 [0,6–3,7]	284; 309	1,08 [0,35–3,31]	1,08 [0,35–3,31]	0,510	521; 653
Bildung									
Niedrig	2,8 [1,6–4,9]	445; 672	1,0 [0,4–2,2]	1,8 [1,2–2,8]	535; 844	1,00	1,00		980; 1516
Mittel	2,5 [1,7–3,8]	873; 846	0,6 [0,2–1,5]	1,7 [1,1–2,4]	663; 705	0,80 [0,45–1,42]	0,80 [0,45–1,42]		1536; 1551
Hoch	3,1 [2,1–4,3]	1238; 875	0,8 [0,4–1,6]	1,9 [1,4–2,7]	1106; 897	1,12 [0,60–2,08]	1,12 [0,60–2,08]	0,862	2344; 1772
Deprivationsindex									
1 (niedrigstes Quintil)	2,6 [1,7–4,2]	846; 751	0,6 [0,2–1,7]	1,6 [1,0–2,6]	689; 760	1,00	1,00		1535; 1511
2–4	2,7 [1,9–4,0]	1393; 1302	1,1 [0,7–1,9]	1,9 [1,4–2,6]	1270; 1327	1,16 [0,67–2,02]	1,16 [0,67–2,02]		2663; 2629
5 (höchstes Quintil)	3,5 [1,8–6,6]	317; 340	0,2 [0,0–1,1]	1,8 [0,9–3,4]	345; 358	1,05 [0,46–2,34]	1,05 [0,46–2,34]	0,005	662; 698
Lebensqualität									
Hoch	2,1 [1,4–3,2]	1432; 1346	0,5 [0,2–1,2]	1,3 [0,9–1,9]	1347; 1379	1,00	1,00		2779; 2724
Mittel	3,7 [2,5–5,4]	1070; 988	0,8 [0,4–1,7]	2,2 [1,6–3,2]	911; 1008	1,72 [1,00–2,95]	1,72 [1,00–2,95]		1981; 1997
Niedrig	4,8 [1,4–15,4]	52; 55	8,1 [2,5–23,3]	6,5 [2,8–14,1]	40; 54	4,95 [1,85–13,25]	4,95 [1,85–13,25]	0,000	92; 109
Allgemeiner Gesundheitszustand									
Sehr gut/gut	1,8 [1,3–2,7]	1991; 1796	0,7 [0,4–1,2]	1,2 [0,9–1,7]	1892; 1944	1,00	1,00		3883; 3740
Mittelmäßig	5,5 [3,7–8,1]	464; 479	1,0 [0,4–3,0]	3,4 [2,4–4,9]	335; 403	2,57 [1,58–4,19]	2,57 [1,58–4,19]		799; 882
Schlecht/sehr schlecht	7,5 [3,0–17,5]	91; 105	2,8 [0,7–11,4]	5,3 [2,5–11,0]	73; 95	4,13 [1,78–9,58]	4,13 [1,78–9,58]	0,003	164; 199
Chronische Erkrankung oder Behinderung									
Nein	1,9 [1,2–2,9]	1761; 1616	0,9 [0,5–1,4]	1,4 [1,0–1,9]	1654; 1693	1,00	1,00		3415; 3308
Ja	5,0 [3,5–7,0]	740; 718	0,8 [0,3–2,0]	2,9 [2,1–4,0]	609; 702	2,03 [1,28–3,21]	2,03 [1,28–3,21]	0,000	1349; 1419
Depressionsbehandlung im letzten Jahr									
Nein	2,0 [1,4–2,9]	2298; 2138	0,8 [0,5–1,3]	1,4 [1,1–1,8]	2182; 2308	1,00	1,00		4480; 4445
Ja	9,5 [6,4–13,9]	258; 255	1,2 [0,2–8,0]	6,6 [4,4–9,6]	122; 138	4,05 [2,46–6,68]	4,05 [2,46–6,68]		380; 393

Tab. 4 (Fortsetzung)

