



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Wahrgenommene Barrieren im Militär bei der
Untersuchung der psychischen Gesundheit am Beispiel
des Österreichischen Bundesheeres“

verfasst von / submitted by
Hannah Ehrlich, BSc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ-Prof. Dr.in Brigitte Lueger-Schuster

Inhaltsverzeichnis

Wahrgenommene Barrieren im Militär bei der Untersuchung der psychischen Gesundheit am Beispiel des Österreichischen Bundesheeres.....	4
Prävalenz psychischer Störungen	4
Gründe für Prävalenzschwankungen	6
Belastungen im Militär	7
Disclosure-Prozess.....	7
Inanspruchnahme des Hilfsangebots und Barrieren	8
Unterschied zwischen körperlichen und psychischen Problemen im Militär.....	11
Militärkultur und Identität	12
Kontra/-produktive Bedingungen für die Erhebung psychischer Gesundheit.....	13
Sensitivität als Framework.....	14
Erkenntnisinteresse und Fragestellung	16
Methode	17
Datenlage Gesamtstudie	17
Vorgehen Datenerhebung	17
Untersuchungsdesign	18
Gemessene Variablen	19
Stichprobe	20
Datenanalyse	22
Ergebnisse.....	26
Kategorienbeschreibung der Hauptkategorien.....	26
Wissenschaftlichkeit der Studie	26
Datenschutz	27
Untersuchungsbedingungen	28
Angst vor Konsequenzen	30
Untersuchungsperson	30
Eigenschaften der Teilnehmer*innen.....	31
Stigma und Stigmatisierung	31
Sensitivität.....	32
(Fehlendes) Vertrauen	33
Organisationaler Umgang mit psychischen Störungen im ÖBH	34

Verbesserung des Arbeitsklimas und der Organisationskultur des ÖBH	34
Erkennbarer Nutzen der Studie	35
Sonstiges.....	36
Person blockt Frage ab/Keine Antwort	36
Häufigkeitsanalyse	36
Subgruppenanalyse	37
Diskussion	42
Die Untersuchungsergebnisse in Bezug zur Literatur	43
Datenschutz	43
Untersuchungsbedingungen	43
Angst vor Konsequenzen/ Einfluss auf die militärische Karriere	45
Strukturelle Zuordnung der Untersuchungsperson und Verständnis der Militärkultur	45
Stigma und Stigmatisierung	46
(Fehlendes) Vertrauen	46
Strukturelle Barrieren.....	47
Sensitivität.....	48
Item Non-Response	49
Limitationen.....	49
Ausblick weitere Forschung	50
Fazit.....	51
Literaturverzeichnis	53
Abbildungsverzeichnis	61
Tabellenverzeichnis	61
Abkürzungsverzeichnis	61
Anhang.....	62

Wahrgenommene Barrieren im Militär bei der Untersuchung der psychischen Gesundheit am Beispiel des Österreichischen Bundesheeres

Studien aus den letzten Jahren haben gezeigt, dass nur rund eine*r von drei Soldat*innen mit psychischen Störungen ein Hilfsangebot in Anspruch nimmt (Hom et al., 2017; Thériault et al., 2020; Wittchen, 2013). Doch woran liegt das? Es ist bereits bekannt, dass Militärpersonal mit psychischen Problemen diese seltener angeben (Anestis et al., 2019), was einen Grund darstellt, weshalb die Prävalenzzahlen von psychischen Störungen im Militär stark variieren (Hom et al., 2017; Wilmoth et al., 2017; Wittchen, 2013). Das vorliegende Forschungsvorhaben setzt hier an und beschäftigt sich mit dem Thema, wie die psychische Gesundheit im Militär – mit Fokus auf dem Österreichischen Bundesheer (ÖBH) – besser erhoben werden kann für wahrheitsgetreuere Prävalenzzahlen. Präzisere Prävalenzzahlen sind die Grundlage für eine sinnvolle Ressourcenverteilung und der Schaffung eines adäquaten Hilfsangebotes für Betroffene, je nach tatsächlichem Bedarf (Fulton et al., 2015).

In Folge wird zunächst auf die bestehenden Prävalenzschwankungen psychischer Störungen im Militär eingegangen sowie die verschiedenen Gründe dafür. Anschließend wird das sich verändernde Aufgabengebiet von Soldat*innen beleuchtet und damit einhergehende Belastungen. Danach wird der Vorgang der Offenlegung einer psychischen Störung, der *Disclosure-Prozess*, erläutert. Für die Inanspruchnahme eines Hilfsangebotes, welches im Anschluss behandelt wird, muss die eigene psychische Gesundheit zumindest gegenüber der behandelnden Person offengelegt werden. Des Weiteren werden die Barrieren in der Behandlungssuche beschrieben, da viele davon bereits ein Hindernis in der Erhebung psychischer Störungen darstellen können. Es wird ebenfalls der unterschiedliche Umgang mit psychischen und physischen Problemen erläutert. Anschließend wird auf die Militärkultur und -identität als Einflussfaktor eingegangen. Zuletzt werden Erhebungsbedingungen betrachtet, welche nach bestehender Forschung zu wahrheitsgetreueren Daten beitragen können. In diesem Zusammenhang wird der Aspekt der Sensitivität dargelegt, da dieser die Datenerhebung behindern kann und besonders bedacht werden sollte bei der Untersuchung der psychischen Gesundheit im Militär.

Prävalenz psychischer Störungen

Die Prävalenz psychischer Störungen im Militär schwankt sehr stark je nach Studie und Erhebungsland. Prävalenz beschreibt „die Häufigkeit des Vorkommens eines Symptoms bzw. einer Störung/Krankheit (z.B. Depression) in einem bestimmten Zeitraum in einer bestimmten Population“ (Spektrum, o.J.). Es kann zwischen einer Periodenprävalenz (in einem definierten Zeitraum) und Punktzeitprävalenz (zu einem bestimmten Zeitpunkt) unterschieden werden

(Dorsch, 2016). Die Prävalenz ist dynamisch und kann sich verändern, je nach Zeitpunkt und Stichprobe (Obuobi-Donkor et al., 2022). Laut dem Verteidigungsministerium der Vereinigten Staaten wurde 2019 im US-amerikanischen Militär bei 8.4% der Soldat*innen eine psychische Störung formal diagnostiziert, die 12-Monatsprävalenz stieg im Jahr 2021 sogar auf 9.6% an (Defense Health Agency, 2019; Defense Health Agency, 2021). Weitere Studien schließen sich einem Wert von rund 8% für das erstmalige Auftreten einer psychischen Störung bei militärischen Stichproben während oder nach eines Einsatzes an (Wittchen, 2013).

Ein häufig untersuchtes Störungsbild im Militär ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), welche aufgrund der erhöhten Traumaexposition von Einsatzkräften und Kampfgruppen oftmals in militärischen Stichproben untersucht wird (Obuobi-Donkor et al., 2022). Die Prävalenzen sind allerdings sehr unterschiedlich (Obuobi-Donkor et al., 2022; Wilmoth et al., 2017; Wittchen, 2013): Bei US-amerikanischen Soldat*innen, welche 2003 im Irakkrieg eingesetzt waren, liegt die 12-Monatsprävalenz einer einsatzbedingten PTBS zwischen 4% und 17 %, bei Stichproben aus dem europäischen sowie dem kanadischen Militär hingegen zeigt sich eine niedrigere Prävalenz von knapp 3% bis 6% (Wittchen, 2013). Weitere Studien aus den letzten 10 Jahren schließen sich der PTBS-Prävalenz für europäisches Militärpersonal an (3.7- 6.6 %), bei nordamerikanischen Militärstichproben reicht die Prävalenzschwankung jedoch von 5.3% bis 28.4 % (Obuobi-Donkor et al., 2022). Es wird deutlich, dass sich die Zahlen für Einsatzkräfte verschiedener Länder unterscheiden. Innerhalb eines Militärs finden sich interpersonelle Unterschiede in den Prävalenzen aufgrund bestimmter demografischer Merkmale, wie Alter, Ethnie und Geschlecht (Ayer et al., 2022; Obuobi-Donkor et al., 2022).

Allerdings ist es möglich, dass die PTBS-Prävalenz teilweise zu Ungunsten anderer Störungsbilder überschätzt wird, welche ebenfalls mit Trauma assoziiert sind (Wittchen, 2013). PTBS ist zudem nicht das am häufigsten auftretende Störungsbild im Militär, sondern Anpassungsstörungen und Angststörungen (Wittchen, 2013; Defense Health Agency, 2021): So waren in einer Stichprobe deutscher Soldat*innen nach einem Afghanistan-Einsatz (2009/2010) Angststörungen (10.8%) stärker verbreitet als PTBS (2.9%; Wittchen, 2013).

Weitere Prävalenzschwankungen finden sich im aktiven Militär bei Angststörungen (0.7–4.1%), Alkohol- und Substanzabhängigkeiten (0.3–4.4%) sowie depressiven Störungen (0.9–6.9%; Wilmoth et al., 2017). Eine aktuellere Metaanalyse spricht sogar von einer globalen Prävalenz von 23% im aktiven Militär für Depression (Moradi et al., 2021). Bei Untersuchungen von Veteran*innen finden sich ebenfalls unterschiedliche Prävalenzen bei

Angststörungen (15%), schädlichem Alkoholgebrauch (17.3%) und depressiven Störungen (17.8%; Finnegan & Randles, 2022). Es zeigt sich, dass die Prävalenzzahlen insgesamt stark variieren, nachfolgend wird auf mögliche Gründe eingegangen.

Gründe für Prävalenzschwankungen

Die Inkonsistenz in den Prävalenzen lassen sich durch verschiedene Faktoren erklären, wobei zunächst auf die methodologischen Gründe eingegangen wird und anschließend auf einen personenbezogenen Aspekt.

Zu den methodologischen Gründen zählen zum einen Unterschiede in der diagnostischen Messung: Einige Studien benutzen Selbstbefragungsbögen für die Erhebung, andere diagnostische Interviews (Wittchen, 2013). Studien mit Selbstbefragungsbögen verzeichnen oftmals höhere Prävalenzzahlen als solche mit diagnostischen Interviews, denn diagnostische Interviews ermöglichen eine Differenzierung verschiedener Störungsbilder sowie gegebenenfalls eine Anpassung der diagnostischen Kriterien (Wilmoth et al., 2017; Wittchen, 2013). Selbstbefragungsbögen hingegen sind beschränkt auf die Antworten, die von den teilnehmenden Personen gegeben werden und erlauben keine weitere Differenzierung (Wittchen, 2013).

Ein weiterer Grund ist die Sampling Strategie: Bei der Untersuchung einer nichtprobabilistischen Stichprobe kann eine Stichprobenverzerrung auftreten, wenn sich nur bestimmte Personen(gruppen) bei der Befragung beteiligen und andere Personen(gruppen) selektiv wegfallen (Wilmoth et al., 2017). Die Stichprobe ist somit nicht repräsentativ. Bei einem offenen Recruiting liegt zusätzlich der Bias der Selbstselektion vor (Bogaers et al., 2021; Wilmoth et al., 2017).

Außerdem finden sich häufig Unterschiede in den Stichproben, zum Beispiel in der Art der Kampfexposition, der Art der Anstellung sowie Region und Dauer des Einsatzes, wodurch ebenfalls Inkonsistenzen in den Prävalenzzahlen erklärt werden können (Hom et al., 2017). Eine weitere Limitation in vielen Studien ist, dass bereits existierende psychische Störungen nicht erhoben wurden (Wittchen, 2013). Vorhergehende psychische Störungen sind jedoch der stärkste Prädiktor für die 12-Monatsprävalenz weiterer psychischer Störungen, was die erhöhte Vulnerabilität dieser Gruppe verdeutlicht (Wittchen, 2013).

Darüber hinaus gehört ebenfalls zu den methodologischen Herausforderungen, dass teilweise Erhebungsinstrumente und Cut-Off Werte genutzt werden, welche (noch) nicht für eine Militärapopulation validiert sind: Die Benutzung der nicht für die Militärkultur validierten Instrumente hat einen negativen Einfluss auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von verschiedenen Studien (Searle et al., 2014; Wilmoth et al., 2017).

Abschließend ist es wichtig, einen personenbezogenen Aspekt zu nennen, da dieser entscheidend und aussagekräftig für die zu untersuchende Population ist: Die Dunkelziffer bei psychischen Problemen ist sehr hoch, da militärische Stichproben solche Leiden sowohl zu wenig angeben und melden als auch bestehende Hilfsangebote nicht ausreichend nutzen (Anestis & Green, 2015; Lien et al., 2021). Aufgrund dessen kann es zu einer Verzerrung der tatsächlichen Prävalenzzahlen kommen. Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Belastungsfaktoren beschrieben, denen Soldat*innen ausgesetzt sind.

Belastungen im Militär

Während der letzten Jahrzehnte hat sich in vielen westeuropäischen Ländern der Aufgabenschwerpunkt des Militärs von der eigenen Landesverteidigung hin zu Auslandseinsätzen verschoben (Lien et al., 2021). Die Friedenssicherung ist ein Ziel der Gemeinsamen Sicherheits- und Verteidigungspolitik der EU (Bundesministerium Europäische und Internationale Angelegenheiten, 2022; Brooks & Greenberg, 2018). Zusätzlich hat das ÖBH während der Covid-19 Pandemie mit Assistenzeinsätzen Unterstützung geleistet, etwa bei Contact Tracing, Massentestungen und Grenzkontrollen (Prinz et al., 2021). Diese zusätzlichen Aufgabenfelder gingen einher mit hoher zeitlicher Beanspruchung, Mehrfachbelastung sowie gesteigerter Unvereinbarkeit von Arbeit und Privatleben der Soldat*innen (Prinz et al., 2021).

Die täglichen Herausforderungen im Dienst, wie die Nähe (und manchmal Konflikte) mit der eigenen Einheit, lange Arbeitszeiten oder fehlende Work-Life-Balance können als belastend wahrgenommen werden (Brooks & Greenberg, 2018). Auslandseinsätze bringen weitere Herausforderungen mit sich, sei es mangelnde Intimsphäre, die Trennung von Familie und Freunden oder gegebenenfalls Traumaexposition aufgrund von Konfrontation mit Tod und menschlichem Leid (Obuobi-Donkor et al., 2022; Prinz et al., 2021). Obwohl die Mehrheit der Soldat*innen erfolgreich die Stressoren meistert, stellt der Auslandseinsatz einen Risikofaktor für psychische Störungen dar (Lien et al., 2021; Moore & Barnett, 2014): Soldat*innen mit Erfahrungen im Auslandseinsatz weisen mehr Diagnosen sowie Komorbiditäten auf als Kolleg*innen ohne Auslandserfahrung (Trautmann et al., 2016; Wittchen, 2013). Wenn sich belastete Soldat*innen in Behandlung begeben, muss die eigene psychische Gesundheit zumindest gegenüber der behandelnden Person offengelegt werden. Dieser Vorgang der Offenlegung wird nachfolgend thematisiert.

Disclosure-Prozess

Im Gegensatz zu physischen Leiden sind psychische häufig nicht sichtbar, was es leichter macht, diese zu verstecken. Erst der Vorgang der Offenlegung (engl. *disclosure*) führt dazu,

dass die eigenen psychischen Probleme anderen bekannt werden (Rüsch et al., 2017).

Disclosure bezeichnet den Vorgang, wichtige persönliche Informationen verbal mit anderen zu teilen (Chaudoir & Fisher, 2010) oder wie es Derlega und Kolleg*innen (1993) formuliert haben: „Was Individuen über sich selbst verbal preisgeben gegenüber anderen (einschließlich Gedanken, Gefühlen und Erfahrungen)“ (Derlega et al., 1993, S.1).

In dem Entscheidungsprozess, sich anderen anzuvertrauen, werden positive Aspekte und Hoffnungen (z.B. soziale Unterstützung, Therapieangebot) gegen negative Aspekte und Ängste abgewogen (z.B. soziale Ausgrenzung, Karrierestagnierung; Mayer et al., 2022). Es spielen in dem Entscheidungsprozess externale wie internale Faktoren eine Rolle (Brouwers et al., 2020; Schuy et al., 2019). Allerdings ist in männerdominierten Berufen wie dem Militär, in denen heteronormative und stereotype maskuline Werte herrschen (Bulmer, 2013), die Entscheidungsfindung für oder gegen Disclosure oftmals schwierig, denn die Entscheidung wird hauptsächlich von negativen Faktoren beeinflusst (Bogaers et al., 2021).

Studien zeigen eine positive Assoziation zwischen dem Disclosure einer psychischen Störung und der Lebensqualität sowie Genesungsprozess (Camacho et al., 2020; Mayer et al., 2022), aber gerade im Arbeitskontext scheint es zuweilen besser, psychische Störungen nicht preiszugeben, solange diese mit keinen bis minimalen Auswirkungen auf die Arbeitsfunktionalität verbunden sind (Brouwers et al., 2020). Erst bei großen Einschränkungen ist es vermutlich sinnvoller, die eigene psychische Störung im Arbeitskontext direkt offenzulegen (Brouwers et al., 2020). Insbesondere im Militär wird zu einem *selektiven Disclosure* geraten, indem eine Person mit psychischen Problemen sich nur ausgewählten Leuten anvertraut, da die Stigmatisierung gegenüber psychischen Störungen in diesem Umfeld allgemein sehr hoch ist (Rüsch et al., 2017).

Es kann vermutet werden, dass es eine große Überschneidung gibt zwischen Barrieren, die bei der Inanspruchnahme eines Hilfsangebotes bestehen, und Barrieren, die bei einer Befragung zur psychischen Gesundheit bestehen, da in beiden Situationen der Gesundheitszustand offengelegt werden muss. Aufgrund dessen wird im Folgenden auf Barrieren in der Behandlungssuche eingegangen, da sie ebenfalls bei der Untersuchung der psychischen Gesundheit im Militär bedeutsam sein können. Es ist möglich, dass das Ausmaß an Disclosure im Falle einer anonymisierten Untersuchung als geringer wahrgenommen wird, wodurch hier die Hemmschwelle ehrlich zu antworten, dementsprechend niedriger sein sollte.

Inanspruchnahme des Hilfsangebots und Barrieren

Lediglich rund 30% des Militärpersonals mit psychischen Störungen nehmen ein Hilfsangebot in Anspruch (Hom et al., 2017; Thériault et al., 2020), das heißt, trotz der

Notwendigkeit einer Behandlung, suchen sich nur wenige Betroffene Unterstützung (Michalopoulou et al., 2017).