	Frauen			Männer			Gesamtstichprobe		
	Sex_g_Willen % [95% KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Sex_g_Willen % [95% KI]	Sex_g_Willen % [95% KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Sex_g_Willen % [95% KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p-Wert	n (ungewichtet; gewichtet)
Behandlung aufgrund anderer psychischer Erkrankung im letzten Jahr								0,000	
Nein	2,5 [1,9–3,4]	2434; 2286	0,7 [0,4–1,2]	0,7 [0,4–1,2]	2240; 2377	1,6 [1,2–2,1]	1,00		4674; 4664
Ja	9,4 [5,3–16,2]	122; 106	3,9 [0,9–15,0]	3,9 [0,9–15,0]	64; 68	7,3 [4,3–11,9]	4,32 [2,34–7,99]		186; 175
Body-Mass-Index								0,360	
Normal: 18,5–25 kg/m ²	2,0 [1,3–3,2]	1343; 1171	0,6 [0,3–1,5]	0,6 [0,3–1,5]	929; 926	1,4 [0,9–2,2]	1,00		2272; 2097
Untergewichtig: < 18,5 kg/m ²	3,2 [0,8–12,9]	81; 63	3,8 [0,5–24,5]	3,8 [0,5–24,5]	23; 26	3,4 [1,0–10,9]	2,13 [0,59–7,63]		104; 89
Übergewichtig: 25–30 kg/m ²	3,3 [2,2–5,0]	663; 654	0,8 [0,4–1,8]	0,8 [0,4–1,8]	910; 974	1,8 [1,3–2,7]	1,49 [0,78–2,84]		1573; 1628
Adipös: > 30 kg/m ²	3,5 [2,1–6,0]	451; 488	1,1 [0,4–2,7]	1,1 [0,4–2,7]	421; 495	2,3 [1,5–3,6]	1,65 [0,81–3,34]		872; 984
Risikantes Trinkverhalten								0,602	
Nein	3,0 [2,1–4,3]	1394; 1374	0,9 [0,5–1,6]	0,9 [0,5–1,6]	1105; 1207	2,0 [1,5–2,8]	1,00		2499; 2580
Ja	2,5 [1,6–3,8]	1036; 885	0,8 [0,4–1,8]	0,8 [0,4–1,8]	1115; 1136	1,6 [1,1–2,3]	0,87 [0,52–1,46]		2151; 2022
Rauchen (gelegentlich oder regelmäßig)								0,536	
Nein	2,8 [2,0–3,9]	1819; 1657	0,7 [0,4–1,2]	0,7 [0,4–1,2]	1497; 1542	1,8 [1,3–2,4]	1,00		3316; 3199
Ja	2,8 [1,8–4,4]	730; 729	1,1 [0,6–2,2]	1,1 [0,6–2,2]	797; 894	1,9 [1,3–2,7]	1,15 [0,74–1,78]		1527; 1622
Drogenkonsum im letzten Jahr								0,035	
Nein	2,8 [2,1–3,8]	2308; 2203	0,7 [0,4–1,2]	0,7 [0,4–1,2]	1886; 2080	1,8 [1,4–2,3]	1,00		4194; 4283
Ja, ausschließlich Cannabis	1,7 [0,6–4,8]	193; 145	2,3 [1,1–5,0]	2,3 [1,1–5,0]	299; 257	2,1 [1,1–3,8]	1,85 [0,87–3,93]		492; 402
Ja, andere	11,4 [4,2–27,3]	30; 19	0,6 [0,1–4,5]	0,6 [0,1–4,5]	87; 76	2,8 [1,1–6,8]	3,44 [1,26–9,36]		117; 95

Sex_g_Willen Sex_gegen_Willen, KI 95 %-Konfidenzintervall, n Stichprobengröße

psychogene Substanzen (ausschließlich Cannabis oder andere) konsumiert zu haben. Frauen der höchsten Altersgruppe (66–75 Jahre) berichteten am seltensten von Sex_gegen_Willen. Alle Zusammenhänge blieben für beide Geschlechter nach zusätzlicher Adjustierung für Bildung und Deprivationsindex bestehen (s. Onlinematerial Tabelle A2). Für Männer zeigte sich nach der zusätzlichen Adjustierung ein Zusammenhang mit riskantem Trinkverhalten dahin gehend, dass Männer, die Sex_gegen_Willen erlebt hatten, weniger häufig einen riskanten Alkoholkonsum berichten (s. Onlinematerial Tabelle A1).

Berührung gegen Willen über die Lebensspanne. Für Frauen und Männer, die Berührung gegen Willen, aber nicht zusätzlich Sex_gegen_Willen berichteten, sind die Zusammenhänge mit den soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Variablen in **Tab. 3** dargestellt. Bei Frauen zeigten sich die höchsten Prävalenzraten bei einer mittleren Lebensqualität, Depressionsbehandlung im letzten Jahr, riskantem Trinkverhalten und Cannabiskonsum im letzten Jahr. Männer berichteten häufiger von Berührung gegen Willen bei schlechtem Gesundheitszustand, chronischer Erkrankung/Behinderung, Depressionsbehandlung im letzten Jahr und Konsum psychogener Substanzen (ausschließlich Cannabis oder andere). Bei beiden Geschlechtern ergaben sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsniveau. Bei Frauen zeigte sich nach Adjustierung für Alter, Bildung und Deprivationsindex zusätzlich ein Zusammenhang für Rauchen (s. Onlinematerial Tabelle A2).

Ereignisse im Kindesalter. Für die Teilstichprobe, die das erste Mal Sex_gegen_Willen unter 14 Jahren bei berücksichtigtem fünfjährigem Mindestaltersabstand zur/zum Beschuldigten berichteten, zeigten sich Zusammenhänge für alle gesundheitsbezogenen Faktoren außer dem Body-Mass-Index (BMI), Rauchen und riskantem Trinkverhalten, nicht jedoch für soziodemografische Variablen (**Tab. 4**, Onlinematerial Tabelle A3). Für Berührung gegen Willen (exkl. Sex_g_W) fanden sich Zusammen-

Tab. 5 Lebenszeitprävalenz für Berührung gegen_Willen im Alter unter 14 Jahren und Altersabstand zur/m Beschuldigten von mind. 5 Jahren und Zusammenhänge mit soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren

	Frauen			Männer			Gesamtstichprobe		
	Berührung_g_W*; % [95 % KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Berührung_g_W*; % [95 % KI]	Berührung_g_W*; % [95 % KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Berührung_g_W*; % [95 % KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]	p	n (ungewichtet; gewichtet)
Gesamt	7,1 [5,8–8,7]	2118; 1981	1,3 [0,0–2,0]	2221; 2357	4,0 [3,3–4,8]	–	–	–	4339; 4338
Altersgruppe									
18- bis 25-Jährige	2,4 [1,1–5,2]	301; 226	0,7 [0,2–2,4]	372; 293	1,4 [0,7–2,8]	1,00		0,005	673; 520
26- bis 35-Jährige	7,0 [5,0–9,9]	451; 326	1,1 [0,5–2,5]	512; 426	3,7 [2,7–5,0]	2,65 [1,31–5,37]			963; 752
36- bis 45-Jährige	5,0 [3,1–7,9]	360; 327	1,3 [0,6–3,0]	355; 372	3,0 [2,0–4,6]	2,06 [0,90–4,70]			715; 698
46- bis 55-Jährige	9,6 [6,7–13,6]	407; 432	2,8 [1,4–5,5]	343; 517	5,9 [4,3–8,1]	4,28 [1,99–9,19]			750; 949
56- bis 65-Jährige	8,9 [6,0–13,1]	386; 365	1,2 [0,5–3,0]	362; 445	4,7 [3,2–6,7]	3,36 [1,45–7,82]			748; 810
66- bis 75-Jährige	7,4 [4,4–12,3]	213; 305	0,1 [0,0–0,9]	277; 303	3,8 [2,2–6,4]	2,47 [1,04–5,89]		0,358	490; 608
Bildung									
Niedrig	6,6 [4,2–10,4]	367; 549	0,6 [0,2–2,2]	512; 815	3,0 [2,0–4,7]	1,00			879; 1364
Mittel	9,5 [7,4–12,3]	732; 718	0,4 [0,1–1,1]	642; 681	5,1 [3,9–6,6]	1,39 [0,84–2,29]			1374; 1399
Hoch	5,1 [3,7–7,0]	1019; 714	2,8 [1,8–4,3]	1067; 861	3,8 [3,0–4,9]	1,30 [0,77–2,21]			2086; 1574
Deprivationsindex									
1 (niedrigstes Quintil)	7,7 [5,2–11,2]	690; 614	1,6 [0,8–3,2]	673; 742	4,3 [3,0–6,2]	1,00		0,526	1363; 1356
2–4	6,9 [5,4–8,8]	1161; 1081	1,4 [0,8–2,4]	1213; 1266	4,0 [3,1–5,0]	0,85 [0,54–1,34]			2374; 2347
5 (höchstes Quintil)	6,7 [3,7–12,0]	267; 285	0,5 [0,2–1,4]	335; 349	3,3 [2,0–5,5]	0,70 [0,36–1,34]			602; 635
Lebensqualität									
Hoch	6,5 [4,9–8,6]	1237; 1166	1,1 [0,6–2,0]	1310; 1337	3,6 [2,8–4,7]	1,00			2547; 2503
Mittel	8,3 [6,4–10,6]	839; 772	1,8 [1,1–3,0]	875; 974	4,7 [3,7–5,9]	1,36 [0,95–1,95]			1714; 1746
Niedrig	3,3 [1,0–10,3]	42; 43	0	31; 42	1,7 [0,5–5,2]	0,41 [0,12–1,39]			73; 85
Allgemeiner Gesundheitszustand									
Sehr gut/gut	6,8 [5,3–8,6]	1681; 1518	1,2 [0,8–1,9]	1828; 1872	3,7 [2,9–4,6]	1,00		0,363	3509; 3390
Mittelmäßig	7,7 [5,0–11,8]	358; 374	2,0 [0,7–5,2]	324; 392	4,8 [3,3–6,9]	1,15 [0,70–1,87]			682; 766
Schlecht/sehr schlecht	12,7 [5,7–25,9]	69; 75	1,7 [0,4–7,0]	65; 89	6,7 [3,2–13,5]	1,77 [0,78–4,00]			134; 164
Chronische Erkrankung oder Behinderung									
Nein	6,8 [5,2–8,9]	1496; 1379	1,1 [0,7–1,8]	1603; 1636	3,7 [2,9–4,8]	1,00			3099; 3015
Ja	7,9 [5,7–10,8]	573; 554	1,9 [0,9–3,8]	580; 672	4,6 [3,4–6,1]	1,17 [0,77–1,79]			1153; 1226
Depressionsbehandlung im letzten Jahr									
Nein	6,9 [5,5–8,5]	1948; 1807	1,2 [0,8–1,9]	2108; 2228	3,8 [3,1–4,6]	1,00		0,101	4056; 4035
Ja	10,0 [6,0–16,1]	170; 174	3,2 [1,2–8,5]	113; 129	7,1 [4,5–11,1]	1,61 [0,91–2,84]			283; 303

Tab. 5 (Fortsetzung)

	Frauen		Männer		Gesamtstichprobe		p	n (ungewichtet; gewichtet)
	Berührung_g_W*; % [95% KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Berührung_g_W*; % [95% KI]	n (ungewichtet; gewichtet)	Berührung_g_W*; % [95% KI]	Age-adjusted Odds Ratios [KI]		
Behandlung aufgrund anderer psychischer Erkrankung im letzten Jahr							0,039	
Nein	7,0 [5,7–8,6]	2037; 1910	1,2 [0,8–1,9]	2164; 2295	3,8 [3,2–4,7]	1,00		4201; 4205
Ja	9,8 [4,7–19,6]	81; 71	6,8 [2,4–17,5]	57; 62	8,4 [4,7–14,8]	2,10 [1,04–4,26]		138; 133
Body-Mass-Index							0,479	
Normal: 18,5–25 kg/m ²	6,6 [4,9–8,8]	1119; 974	0,6 [0,3–1,2]	900; 896	3,7 [2,7–5,0]	1,00		2019; 1870
Untergewichtig: < 18,5 kg/m ²	11,6 [4,6–26,6]	62; 48	0	21; 24	7,7 [3,0–18,4]	1,94 [0,68–5,50]		83; 72
Übergewichtig: 25–30 kg/m ²	6,8 [4,4–10,5]	546; 540	1,7 [0,9–3,2]	878; 938	3,6 [2,5–5,2]	1,14 [0,69–1,87]		1424; 1478
Adipös: > 30 kg/m ²	8,2 [5,5–12,1]	381; 410	2,2 [1,1–4,2]	402; 476	5,0 [3,5–7,1]	1,38 [0,83–2,30]		783; 885
Riskantes Trinkverhalten							0,065	
Nein	6,6 [5,2–8,4]	1170; 1155	0,9 [0,4–1,8]	1062; 1162	3,7 [3,0–4,7]	1,00		2232; 2317
Ja	7,8 [5,7–10,7]	844; 717	1,9 [1,2–3,2]	1082; 1100	4,3 [3,2–5,6]	1,41 [0,98–2,03]		1926; 1817
Rauchen (gelegentlich oder regelmäßig)							0,068	
Nein	6,1 [4,9–7,6]	1531; 1390	1,3 [0,8–2,3]	1447; 1487	3,7 [3,0–4,5]	1,00		2978; 2877
Ja	9,5 [6,8–13,1]	581; 585	1,4 [0,7–2,6]	764; 860	4,7 [3,4–6,3]	1,41 [0,97–2,05]		1345; 1446
Drogenkonsum im letzten Jahr							0,537	
Nein	7,3 [6,0–9,0]	1942; 1845	1,2 [0,7–1,9]	1823; 2009	4,1 [3,4–5,0]	1,00		3765; 3855
Ja, ausschließlich Cannabis	4,8 [1,9–11,5]	139; 107	2,7 [1,4–5,1]	285; 244	3,3 [1,9–5,8]	1,41 [0,70–2,81]		424; 350
Ja, andere	0	18; 11	2,7 [0,7–9,8]	81; 68	2,3 [0,6–8,5]	1,45 [0,34–6,21]		99; 79

Berührung_g_W* Teilstichprobe, die Berührung_gegen_Willen, aber nicht Sex_gegen_Willen berichtet hat; KI 95%-Konfidenzintervall; n Stichprobengröße

hänge für die Altersgruppe und einer Behandlung aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung als Depression (Tab. 5), bei zusätzlicher Adjustierung für Bildung und Deprivationsindex zusätzlich für aktuellen Nikotinkonsum (Onlinematerial Tabelle A3).

Diskussion

Lebenszeitprävalenz

Die GeSiD-Studie ermöglicht anhand einer für Deutschland bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe Aussagen zur Lebenszeitprävalenz zum Vorkommen von Erfahrungen sexueller Gewalt über die Lebensspanne. Für Deutschland liegen damit erstmalig detaillierte Häufigkeitsangaben für Frauen und Männer und differenziert für spezifische Gruppen mit unterschiedlichem Gesundheitsstatus und ausgewählten soziodemografischen Merkmalen vor.

Die Lebenszeitprävalenz zu Berührung gegen Willen verdeutlicht den großen Anteil von Personen in Deutschland, die eine Erfahrung im Laufe ihres Lebens machten, die sie als sexualisiert wahrnehmen und mindestens als Grenzverletzung erleben. Es ist bei diesen Selbstberichten von sexuellen Erlebnissen wie Berührung gegen Willen nicht sicher, welche Ereignisse gemäß dem deutschen Strafrecht sanktioniert würden. Dass 40,8% der Frauen und damit bedeutend mehr Frauen als Männer (13,2%) sexualisierte Kontakte gegen ihren Willen berichten, wird gesellschaftlich seit Langem und erneut verstärkt unter anderem seit der #aufschrei-Debatte im Jahr 2013 in Deutschland und insbesondere seit der im Jahr 2017 von den USA ausgehenden #Me-Too-Bewegung diskutiert [39, 40]. Die mediale Beachtung und Berichterstattung haben sich durch diese Diskurse in den letzten Jahren in Deutschland stark verändert und das ungleiche Geschlechterverhältnis bei den Opfern wird wiederholt im Zusammenhang mit den ungleichen gesellschaftlichen Machtverhältnissen von Frauen und Männern diskutiert [40]. Inwiefern dies zu einer steigenden Zahl von Anzeigen und Verurteilungen sexueller Gewaltstraftaten oder gar zu einer

Abnahme von sexueller Gewalt führt, ist derzeit nicht abzusehen.