Bekannte Barrieren in der Behandlungssuche sind Stigmata gegenüber psychischen Störungen, negativer Einfluss auf die militärische Karriere, strukturelle Barrieren und Misstrauen gegenüber psychologischem Fachpersonal (Hom et al., 2017; Rüscher et al., 2017). Hinzu kommen Aspekte, wie die fehlende Einsicht über die eigene Behandlungsnotwendigkeit, eine schlechte psychische Gesundheitskompetenz und negative Ansichten über eine Behandlung (Coleman et al., 2017; Hom et al., 2017). Demgegenüber werden abschließend Faktoren erläutert, die die Inanspruchnahme eines Hilfsangebotes erleichtern.

Stigma

Eine psychische Störung ist sowohl in der Zivil- als auch in der Militärgesellschaft stigmatisiert (Lincoln et al., 2016). Stigma beschreibt ein soziales Phänomen in einer Situation des Machtungleichgewichts, bei welchem Labeling, negative Stereotypisierung und Ausgrenzung zusammen auftreten (Andersen et al., 2022). Die Machtkomponente spielt dabei eine entscheidende Rolle, da nur ein Machtgefälle eine Stigmatisierung erst ermöglicht (Andersen et al., 2022). Das Konzept geht auf Goffman zurück, der Stigma als eine diskreditierend wahrgenommene Eigenschaft darstellt, „welches die Ganzheit und Normalität eines Individuums zerstört“ und auf eine wertlose Version reduziert (1963, S.3).

Stigmatisierung ist somit weiterführend der soziale, interaktive Prozess, in welchem die kulturell geteilten Ansichten über bestimmte Eigenschaften zur Diskriminierung oder Anfeindung jener Personen(-gruppe) führen können (Schuy et al., 2019; Sharp et al., 2015). (Die Angst vor) Stigmatisierung stellt ein größeres Hindernis für die Behandlungssuche dar als logistische oder praktische Gründe – unabhängig davon, ob es sich bei den Befragten um aktive Soldat*innen, Veteran*innen oder Milizpersonal handelt (Sharp et al., 2015; Zinzow et al., 2015). Weitere Konsequenzen der Stigmatisierung sind erhöhte Suizidalität und negative Auswirkungen auf die Beschäftigung (Rüscher et al., 2017). Typische Attribuierungen für Personen mit psychischen Störungen sind: schwach, nicht behandelbar, gefährlich, selbst schuld an der Störung und Simulant*in (Schuy et al., 2019). In Untersuchungen innerhalb der Militärkultur waren die am häufigsten genannten antizipierten Stigmata, dass man als schwach angesehen werden würde, dass die Einheitsführung einen anders behandeln würde (Sharp et al., 2015) sowie ein allgemeiner Vertrauensverlust bei der Einheit (Coleman et al., 2017).

Methodologisch problematisch sind die Ungenauigkeiten der Stigma-Definitionen in unterschiedlichen Studien (Michalopoulou et al., 2017). Grundsätzlich können internes und externes Stigma unterschieden werden: Externes Stigma wirkt auf einem soziokulturellen und interpersonalen Level (Michalopoulou et al., 2017), wohingegen internes Stigma die Internalisierung der tatsächlichen oder wahrgenommenen gesellschaftlichen Ansichten bei einem stigmatisierten Individuum bezeichnet (Sharp et al., 2015). Außerdem ist internes Stigma mit Gefühlen von Scham sowie geringerem Selbstwert assoziiert (Zinzow et al., 2015). Ergänzend bezeichnet antizipiertes Stigma, inwieweit Personen glauben, dass sie selbst schlechter behandelt bzw. gesehen werden würden, wenn ein ihnen angehaftetes Stigma bekannt wird (Sharp et al., 2015). Gerade für die Forschung im Militär ist eine einheitliche Definition der untersuchten Konstrukte notwendig, um die einzelnen Stigmata in Studien vergleichen zu können (Michalopoulou et al., 2017).

Neben dem Stigma gegenüber psychischen Störungen, welches sowohl in der Militärpopulation als auch in der Zivilgesellschaft präsent ist, herrscht in der Zivilgesellschaft zusätzlich Stigma gegenüber (ehemaligen) Soldat*innen (Lincoln et al., 2016). Insbesondere in der deutschen Bevölkerung existieren negative Assoziationen des Militärs mit der nationalsozialistischen Vergangenheit (Schuy et al., 2019). Ehemalige Soldat*innen berichten davon, sich von der Allgemeinbevölkerung weder geschätzt noch verstanden zu fühlen (Schuy et al., 2019).

Einfluss auf die militärische Karriere

Forschungsergebnisse zeigen, dass die Bedenken bezüglich der militärischen Karriere eine Barriere darstellen in der Behandlungssuche (Coleman et al., 2017; Hom et al., 2017; Rüsch et al., 2017). Es besteht die Sorge, dass nach Bekanntwerden der psychischen Probleme eine Karriereaufstieg nicht mehr möglich sei oder dass das bisherige Aufgabenfeld verändert werde (Coleman et al., 2017). Auch die Art der Anstellung scheint einen Einfluss zu haben, denn Soldat*innen in einem festen Anstellungsverhältnis fiel der Schritt zur Behandlungssuche leichter (Rüsch et al., 2017). Das Bekanntwerden einer psychischen Beeinträchtigung kann, zumindest kurzzeitig, tatsächlich einen Einfluss auf die militärische Karriere haben (Hom et al., 2017): Im ÖBH ist etwa die Teilnahme an einem Auslandseinsatz nicht möglich, solange die Person psychisch nicht stabil ist (Prinz, 2010).

Strukturelle Barrieren und Misstrauen

Strukturelle Barrieren unterscheiden sich intraindividuell; die am häufigsten genannten Barrieren waren jedoch zum einen Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung und zum anderen Probleme, für die Termine in der Arbeit freizubekommen (Hom et al., 2017).

Misstrauen gegenüber dem psychologischen Fachpersonal ist ebenfalls eine bekannte Barriere (Hom et al., 2017; Lincoln et al., 2016). Hier kann ferner unterschieden werden zwischen Militärpsycholog*innen und zivilen Fachkräften: Soldat*innen fühlen sich von zivilen Fachkräften oftmals nicht verstanden, weil Wissen über den Militäralltag und die Militärkultur fehlt (Coleman et al., 2017; Hom et al., 2017; Lincoln et al., 2016; Rüsch et al., 2017).

Erleichternde Faktoren

Insgesamt wird deutlich, dass es unterschiedliche Barrieren gibt bei der Behandlungssuche sowohl im Militärkontext als auch im Zivilkontext. Erleichternde Faktoren in der Behandlungssuche sind hingegen soziale Unterstützung und eine positive Einstellung gegenüber Behandlungen (Hom et al., 2017; Sharp et al., 2015). Die Führungskraft kann ebenfalls einen Faktor im Entscheidungsprozess darstellen, denn eine unterstützende Führungskraft erleichtert die Entscheidung für eine Behandlung (Coleman et al., 2017). Des Weiteren wird bei einer schweren psychischen Störung, welche verbunden ist mit großen Einschränkungen in der Funktionalität und einem starken Leidensdruck, eher eine Behandlung wahrgenommen, was damit zusammenhängen kann, dass die Aussicht auf Symptomverbesserung die wahrgenommenen Kosten überwiegt (Hom et al., 2017). Manche berichteten, dass ihre Befürchtungen bezüglich der Stigmatisierung während der Behandlung abgenommen hätten, aufgrund dessen scheint insbesondere der Behandlungsbeginn eine große Hürde zu sein (Schuy et al., 2019).

Unterschied zwischen körperlichen und psychischen Problemen im Militär

Darüber hinaus ist „krank sein“ im Militär assoziiert mit „sich vor der Arbeit drücken“, was die Bereitschaft, sich Hilfe zu suchen, weiter mindert (Sharp et al., 2015). Krank ist jedoch nicht gleich krank: Körperliche Probleme sind weniger stigmatisiert als psychische Störungen, so suchen Soldat*innen beispielsweise häufiger Hilfe auf für komorbide somatische Symptome anstatt für die dahinterliegende psychische Störung (Coleman et al., 2017). Selbst die internalen Einstellungen betroffener Soldat*innen im Umgang mit der eigenen Gesundheit zeigen Unterschiede: Soldat*innen, die aufgrund psychischer Probleme ausfielen, stagnierten in Schamgefühlen, während Soldat*innen mit körperlichen Leiden diese Phase hinter sich lassen konnten und in der Lage waren, eine neue Sinnhaftigkeit außerhalb des Militärs zu finden (Dabovich et al., 2019).

Des Weiteren gibt es bei psychischen Störungen im Militär Störungsbilder, die leichter preisgegeben werden und akzeptierter sind als andere (Bogaers et al., 2021). Ein Beispiel dafür ist, wenn die Störung in Verbindung steht mit einem Einsatz, wie eine einsatzbedingte

PTBS (Bogaers et al., 2021). Dies ist darauf zurückzuführen, dass es für diese psychische Störung für Außenstehende eine logische Rechtfertigung gibt (Rüsch et al., 2017).

Grundsätzlich gilt, dass Soldat*innen sich besser gegenüber Kamerad*innen mit psychischen Störungen verhalten, wenn diese nicht gefährlich wirken oder normabweichendes Verhalten zeigen (Rüsch et al., 2017).

Militärkultur und Identität

Für die Erforschung der psychischen Gesundheit ist die Militärkultur und damit einhergehende Implikationen für die Soldat*innen zu berücksichtigen. Soldat*innen werden innerhalb der Organisation darauf sozialisiert, dass Werte, wie Teamwork, Mut und Resilienz unerlässlich sind (Dabovich et al., 2019; Lien et al., 2021). Die Gruppenzusammengehörigkeit wird insbesondere durch die Überordnung des Kollektivs über dem Individuum gefestigt (Dabovich et al., 2019). Darüber hinaus sind heteronormative Vorstellungen von Maskulinität tief verwurzelt in den Werten des Militärs (Bulmer, 2013). Das Militär war und ist eine Institution, die sich auf stereotyp maskuline Werte stützt (Do & Samuels, 2021), was auch im Bild des männlichen Soldaten als Held und Kämpfer repräsentiert wird (Enloe, 2000). Trotz der Tatsache, dass inzwischen Frauen im Militär arbeiten, spüren viele Frauen, dass sie auf ihr Geschlecht reduziert werden (Do & Samuels, 2021). Es wird eine hegemoniale Männlichkeit verfestigt (Connell, 2020; Do & Samuels, 2021).

Die Identität eines Menschen entwickelt und verändert sich über die Lebensspanne (Dabovich et al., 2019). Menschen haben verschiedene Identitäten, welche nicht zwangsläufig kongruent oder von gleicher Wertigkeit sein müssen (Schuy et al., 2019). Abhängig vom Kontext kann eine bestimmte Identität in den Vordergrund treten: So gewichtet ein Offizier im beruflichen Kontext seine Rolle als Anführer und Soldat stärker, als wenn er seine Eltern besucht. Viele Soldat*innen identifizieren sich zunächst mit ihrer Einheit und anschließend mit ihrer Truppengattung (Tomforde, 2020), zum Beispiel der Garde im ÖBH. Die soldatische Identität kann durch einen Auslandseinsatz, das gemeinsame Erleben dieser Situation und möglicher Stressoren, noch gestärkt werden (Lien et al., 2021). Soldat*in zu sein bedeutet für befragte Soldat*innen an erster Stelle, stark zu sein und nicht zu versagen (Schuy et al., 2019).

Dieses Selbstbild der Stärke ist nicht kompatibel mit Schwäche, die mit psychischen Störungen assoziiert ist, und kann zu einem inneren Konflikt führen (Rüsch et al., 2017; Schuy et al., 2019). Psychische Probleme werden oftmals so lange verborgen, bis die Person an ihre Grenzen stößt (Zinzow et al., 2015); zusätzlich wird ein „sich durchbeißen“ und Aushalten in der Militärkultur glorifiziert (Coleman et al., 2017; Searle et al., 2014).

Aufgrund dessen ist es möglich, dass bei der Offenlegung einer psychischen Störung die eigene Identität infrage gestellt wird (Schuy et al., 2019). Das Ausmaß dieser Sinnkrise unterscheidet sich, je nachdem, in welchem Kontext und gegenüber welcher Person die psychischen Probleme preisgegeben werden. Im Militärkontext entstehen meist sowohl Ängste um die Eignung für den Militärdienst als auch Sorge um das soldatische Selbstbild und der Gruppenzugehörigkeit (Lincoln et al., 2016). Bei Führungspersonen besteht zusätzlich das Risiko, dass ihre Führungsfähigkeit infrage gestellt wird (“If I hear that this battalion commander is mentally ill ... as a subordinate, honestly, I’d say ‘What kind of guy is that?’ ... He must be a warrior, he must not be soft” [Rüsch et al., 2017, S.203]). Somit kann die Offenlegung des psychischen Gesundheitszustandes weiter erschwert werden.

Kontra/-produktive Bedingungen für die Erhebung psychischer Gesundheit

Es sind bereits einige Aspekte bekannt, die das Antwortverhalten bei Untersuchungen beeinflussen, insbesondere in Militärpopulationen. Die in Folge vorgestellten Aspekte beziehen sich auf den Erhebungsort und -setting, die Erhebungsperson und den Datenschutz. Abschließend wird sich für ein qualitatives Untersuchungsdesign ausgesprochen.

Bei Militärpopulationen ermöglicht die Wahl eines geeigneten Erhebungsortes einen vertraulichen Austausch und ist ein erster Schritt, Vertrauen zur teilnehmenden Person aufzubauen (Lincoln et al., 2016). Bei dem Erhebungsumfeld ist zudem zu bedenken, dass die Anwesenheit Dritter, zum Beispiel weiterer Kamerad*innen, die Bereitschaft senkt, normabweichendes Verhalten zu berichten (Krumpal, 2013).

Bei der Erhebungsperson ist der wichtigste Faktor das Vertrauen, dabei ist nicht entscheidend, ob es eine psychologische Fachkraft, eine militärische Führungskraft oder Kamerad*in ist, solange ein gewissen Vertrauen vorhanden ist (Rüsch et al., 2017). Bei der Erforschung psychischer Störungen im Militär muss sich Zeit genommen werden und Vertrauen aufgebaut werden, dies ist nicht möglich durch eine einmalige Befragung (Lincoln et al., 2016). Ein Verständnis der Militärkultur ist ebenfalls wichtig sowie ein vertraulicher Umgang mit den Daten (Coleman et al., 2017; Lincoln et al., 2016). Außerdem wird davon abgeraten, dass Studierende die Datenerhebung durchführen, da sie als weniger professionell wahrgenommen werden (Lincoln et al., 2016). In Bezug auf den Datenschutz und die Vertraulichkeit ist ebenfalls zu überdenken, in welcher Form Teilnehmer*innen ihre Zustimmung an der Untersuchung geben müssen; eine Unterschrift wirkt womöglich abschreckender als das Setzen eines Häkchens (Lincoln et al., 2016).

Es wird zu einem qualitativen Untersuchungsdesign geraten bei der Untersuchung stigmatisierter Inhalte (Lincoln et al., 2016). So hat sich etwa gezeigt, dass qualitative

Forschung einen negativen Zusammenhang zwischen Stigma und der Behandlungssuche nachweisen konnte (Coleman et al., 2017; Schuy et al., 2019), obwohl quantitative Analysen bisher inkonsistente Ergebnisse zeigen (Sharp et al., 2015). Als Beispiel wurde in der qualitativen Studie von Schuy und Kolleg*innen (2019) Stigma in jedem einzelnen Interview erwähnt und von der Mehrheit als hinderlicher Faktor wahrgenommen. In diesem Zusammenhang muss auf das Framework der Sensitivität eingegangen werden, unter dem die Erforschung stigmatisierter Inhalte stattfindet.

Sensitivität als Framework

Dieser Abschnitt behandelt das Konzept der Sensitivität, welches zu Hindernissen in der Datenerhebung führen kann, wenn die Befragten eine potenzielle Gefahr in den Untersuchungsfragen sehen und deshalb nicht (ehrlich) antworten (Lee & Renzetti, 1990). Sensitiv erlebte Fragen sind unangenehm für die Befragten und mit emotionalen sowie kognitiven Herausforderungen verbunden (Andreenkova, 2019). Der Anteil der Population, der eine bestimmte Frage als sensitiv bewertet, kann als Indikator für die Sensitivität dienen, ebenso wie die Stärke der emotionalen Reaktion, die eine solche Frage bei den Befragten hervorruft (Andreenkova, 2019).

So wird die psychische Gesundheit noch von vielen in der Gesellschaft als Tabuthema angesehen und nicht mit anderen geteilt. In diesem Zusammenhang können Fragen zur psychischen Gesundheit als ein Eindringen in die Privatsphäre wahrgenommen werden (Tourangeau & Yan, 2007). Eine weitere Definition der Sensitivität beinhaltet die Angst vor der Offenlegung, da es mit dem Risiko negativer Konsequenzen einhergeht (Krumpal, 2013). Sensitive Fragen lassen sich daher in drei Kategorien einordnen: Sie verletzen rechtliche und staatliche Regulierungen, sie verletzen die soziale Norm oder sie verletzen die eigene Privatsphäre (Andreenkova, 2019). Die soziale Erwünschtheit beeinflusst das Konzept der Sensitivität dahingehend, welche Normen und Werte in einer Gesellschaft gelten (Tourangeau & Yan, 2007; Yan, 2021). Generell zeigt sich, dass sozial unerwünschte Verhaltensweisen und Einstellungen weniger gemeldet werden, es findet ein sogenanntes *Underreporting* statt (Krumpal, 2013; Yan, 2021).

Es gibt drei Prämissen, die erfüllt sein müssen, damit Antworten aufgrund von sozialer Erwünschtheit verzerrt werden: 1. Die befragte Person hat ein starkes Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, 2. Die wahrgenommene Privatsphäre ist bei der Beantwortungssituation nicht ausreichend, sodass negative Konsequenzen nicht auszuschließen sind und 3. Die befragte Person nimmt „deutliche Bewertungsunterschiede zwischen den Antwortmöglichkeiten“ wahr (Stocké, 2007, S.318), das heißt, sie ist überzeugt davon, dass eine Antwortoption

wünschenswerter ist als eine andere. Nur wenn alle drei Prämissen erfüllt sind, richtet eine Person ihre Antwort nach der sozialen Erwünschtheit (Stocké, 2007; Stocké, 2004).