Insgesamt deutet ein Vergleich mit anderen repräsentativen Studien nicht darauf hin, dass durch die Mitberücksichtigung des Versuchs von sexuellen Handlungen gegen den eigenen Willen in der GeSiD-Studie die Prävalenz durch den Einschluss (vermeintlich) trivialer Ereignisse überschätzt wird: Die GeSiD-Lebenszeitprävalenz für Sex_gegen_Willen liegt für beide Geschlechter zwischen den Ergebnissen der britischen Survey-Studie Natsal-3 für versuchten und vollzogenen Sex [7]. Die GeSiD-Prävalenzschätzung für Sex_gegen_Willen unter 14 Jahren entspricht mit 2,1% (mit Berücksichtigung des Altersabstands zur/zum Beschuldigten: 1,8%) nahezu dem Ergebnis der Studie von Häuser und Kolleg:innen für schweren bis extremen sexuellen Kindesmissbrauch ([41]; 1,9%) sowie der Studie von Stadler und Kolleg:innen für Penetration (oral/anal/vaginal bzw. mit Finger/Zunge/Gegenstand) unter 14 Jahren ([36]; 1,9%). Die deutschen Häufigkeitsangaben, welche bei einer weiter gefassten Definition sexuellen Kindesmissbrauchs bei einer Erfassung mit dem international weitverbreiteten Instrument Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ermittelt werden, variieren je nach Auswertungsmethode stark [41, 42]. Vergleicht man diese CTQ-Ergebnisse mit dem Ergebnis der GeSiD-Studie für Berührung_gegen_Willen im Kindesalter, zeigte sich jedoch auch hier, dass die Häufigkeiten durch den Einschluss des Versuchs sexueller Berührungen nicht zu einer wesentlich höheren Prävalenzrate geführt haben: Die GeSiD-Prävalenzen für Berührung_gegen_Willen unter 14 Jahren (inklusive Sex_gegen_Willen) liegen mit 7,5% (mit Berücksichtigung des Altersabstands zur/zum Beschuldigten: 6,1%) im vergleichbaren Bereich nach der Auswertungsmethode des CTQ für sexuellen Kindesmissbrauch von Ifland und Kolleg:innen ([42]; 6,2%) und fallen verglichen mit den Prävalenzraten für (leichten bis extremen) sexuellen Kindesmissbrauch von Häuser und Kolleg:innen ([41]; 12,5%) deutlich niedriger aus.

Die GeSiD-Daten können somit genutzt werden, um ein differenziertes Bild der Häufigkeitsangaben je nach Definition der *Hands-on*-Ereignisse³ zu erlangen, aber auch um das Vorkommen in Abhängigkeit von soziodemografischen oder gesundheitsbezogenen Faktoren einzuordnen. So können auch die Ergebnisse aus spezifischen deutschen Stichproben mit den repräsentativen GeSiD-Daten verglichen werden (wie z.B. sexuelle Kindesmissbrauchserfahrungen von über 60-Jährigen bei Glaesmer und Kolleg:innen [43]). Die GeSiD-Studie stellt damit insgesamt einen zusätzlichen, wesentlichen Baustein dar, sexuelle Gewalt/Grenzverletzung an Kindern und in der Gesamtpopulation Deutschlands zu beleuchten.

Zusammenhänge von Sex_gegen_Willen mit gesundheitsbezogenen Faktoren

Bei Sex_gegen_Willen im Kindesalter ließen sich für alle erfassten gesundheitsbezogenen Variablen bedeutsame Zusammenhänge aufzeigen – mit Ausnahme von BMI, riskantem Trinkverhalten und Rauchen. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei Berücksichtigung von solchen Ereignissen über die gesamte Lebensspanne für beide Geschlechter hinsichtlich einer bedeutsam höheren Prävalenz bei eingeschränkter Lebensqualität, schlechtem Gesundheitszustand, körperlicher Beeinträchtigung und dem Vorliegen psychischer Erkrankungen. Bei Ereignissen über die Lebensspanne zeigten sich höhere Prävalenzangaben zusätzlich für Frauen, die rauchen, und geringe Prävalenzangaben bei Männern, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Für Sex_gegen_Willen im Kindesalter ließen sich keine Zusammenhänge mit soziodemografischen Ereignissen erkennen, bei Ereignissen über die Lebensspanne lediglich bei den Frauen dahin

³ „Hands-on“-Delikte werden im forensischen Kontext von „Hands-off“-Delikten abgegrenzt: Hands off bezeichnet Delikte ohne Berührung des Gegenübers (meist Exhibitionismus, Voyeurismus oder zwanghafter Konsum von Pornografie), Hands on umfasst Delikte mit direktem Körperkontakt [44].

gehend, dass die älteste Alterskohorte am seltensten von Sex_gegen_Willen berichtet. Die Ergebnisse untermauern aber, dass sexuelle Gewalt ein Problem über alle gesellschaftlichen Gruppen hinweg darstellt. Aufgrund des verstärkten Auftretens bei psychisch und körperlich beeinträchtigten Personen sollte die Anamnese von sexuellen Grenzverletzungen unabhängig vom Geschlecht der Patient:innen ein fester Bestandteil der ärztlichen Praxis sein.