Wichtig ist, dass nicht jede Person jede Frage als gleich sensitiv bewertet. Die Einschätzung der Sensitivität variiert je nach Land, Kultur, ethnischer Zugehörigkeit und dem wahren Status der Person (Andreenkova, 2019; Yan, 2021): Teilnehmer*innen, die gewählt haben, werden zum Beispiel eine Umfrage über politische Teilnahme vermutlich nicht sensitiv bewerten, da sie sich entsprechend der sozialen Norm verhalten haben (Andreenkova, 2019). Weitere beeinflussende Faktoren sind das Geschlecht, die Bildung und Religiosität (Andreenkova, 2019). Die Beurteilung ist außerdem abhängig von dem Kontext und wer die Frage an wen stellt (Yan, 2021), so ist z.B. ein vertrautes Gespräch mit Freund*innen über Familienplanung und Kinderwunsch nicht sensitiv, aber die gleichen Fragen im Bewerbungskontext übergriffig. Auch die demografischen Eigenschaften der Erhebungsperson, wie Geschlecht, Ethnie, Religiosität, können das Antwortverhalten beeinflussen (Hatchett & Schuman, 1975; Kühne, 2023; Mneimneh et al., 2020; Schuman & Converse, 1971).

Es zeigt sich, dass Fragen zu persönlichen Finanzen, riskantem Verhalten und dem Gesundheitszustand in vielen Kulturkreisen als äußerst sensitiv wahrgenommen werden (Andreenkova, 2019). Die emotionalen Reaktionen können unterschiedlich ausfallen, sind allerdings häufig assoziiert mit Gefühlen der Scham und Verlegenheit (Andreenkova, 2019; Krumpal, 2013). Dieses Unwohlsein kann die weitere Erhebungssituation beeinflussen und dazu führen, dass Teilnehmer*innen verschlossener sind (Andreenkova, 2019; Yan, 2021).

Für die Datenerhebung entstehen daher Probleme: Neben dem *Underreporting* sozial unerwünschter Eigenschaften und Einstellungen findet sich auch ein *Overreporting* sozial erwünschter Eigenschaften und Einstellungen (Tourangeau & Yan, 2007). Zusätzlich können Antwortverzerrungen bei sensitiven Items durch absichtliches Lügen entstehen (Krumpal, 2013; Stocké, 2007; Yan, 2021). Des Weiteren sind sensitive Items mit einer höheren Non-Response Quote assoziiert, das bedeutet, dass die Teilnehmer*innen die Frage nicht beantworten (Andreenkova, 2019; Krumpal, 2013). Es wird deutlich, dass das Antwortverhalten bei sensitiven Items oftmals willentlich gesteuert ist, welches bedingt sein kann durch das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung oder zur Selbsttäuschung und Erhaltung eines positiven Selbstbildes dient (Krumpal, 2013). Zwar gibt es mehrere Gründe, warum Personen Fragen nicht beantworten, zum einen, dass sie die Frage nicht verstehen oder zu wenig über das Thema wissen (beziehungsweise ihr Wissen als unzureichend einschätzen), und zum anderen, dass sie nicht bereit sind darauf zu antworten (Yan, 2021). Dennoch scheint

bei sensiblen Fragen der Grund hauptsächlich in der fehlenden motivationalen Bereitschaft zu liegen (Krumpal, 2013).

Es stellt sich nun die Frage, wie die Forschung trotz der dargestellten Hindernisse sicherstellen kann, wahrheitsgetreue Antworten auf sensible Fragen zu erhalten. Untersuchungen indizieren, dass für solche Fragen eine Erhebung mit Selbstbefragungsbögen bessere Ergebnisse erzielt, da keine Erhebungsperson anwesend ist und mit ihr die Gefahr der Beurteilung sowie Bedenken bezüglich der Privatsphäre wegfallen (Krumpal, 2013; Stocke, 2007; Yan, 2021). Der befragten Person sollten Anonymität und Datenschutz zugesichert werden (Yan, 2021). Ein privates Erhebungssetting ist ebenfalls hilfreich, besonders wenn die Person wirklich allein ist und keine anderen Personen, z.B. Familienmitglieder, anwesend sind (Krumpal, 2013; Yan, 2021). Darüber hinaus können nachsichtige Formulierungen („Wir haben ja alle schon einmal ...“) sowie spezifische Erhebungstechniken, z.B. die Bogus-Pipeline-Technik, angewendet werden, um ehrlichere Antworten auf sensible Fragen zu erhalten (für weiterführende Informationen ist Yan, 2021 heranzuziehen).

Zusammenfassend ist bei Fragen zur psychischen Gesundheit die wahrgenommene Sensitivität zu beachten, insbesondere in Militärpopulationen. Es ist wahrscheinlich, dass der Sensitivitätsfaktor bei dieser Erhebung eine große Bedeutung hat, was in der Analyse zu berücksichtigen ist. Es ist ebenfalls ein Augenmerk auf Non-Responder zu legen. Mit den richtigen Erhebungsbedingungen und -strategien kann das Unwohlsein bei den Teilnehmer*innen reduziert werden und zu realitätsgetreueren Antworten führen (Krumpal, 2013).

Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Zu vorliegenden Stigmata im Militär gibt es bereits einen breiten Forschungskörper, allerdings wurde nach dem aktuellen Wissensstand noch nicht untersucht, inwiefern Sensitivität im Militärkontext grundlegend die Wahrnehmung von Soldat*innen bei klinisch-psychologischen Befragungen beeinflusst. Hier setzt das aktuelle Erkenntnisinteresse an. Es soll untersucht werden, welche von Militärpersonen subjektiv wahrgenommenen Barrieren bestehen bei der Offenlegung des psychischen Gesundheitszustandes in klinisch-psychologischen Untersuchungen. Aus diesem Erkenntnisinteresse leitet sich die Forschungsfrage ab: Welche vom aktiven Militärpersonal wahrgenommenen Barrieren bestehen im Militär bei der Untersuchung der psychischen Gesundheit am Beispiel des Österreichischen Bundesheeres?

Die Studie entsteht in Zusammenarbeit mit dem ÖBH und hat zum Ziel, die optimalen Bedingungen für klinisch-psychologische Forschung im organisationalen Kontext des

Bundesheeres herauszuarbeiten. Das Underreporting psychischer Störungen stellt ein bereits bekanntes Problem dar (Krumpal, 2013): Erst, wenn die Voraussetzungen für valide Erhebungen im Militär bekannt sind, können diese auch implementiert werden und im nächsten Schritt zu realistischeren Prävalenzzahlen führen. In Folge kann ein zielgerichtetes Betreuungsangebot für Militärpersonal mit psychischen Störungen geschaffen werden. Darüber hinaus können die Ergebnisse als Grundlage dienen, den Abbau von Stigmata gezielter und effektiver in der Militärkultur voranzutreiben.

Methode

Datenlage Gesamtstudie

Für die Untersuchung der psychischen Gesundheit im ÖBH wurde eine Fragebogenerhebung in einer niederösterreichischen Brigade durchgeführt. Die Studie setzt auf Methodentriangulation (Flick, 2004) und gliedert sich in einen quantitativen und einen qualitativen Teil. Der quantitative Teil erhebt mithilfe von Likert-Skalen Sensitivitätswerte bezogen auf Befragungen zur psychischen Gesundheit. Des Weiteren werden Aspekte der Militärkultur untersucht, indem Einstellungen zu Militäridentität, Stigma und soziale Erwünschtheit erhoben werden. Der qualitative Teil der Studie besteht aus zwei offenen Fragen, welche sich mit den Rahmenbedingungen für die Erforschung psychischer Gesundheit im Militärkontext befassen.

Die Stichprobe besteht aus 1504 Personen, welche sich aus Soldat*innen, Wehrdienern sowie Zivildienstler*innen zusammensetzt. Die Teilnehmer*innen konnten im Rahmen einer dienstlichen Befragung freiwillig und anonymisiert partizipieren.

Vorgehen Datenerhebung

Die Fragebogenuntersuchung wurde während der Dienstzeit durch den Militärpsychologen Herrn Prinz und Kolleg*innen durchgeführt. Das Brigadekommando hat selbstständig den Ablauf organisiert und die Bediensteten in Kenntnis gesetzt. Die Erhebung fand zwischen November 2021 und November 2022 statt. Es wurde je ein Zug (ca. 40 Soldat*innen) nacheinander in einem Lehrsaal befragt, pro Durchgang war eine Dauer von einer Stunde eingeplant. Aufgrund von geltenden Abstandsregelungen in Zeiten von Covid-19 wurde jeder zweite Sitzplatz zwischen den Teilnehmer*innen freigehalten, ansonsten gab es keine Trennwände oder Sichtschutz. Es gab ca. 300 Personen, welche die Unterlagen auf die gleiche Art und Weise im Hörsaal erhielten, aber zur Beantwortung in ihre privaten Büros gegangen sind.

Bei den Soldat*innen und Wehrdienern fand zu Beginn eine vollständige mündliche Aufklärung über den Zweck der Studie statt, die Anonymität, die freiwillige Teilnahme

sowie die Verwendung der Daten. Zusätzlich wurde den Teilnehmer*innen die Aufklärung in schriftlicher Form ausgeteilt, ergänzt durch die Kontaktdaten der Erhebungsperson für etwaige Nachfragen. Es wurde ebenfalls eine Einverständniserklärung ausgeteilt, die von Personen, die an der Untersuchung teilnehmen wollten, unterschrieben wurden. Die Einverständniserklärung wurde anschließend eingesammelt. Die Fragebögen der Untersuchung wurden danach ausgeteilt und nach Ablauf der Zeit eingesammelt. Zur Wahrung des Datenschutzes wurden die Fragebögen und die Einverständniserklärungen separat abgelegt, sodass keine Zuordnung der Personen möglich war.

Bei den Zivilbediensteten gestaltete sich das Vorgehen aufgrund der räumlichen Gegebenheiten anders. Die Zivilbediensteten wurden in ihren Büros aufgesucht, es wurden die Fragebögen sowie Teilnahmeerklärung ausgeteilt und über die Details im gleichen Maße aufgeklärt wie bei den Soldat*innen. Danach hatten die Zivilbediensteten zwei bis drei Tage Zeit, um die Fragebögen auszufüllen. Für die Abgabe der Befragung und der Teilnahmeerklärung wurden zwei getrennte Kisten aufgestellt, sodass auch hier eine separate Ablage dieser Dokumente gewährleistet war.

Untersuchungsdesign

Die empirische Studie ist eine Felderhebung ohne Messwiederholungen. Die händischen Antworten der Teilnehmer*innen wurden von Fachkräften des ÖBHs digitalisiert und in Excel formatiert. Der qualitative Teil der Studie besteht aus zwei offenen Fragen, welche sich mit den Rahmenbedingungen für die Erforschung psychischer Gesundheit im Militärkontext befassen, wobei sich das Forschungsinteresse dieser Untersuchung auf die erste der beiden Fragen bezieht, nämlich: „Welche Bedingungen müssten erfüllt sein, damit Sie Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit ehrlich im Rahmen einer dienstlichen Umfrage beantworten würden?“ Es hat sich gezeigt, dass offene Fragen besser geeignet sind für sensitive Inhalte, da sie den oder die Befragte nicht von vornherein eingrenzen durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (Simpson & McDowell, 2019).

Die durchgeführte Primäranalyse ist der qualitativen Forschung zuzuordnen und nutzt die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015, 2019, 2020). Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring dient als Verbindungsglied zwischen quantitativer und qualitativer Forschung (Mayring, 2019), weil in einem qualitativen Rahmen Aspekte der Quantifizierung enthalten sind. Die qualitative Ergänzung zu den quantitativen Daten stellt eine Bereicherung dar und bietet Raum für die einzelnen Erfahrungen der Teilnehmer*innen (Lincoln et al., 2016).

Es wurden die Antworten der ersten offenen Frage kategorisiert und weiterführend in der Analyse zum tieferen Verständnis die demografischen Angaben der Teilnehmer*innen zu Alter, Geschlecht und Bildung miteinbezogen. Des Weiteren wurde der militärische Rang und die Anzahl an Auslandseinsätzen betrachtet. Es wurde untersucht, ob das angegebene Vertrauen in den Datenschutz, die wahrgenommene Sensitivität und die Anwesenheit Dritter einen sichtbaren Einfluss auf die Ergebnisse hat. Für die Datenauswertung wurde die Software MAXQDA (VERBI Software, 2021) genutzt.

Gemessene Variablen

Die zentrale Variable der Studie ist die erste offene Frage aus dem qualitativen Teil der Studie: „Welche Bedingungen müssten erfüllt sein, damit Sie Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit ehrlich im Rahmen einer dienstlichen Umfrage beantworten würden?“ Hierbei hat der/die Teilnehmer*in Platz in einem dreizeiligen Abschnitt, eine Antwort zu verfassen.

Es werden verschiedene demografische Merkmale erhoben, die nachfolgend beschrieben werden. Die Altersvariable ist unterteilt in sechs Alterskategorien: 18 – 19 Jahre, 20 – 29 Jahre, 30 – 39 Jahre, 40 – 49 Jahre, 50 – 59 Jahre und über 59 Jahre alt. Bei der Geschlechtsvariable gibt es drei Kategorien: Weiblich, Männlich, Divers/Inter. Die Bildungsvariable ist unterteilt in vier Bildungsabschlüsse, dem Abschluss der Pflichtschule, einer Lehre-, Fach- oder Handelsschule, der Matura oder der Fachhochschule/Universität. Bei der Angabe des militärischen Ranges ist zwischen den Optionen Rekrut, Charge, Unteroffizier und Offizier zu wählen. Die Frage zu den absolvierten Auslandseinsätzen ist in vier Antwortmöglichkeiten unterteilt: Keine, 1-2, 3-4, mehr als 4 Einsätze.

Die Frage nach dem Vertrauen in den Datenschutz kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden, beginnend bei *vertraue gar nicht* bis hin zu *vertraue voll und ganz*. Auch bei der Erhebung der wahrgenommenen Sensitivität wird eine fünfstufige Likert-Skala verwendet, um die Zustimmung zu den gestellten Aussagen zu erfragen (*keinesfalls – wahrscheinlich nicht – vielleicht – ziemlich wahrscheinlich – ganz sicher*). Insgesamt gibt es sechs Fragen mit unterschiedlichen Aussagen, z.B. „Wenn ich Fragen zu meiner psychischen Gesundheit im Rahmen einer anonymen dienstlichen Umfrage beantworten sollte, hätte ich Bedenken, dass meine Antworten negative dienstliche Konsequenzen für mich haben könnten“. Bei der Variable, ob andere Personen während der Bearbeitung des Fragebogens anwesend waren, ist eine dichotome Antwortskala mit den Optionen *Ja* und *Nein* gegeben. Die Fragebogenvorlage kann in Anhang A gefunden werden.

Stichprobe

Gesamtpopulation

Die Stichprobe besteht aus 1504 Personen aus der Dritten Jägerbrigade des ÖBHs in Niederösterreich, welche sich aus Soldat*innen, Wehrdienern sowie Zivildienstler*innen zusammensetzt. In der Gruppe der Berufssoldat*innen sind alle Dienstgrade vertreten, von Rekrut über Charge bis zu Unteroffizier und Offizier. Die Teilnehmer*innen konnten im Rahmen einer dienstlichen Befragung freiwillig und anonymisiert partizipieren mit vollständig informierter Einwilligung.

Die Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe gestaltet sich wie folgt: Sieben Personen (0.5%) ordnen sich der diversen Geschlechterkategorie zu, 71 Personen (4.7%) ordnen sich dem weiblichen Geschlecht zu und die überwiegende Mehrheit von 1383 Personen (91.9%) ordnet sich dem männlichen Geschlecht zu. Dreiundvierzig Personen (2.9%) haben keine Angabe zum Geschlecht gemacht. Eine Übersicht über die demografischen Merkmale ist in Tabelle 1 zu finden.

Die Altersspanne der Stichprobe reicht von 18 bis über 59 Jahren, wobei 64.6% der Stichprobe unter 30 Jahre alt ist, mit 458 Personen im Alter von 18-19 Jahren und 513 Personen im Alter zwischen 20 und 29 Jahren. Es sind 139 Personen (9.2%) zwischen 30 und 39 Jahre alt, 150 Personen (10%) zwischen 40 und 49 Jahre alt, 166 Personen (11%) zwischen 50 und 59 Jahre alt und 44 Personen (2.9%) geben ein Alter über 59 Jahren an. Vierunddreißig Personen (2.3%) haben keine Angabe zu ihrem Alter gemacht.

Von den 1504 Teilnehmer*innen geben 575 Personen (38.2%) den Maturaabschluss als höchsten Bildungsabschluss an und 78 Personen (5.2%) einen Fachhochschul- (FH) oder Universitätsabschluss. Es haben 47.3% (712 Personen) einen Lehre-, Fach- oder Handelsschulabschluss erworben, 98 Personen (6.5%) den Pflichtschulabschluss und 41 Personen (2.7%) haben keine Angabe gemacht. Insgesamt sind 713 Personen (47.4%) Rekrut*innen, 110 Personen (7.3%) Chargen, 415 Personen (27.6%) Unteroffizier*innen und 50 Personen (3.3%) Offizier*innen. Es wurde von 216 Personen (14.4%) keine Angabe zu ihrem militärischen Rang gemacht.

Tabelle 1
*Demografische Merkmale der Teilnehmer*innen*

Demografische Merkmale	Gesamt- stichprobe		Teil- stichprobe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Geschlecht				
Weiblich	71	4.7	43	4.5
Männlich	1383	91.9	899	93.3
Inter/Divers	7	0.5	3	0.3
Keine Angabe	43	2.9	19	1.9
Alter				
18-19 Jahre	458	30.5	334	34.6
20-29 Jahre	513	34.1	329	34.1
30-39 Jahre	139	9.2	95	10.0
40-49 Jahre	150	10.0	75	7.8
50-59 Jahre	166	11.0	96	10.0
> 59 Jahre	44	2.9	22	2.3
Keine Angabe	34	2.3	13	1.3
Höchster Bildungs- abschluss				
Pflichtschule	98	6.5	66	6.8
Lehre-/ Fach-/ Handelsschule	712	47.3	371	38.5
Matura	575	38.2	449	46.6
FH/Universität	78	5.2	64	6.6
Keine Angabe	41	2.7	14	1.5
Rang				
Rekrut	713	47.4	509	52.8
Charge	110	7.3	62	6.4
Unteroffizier	415	27.6	234	24.3
Offizier	50	3.3	42	4.4
Keine Angabe	216	14.4	117	12.1

Teilpopulation

Lediglich 964 Personen beantworteten die erste offene Frage, was eine Beteiligung von 64.1% darstellt, es gibt somit eine *Non-Response Quote* von 35.9% (540 Personen). Die Geschlechterverteilung der Teilstichprobe folgt der Gesamtpopulation: Drei Teilnehmer*innen identifizieren sich als divers (0.3%), 43 Personen als weiblich (4.5%) und 899 Personen identifizieren sich als männlich (93.3%). Es wurde von 19 Personen (1.9%) keine Angabe zu ihrem Geschlecht gemacht. Eine komplette Übersicht über die demografischen Merkmale ist in Tabelle 1 zu finden.

Es sind alle Alterskategorien vertreten, allerdings sind 68.8% der Teilnehmer*innen jünger als 30 Jahre. Es sind 334 Personen (34.6%) zwischen 18 und 19 Jahre alt und 329 Personen (34.1%) zwischen 20-29 Jahren alt. Fünfundneunzig Personen (10%) ordnen sich in die Alterskategorie der 30-39-Jährigen ein und 75 Personen (7.8%) in die Alterskategorie der 40-

49- Jährigen. Sechsendneunzig Personen (10%) fallen in die Alterskategorie der 50-59- Jährigen und 22 Personen (2.3%) geben an, älter als 59 Jahre zu sein. Dreizehn Personen (1.3%) haben keine Angaben zu ihrem Alter gemacht.

Als höchsten Bildungsabschluss haben 449 Personen die Matura erworben (46.6%), und 371 Personen (38.5%) den Lehre-, Fach- oder Handelsschulabschluss, 66 Personen den Pflichtschulabschluss (6.8%) und 64 Personen (6.6%) den FH- bzw. Universitätsabschluss. Vierzehn Personen (1.5%) haben keine Angabe zum höchsten Bildungsabschluss getätigt.

Es wurde von 117 Personen (12.1%) keine Angabe zu ihrem Dienstrang gemacht, 509 Personen (52.8%) ordnen sich in die Kategorie Rekrut ein, 62 Personen (6.4%) in die Kategorie Charge. 234 Personen (24.3%) geben den Rang Unteroffizier und 42 Personen (4.4%) Offizier an.

Die Teilnehmer*innen mit dem militärischen Rang Offizier befinden sich ausschließlich in den beiden höchsten Bildungskategorien und haben größtenteils einen FH- bzw. Universitätsabschluss (38 Personen). Der Großteil der Unteroffizier*innen (159 Personen) hat einen Lehre-, Fach- oder Handelsschulabschluss. Die Mehrheit aus der Kategorie Charge hat einen Lehre-, Fach- oder Handelsschulabschluss (27 Personen) oder einen Maturaabschluss (24 Personen). Rekrut*innen geben überwiegend die Matura als höchsten Bildungsabschluss an (334 Personen).

Datenanalyse

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015, 2019, 2020) bietet eine „systematische, fragestellungs- und theoriegeleitete Auswertung von Textmaterial ... für empirische Studien mit auch größeren Stichproben“ (Mayring, 2019, S.12). Diese Methode eignet sich besonders im Hinblick auf die Größe der Stichprobe und für die Verbindung qualitativer mit quantitativen Daten. Das Vorgehen ist streng regelgeleitet, infolgedessen eine zweite Person die Analyse ähnlich durchführen könnte (Mayring, 2015).

Das Datenmaterial wird untersucht mit dem Ziel, die zu Beginn bereits bestehende Fragestellung beantworten zu können (Mayring, 2019). Die Methode hat drei verschiedene Grundverfahren, die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung, wobei auch Mischformen möglich sind (Mayring, 2015). Das in dieser Studie angestrebte Grundverfahren ist die Zusammenfassung, die eine Reduktion der gesamten Daten anstrebt mit dem Ziel, einen Überblick über die Grundelemente zu erhalten. Die Daten werden dazu analysiert und Kategorien zugeordnet, wobei die Kategorienbildung deduktiv oder induktiv stattfinden kann. Wenn bei der Zusammenfassung „nur bestimmte (nach einem Definitionskriterium

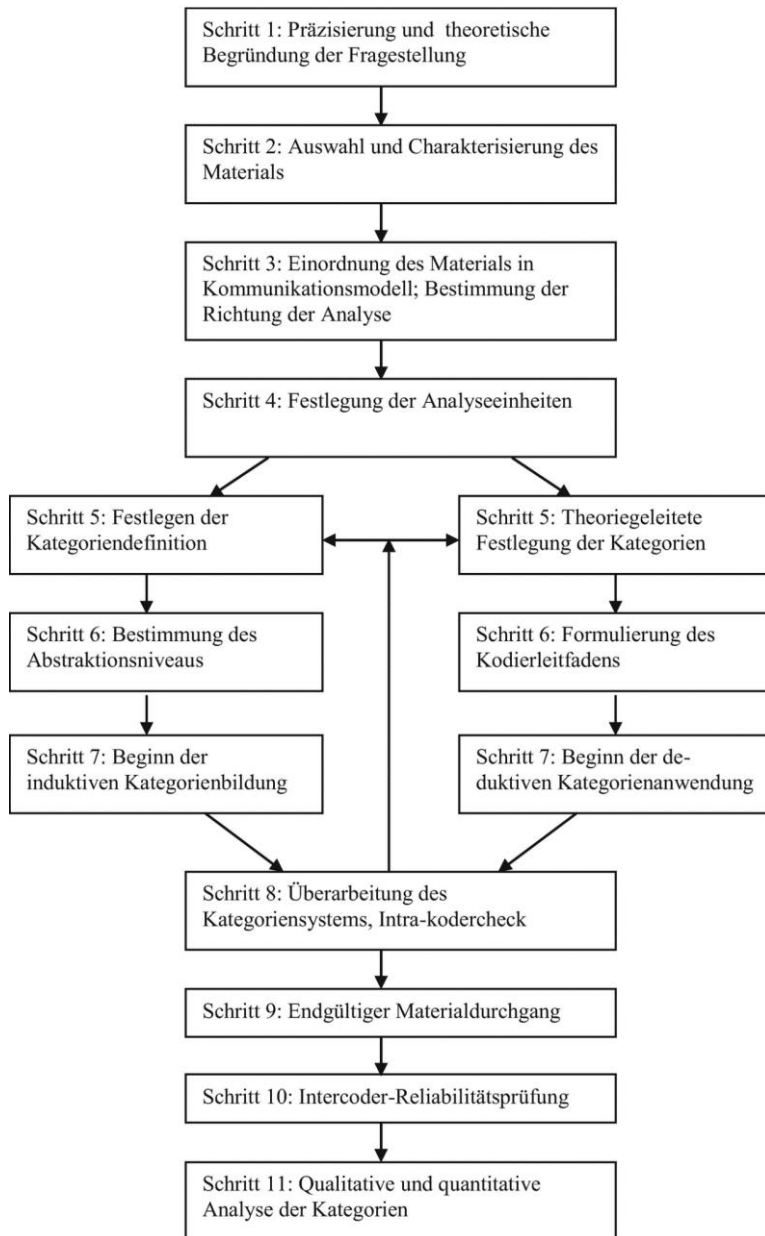
festzulegende) Bestandteile berücksichtigt werden, so handelt es sich um eine Art induktiver Kategorienbildung“ (Mayring, 2015, S.68).

Das Verfahren muss an das jeweilige Material angepasst werden, dennoch ist eine klare Abfolge von Schritten vorgegeben (siehe Abbildung 1). Der erste Schritt ist die Präzisierung der Fragestellung und der zweite Schritt die Auswahl und Charakterisierung des Materials (Mayring, 2020). Im dritten Schritt wird die Richtung der Analyse festgelegt sowie die Einordnung in ein Kommunikationsmodell. Die Analyse kann z.B. auf die Zielgruppe oder den soziokulturellen Hintergrund gerichtet sein. Es sollten bei der Analyse Aspekte, wie die Erhebungssituation und die Charakteristika der Befragten bedacht werden. Im vierten Schritt werden die Analyseeinheiten festgelegt, dazu gehört die Kodiereinheit, die Kontexteinheit und die Auswertungseinheit. Die Kodiereinheit beschreibt den kleinstmöglichen kodierbaren Textbestandteil, die Kontexteinheit wiederum den größten Textbestandteil. Die Auswertungseinheit legt fest, welches Material analysiert werden soll und in welcher Reihenfolge (Mayring, 2015, 2019). Das weitere Vorgehen hängt davon ab, ob eine induktive oder deduktive Kategorienbildung durchgeführt wird (siehe Abbildung 1: Links induktives, rechts deduktives Vorgehen). Die Analyse in dieser Studie nimmt die Form einer induktiven Kategorienbildung an, welche nachfolgend beschrieben wird. Der fünfte Schritt stellt demnach die Festlegung der Kategoriendefinition dar, in dem entschieden wird, welche Textbestandteile für die Analyse interessant sind. Selbst bei einer induktiven Kategorienbildung ist dieser Schritt theoriegeleitet (Mayring, 2019), da Konzepte, die für die Definition wichtig sind, bereits in der Literatur bestehen, wie z.B. Sensitivität oder Gesundheit. Es muss ebenfalls das Abstraktionsniveau bestimmt werden für die Analyse (Schritt 6), welches die Breite der Kategorienunterteilung festlegt. Ein mittleres Abstraktionsniveau bedeutet, dass bereits eine gewisse Generalisierung der Textbestandteile notwendig ist, damit bedeutungsgleiche (aber nicht identische) Aussagen in einer Kategorie zusammengefasst werden können. Schritt 7 ist der Beginn der Kategorienformulierung, in dem neue Kategorien gebildet oder Textbestandteile durch Subsumption in bereits bestehende Kategorien eingeordnet werden. Nachdem 10-50% des Materials bearbeitet wurden, findet eine Revision des Kategoriensystems statt (Schritt 8). Falls das Kategoriensystem überarbeitet wird, ist ein erneuter Materialdurchgang erforderlich. Dieses iterative Vorgehen dient zusätzlich der Überprüfung der eigenen Arbeit (Intrakodercheck). Anschließend erfolgt im neunten Schritt der endgültige Materialdurchgang. Das gebildete Kategoriensystem wird im zehnten Schritt mit anderen Forscher*innen diskutiert im Sinne einer Überprüfung der Interkoderreliabilität. Das fertige Kategoriensystem kann sowohl qualitativ als auch

quantitativ analysiert werden (Schritt 11), etwa durch das Bilden von Hauptkategorien oder einer quantitativen Häufigkeitsanalyse (Mayring, 2020).

Abbildung 1:

Vorgehen Qualitative Inhaltsanalyse



Anmerkung. Abbildung entnommen aus Mayring & Brunner, 2006.

Datenauswertung

Die Daten wurden in Bezug auf die bestehende Forschungsfrage analysiert: Welche Barrieren nehmen Militärpersonen des ÖBH bei der Beantwortung von Fragen zur psychischen Gesundheit wahr? Dabei wurden die Antworten von den Teilnehmer*innen auf die erste offene Frage („Welche Bedingungen müssten erfüllt sein, damit Sie Fragen zu Ihrer

psychischen Gesundheit ehrlich im Rahmen einer dienstlichen Umfrage beantworten würden?“) betrachtet. Die Analyse bezieht sich auf die Wahrnehmung und Meinung der Soldat*innen, Zivildienstler*innen und Wehrdienstleistern, welche sich zum Erhebungszeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis beim ÖBH befunden haben.

Es wurde eine Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung durchgeführt. Der erste Schritt bestand daraus, sich mit den Daten vertraut zu machen durch ein erstes Einsehen der Antworten. Anschließend wurden die Kodierregeln spezifiziert, indem zunächst die Analyseeinheiten und Kategoriendefinitionen festgelegt wurden. Die Kodiereinheit als kleinstmögliche zu kodierende Einheit entspricht in der Analyse einem einzelnen bedeutungstragenden Wort in einer Antwort und die Kontexteinheit umfasst die gesamte Antwort einer Person inklusive etwaiger Anmerkungen/Kommentare, die auf den Befragungsbögen vermerkt wurden. Die Auswertungseinheit umfasst das gesamte Material, also alle 964 abgegebenen Antworten der Teilnehmer*innen inklusive etwaiger Randbemerkungen, die in aufsteigender Reihenfolge ausgewertet wurden.

Es wird festgelegt, dass zunächst von Interesse ist, wie die Teilnehmer*innen den Raum für ihre Meinung nutzen und was sie generell äußern, weiterführend ist das Selektionskriterium in der Analyse die subjektiv wahrgenommenen Faktoren, die eine Beantwortung von Fragen zur psychischen Gesundheit erschweren. Psychische Gesundheit wird hierbei definiert als „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (Weltgesundheitsorganisation, 2019, S.1), psychische Störungen beeinträchtigen diese Gesundheit (Kubinger, 2022). Bei der Kategorienbildung wurde ein mittleres Abstraktionsniveau angestrebt.

Anschließend wurde mit der Kodierung und Kategorienformulierung begonnen, wofür die Software MAXQDA (VERBI Software, 2021) genutzt wurde. Textbestandteile durften mehrfach codiert werden, sodass sie in mehrere Kategorien eingeordnet werden konnten. Nach 30% des Materials wurde eine Revision durchgeführt und die Kategorien, falls notwendig, überarbeitet. Nach der Überarbeitung des Kategoriensystems fand ein Durchgang des vollständigen Datenmaterials statt. Um die Interraterreliabilität zu erhöhen, wurden die Ergebnisse des Kategoriensystems anschließend in der Forscher*innengruppe besprochen, wobei sowohl die Zivil- als auch die Militärperspektive innerhalb der Gruppe vertreten war. Die Kategorien wurden mit drei Personen diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde: Ca. 20% der Kategorien wurden aufgrund der Diskussion modifiziert.

Darauf aufbauend wurden aus den Kategorien Hauptkategorien induktiv erschlossen, um einen besseren Überblick über die Themengebiete in der Studie geben zu können. Zu den gebildeten Hauptkategorien sowie Unterkategorien wurden Kategorienbeschreibungen und Ankerbeispiele verfasst. Die gebildeten Hauptkategorien wurden ebenfalls in der Forscher*innengruppe besprochen und diskutiert. Zuletzt wurde eine quantitative Analyse der Kategorien durchgeführt, auch mit Hinblick auf die unterschiedlichen Eigenschaften der Stichprobe (militärischer Rang, Bildungsabschluss, Geschlecht, etc.).

Ergebnisse

Insgesamt wurden anhand des Datenmaterials 14 Hauptkategorien gebildet, von denen einige Unterkategorien enthalten. Es folgt die Beschreibung der einzelnen Hauptkategorien und ihrer jeweiligen Unterkategorien, die durch Beispiele aus dem verwendeten Material veranschaulicht werden, eine komplette Übersicht mit Ankerbeispielen ist in Anhang H zu finden. Anschließend wird mit dem gebildeten Kategoriensystem eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt und Gruppenunterschiede anhand einer Subgruppenanalyse dargestellt, für die unter anderem die demografischen Merkmale der Teilnehmer*innen herangezogen werden.

Kategorienbeschreibung der Hauptkategorien

Wissenschaftlichkeit der Studie

Die Hauptkategorie Wissenschaftlichkeit der Studie thematisiert Kriterien einer seriösen, wissenschaftlichen Forschung. Insgesamt steht eine *professionelle Gestaltung der Studie* im Fokus, es werden eine *Aufklärung über die Studie* sowie eine *freiwillige Teilnahme an der Untersuchung* als Aspekte genannt. Zudem werden sich von den Teilnehmer*innen sowohl *klar formulierte Fragestellungen* als auch eine *zumutbare Länge des Fragebogens* gewünscht, welche bereits Gütekriterien psychologische-diagnostischer Verfahren (Kubinger, 2022) beinhalten, etwa die Gütekriterien Zumutbarkeit und Ökonomie. Der Wunsch nach einer *Ansprechperson während der Erhebung* wird ebenfalls genannt. Eine Ansprechperson ermöglicht die Beantwortung etwaiger Rückfragen und sichert die ordnungsgemäße Durchführung der Erhebung.

Es folgen Beispiele für die genannten Aspekte. Der Wunsch nach einer professionellen Gestaltung zeigt sich in Aussagen, wie „Gute Umsetzung“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre] und „Sicherstellung der Verlässlichkeit der Befragung und Auswertung“ [männlich, Offizier, 30-39 Jahre]. Der Aspekt Aufklärung über die Studie umfasst Aussagen, wie: „Aufklärung über die Umfrage“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre] und „Briefing über Sinn/Zweck“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]. Aussagen, wie „Freiwilligkeit“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre] sowie die Kritik „Analog heute: ‘Semibefohlen‘“ [männlich, Offizier, 20-29 Jahre]

finden sich in dem Aspekt Freiwillige Teilnahme an der Untersuchung. Beispiele für den Aspekt Ansprechperson während der Erhebung sind: „Leiter anwesend, fragend“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre] und „Aufsichtsperson“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]. Die Aussage: „Einfache Fragestellung & Antwortmöglichkeit, dieser Fragebogen wäre eher ein Negativ-Beispiel für mich (Fordert zu viel Konzentration & ist teilweise zu kompliziert & zu lang!)“ [männlich, Rang k.A., 30-39 Jahre] enthält sowohl den Wunsch nach klar formulierten Fragestellungen als auch den einer zumutbaren Länge des Fragebogens. Ein weiteres Beispiel für den Aspekt der Länge des Fragebogens ist: „so kurz als möglich“ [weiblich, Rekrutin, 20-29 Jahre].

Datenschutz

Die Hauptkategorie Datenschutz fokussiert sich auf den Schutz personenbezogener Daten. Beispiele für diese Hauptkategorie sind: „Datenschutz muss gewährleistet sein“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre]; „sicherer Umgang mit ausgefüllten Formularen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]. Die Hauptkategorie beinhaltet Aspekte der *Anonymität*, *Verschwiegenheit* und einer *Verringerung der Nachverfolgbarkeit*. Es zeigt sich, dass ein *hohes Misstrauen gegenüber dem Datenschutz* in dieser Untersuchung herrscht.

Eine ausreichende Anonymität hat zum Ziel, dass die Teilnehmer*innen nicht identifiziert werden können, welches dem Schutz der einzelnen Personen dienen kann (Matzner, 2016). Anonymität wird als Voraussetzung genannt, um bei der Erhebung ehrlich teilnehmen zu können („Anonymität muss gegeben sein“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Der Wunsch nach einer Verringerung der Nachverfolgbarkeit zeigt das Problem auf, dass die Anonymität nicht als ausreichend eingeschätzt wird oder kein Vertrauen besteht, dass die Anonymität gewahrt wird. Teilnehmer*innen nehmen an, dass auf ihre Identität geschlossen werden kann („Online: Nicht zurückverfolgbar WER die Umfrage schreibt“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]). Zu den vorgeschlagenen Maßnahmen zur Erschwerung der Nachverfolgbarkeit zählt, dass ausreichend Teilnehmer*innen an der Befragung partizipieren und keine demografischen Daten erhoben werden („Keine offensichtliche Angabe des Geschlechts bei Papierfragebogen, da nur sehr wenige Frauen und Zuordnung sofort möglich“ [weiblich, Rekrutin, 20-29 Jahre]; „nicht "alles" abfragen bis auf den Namen“ [männlich, Offizier, 40-49 Jahre]; „mehrere Teilnehmer damit eine Zuordnung nur sehr schwer möglich ist“ [weiblich, Unteroffizierin, 20-29 Jahre]).