Zusammenhänge von Berührung_gegen_Willen mit gesundheitsbezogenen Faktoren

Heterogener und weniger klar sind die Zusammenhänge mit der Gesundheit bei den im Vergleich zu Sex_gegen_Willen möglicherweise weniger schwerwiegenden sexuellen Grenzverletzungen in Form von versuchter/vollzogener sexueller Berührung. Bezüglich solcher Ereignisse im Kindesalter zeigte sich für Berührung_gegen_Willen ausschließlich ein deutlich höheres Vorkommen bei Personen, die wegen einer anderen psychischen Störung als Depression in den vergangenen 12 Monaten in Behandlung waren. Dies steht im Gegensatz zu den deutlichen Zusammenhängen von Sex_gegen_Willen mit einer Vielzahl der erfassten gesundheitsbezogenen Variablen. Bei Ereignissen über die Lebensspanne zeigten sich für Frauen und Männer Zusammenhänge mit einer Depressionsbehandlung und Drogenkonsum im letzten Jahr, ansonsten zeigten sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Zusammenhänge mit spezifischen gesundheitsbezogenen Variablen. Bei Frauen trat zusätzlich ein höheres Vorkommen bei der Gruppe mit einer eingeschränkten Lebensqualität und riskantem Trinkverhalten auf. Bei Männern scheint eine höhere Gefährdung bei einer chronischen Erkrankung und bei Vorliegen von weiteren psychischen Erkrankungen zu bestehen.

Limitationen

Für diese Studie zur sexuellen Gewalt stand im GeSiD-Survey nur eine stark begrenzte Itemanzahl zur Verfügung.

Der Fokus wurde deshalb auf 2 recht eng definierte Formen sog. Hands-on-Ereignisse sowie deren Versuch gelegt und umfasst nicht die gesamte Spannweite sexueller Grenzverletzungen (u. a. exhibitionistische oder voyeuristische Handlungen, psychologische Gewaltformen). Bei den erfassten Ereignissen kann nicht zwischen versuchten und vollzogenen Ereignissen unterschieden werden. Da im Fokus dieser Studie der Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Faktoren stand, ist aus psychologischer und medizinischer Perspektive zu bemerken, dass der Versuch einer Vergewaltigung oder sexuellen Berührung keinesfalls ein triviales Ereignis für die berichtenden Personen darstellt. Bereits für weniger schwerwiegende Formen sexueller Belästigung – inklusive solcher in verbaler Form – konnten negative Auswirkungen auf die Gesundheit bei unterschiedlichen Altersgruppen nachgewiesen werden [45–48]. Die negativen Auswirkungen psychologischer Dimensionen von sexuellen Gewalterfahrungen auf die körperliche Gesundheit rücken zunehmend in den Blick [17]. Dazu zählt beispielsweise die Ausübung von Dominanz und Einschüchterung im Kontext der Erforschung gesundheitlicher Schädigungen infolge intimer Partnerschaftsgewalt [49].

Eine weitere Limitation der Studie stellt dar, dass die Anzahl untersuchbarer Teilnehmender bei bestimmten gesundheitsbezogenen Variablen sehr klein war, insbesondere die Gruppe mit Untergewicht, mit schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand, mit niedriger Lebensqualität und Konsumenten von anderen Drogen als Cannabis [31]. Die Aussagekraft für diese Gruppen ist somit eingeschränkt und es bedarf des Vergleichs der Ergebnisse aus zukünftigen Studien, die diese Gruppen gezielt rekrutieren und untersuchen. Bei der Interpretation aller dargestellten Ergebnisse ist zudem zu beachten, dass die Zusammenhänge keine kausalen Schlüsse zulassen. Zukünftige Forschung sollte die zeitliche Reihenfolge von sexuellen Erlebnissen gegen den Willen und Erkrankungen/gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen stärker in den Blick nehmen.

Schlussfolgerung

Die GeSiD-Studie ermöglicht anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe Aussagen zur Lebenszeitprävalenz von selbstberichteter sexueller Gewalterfahrung im Kindesalter und über die Lebensspanne. Erstmals stehen damit für Deutschland detaillierte Angaben zur Variabilität der Häufigkeiten in Abhängigkeit von bestimmten soziodemografischen Merkmalen und vom Gesundheitsstatus zur Verfügung. Die weltweiten Befunde zur deutlich höheren Prävalenz bei Frauen gegenüber Männern fanden sich auch in dieser Studie. Darüber hinaus machen die Ergebnisse deutlich, dass sexuelle Gewalt in Deutschland ein Problem über alle gesellschaftlichen Gruppen hinweg darstellt. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem die ausgeprägten Zusammenhänge von (versuchtem/durchgeführtem) Sex_gegen_Willen und psychischer sowie somatischer Gesundheit – für Frauen und Männer. Besonders ausgeprägt sind die Zusammenhänge mit Gesundheit bei Sex_gegen_Willen im Kindesalter. Hinsichtlich Berührung_gegen_Willen im Kindesalter ist der Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen als Depression im Erwachsenenalter bedeutsam. Ärzt:innen sollten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge von sexueller Gewalt und sexualisierter Grenzverletzung im Blick haben, zusätzlich aber insbesondere für die erhöhte Gefährdung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder psychischen Störungen sensibilisiert werden. In der ärztlichen und psychologischen Anamnese sollten Erlebnisse sexueller Gewalt unabhängig von Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status der Patient:innen routinemäßig exploriert werden. Wenn gleich Männer weniger häufig sexuelle Ereignisse gegen den Willen berichten als Frauen, weist die GeSiD-Studie auf ebenfalls bedeutsame und teils ausgeprägtere Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Variablen bei Männern hin.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Franziska Brunner

Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin & Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland
f.brunner@uke.de

Danksagung. Wir danken allen an der Studie teilnehmenden Personen, den Interviewenden und Mitarbeitenden von Kantar sowie dem wissenschaftlichen Beirat der Studie. Christian Wiessner danken wir für seine Unterstützung bei Fragen zur statistischen Auswertung. Claudia Fedorowicz und Marianne Ruhnau danken wir für ihre Unterstützung bei der Kontrolle der Tabellen. Die GeSiD Studie wurde durch eine Zuwendung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unterstützt.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Brunner, S. Tozdan, V. Klein, A. Dekker und P. Briken geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission der Hamburger Psychotherapeutenkammer, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Ein positives Ethikvotum liegt vor (Referenznummer: 07/2018-PTK-HH). Von allen beteiligten Studienteilnehmenden liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N (2013) Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Report. World health organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf. Zugegriffen: 16. Apr. 2021
- Wieners K, Winterholler M (2016) Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Bundesgesundheitsbl 59:73–80. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2260-0>
- Jina R, Thomas LS (2013) Health consequences of sexual violence against women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 27:15–26. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012>
- Domenech Del Rio I, Sirvent Garcia Del Valle E (2017) Non-partner sexual violence against women in Spain: lifetime prevalence, perpetrators and consequences on mental health. J Public Health (Oxf) 39:738–744. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw111>
- Lippus H, Laanpere M, Part K, Ringmets I, Karro H (2020) What do we know about the impact of sexual violence on health and health behaviour of women in Estonia? BMC Public Health 20:1897. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09953-2>
- Maniglio R (2009) The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. Clin Psychol Rev 29:647–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Macdowall W, Gibson LJ, Tanton C et al (2013) Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). Lancet 382(9907):1845–1855. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62300-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62300-4)
- Plener PL, Ignatius A, Huber-Lang M, Fegert JM (2017) Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. Nervenheilkunde 36:161–167. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1635151>
- Li D, Chu CM, Lai V (2020) A developmental perspective on the relationship between child sexual abuse and depression: a systematic and meta-analytic review. Child Abuse Rev 29:27–47. <https://doi.org/10.1002/car.2592>
- Paras ML, Murad MH, Chen LP et al (2009) Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA 302:550–561. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>
- Basile KC, Black MC, Simon TR, Arias I, Brener ND, Saltzman LE (2006) The association between self-reported lifetime history of forced sexual intercourse and recent health risk behaviors: findings from the 2003 national youth risk behavior survey. J Adolesc Health 39:752e1–752e7
- Choudhary E, Coben JH, Bossarte RM (2008) Gender differences in the association between sexual violence victimization, health outcomes and risk behaviors. Am J Mens Health 2:254–259
- Joskowski KN, Sanders SA (2012) Health and sexual outcomes of women who have experienced forced or coercive sex. Women Health 52:101–118
- Wadsworth P, Records K (2013) A review of the health effects of sexual assault on African American women and adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 42:249–273
- McLean IA (2013) The male victim of sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 27:39–46. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.006>
- Larsen ML, Hilden M (2016) Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish assault center. J Forensic Leg Med 43:8–11
- Hayes BE, Kopp PM (2020) Gender differences in the effect of past year victimization on self-reported physical and mental health: findings from the 2010 national intimate partner and sexual violence survey. Am J Crim Justice 45:293–312. <https://doi.org/10.1007/s12103-019-09510-7>
- Fegert J, Hoffmann U, Köchl M (2018) Schutz von vulnerablen Personen im Abhängigkeitsverhältnis. In: Fegert J, Köchl M, König E, Harsch D, Witte S, Hoffmann U (Hrsg) Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen. Springer, Heidelberg, 5349–359
- Jud A, Rassenhofer M, Witt A, Münzer A, Fegert JM (2016) EXPERTISE Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage. www.beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf. Zugegriffen: 16. Apr. 2021
- Allroggen M, Rassenhofer M, Witt A, Plener PL, Brähler E, Fegert JM (2016) The prevalence of sexual violence: results from a population-based sample. Dtsch Arztebl Int 113:107–113. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0107>
- Hellmann DF (2014) Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_122.pdf. Zugegriffen: 5. Aug. 2021
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/studie-lebenssituation-sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland-80694>. Zugegriffen: 5. Aug. 2021
- Baier D, Pfeiffer C, Simonson J, Rabold S Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. Hannover: 2009. https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_107.pdf. Zugegriffen: 5. Aug. 2021
- Schröttle M, Ansoorge N (2008) Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93968/f832e76ee67a623b4d0cfd3ea952897/gewalt-paarbeziehung-langfassung-data.pdf>. Zugegriffen: 5. Aug. 2021
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014) Violence against women: an EU-wide survey. Luxembourg: publications office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>. Zugegriffen: 5. Aug. 2021
- Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M, Chen J (2018) The national intimate partner and sexual violence survey: 2015 data brief—updated release. Centers for disease control and prevention. <https://www.nsvr.org/resource/2500/national-intimate-partner-and-sexual-violence-survey-2015-data-brief-updated-release>. Zugegriffen: 5. Aug. 2021
- Matthiesen S, Dekker A, Briken P (2018) Pilotstudie zur Erwachsenensexualität in Deutschland – Erste Ergebnisse zu Machbarkeit und Methodenvergleich. Z Sex-Forsch 31:218–236. <https://doi.org/10.1055/a-0663-4354>
- Dekker A, Matthiesen S, Cerwenka S, Otten M, Briken P (2020) Health, sexual activity, and sexual satisfaction—selected results from the German health and sexuality survey (GesID). Dtsch Arztebl Int 117:645–652. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0645>
- Briken P, Matthiesen S, Pietras L et al (2020) Estimating the prevalence of sexual dysfunction using the new ICD-11 guidelines—results of the first representative, population-based German health and sexuality survey (GesID). Dtsch Arztebl Int 117:653–658. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0653>
- American Association for Public Opinion Research (2016) Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys. Report. www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf. Zugegriffen: 5. Aug. 2021
- Matthiesen S, Pietras L, Bode H et al (2021) Methodology of the German national sex survey—GesID (German health and sexuality survey). J Sex Res. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1875188>
- Krahé B, Berger A (2017) Gendered pathways from child sexual abuse to sexual aggression victimization and perpetration in adolescence and young adulthood. Child Abuse Negl 63:261–272. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.004>
- Wingenfeld K, Spitzer C, Mensebach C et al (2010) The German version of the childhood trauma questionnaire (CTQ): preliminary psychometric properties. Psychother Psychosom Med Psychol 60:442–450. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1247564>
- Wingenfeld K, Schäfer I, Terfehr K et al (2011) Reliable, valide und ökonomische Erfassung früher Traumatisierung: Erste psychometrische charakterisierung der deutschen Version des adverse childhood experiences questionnaire (ACE). Psychother Psychosom Med Psychol 61(01):e10–e14. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263161>
- King G, Guilbert P, Ward DG, Arwidson P, Noubary F (2006) Correlates of sexual abuse and smoking among French adults. Child Abuse Negl 30(6):709–723. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.02.011>
- Stadler L, Bieneck S, Pfeiffer C (2012) Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN). https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_118.pdf. Zugegriffen: 16. Apr. 2021
- Kroll LE, Schumann M, Hoebel J, Lampert T (2017) Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. J Health Monit 2:103–120. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-035>
- Wetterling T, Weltrup C (1997) Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Springer, Heidelberg
- Herzog D (2020) Feminismus und Sexualpolitik: Die #MeToo-Bewegung und ihre Kritiker_innen. Z Sex-