Der Wunsch nach Verschwiegenheit zielt auf die Erhebungsperson ab. Psycholog*innen und Ärzt*innen sind rechtlich zur Verschwiegenheit verpflichtet mit dem Ziel, das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und ihren Patient*innen zu schützen (Berufsverband

Österreichischer PsychologInnen, 2019), wobei in diesem Fall das Vertrauensverhältnis zwischen Erhebungsperson und Teilnehmer*in gemeint ist. Folgende Aussagen etwa sind dem Aspekt der Verschwiegenheit zugeordnet: „Diskretion“ [männlich, Unteroffizier, 40-49 Jahre], „sollte vertraulich behandelt werden“ [männlich, Rang k.A., 40-49 Jahre] und „Medizinisches Fachpersonal welches zur Verschwiegenheit [sic] verpflichtet ist. (bezogen auf die privaten Hintergründe)“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Insgesamt zeigt sich, dass hohes Misstrauen gegenüber dem gebotenen Datenschutz besteht, was sich in folgenden Aussagen widerspiegelt: „100% sicher dass es anonym ist, vertraue dem nicht ganz“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre] und „Die Unterschrift auf einem Dokument der Person, welche die Umfrage durchführt, dass meine Daten nicht weitergegeben werden“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre].

Untersuchungsbedingungen

Die Hauptkategorie Untersuchungsbedingungen ist gegliedert in die Unterkategorien Erhebungsformat, Erhebungszeitpunkt, Erhebungssetting, Fragebogendesign sowie Abgabebedingungen. Teilweise wurden *Bedingungen bei dieser Erhebung bereits als erfüllt* eingeschätzt, wenn die Umstände während dieser Untersuchung bereits als zufriedenstellend bewertet wurden („Die gleichen Bedingungen wie bei dieser Umfrage“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre]).

Erhebungsformat. Das Erhebungsformat enthält unterschiedliche Vorschläge zur Form der Erhebung. Eine Variante ist die Durchführung von *Einzelgesprächen* („Vier-Augen Gespräch“ [männlich, Unteroffizier, 40-49 Jahre]; „Persönliche Gespräche sind besser - Mimik und Gestik“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre]), eine andere ist die *Fragebogenerhebung* („Fragebogen“ [männlich, Unteroffizier, 50-59 Jahre]). Es gibt auch Vorschläge zu *anderen Erhebungsformen* („Kleinere Gesprächsgruppen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Vorgesetzte müssten mehrmals mit ihren MA sprechen!“ [männlich, Rang k.A., 20-29 Jahre]). Bei einer Fragebogenerhebung gibt es sowohl die Präferenz für ein Papierformat („als Papierform (nicht elektronisch)“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]) als auch für ein digitales Format („Online-Umfrage“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre]). Des Weiteren kann bei einer digitalen Befragung differenziert werden, ob die Benutzung eines privaten Endgeräts oder eines dienstlichen Endgeräts gewünscht wird.

Erhebungszeitraum. Der Erhebungszeitraum umfasst Aussagen, die sich auf den Zeitpunkt der Erhebung beziehen. Die Aussagen in dieser Unterkategorie variieren in ihrem Abstraktionslevel. Generell soll die *Erhebung während geringer Arbeitsbelastung* stattfinden („Zeitpunkt sollte nicht vor Weihnachten sein sondern eher im Sommer wo die

Arbeitsbelastung geringer ist“ [männlich, Unteroffizier, 40-49 Jahre]). Bezogen auf die Dienstzeit gibt es Aussagen, dass die Erhebung entweder innerhalb oder außerhalb dieser liegen soll („in der Dienstzeit“ [weiblich, Rekrutin, 20-29 Jahre]; „nicht während der Dienstzeit“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Zu den spezifischeren Wünschen zählen zeitliche Vorschläge („am besten am Vormittag“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre]) und Zeitpunkte in der beruflichen Karriere, etwa nach dem abgeleisteten Grundwehddienst oder kurz vor der Pensionierung.

Darüber hinaus wird der Zeitpunkt nach einer *Traumaexposition* explizit angegeben, dass hier eine Untersuchung der psychischen Gesundheit wichtig wäre: „unmittelbar nach Einsätzen (Traumawirkung)“ [männlich, Rang k.A., Alter k.A.] und nach „Lebensbedrohungen grundsätzlich [sic] immer“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Erhebungssetting. Das Erhebungssetting umfasst Aspekte des Erhebungsumfeldes und des Erhebungsortes. Enthalten sind darüber hinaus allgemeine Kriterien für eine ungestörte Erhebung, wie *Ruhe* und *ausreichend Zeit* („ungestört in Ruhe beantworten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „störungsfreies Umfeld“ [männlich, Offizier, 30-39 Jahre]; „Genügend Zeit zum Ausfüllen“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]).

Die Wünsche zum Erhebungsumfeld enthalten *größere Distanz zu Kamerad*innen* bzw. Sichtschutz dazwischen und die *Abwesenheit von Vorgesetzten*. Beispiele für diese beiden Aspekte sind: „Größere Distanz zu Kameraden, damit sie nichts sehen“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]; „Abgrenzung zu den Kameraden (Sichtschutz)“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]; „es dürfte kein Vorgesetzter anwesend sein“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]. Teilweise möchten die Teilnehmer*innen gänzlich *allein sein bei der Erhebung* oder wünschen sich, dass die Erhebung örtlich bei ihnen *zu Hause* stattfinden kann („das [sic] ich daheim bin“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]).

Insgesamt soll ein *sicheres Erhebungssetting* gegeben sein („sicheres Umfeld [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]; „Man müsste sich wohlfühlen“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]; „Sicheres Umfeld → Person muss sich sicher fühlen“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre alt]). Es wird zudem deutlich, dass *Privatsphäre* gewünscht ist („Privatsphäre sollte an erster Stelle stehen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]).

Fragebogendesign. Die Unterkategorie Fragebogendesign umfasst Aspekte, die bezüglich der Gestaltung des Fragebogens genannt wurden. Es wird vorgeschlagen, ausschließlich ein *Multiple Choice Format* zu nutzen und keine freien Antworten verfassen zu müssen („keine freien Antworten, nur ankreuzen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Keine handschriftlichen Passagen ausfüllen zu müssen!“ [männlich, Offizier, 30-39 Jahre]) Ebenso ist darauf zu

achten, dass die *Fragebögen für das Militär normiert* sind („angepasster Fragebogen (auf Soldaten)“ [männlich, Rang k.A., 18-19 Jahre]).

Abgabebedingungen. Unter der Kategorie Abgabebedingungen ist die Gestaltung der Abgabesituation beschrieben. Es werden diesbezüglich Bedenken geäußert, welche sich auf die *Wahrung der Anonymität während der Abgabe* beziehen. Die Abgabesituation kann angepasst werden, sodass sich die Teilnehmer*innen sicherer fühlen. Vorschläge sind, dass eine *Sammelbox* für die Abgabe der Fragebögen aufgestellt wird („Abgabe in große Sammelbox -> keine Rückverfolgung zu Einheit“ [männlich, Offizier, 20-29 Jahre]; „Zettel wird in eine Urne geworfen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]) oder dass im Fall der Zivilbediensteten eine *persönliche Kuvertierung des Fragebogens* möglich ist anstatt einer offenen Sammelstelle in der Dienststelle („absolute Anonymität gewährleisten, persönliche Kuvertierung bei Rücksendung, kein "sammeln" der Fragebögen auf der DSt [Dienststelle] zum Verschicken“ [weiblich, Rang k.A., 40-49 Jahre]).

Angst vor Konsequenzen

Die Hauptkategorie Angst vor Konsequenzen beinhaltet die Bedenken der Teilnehmer*innen, dass Konsequenzen auf die eigenen Antworten folgen könnten. Es wird von negativen Folgen gesprochen, explizit der mögliche *negative Einfluss auf die militärische Karriere*. Auch scheinen die tatsächlichen Auswirkungen psychischer Probleme auf den Dienst nicht klar zu sein, es braucht eine *Aufklärung über dienstliche Konsequenzen*. Insbesondere bei Auslandstestungen, welche die aktuelle Eignung für Auslandseinsätze prüfen, sind die *Soldat*innen auf ein positives Ergebnis angewiesen*, um an einem Auslandseinsatz teilnehmen zu dürfen („Persönliches Gespräch ohne Bedarf "Auslandstestung" geht nicht, der Proband darf kein Bittsteller sein“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre]).

Beispiele für den Aspekt des negativen Einflusses auf die militärische Karriere sind: „Das sich die Antworten nicht auf die Anstellung auswirkt (keine Feuerungsgründe entstehen oder Beförderungen und Posten übergangen werden)“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre]; „Es muss eine Sicherheit gegeben sein, dass dadurch meine berufliche Karrierechancen nicht beeinträchtigt werden“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]. Die geforderte Aufklärung über dienstliche Konsequenzen enthält Aussagen, wie: „Ich müsste darüber informiert werden was passiert, wenn ich die Fragen ehrlich beantworte“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Untersuchungsperson

Die Hauptkategorie Untersuchungsperson behandelt Charakteristika der Untersuchungsperson, wobei der Fokus auf der fachlichen Expertise und der strukturellen

Zuordnung der Untersuchungsperson liegt. Zum einen soll die Untersuchungsperson eine *Fachperson aus dem psychologischen Bereich* sein, was den Wunsch nach einem gewissen Fachwissen und Kompetenz beinhaltet. Hierbei finden sich etwa folgende Aussagen: „Nur mit Psychologen“ [männlich, Unteroffizier, 50-59 Jahre]; „Arzt und einzeln“ [männlich, Unteroffizier, 50-59 Jahre]; „Gespräch mit Psychiater“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre].

Zum anderen wird die *strukturelle Zuordnung der Untersuchungsperson* thematisiert: Die einen bevorzugen eine Untersuchungsperson mit Militärhintergrund und die anderen eine unabhängige, zivile Erhebungsperson. Beispiele für den Wunsch nach einer internen Untersuchungsperson sind: „Soldaten als Psychologen und keine Zivilisten die keine Ahnung haben was wichtig ist“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre] und „Persönliches Gespräch mit Leuten die eine Ahnung vom Alltag des Soldaten haben. Keine Psychologen die noch nie eine "Uniform" trugen sind nicht tauglich einem Soldaten zu bewerten.“ [männlich, Unteroffizier, 40-49 Jahre]. Beispiele für eine externe zivile Untersuchungsperson sind: „Einzelgespräche mit einer Person die nichts mit dem Bundesheer zu tun hat“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre] und „Man sollte zu einem privaten Psychologen gehen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Eigenschaften der Teilnehmer*innen

Die Hauptkategorie Eigenschaften der Teilnehmer*innen enthält Eigenschaften, welche die Teilnehmer*innen als hilfreich für eine ehrliche Beantwortung einschätzen. Eine Voraussetzung stellt die grundsätzliche *Bereitschaft, ehrlich zu antworten*, dar („Wille von Seite des Befragten, die Fragen ehrlich zu beantworten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Das liegt in meiner Meinung lediglich an der Person selbst und wie bereit diese ist, über ihre eigene Psyche zu sprechen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Auch ein Maß an *Selbstreflexion* und *Konzentrationsfähigkeit* („Hohe Konzentrationsfähigkeit“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]) sollte vorhanden sein. Der Aspekt der Selbstreflexion ist beispielweise in Aussagen, wie diesen enthalten: „Ich bräuchte etwas Ruhe vor der Umfrage bzw. bei der Umfrage um in mich hineinfühlen zu können“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre] und „Ehrlichkeit zu sich selbst“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]. Ein *guter Allgemeinzustand* begünstigt ebenfalls eine ehrliche Beantwortung („Ausgeschlafen, keine Beeinträchtigungen“ männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre]; „Gesund und munter“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]).

Stigma und Stigmatisierung

In der Hauptkategorie Stigma und Stigmatisierung sind Aussagen eingeordnet, die direkt auf ein erlebtes Stigma hinweisen. Auf der einen Seite besteht das *externale Stigma gegenüber psychischen Störungen*. Ein Teilnehmer ist bei der Beantwortung der Frage, ob

man sich in der Nähe von Menschen mit psychischen Problemen wohlfühlt, noch einen Schritt weitergegangen und hat einen handschriftlichen Kommentar ergänzt, indem er eine bestimmte Person bloßstellt („Person X ist so einer!“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Auch Aussagen, wie: „Keine - würde ich keinesfalls Bekanntgeben“ [männlich, Unteroffizier, 50-59 Jahre] lassen auf ein hohes Maß an Stigmatisierung psychischer Störungen schließen. Auf der anderen Seite finden sich Anzeichen für *internales Stigma*, welches oftmals mit Schamgefühlen einhergeht („Das man sich nicht dafür schämt“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]; „Man sollte sich nicht dafür schämen oder deswegen schlecht fühlen (bei psychischem Problem) dann wird man auch ehrlich sein“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Die Selbststigmatisierung der eigenen psychischen Gesundheit kann der Nutzung von Hilfsangeboten ebenso im Wege stehen wie die Angst vor der Stigmatisierung durch andere.

Sensitivität

Die Hauptkategorie Sensitivität behandelt die wahrgenommene Übergriffigkeit der Fragen, welche zu Problemen in der Datenerhebung führen können. Die Kategorie gliedert sich in zwei Unterkategorien, wobei die erste Unterkategorie enthält, dass die Fragen in der Erhebung als zu sensitiv erlebt werden, und die zweite Kategorie sich mit dem Antwortverhalten der Teilnehmer*innen beschäftigt, welches beeinflusst wird durch die soziale Erwünschtheit.

Fragen werden als zu sensitiv erlebt. Es zeigt sich in den Antworten, dass die Fragen zur psychischen Gesundheit als zu sensitiv erlebt werden. Beispiele dafür sind: „Wahrscheinlich liegt es an den Fragen selbst, die für manche unangenehm erscheinen bzw. vielleicht ist man zu stolz um etwas zuzugeben“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Es kommt auf die Fragen an. Falls sie zu persönlich sind werden sie es nicht ehrlich beantworten“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]. Es wird der Vorschlag geäußert, eine *Trennung sensibler und nicht-sensibler Daten* durchzuführen, indem die Befragung etwa in zwei Teile unterteilt wird: „1. Anonymer Fragebogen für allgemeine Fragen 2. Persönliche dienstliche Fragen mit Psychologen (Mil-Zivil)“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre alt].

Antwortverhalten beeinflusst durch soziale Erwünschtheit. Die Unterkategorie Antwortverhalten beeinflusst durch soziale Erwünschtheit fasst Aspekte zusammen, die assoziiert sind mit sozialer Erwünschtheit. Die *Tendenz, sozial erwünscht zu antworten*, findet sich in Aussagen, wie: „Das der Test anonym erfasst wird, vertraue ich ihnen jedoch wenn Kameraden neben einem sitzen versucht man oft besser auszusehen bzw. hat Angst vor dem "Abschauen"“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt].

Des Weiteren bildet sich in der Analyse ein Antwortverhalten heraus, welches auf eine soziale Erwünschtheit zurückzuführen ist (Krumpal, 2013). Beispiele dafür finden sich in folgenden Aussagen: „Keine eigenen "Rahmenbedingungen" notwendig. Ich beantworte immer EHRlich!“ [männlich, Rang k.A., über 59 Jahre alt]; „Hätte überhaupt keine Probleme darüber zu reden!! Jederzeit möglich!“ [männlich, Rang k.A., 30-39 Jahre]; „Ich bin offen und beantworte immer alles ehrlich“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]. Es wird ein *Fokus auf die eigene Ehrlichkeit* gelegt und *Rahmenbedingungen werden für eine ehrliche Beantwortung als irrelevant bewertet* („Keine, Bedingungen stehen mit Ehrlichkeit nicht in Relation“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre]). Die Verantwortung, sich wahrheitsgetreu bei einer solchen Erhebung zu beteiligen, wird vollständig auf den oder die Einzelne geschoben („Das liegt in meiner Meinung lediglich an der Person selbst und wie bereit diese ist, über ihre eigene Psyche zu sprechen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]).

(Fehlendes) Vertrauen

Die Hauptkategorie (Fehlendes) Vertrauen gliedert sich in drei Unterkategorien: Das Vertrauen in die Erhebungsperson, das Vertrauen in die Vorgesetzten und das Vertrauen in das ÖBH. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Teilnehmer*innen und der jeweiligen Unterkategorie wird nachfolgend behandelt. Vertrauen gilt als wichtiger Faktor, um sich anderen Personen gegenüber zu öffnen, insbesondere bei sensiblen Themen, wie etwa der psychischen Gesundheit (Rüsch et al., 2017).

Vertrauen in die Erhebungsperson. Es zeigt sich deutlich, dass für die Teilnehmer*innen ein gewisses Vertrauen in die Erhebungsperson eine Voraussetzung darstellt, um ehrlich Fragen zur psychischen Gesundheit zu beantworten. Beispiele für die Kategorie sind: „Vertrauen in die durchführenden Personen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Vertrauen zu Heerespsychologen/Fachpersonal aufbauen“ [männlich, Rang k.A., 40-49 Jahre]; „Der Befragungsleiter-Durchführende müsste mir als Person schon bekannt sein und mein Vertrauen haben“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Man sollte zusätzlich dem Befragten klar machen, dass er zu 100% ehrlich sein kann und Vertrauen gewinnen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Vertrauen in die Vorgesetzten. Das Vertrauen in die eigene Führungskraft scheint ebenfalls ein wichtiger Faktor zu sein, es wird sowohl bestehendes als auch fehlendes Vertrauen thematisiert. Das bestehende Vertrauen zeigt sich zum Beispiel in dieser Aussage: „Ich werde immer ehrlich antworten, weil ich meinen Vorgesetzten und Untergebenen vertraue, weil wir uns kennen“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre]. Das fehlende Vertrauen zeigt sich in Aussagen, wie: „Würde ich jederzeit machen. Aber Bedenken

bezüglich der Vorgesetzten“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre] und „Vertrauen zu den Vorgesetzten! Nicht gegeben!!“ [weiblich, Rang k.A., 50-59 Jahre]. Es gibt sogar Teilnehmer*innen, die Angst vor den Reaktionen der Vorgesetzten zu haben scheinen und sich Sicherheit wünschen („Sicherheit vor dem Vorgesetzten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]).

Vertrauen in das ÖBH. Die Unterkategorie Vertrauen in das Österreichische Bundesheer beschäftigt sich mit dem Vertrauen in die Institution, welches der Mesoebene zuzuordnen ist. Die Teilnehmer*innen äußern, dass ein gewisses Vertrauen in die Organisation vorhanden sein muss („Vertrauen zum Bundesheer“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). *Ehrlichkeit in der Kommunikation* ist ebenso dem Vertrauensaspekt zuzuordnen, da Ehrlichkeit Vertrauen herstellen kann („Ehrlichkeit von Seiten des Bundesheeres“ [männlich, Rang k.A., 20-29 Jahre]).

Organisationaler Umgang mit psychischen Störungen im ÖBH

Die Hauptkategorie Organisationaler Umgang mit psychischen Störungen im Österreichischen Bundesheer bezieht sich auf den Umgang innerhalb der Institution mit psychischen Problemen sowie gebotene Hilfsangebote. Das Augenmerk liegt darauf, wie beide Aspekte verbessert werden können. Ansätze beziehen sich dabei auf die *Entstigmatisierung psychischer Störungen* sowie einem *verbesserten Hilfsangebot*.

Im Aspekt Entstigmatisierung psychischer Störungen sind Aussagen zusammengefasst, wie: „Mehr Aktionen setzen um die Stigmatisierung psychischer Leiden zu beenden“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre] und „Grundlegende Aufklärung über die Risiken und Folgen von psychischen Erkrankungen“ [männlich, Offizier, 30-39 Jahre].

Der Wunsch nach einem verbesserten Hilfsangebot im ÖBH zeigt sich z.B. in folgenden Aussagen: „Notwendige Maßnahmen auch im Heer um diese zu therapieren“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre] und „Es muss nicht anonym sein, aber bei psychischen Problemen uns unterstützen“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]. Außerdem wird deutlich, dass das Hilfsangebot erst bei einem großen, bestehenden Leidensdruck genutzt wird („Es müsste mir dementsprechend "dreckig" gehen“ [Geschlecht k.A., Rang k.A., 50-59 Jahre]) oder wenn Kamerad*innen aufmerksam werden („Hinweise oder Bedenken von Kollegen aufgrund meines komischen Verhaltens“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]).

Verbesserung des Arbeitsklimas und der Organisationskultur des ÖBH

Die Hauptkategorie Verbesserung des Arbeitsklimas und der Organisationskultur des Österreichischen Bundesheeres enthält Kritik und daraus abzuleitende Verbesserungen des zwischenmenschlichen Umgangs im ÖBH. Beispielhafte Aussagen sind: „Ein humaner

Umgang innerhalb des Militärs“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre] und „Das Klima im dienstlichen Umfeld müsste passen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Die Verbesserungsvorschläge setzen bei einer *offenen Kommunikation* an, welche innerhalb des ÖBHs bemängelt wird („das [sic] man sich in der Arbeit wohl fühlt und offen sein kann“ [weiblich, Rang k.A., 18-19 Jahre]; „So etwas erfordert Offenheit und Ehrlichkeit aber beim Bundesheer ist so etwas nicht möglich“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]).

Weiterführend wird *Akzeptanz* („Akzeptanz“ [weiblich, Rang k.A., 30-39 Jahre]) und mehr *Freiheit* generell im Bundesheer gefordert („Mehr Freiheit beim Heer“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Teilnehmer*innen wollen *Wertschätzung* und *Interesse an ihrer Person* vermittelt bekommen, wobei folgende Aussagen dies verdeutlichen: „Ich müsste das Gefühl haben, dass sich wirklich jemand dafür interessiert“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]; „Gefühl, dass man ernst genommen wird“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Respektvoller Umgang“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre].

Erkennbarer Nutzen der Studie

In der Hauptkategorie Erkennbarer Nutzen der Studie wird der Anspruch der Teilnehmer*innen behandelt, sichtbare Ergebnisse und darauffolgend positive Auswirkungen der Studie zu sehen („Aussicht auf Veränderung aufgrund des Befragungsergebnisses“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]; „Es soll für einen bestimmten Grund durchgeführt werden und in der Praxis dann angewendet werden (messbar machen), Ich würde für MA-Besserungen gerne einen Beitrag leisten“ [weiblich, Rang k.A., 20-29 Jahre]). Enthaltene Aspekte sind zum einen die Kritik an der *fehlenden Verbesserung des Status Quo* nach Studien und zum anderen eine gewünschte *Ergebnispräsentation*. Die Unzufriedenheit mit der ausbleibenden Verbesserung nach Studien zeigt sich in Aussagen, wie: „Dass, wenn so etwas gemacht wird, sich dann auch was ändert. Änderungen aber ins Positive, nicht wie die letzten 20 Jahre das es stetig bergab geht“ [männlich, Unteroffizier, 40-49 Jahre]; „Wenn man wissen würde dass diese Befragungen etwas ändern!“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre]; „...wenn darauf auch ein dementsprechendes Ergebnis und eine Verbesserung der Situation folgen würde.(zeitnahe) [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]“. Die Studie soll nicht nur einen Mehrwert für die Forschung bieten, sondern auch für die Befragten. Dies steht in Verbindung mit einer *Rückmeldung der gefundenen Ergebnisse* aus der Studie. Der Aspekt der Ergebnispräsentation spiegelt sich in Aussagen wider, wie: „Garantiertes Feedback zu den Ergebnissen“ [männlich, Rang k.A., 40-49 Jahre] und „Erfolgsmeldung (Veranschaulichung der ausgewerteten Daten)“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre].

Sonstiges

Die Hauptkategorie Sonstiges bestehend aus Antworten, die das Thema (absichtlich) verfehlen. Es wird Kritik geäußert am ÖBH und am Militär an sich. Es werden Wünsche nach mehr Geld sowie Wünsche nach Abrüstung genannt. Beispiele für Aussagen in dieser Kategorie sind: „Das scheiß Bundesheer. Ich hab Geldprobleme, ich kann mir keine Rechnung mehr leisten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Schafft die Heerespflicht ab!!!“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Abrüsten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Person blockt Frage ab/Keine Antwort

Die Hauptkategorie Person blockt Frage ab/Keine Antwort umfasst die Antworten derjenigen Teilnehmer*innen, welche die Frage abgeblockt haben. Dabei wurde keine aussagekräftige Antwort niedergeschrieben, das Antwortfeld allerdings auch nicht leer gelassen. In dieser Kategorie finden sich Aussagen, wie: „Keine“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre], „Weiß nicht“ [männlich, Unteroffizier, 50-59 Jahre] und „Antwort: Habe keine Antwort zur Frage“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre].

Häufigkeitsanalyse

Knapp die Hälfte aller abgegebenen Antworten (48.5%) bezieht sich auf den Datenschutz, wobei 43.9% (423 Antworten) explizit Anonymität nennen als Voraussetzung, um bei der Befragung ehrlich antworten zu können. In der Hauptkategorie „Untersuchungsbedingungen“ sprechen 212 Personen (22.0%) einen Aspekt des Erhebungssettings an und 146 Personen (15.1%) äußern sich zum Erhebungsformat. Dabei wünschen sich 79 Personen eine Fragebogenerhebung und 68 Personen ein Einzelgespräch, sodass kein Erhebungsformat deutlich bevorzugt wird. Siebenundfünfzig Personen (5.9%) sahen die Bedingungen während dieser Untersuchung bereits als ausreichend an und äußerten keinen Änderungswunsch. Die Unterkategorien Erhebungszeitpunkt, Fragebogendesign und Abgabebedingungen stellen kleinere Kategorien dar, mit nur 7 bis 12 Antworten pro Kategorie.

Siebenundsechzig Personen (7.0%) nennen verschiedene Aspekte der Wissenschaftlichkeit der Studie, wie die Aufklärung über die Studie, klar formulierte Fragestellungen und allgemein eine professionelle Gestaltung der Erhebung. Der Vertrauensaspekt wird von 53 Teilnehmer*innen (5.5%) angesprochen, wovon sich rund die Hälfte der Antworten (27) auf das Vertrauen in die Erhebungsperson bezieht. Zweiundfünfzig Personen (5.4%) geben keine Antwort bzw. blocken die Frage ab. Die Sensitivität wird von 50 Teilnehmer*innen (5.2%) thematisiert. Fünfundvierzig Personen (4.7%) äußern die Angst vor möglichen Konsequenzen, knapp zwei Drittel davon (29 Personen) explizit den negativen Einfluss auf die militärische Karriere. Charakteristika der Untersuchungsperson wurden von 43 Personen

(4.5%) genannt: Zum einen wird die fachliche Expertise (32 Antworten) und zum anderen die strukturelle Zuordnung der Untersuchungsperson (16 Antworten) angesprochen, wobei 11 Personen eine externe, zivile Erhebungsperson bevorzugen, im Vergleich zu 5 Personen, die eine militärinterne Erhebungsperson bevorzugen. Es wird von 20 Personen (2.1%) der Umgang innerhalb des ÖBHs mit psychischen Störungen thematisiert, ebenfalls 20 Personen (2.1%) wollen einen erkennbaren Nutzen der Studie, zudem wird die bisher ausbleibende Verbesserung des Systems kritisiert. Eine Verbesserung des Arbeitsklimas und der Organisationskultur des ÖBHs wird von 17 Teilnehmer*innen (1.8%) angesprochen. 19 Personen (2.0%) nennen Eigenschaften der Teilnehmer*innen, die als hilfreich eingeschätzt werden für eine gelungene Erhebung. Sonstige Anmerkungen sind von 10 Teilnehmer*innen getätigt worden, die aufgrund der Bedeutungsleere und der Größe keine Relevanz in der weiteren Analyse einnimmt. Die kleinste Kategorie mit vier Antworten stellt die Hauptkategorie Stigma dar. Trotz der Größe ist sie eine inhaltstragende Kategorie, die einen wichtigen Teil zur Vollständigkeit des Datenbildes beiträgt. Eine Übersicht über die Häufigkeiten der einzelnen Kategorien und Unterkategorien ist zusammenfassend in Anhang C dargestellt.

Subgruppenanalyse

Zum tieferen Verständnis werden in der Analyse die demografischen Angaben der Teilnehmer*innen zu Geschlecht, Alter und Bildung miteinbezogen. Des Weiteren wird der militärische Rang und die Anzahl an Auslandseinsätzen betrachtet. Es wird untersucht, ob das angegebene Vertrauen in den Datenschutz, die wahrgenommene Sensitivität und die Anwesenheit Dritter einen sichtbaren Einfluss auf die Ergebnisse hat und ob in den einzelnen Gruppen ein Themenschwerpunkt zu finden ist.

Um den Datenschutz der weiblichen und diversen Teilnehmer*innen zu gewährleisten, wird in den unterschiedlichen Subgruppenanalysen nicht noch zusätzlich nach Geschlecht differenziert. Aufgrund ihrer geringen Anzahl, besteht ansonsten das Risiko möglicher Rückschlüsse auf einzelne Personen.

Geschlecht

Bei der Analyse der Geschlechter zeigt sich, dass alle Personen, die sich der Geschlechtskategorie weiblich oder divers zuordnen, die Bedingungen in dieser Erhebung nicht als zufriedenstellend einstufen. Eine Kritik an der Erhebung, die von einer Frau geäußert wurde, bezieht sich etwa auf den Datenschutz und die Rückverfolgbarkeit der Daten: „Keine offensichtliche Angabe des Geschlechts bei Papierfragebogen, da nur sehr wenige Frauen und Zuordnung sofort möglich“ [weiblich, Rekrutin, 20-29 Jahre alt]. Auch zu Aspekten der

Untersuchungsperson, dem Umgang mit psychischen Störungen im ÖBH und dem Fragebogendesign wird von weiblichen und diversen Teilnehmer*innen keine Aussage getätigt. Des Weiteren zeigt sich, dass keine der Personen, die sich als weiblich oder divers identifizieren, eine Aussage getätigt hat, welcher der Hauptkategorie „Person blockt Frage ab/Keine Antwort“ oder „Sonstiges“ zugeordnet werden konnte. Das bedeutet, sie haben daher das Antwortfeld entweder leergelassen oder mit einer verwertbaren Antwort ausgefüllt. Eine detaillierte Übersicht über die Kategorienverteilung ist in Anhang D zu finden.

Alter

Die verschiedenen Hauptkategorien konzentrieren sich nicht auf unterschiedliche Altersgruppen, es fällt jedoch auf, dass bei den älteren Teilnehmer*innen (50 Jahre alt und älter) in der Erhebung die Angst vor Konsequenzen aufgrund ihrer Antworten nicht mehr thematisiert wird. Darüber hinaus wird bei den älteren Teilnehmer*innen auch der erwartete Nutzen der Studie nicht thematisiert im Gegensatz zu den Ergebnissen der jüngeren Teilnehmer*innen (siehe Anhang E). Ansonsten sind keine Muster in den Antworten verschiedener Alterskohorten festzustellen.

Bildung

Die Bildung wird anhand des höchsten abgeschlossenen Bildungsabschlusses analysiert. Die Gruppe der Personen mit einem Pflichtschulabschluss ist recht klein mit 66 Personen. Es wird von keiner Person aus dieser Gruppe eine Antwort über die Eigenschaften der Teilnehmer*innen abgegeben. Auch über den Umgang im ÖBH mit psychischen Problemen wird sich kaum geäußert, lediglich eine einzige Person gibt eine Antwort ab, welche als Kritik an dem bereits bestehenden Hilfsangebot im ÖBH verstanden werden kann („Diese Peers (???) nach Psychosachen sind auch absoluter Schwachsinn“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre alt]). Die Kritik bezieht sich auf das Angebot des ÖBHs von ausgebildeten Ersthelfer*innen, sogenannten Peers, die eine niederschwellige, psychologische Erstversorgung nach einer Traumaexposition anbieten (Moser, 2013). Durch eine Zusatzausbildung können Soldat*innen zu solchen Peers werden, welche sich in verschiedenen Einheiten sowie Rängen befinden (Moser, 2013).

Die Mehrzahl der Teilnehmer*innen hat einen Lehre-/Handelschulabschluss (371 Personen) oder einen Maturaabschluss (449 Personen). Die Gruppen beider Bildungsabschlüsse decken alle Hauptkategorien ab, wobei keine besondere Häufung in den Daten festzustellen ist.

Die Kategorie der Personen mit einem Fachhochschul- oder Universitätsabschluss besteht aus 64 Teilnehmer*innen. Es wurde hierbei keine Antwort zu dem Arbeitsklima im ÖBH abgegeben, weder Lob noch Kritik oder Verbesserungsvorschläge. Es zeigt sich, dass niemand

mit einem FH- oder Universitätsabschluss eine Aussage in der Hauptkategorie „Person blockt Frage ab/Keine Antwort“ oder „Sonstiges“ getätigt hat. Hier wurde ebenfalls entweder das Antwortfeld unausgefüllt gelassen oder eine verwertbare Meinung abgegeben. Eine detaillierte Übersicht über die Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien findet sich in Anhang F. Teilnehmer*innen mit dem höchsten Bildungsabschluss sind zum Großteil Offizier*innen (59.4%), der zweitgrößte Teil aus dieser Bildungsgruppe hat keine Angabe zum Dienstrang abgegeben (34.4%).

Die Beteiligung an der relevanten offenen Frage schwankt im Vergleich zur Gesamtstichprobe je nach Bildungsgrad: Personen mit einem Pflichtschulabschluss beteiligen sich mit 67.4% und Personen mit einem Lehre-/Handelsschulabschluss mit 52.4%, aber Personen mit Maturaabschluss zeigen eine Beteiligung von 78.1% und solche mit FH-/Universitätsabschluss partizipieren zu 82.1%. Insgesamt zeigt sich bei Personen mit höherem Bildungsabschluss eine höhere Beteiligung.

Militärischer Rang

Bei der Analyse der Dienstgrade fällt auf, dass Offizier*innen die einzigen Personen sind, die keine Aussage über das Arbeitsklima im ÖBH treffen. Die meisten Anmerkungen zum Arbeitsklima kamen von Rekrut*innen und bestehen aus Kritik („Das Klima im dienstlichen Umfeld müsste passen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]; „Ein humaner Umgang innerhalb des Militärs“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]). Nur Teilnehmer*innen aus dem Dienstrang Rekrut und Unteroffizier treffen Aussagen bezogen auf Stigma und die empfundene Sensitivität der Umfrage (Antwortverhalten beeinflusst durch soziale Erwünschtheit nicht miteingeschlossen), allerdings keine Person aus dem Dienstgrad Charge oder Offizier. Ebenso werden Aussagen zu dem wahrgenommenen Nutzen der Studie hauptsächlich von Rekrut*innen und Unteroffizier*innen getroffen. In der Gruppe der Chargen finden sich zu neun (Unter-)Kategorien keine Antworten, was jedoch auch ein Resultat der geringen Personenanzahl sein kann. Diejenigen, die die Frage abgeblockt haben und der Hauptkategorie „Person blockt Frage ab/Keine Antwort“ zugeordnet wurden, bestehen überwiegend aus Rekrut*innen. Alle Ränge äußern sich in ähnlich großen Maßen zum Datenschutz mit einem Prozentsatz zwischen 46.8% bis hin zu 59.5%. Eine zusammenfassende Übersicht ist in Anhang G zu finden.

Anzahl an Auslandseinsätzen

Die Frage nach der Anzahl an absolvierten Auslandseinsätzen wurde nur den Berufssoldat*innen gestellt. Von 572 Personen haben lediglich 328 (57.3%) die offene Frage beantwortet, wodurch die Beteiligung leicht unter der durchschnittlichen Beteiligung von

64.1% liegt. Von diesen haben 149 Personen (45.4%) bisher keinen Auslandseinsatz absolviert und 110 Personen (33.5%) geben an, an ein bis zwei Auslandseinsätzen teilgenommen zu haben. Siebenunddreißig Personen (11.3%) geben drei bis vier Auslandseinsätze an und 21 Personen (6.4%) geben an, mehr als vier Auslandseinsätze absolviert zu haben. Elf Personen (3.4%) haben sich enthalten. Es lassen sich jedoch keine Auffälligkeiten in den Kategorienhäufigkeiten feststellen.

Vertrauen in den Datenschutz

Die Teilnehmer*innen konnten auf einer fünfstufigen Likert-Skala ihr Vertrauen in den Datenschutz bei dieser Erhebung angeben, beginnend bei *vertraue gar nicht*, *vertraue eher nicht* über *vertraue teil/teil* bis hin zu *vertraue eher* und *vertraue voll und ganz*. Von 945 Personen wurde eine Bewertung abgegeben, es gab lediglich 19 Enthaltungen.