- Forsch 33:143–151. <https://doi.org/10.1055/a-1213-8904>
40. Gnuu BC, Wyss EL (2019) Der# MeToo1-Protest. In: Häuser S, Opiłowski R, Wyss EL (Hrsg) *Alternative Öffentlichkeiten. Soziale Medien zwischen Partizipation, Sharing und Vergemeinschaftung*. transcript-Verlag, Bielefeld, S 131–166
 41. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int* 108:287–294. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0287>
 42. Iffland B, Brähler E, Neuner F, Häuser W, Glaesmer H (2013) Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health* 13:980. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-980>
 43. Glaesmer H, Gunzelmann T, Braehler E, Forstmeier S, Maercker A (2010) Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *Int Psychogeriatr* 22(4):661–670. <https://doi.org/10.1017/S104161021000027X>
 44. Berner W, Briken P (2007) Störung der Sexualpräferenz (Paraphilie). *Bundesgesundheitsbl* 50:33–43. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0108-y>
 45. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, von Känel R, Koenen K (2019) Association of sexual harassment and sexual assault with midlife women's mental and physical health. *JAMA Intern Med* 179(1):48–53. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4886>
 46. Bucchianeri MM, Eisenberg ME, Wall MM, Piran N, Neumark-Sztainer D (2014) Multiple types of harassment: associations with emotional well-being and unhealthy behaviors in adolescents. *J Adolesc Health* 54(6):724–729. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.205>
 47. Gruber JE, Fineran S (2008) Comparing the impact of bullying and sexual harassment victimization on the mental and physical health of adolescents. *Sex Roles* 59:1–13. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9431-5>
 48. Rinehart SJ, Espelage DL, Bub KL (2020) Longitudinal effects of gendered harassment perpetration and victimization on mental health outcomes in adolescence. *J Interpers Violence* 35:5997–5016. <https://doi.org/10.1177/0886260517723746>
 49. Witte TH, Hackman CL, Boleigh A, Mugoya G (2015) The link between psychological abuse victimization and physical health in college students. *J Aggress Maltreat Trauma* 24:693–706. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1049769>