79.6% der Personen haben ein hohes Vertrauen in den Datenschutz angegeben und die zwei höchsten Kategorien ausgewählt; 310 Personen kreuzten *vertraue eher* und 442 Personen *vertraue voll und ganz* an. Selbst bei einem sehr hoch angegebenen Vertrauen, haben die Teilnehmer*innen trotzdem den Datenschutz und Anonymität thematisiert. Zudem wurde von vielen Vertrauen in die Erhebungsperson als auch in die Vorgesetzten als notwendige Bedingung genannt. Der Vertrauensaspekt wurde von beiden Seiten beleuchtet, zum einen gab es Personen, die ihr fehlendes Vertrauen geäußert haben („Würde ich jederzeit machen. Aber Bedenken bezüglich der Vorgesetzten.“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre alt]) und zum anderen Personen, die das bereits bestehende Vertrauen positiv bewertet haben („Ich werde immer ehrlich antworten, weil ich meinen Vorgesetzten und Untergebenen vertraue, weil wir uns kennen“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre alt]).

Von 5.3% der Personen wurde ein fehlendes Vertrauen in den Datenschutz angegeben, 24 Personen vertrauten dem Datenschutz eher nicht und 26 Personen vertrauten dem Datenschutz gar nicht. Von den Personen mit wenig bis kein Vertrauen in den Datenschutz war niemand mit den Erhebungsbedingungen bei dieser Erhebung zufrieden. Eine Person äußerte zum Beispiel ein hohes Misstrauen gegenüber der Anonymität: „100% sicher dass es anonym ist, vertraue dem nicht ganz“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]. Zu dem Aspekt des Erhebungssetting wird oftmals der Wunsch geäußert, bei der Erhebung allein zu sein. Personen mit geringem Vertrauen in den Datenschutz thematisieren nicht die Wissenschaftlichkeit der Studie, Datenschutz und Anonymität werden hingegen stark thematisiert. Das Thema Vertrauen ist für die Teilnehmer*innen ebenfalls von Bedeutung. Folgendes Beispiel illustriert das fehlende Vertrauen in die Vorgesetzten: „Vertrauen zu den Vorgesetzten! Nicht gegeben!!“ [weiblich, Rang k.A., 50-59 Jahre alt].

Wahrgenommene Sensitivität

Insgesamt gab es sechs Fragen zur wahrgenommenen Sensitivität bei der Erhebung, bei denen die Teilnehmer*innen ihre Zustimmung zu den gestellten Aussagen auf einer fünfstufige Likert-Skala angeben konnten. Eine der Frage war z.B.: „Wenn ich Fragen zu meiner psychischen Gesundheit im Rahmen einer anonymen dienstlichen Umfrage beantworten sollte, hätte ich Bedenken, dass meine Antworten negative dienstliche Konsequenzen für mich haben könnten“. Die Teilnehmer*innen konnten ihre Zustimmung zu dieser Aussage abgeben mit der Einstufung auf der Likert-Skala, die von *keinesfalls*, *wahrscheinlich nicht*, über *vielleicht*, bis *ziemlich wahrscheinlich* und *ganz sicher* reicht.

Neun Personen haben über alle sechs Fragen hinweg eine hohe Sensitivität angegeben, mit einer Zustimmung zu den dargestellten Bedenken mit *ziemlich wahrscheinlich* oder *ganz sicher*. Dieselben Personen haben bei der Frage zu den notwendigen Bedingungen folgende Aspekte beleuchtet: Zum einen werden Datenschutz und Anonymität thematisiert sowie Abgabebedingungen, die die Anonymität erhöhen („Den Fragebogen in eine Box werfen (undurchsichtig)“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre alt]). Bezüglich des Erhebungssettings wird der Wunsch geäußert, allein bei der Erhebung zu sein. Zum Setting werden ebenfalls Aspekte, wie Ruhe und ausreichend Zeit genannt („Ungestört ohne Zeitdruck und ohne Überwachung“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]).

Weitere Punkte beziehen sich auf die Erhebungsperson und das Vertrauen in diese („Es sollte anonym sein oder man sollte zu einem privaten Psychologen gehen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]; „Man sollte die Person besser kennen, die einen befragt“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]).

Die höchste Zustimmung findet sich zu der Aussage bezüglich Bedenken über mögliche dienstliche Konsequenzen und der Aussage, dass die eigene psychische Gesundheit niemanden etwas im Bundesheer angehe, mit 189 und 188 Stimmen (es wurde entweder *ziemlich wahrscheinlich* oder *ganz sicher* angekreuzt). Die drittgrößte Zustimmung mit 163 Stimmen findet sich bei der Aussage, dass andere Personen (z.B. Kamerad*innen oder Vorgesetzte) aufgrund der abgegebenen Antworten ein schlechtes Bild von der befragten Person haben könnten.

Die Beteiligung bei den Fragen war insgesamt sehr hoch, aus der Teilstichprobe haben sich bei den ersten drei Fragen maximal zwei Personen enthalten und bei der vierten und fünften Frage gab es keine Enthaltungen. Dazu steht in Kontrast die sechste Frage („Wenn ich Fragen zu meiner psychischen Gesundheit im Rahmen einer anonymen dienstlichen Umfrage beantworten sollte, würde ich mir denken, dass ein echter Soldat keine psychischen Probleme

haben sollte“), bei der 91 Personen keine Angabe gemacht haben. Es ist auffällig, dass die Non-Response Quote hier deutlich höher ausfällt, weshalb diese Frage eingehender betrachtet wird. Es haben 137 Personen zugestimmt, dass ein echter Soldat ziemlich wahrscheinlich oder ganz sicher keine psychischen Probleme haben sollte. Von diesen Personen thematisieren 58 Personen den Datenschutz und 30 Personen das Erhebungssetting. Beim Erhebungssetting werden die Distanz zu anderen bzw. ein Sichtschutz oder die vollständige Abwesenheit Dritter genannt. Zur Sensitivität wird von einer Person eingeräumt, dass die Anwesenheit anderer einen Einfluss auf ihr Antwortverhalten hat („Das der Test anonym erfasst wird, vertraue ich ihnen jedoch wenn Kameraden neben einem sitzen versucht man oft besser auszusehen bzw. hat Angst vor dem "Abschauen" [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]). Dagegen betonen andere ihre eigene Ehrlichkeit („Keine, es ist selbstverständlich, dass man ehrlich über seine Gesundheit ist“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]; „Ich würde solche Fragen immer ehrlich beantworten!“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]). Auch wird von 10 Personen die Angst vor Konsequenzen genannt, von acht Personen Aspekte bezüglich der Wissenschaftlichkeit der Studie, wie Freiwilligkeit und Transparenz. Sechs Personen äußern sich zum (nicht) vorhandenen Vertrauen und sechs Personen zur Untersuchungsperson. Die Mehrheit bevorzugt psychologisches Fachpersonal, bei der strukturellen Zuordnung scheiden sich die Meinungen.

Die Anwesenheit Dritter

Selbst diejenigen Teilnehmer*innen, die während der Bearbeitung des Fragebogens allein waren, äußern bei dem Untersuchungssetting die Distanz zu Kamerad*innen und den Wunsch alleine zu sein. Personen, die an der Erhebung in dem Lehrsaal mit anderen Kamerad*innen teilgenommen haben, führen dieselben Aspekte an.

Es zeigt sich allerdings, dass nur 1.1% der Personen (drei Personen), die während der Erhebung allein waren, Angst vor Konsequenzen berichten. Dies steht in einem starken Kontrast zu denjenigen in Anwesenheit anderer, von welchen 42 Personen (6.0%) die Angst vor Konsequenzen angesprochen haben. Es wird aus den Daten jedoch nicht ersichtlich, dass die Teilnehmer*innen in der Abwesenheit Dritter mehr normabweichendes Verhalten berichten oder offener gegenüber sensiblen Fragen sind. Ansonsten zeigen sich keine Unterschiede in den Daten, wenn nach An-/Abwesenheit Dritter differenziert wird.

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ein umfassendes Verständnis zu gewinnen über die vom Militärpersonal wahrgenommenen Barrieren bei der Beantwortung von Fragen zur psychischen Gesundheit im Rahmen einer dienstlichen Erhebung. Anhand der Qualitativen

Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015, 2019, 2020) wurden die Antworten von 964 Teilnehmer*innen, bestehend aus Wehrdienern, Soldat*innen und Zivilbediensteten, zusammengefasst und induktiv Kategorien gebildet. Die Analyse ergab insgesamt 14 Hauptkategorien, wobei der Wunsch nach Anonymität und der Wahrung des Datenschutzes den bedeutendsten Aspekt in der Untersuchung darstellt.

Die Untersuchungsergebnisse in Bezug zur Literatur

Im Kontext bereits bestehender Literatur zeigt sich eine Überschneidung in den herausgearbeiteten Kategorien mit bereits bestehenden Forschungsergebnissen. Wie angenommen, stehen die Erkenntnisse im Einklang mit der bisherigen Forschung zu Barrieren bei der Behandlungssuche, zu denen Stigma, Einfluss auf militärische Karriere, strukturelle Barrieren und Misstrauen gegenüber den Untersuchungspersonen zählen (Hom et al., 2017; Rüschi et al., 2017). Die Literatur wird in der Reihe der vorgestellten Kategorien mit den Untersuchungsergebnissen in Verbindung gesetzt, wobei einige Themen zusammengefasst dargestellt werden.

Datenschutz

Ein großes Thema in der Analyse sind die Bedenken der Teilnehmer*innen rund um den Datenschutz, welcher sich in der Literatur wiederfindet (Coleman et al., 2017; Lincoln et al., 2016). Anonymität sowie eine Erschwerung der Nachverfolgbarkeit können die Teilnehmer*innen vor möglichen Konsequenzen schützen und ihre Bedenken diesbezüglich reduzieren.

In dieser Untersuchung wurde von Teilnehmer*innen vorgeschlagen, die demografischen Merkmale getrennt zu erheben („1. Anonymer Fragebogen für allgemeine Fragen 2. Persönliche dienstliche Fragen mit Psychologen (Mil-Zivil)“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre alt]). Eine Trennung der demografischen Daten und der sensitiven Fragen könnte das Unwohlsein bei Teilnehmer*innen verringern und zu wahrheitsgetreueren Antworten führen.

Darüber hinaus ist die Form der Zustimmung zu überdenken, die die Teilnehmer*innen bei der Untersuchung abgeben müssen. Bei dieser Untersuchung wurde eine separate Einverständniserklärung unterschrieben. Für kommende Forschung ist zu prüfen, ob eine niederschwelligere Form der Zustimmung (z.B. das Setzen eines Häkchens) sinnvoll erscheint (Lincoln et al., 2016).

Untersuchungsbedingungen

Erhebungssetting. In der Literatur wird die Wahl eines geeigneten Erhebungsortes für die Erhebung psychischer Gesundheit thematisiert, was sich auch in den Untersuchungsergebnissen abzeichnet. Bezüglich des Ortes wird das eigene Zuhause von

einigen Teilnehmer*innen vorgeschlagen („das [sic] ich daheim bin“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]). Das geeignete Erhebungssetting wird bei den Teilnehmer*innen allgemein als ein sicheres Erhebungsumfeld verstanden („sicheres Umfeld“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]; „Man müsste sich wohlfühlen“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]; „Sicheres Umfeld → Person muss sich sicher fühlen“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre alt]). Es wird zudem deutlich, dass eine Privatsphäre gewünscht ist („Privatsphäre sollte an erster Stelle stehen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]), wobei folgende Aspekte zur Schaffung einer Privatsphäre beitragen können: Die Mehrheit artikuliert, dass sie während der Beantwortung der Fragen alleine sein will oder den Abstand zu Kamerad*innen vergrößern möchte, sodass ein Einsehen in die Antworten nicht möglich ist („Größere Distanz zu Kameraden, damit sie nichts sehen.“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]; „Abgrenzung zu den Kameraden (Sichtschutz)“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]). Dies ist in Einklang mit bestehender Forschung zur Anwesenheit Dritter (Krumpal, 2013). Selbst diejenigen Teilnehmer*innen, die während der Bearbeitung der Fragen alleine waren, äußern bei dem Untersuchungssetting die Distanz zu Kamerad*innen und den Wunsch, alleine zu sein. Es ist möglich, dass die Abwesenheit Dritter bei den einen als bereits erfüllte und positiv wahrgenommene Bedingung genannt wird und bei den anderen die Anwesenheit Dritter als einschränkende Barriere wahrgenommen wird. Es konnte bestätigt werden, dass die Anwesenheit anderer einen Einfluss auf das Antwortverhalten hat („Das der Test anonym erfasst wird, vertraue ich ihnen jedoch wenn Kameraden neben einem sitzen versucht man oft besser auszusehen bzw. hat Angst vor dem "Abschauen" [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]), allerdings ist aus den Daten nicht ersichtlich, dass die Teilnehmer*innen in der Abwesenheit Dritter mehr normabweichendes Verhalten berichten oder offener gegenüber sensiblen Fragen sind.

Erhebungszeitpunkt. Neben dem bereits herausgearbeiteten Erhebungssetting ist der Erhebungszeitpunkt von Bedeutung. Als ein notwendiger Zeitpunkt für eine Untersuchung wurde die Nachwirkung einer Traumaexposition in der Analyse genannt („unmittelbar nach Einsätzen (Traumawirkung)“ [männlich, Rang k.a., Alter k.A.]; „[nach] Lebensbedrohungen grundsätzlich immer“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre alt]). Die Identifikation möglicher Belastungen in diesem Zeitraum ist wichtig, da frühzeitige Interventionen helfen können, besonders wenn nach dem traumatischen Erlebnis Anzeichen einer PTBS oder einer akuten Belastungsstörung vorliegen (Roberts et al., 2019). Jedoch zeigen Forschungsergebnisse, dass weniger Soldat*innen psychische Probleme in Screenings direkt nach Auslandseinsätzen angeben, unter anderem aus Angst, dass es ihre Rückkehr nach Hause verzögern kann (Coleman et al., 2017). Diese Information ist wichtig für den Erhebungszeitpunkt und muss in

der Erhebung nach Einsätzen (oder einer Traumaexposition) bedacht werden: Eine Überlegung wäre, zwei Postscreenings durchzuführen, eines direkt nach dem Auslandseinsatz und ein weiteres mit zeitlichem Abstand, um denjenigen eine zweite Chance zu geben, die bei der ersten Erhebung gezögert haben, ihren wahren Status preiszugeben.

Angst vor Konsequenzen/ Einfluss auf die militärische Karriere

Die in der Literatur thematisierten Bedenken bezüglich der militärischen Karriere bei der Behandlungssuche zeigen sich deutlich in den Ergebnissen der Analyse. Soldat*innen haben bereits Angst, aufgrund ihrer Antworten bei einer Erhebung negative Konsequenzen zu erleiden, wobei insbesondere der negative Einfluss auf die militärische Karriere genannt wird („keine Konsequenzen oder Disziplinarverfahren, Strafen oder sogar der Ausschluss vom Dienst“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre alt]; „Das [sic] sie keine Auswirkungen auf die Karriere haben“ [männlich, Unteroffizier, 30-39 Jahre alt]). Die Angst vor Konsequenzen scheint in der Stichprobe mit dem Alter abzunehmen, da ältere Teilnehmer*innen (50 Jahre alt oder älter) diese Ängste nicht mehr thematisieren. Ansonsten sind Bedenken bezogen auf die militärische Karriere und dienstliche Konsequenzen über alle Subgruppen hinweg zu finden. Bei der Erhebung der Sensitivität fand sich die höchste Zustimmung bei dem Item, welches Bedenken über dienstliche Konsequenzen abgefragt hat. Aufgrund dessen wird der Einfluss auf die militärische Karriere als eine große Barriere für eine ehrliche Beantwortung eingeschätzt. Ein möglicher Ansatz zur Minderung dieser Bedenken ist, Auswirkungen von psychischen Störungen auf den Militärdienst klar zu kommunizieren, da mögliche Konsequenzen nicht allen bekannt zu sein scheinen („Ich müsste darüber informiert werden was passiert, wenn ich die Fragen ehrlich beantworte“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Grundlegende Aufklärung über die Risiken und Folgen von psychischen Erkrankungen insbesondere Auswirkungen bei Dienstunfall“ [männlich, Offizier, 30-39 Jahre]).

Strukturelle Zuordnung der Untersuchungsperson und Verständnis der Militärkultur

Soldat*innen geben an, bei der Erhebung eine militärinterne Untersuchungsperson zu bevorzugen, oder zumindest jemand mit Wissen über den Militäralltag und die Militärkultur, da sie jene kompetenter einschätzen, was sich mit der Forschung bezüglich der Behandlungssuche deckt (Coleman et al., 2017; Hom et al., 2017; Lincoln et al., 2016; Rüsch et al., 2017). Wenn die Untersuchungsperson strukturell dem ÖBH angehört, wird ihr damit die Kompetenz zugeschrieben, den Arbeitsalltag der Soldat*innen (und das Soldat*in-Sein) besser zu verstehen – und damit auch bewerten zu können („Soldaten als Psychologen und keine Zivilisten die keine Ahnung haben was wichtig ist“ [männlich, Charge, 20-29 Jahre]; „Persönliches Gespräch mit Leuten die eine Ahnung vom Alltag des Soldaten haben. Keine

Psychologen die noch nie eine "Uniform" trugen sind nicht tauglich einem Soldaten zu bewerten“ [männlich, Unteroffizier, 40-49 Jahre]).

Trotzdem besteht auch der gegenteilige Wunsch nach einer zivilen Untersuchungsperson, die nicht dem ÖBH angehört, bei der vermutlich weniger Bedenken bestünden bezüglich des bereits dargestellten negativen Einflusses auf die Militärkarriere („Einzelgespräche mit einer Person die nichts mit dem Bundesheer zu tun hat“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]; „Man sollte zu einem privaten Psychologen gehen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]).

Stigma und Stigmatisierung

Nach bestehender Forschung stellen erlebtes Stigma sowie die Angst vor Stigmatisierung eine der größten Barrieren dar (Zinzow et al., 2015). Auch in der Analyse lassen sich Anzeichen von externalem und internalem Stigma finden. Gerade die Aussagen, die auf internes Stigma hinweisen, sind geprägt von negativen Gefühlen der Scham („Man sollte sich nicht dafür schämen oder deswegen schlecht fühlen (bei psychischem Problem) dann wird man auch ehrlich sein“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]), was auf bestehende interne Barrieren bei den Teilnehmer*innen hindeutet.

In der Studie ist „Stigma und Stigmatisierung“ eine kleine Kategorie, weil wenig Teilnehmer*innen direkte Aussagen dazu getätigt haben. Trotzdem wird angenommen, dass Stigma auf andere Hauptkategorien Einfluss hat, zum Beispiel die Hauptkategorien Angst vor Konsequenzen und Sensitivität, und daher von Bedeutung ist. Zudem besteht die Annahme, dass es sich im Rahmen dieser Erhebung als schwierig gestaltet für die Teilnehmer*innen, eine oftmals internalisierte Einstellung klar zu benennen.

(Fehlendes) Vertrauen

Vertrauen in Erhebungsperson. Laut der Literatur ist bei der Erhebungsperson der wichtigste Faktor das bestehende Vertrauen, wobei nicht entscheidend ist, ob es eine psychologische Fachkraft, eine militärische Führungskraft oder Kamerad*in ist (Rüsch et al., 2017). Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Bedeutung des Vertrauens in die Erhebungsperson („ein Gespräch mit der richtigen Person (Fachmann oder Kamerad)“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Der Befragungsleiter-Durchführende müsste mir als Person schon bekannt sein und mein Vertrauen haben“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Die Aussage mit der „richtigen Person“ für ein Gespräch kann zudem auf selektives Disclosure hinweisen (Rüsch et al., 2017).

Vertrauen in Vorgesetzte. Ein aus der Literatur bekannter erleichternder Faktor bei der Behandlungssuche ist eine positive Beziehung mit den Vorgesetzten (Coleman et al., 2017), welches sich in der Analyse zum Vertrauensaspekt wiederfinden lässt („Mehr Vertrauen in

den Vorgesetzten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „ein gelockertes Verhältnis der Kommandanten bzw. mehr Verständnis“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Die überwiegenden Teilnehmer*innen, die sich über ihre Vorgesetzten äußern, kommentieren die Beziehung jedoch negativ; teilweise scheint sogar eine Angst vor den Vorgesetzten zu bestehen („Sicherheit vor dem Vorgesetzten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Der Umgang der Vorgesetzten mit ihren Untergebenen sollte verbessert werden, welcher einen positiven Einfluss auf den Vertrauensaspekt und darüber hinaus auf das Arbeitsklima im ÖBH haben kann. Interne Coachings und Trainings können Führungskräften helfen, die erforderlichen Sozialkompetenzen auszubauen.

Vertrauen in das Österreichische Bundesheer. Das Vertrauen der Zivilbevölkerung in das ÖBH ist sehr hoch verglichen mit den Werten von vor 10 Jahren, welches zum einen auf die Covid-19 Pandemie zurückzuführen ist und zum anderen der medialen Aufmerksamkeit und Diskussion um Landesverteidigung zugeschrieben werden kann, in Reaktion auf den Krieg in der Ukraine (Bachmayer, 2022). Doch auch innerhalb des Bundesheeres ist es wichtig, dass ein Vertrauen in die Institution und den Arbeitgeber besteht („Vertrauen zum Bundesheer“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Die Ergebnisse zeigen, dass das interne Vertrauen ausgebaut werden muss, was mit einer Verbesserung des Arbeitsklimas einhergeht („Ein humaner Umgang innerhalb des Militärs“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Die Teilnehmer*innen vertrauen nicht darauf, dass es durch Studienergebnisse tatsächlich zu Änderungen im ÖBH kommt („Dass, wenn so etwas gemacht wird, sich dann auch was ändert. Änderungen aber ins Positive, nicht wie die letzten 20 Jahre das es stetig bergab geht“ [männlich, Unteroffizier, 40-49 Jahre]; „Wenn man wissen würde dass diese Befragungen etwas ändern!“ [männlich, Unteroffizier, 20-29 Jahre]), welches das Vertrauen in die Organisation noch weiter schwächen kann.

Strukturelle Barrieren

Strukturelle Barrieren zeichnen sich auch bei der Erhebung der psychischen Gesundheit im ÖBH ab: Die zeitlichen Vorgaben werden von Teilnehmer*innen kritisiert, es sei zu wenig Zeit für die Beantwortung der Fragen eingeplant („genügen Zeit sich Gedanken über die gestellten Fragen zu machen“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]; „genügend Zeit, nicht so wie jetzt (15 min).“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]) Die zeitliche Barriere spiegelt sich in der Literatur wider in Bezug auf die Inanspruchnahme eines Hilfsangebotes bei psychischen Problemen (Hom et al., 2017).

Weiterführend wurden strukturelle Barrieren herausgearbeitet, die sich auf das Arbeitsklima und die Organisationskultur des ÖBHs beziehen. Aufgrund des Wesens der

Institution sei es prinzipiell nicht möglich, ehrlich zu antworten („So etwas erfordert Offenheit und Ehrlichkeit aber beim Bundesheer ist so etwas nicht möglich“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Es wird generell mehr Freiheit beim Bundesheer gefordert („Mehr Freiheit beim Heer.“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]). Aufgrund der dargestellten Barrieren und Vertrauensproblematiken scheint eine Überarbeitung der Organisationskultur sinnvoll, damit es Personen leichter fällt, Auskunft über ihre psychische Gesundheit zu geben sowie ein Hilfsangebot in Anspruch zu nehmen, sofern benötigt.

Sensitivität

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Untersuchung der psychischen Gesundheit im Militärkontext von den befragten Personen als sensitiv erlebt wird. Knapp 20% der untersuchten Teilnehmer*innen sind der Meinung, dass die eigene psychische Gesundheit niemanden etwas im Militär angeht, was auf eine hohe erlebte Sensitivität hindeutet.

Des Weiteren lassen sich in der Analyse Aussagen finden, die den aus der Literatur bekannten Antworttendenzen entsprechen, welche der Selbsttäuschung (*self-deception*) oder der Erhaltung eines positiven Selbstbildes sowie eines vorteilhaften Eindrucks bei anderen (*impression management*) dienen können (Krumpal, 2013). Personen stellen sich vorteilhaft dar, indem sie ihre eigene Ehrlichkeit betonen („Ich bin offen und beantworte immer alles ehrlich“ [männlich, Rekrut, 20-29 Jahre]) und bestreiten mögliche Barrieren („Hätte überhaupt keine Probleme darüber zu reden!! Jederzeit möglich!“ [männlich, Rang k.A., 30-39 Jahre]; „Keine eigenen "Rahmenbedingungen" notwendig. Ich beantworte immer EHRlich!“ [männlich, Rang k.A., über 59 Jahre alt]).

Es kann angenommen werden, dass die Militärkultur auf die Beantwortung einen Einfluss hat: Die Meinung, dass richtige Soldat*innen keine psychischen Probleme haben, fand bei einem Teil der Soldat*innen große Zustimmung und darüber hinaus fand sich bei dem Item die größte Non-Responder-Quote, was als Indikator für die Sensitivität der Frage genutzt werden kann. Das heißt, das Selbstbild des „starken Soldaten“ lässt sich in der Analyse wiederfinden. Während der Erhebung befinden sich die Befragten in ihrer Rolle als Soldat*in, da die Erhebung in ihrer Arbeitsstelle durchgeführt wurde nach Vorgaben des ÖBHs in der Anwesenheit ihrer Kamerad*innen. Schlussfolgernd wird vermutet, dass die Antworthaltungen Auskunft über ihre soldatische Identität geben und nicht zwingend über ihre private Person. Weitere Antwortverzerrungen, welche durch (vorsätzliches) Nichtantworten entstehen, werden im anschließenden Absatz beleuchtet.

Item Non-Response

Lediglich 964 Personen beantworteten die relevante offene Frage, was eine Beteiligung von 64.1% darstellt, es gibt somit eine *Non-Response Quote* von 35.9% (540 Personen). Es gibt zwar mehrere Gründe, warum Personen auf eine Frage nicht antworten, allerdings ist bei sensiblen Fragen besonders die motivationale Komponente von Bedeutung (Krumpal, 2013). Die motivationale Komponente zeigt sich innerhalb der Studie anhand der Bereitschaft, ehrlich zu antworten („Wille von Seite des Befragten, die Fragen ehrlich zu beantworten“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]; „Das liegt in meiner Meinung lediglich an der Person selbst und wie bereit diese ist, über ihre eigene Psyche zu sprechen“ [männlich, Rekrut, 18-19 Jahre]).

Der Zusammenhang zwischen Bildung und Beteiligung an wissenschaftlichen Studien wird in der Forschung untersucht, die Ergebnisse sind allerdings nicht eindeutig: Manche Studien finden eine positive Korrelation zwischen einer höheren Bildung und der Beteiligung an wissenschaftlichen Studien (Asare et al., 2017; Baquet et al., 2006), andere können keine Korrelation nachweisen (Scanlon et al., 2021). In dieser Studie allerdings beteiligen sich Personen mit höherer Bildung mehr und blocken die offene Frage weniger ab, da sich von ihnen keine Aussagen in der Hauptkategorie Sonstiges finden. Die Beteiligung bei der offenen Frage bei Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss fiel geringer aus im Vergleich mit der Gesamtpopulation: 67.4% der Personen mit Pflichtschulabschluss beantworteten die offene Frage und 52.4% der Personen mit Lehre-, Fach- oder Handelsschulabschluss, wohingegen die Beteiligung bei Maturant*innen bei 78.1% und bei FH-/Universitätsabsolvent*innen bei 82.1% lag. Daher stellt sich die Frage, wie man die Erhebung gestalten kann, dass sich Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss angesprochen fühlen und zu einem größeren Anteil partizipieren.

Außerdem hat sich in der Studie gezeigt, dass keine weibliche Person die offene Frage abgeblockt hat. Dies könnte als Hinweis gesehen werden, dass bei Frauen die Bereitschaft höher war, an der Umfrage mitzuwirken, was sich mit bestehender Literatur deckt (Otufowora et al., 2021; Porter & Whitcomb, 2005).

Limitationen

Es gibt in der vorliegenden Studie eine Reihe von Limitationen. Die Erhebungsform ist eine Fragebogenerhebung mit einem offenen Antwortformat, wobei zum Teil Antworten bestehend aus nur einem Wort abgegeben wurden. Daher fehlt bei einigen Aussagen der Kontext, um sie richtig einordnen zu können oder tieferliegende Bedeutungen herauszuarbeiten. Im Gegensatz zu Interviews besteht auch nicht die Möglichkeit, bei den

Teilnehmer*innen nachzufragen. Ein Beispiel ist die Hauptkategorie zu Stigma, welche im endgültigen System eine kleine Kategorie mit lediglich vier Textbestandteilen darstellt, weil die Zuordnung weiterer Aussagen zu interpretativ gewesen wäre. Darüber hinaus ist keine vollständige Interraterreliabilität gegeben, da die Ergebnisse nicht von einer weiteren Person codiert wurden. Trotzdem wurde mithilfe von Diskussionen im Plenum der Versuch unternommen, die Interraterreliabilität zu erhöhen.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus den teils unterschiedlichen Erhebungsbedingungen bei den Soldat*innen und den Zivildienstler*innen. Auch die Abgabebedingungen gestalteten sich unterschiedlich für die beiden Gruppen, wobei die Analyse zeigt, dass gerade die Abgabe bei den Zivilbediensteten für viele Bedenken gesorgt hat.

Mögliche Schwierigkeiten entstehen durch eine Stichprobenverzerrung aufgrund selektiver Non-Responders, welche bestimmte Fragen nicht beantworten, sei es aufgrund von herrschenden Stigmata, der Sensitivität der Frage (Lincoln et al., 2016) oder anderen nicht bekannten Gründen. Darüber hinaus gibt es keine Vergleichsstichprobe aus der österreichischen Zivilbevölkerung, die die Ergebnisse der Militärpopulation in Relation setzen könnten. Die Studie folgt einem qualitativen Untersuchungsdesign und hat einen explorativen Charakter, daher können keine Kausalzusammenhänge hergestellt werden.

Hinzu kommt, dass die heteronormativen Vorstellungen von Maskulinität tief verwurzelt sind in den Werten des Militärs. Im Militär werden Stärke, Maskulinität und Eigenständigkeit betont, was negative Auswirkungen auf die Behandlungssuche bei psychischen Störungen hat (Sharp et al., 2015). Es ist in der Untersuchung schwer bis kaum möglich, die Konzepte der heteronormativen Maskulinität und des Militärs voneinander zu trennen, was eine weitere Limitation darstellt.

Zuletzt muss der mögliche Einfluss der Covid-19 Pandemie auf die Ergebnisse bedacht werden. Die beruflichen Belastungen sind in dieser Zeit im ÖBH angestiegen aufgrund der neu entstandenen Aufgabengebiete ebenso wie die allgemeinen Unsicherheiten, mit einer Pandemie umzugehen, welche zu einer zusätzlichen psychischen Belastung beigetragen haben. Studien aus dem US-amerikanischen Raum zeigen z.B. einen generellen Anstieg der Prävalenzzahlen im Militär verglichen mit den vorhergehenden Jahren, was vorsichtig interpretiert werden sollte aufgrund des Einflussfaktors der Pandemie (Defense Health Agency, 2019; Defense Health Agency, 2021).

Ausblick weitere Forschung

Aufgrund der genannten Barrieren innerhalb des Erhebungssetting wäre eine erneute Untersuchung der Fragestellung mit angepassten Erhebungsbedingungen interessant. Dies

kann eine Schaffung von Privatsphäre und die Abwesenheit Dritter beinhalten. Auch der Erhebungsort könnte auf das Zuhause der Befragten verlegt werden, obwohl hierbei sicherzustellen ist, dass trotzdem noch die soldatische Identität angesprochen wird. Die Fragen innerhalb der Untersuchung können außerdem nachsichtiger („Wir haben ja alle schon einmal...“) formuliert werden, um die erlebte soziale Erwünschtheit zu verringern (Yan, 2021). Zukünftige Forschung kann untersuchen, ob eine niederschwellige Form der Zustimmung (z.B. das Setzen eines Häkchens) bei Einverständniserklärungen das Wohlbefinden der Soldat*innen erhöht, aufgrund einer Reduktion der Nachverfolgbarkeit (Lincoln et al., 2016).

Eine Bereicherung im Rahmen qualitativer Forschung wäre die Durchführung von qualitativen Interviews, um den Erfahrungen und Ansichten der einzelnen Personen mehr Raum zu geben. Es wird als förderlich angesehen, den Teilnehmer*innen bei der Erforschung psychischer Störungen im Militär ausreichend Zeit zur Beantwortung zu geben (Lincoln et al., 2016). Die Erhebung müsste von einer Vertrauensperson durchgeführt werden aufgrund des sensitiven Charakters der Erhebung. Dies könnte bestehende Stigmata bei der Beantwortung von Fragen zur psychischen Gesundheit im Militärkontext stärker explorieren.

In Folge könnte die Wahrnehmung von Militärpersonal zur Untersuchung der psychischen Gesundheit verglichen werden mit der Zivilbevölkerung durch Hinzunahme einer zivilen Stichprobe. Interessant wären ebenfalls Langzeitstudien, um den wahrgenommenen Nutzen durch die Studienergebnisse bei den Soldat*innen zu erforschen und inwiefern Stigma um psychische Störungen abgebaut werden kann.

Fazit

Die im Rahmen dieser Studie gewonnen Erkenntnisse zeigen vom Militärpersonal wahrgenommene Barrieren bei der Beantwortung von Fragen zur psychischen Gesundheit im Militärkontext auf. Die Barrieren bestehen aus dem nicht ausreichend gegebenen Datenschutz während der Erhebung und daraus resultierender Angst vor einem negativen Einfluss auf die militärische Karriere. Das fehlende Vertrauen, insbesondere in die Erhebungsperson und die Vorgesetzten, stellt eine weitere Barriere dar. Die Bedingungen bei dieser Erhebung, die begrenzte Zeit sowie das Fragebogenformat, werden als nicht förderlich bewertet für die Erforschung stigmatisierter Inhalte (Lincoln et al., 2016). Bezogen auf die Untersuchungsbedingungen sollte der Datenschutz und die erlebte Anonymität erhöht werden, insbesondere auch bei den Abgabebedingungen, da hier von den Teilnehmer*innen konkrete Bedenken geäußert wurden.

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die wahrgenommene Sensitivität einen Einfluss hat auf das Antwortverhalten der Militärpopulation bei der Untersuchung

psychischer Gesundheit. Durch einen Abbau der dargestellten Barrieren kann ein sicheres Erhebungssetting geschaffen werden, was die Offenlegung psychischer Probleme erleichtern kann. Dies kann zu wahrheitsgetreueren Prävalenzzahlen führen. Ziel zukünftiger Forschung sollte sein, Implikationen für die Praxis herauszuarbeiten, wie die Sensitivität und Stigmatisierung psychischer Störungen im Militär reduziert werden können. Anhand wahrheitsgetreuerer Prävalenzzahlen kann anschließend die Schaffung eines adäquaten Behandlungsangebotes vorangetrieben werden.

Anfragen zu weiterem Datenmaterial bitte an den Militärpsychologen Mag. Wolfgang Prinz richten (wolfgang.prinz@bmlv.gv.at).

Literaturverzeichnis

- Andersen, M. M., Varga, S., & Folker, A. P. (2022). On the definition of stigma. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(5), 847–853. <https://doi.org/10.1111/jep.13684>
- Andreenkova, A. V. (2019). Sensitive questions in cross-national comparative surveys. *Russian Education & Society*, 61(1), 17–31.
<https://doi.org/10.1080/10609393.2019.1738783>
- Anestis, M. D., & Green, B. A. (2015). The impact of varying levels of confidentiality on disclosure of suicidal thoughts in a sample of United States National Guard personnel. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 1023–1030. <https://doi.org/10.1002/jclp.22198>
- Anestis, M. D., Mohn, R. S., Dorminey, J. W., & Green, B. A. (2019). Detecting potential underreporting of suicide ideation among U.S. military personnel. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 210–220. <https://doi.org/10.1111/sltb.12425>
- Asare, M., Flannery, M., & Kamen, C. (2017). Social determinants of health: A framework for studying cancer health disparities and minority participation in research. *Oncology nursing forum*, 44(1), 20–23. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.20-23>
- Ayer, L., Ramchand, R., Karimi, G., & Wong, E. C. (2022). Co-occurring alcohol and mental health problems in the military: Prevalence, disparities, and service utilization. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36, 419–427. <https://doi.org/10.1037/adb0000804>
- Bachmayer, W. (2022, Juli 29). *OGM/APA-Vertrauensindex Institutionen Juli 2022*. OGM.
<https://www.ogm.at/2022/07/29/ogm-apa-vertrauensindex-institutionen-juli-2022/>
- Baquet, C. R., Commiskey, P., Daniel Mullins, C., & Mishra, S. I. (2006). Recruitment and participation in clinical trials: Socio-demographic, rural/urban, and health care access predictors. *Cancer Detection and Prevention*, 30(1), 24–33.
<https://doi.org/10.1016/j.cdp.2005.12.001>
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (2019). *Verschwiegenheit - was PsychologInnen beachten müssen*. BÖP.
https://www.boep.or.at/aktuelles/detail?news_item_id=5c3dcedb3c15c87b3700000d
- Bogaers, R., Geuze, E., van Weeghel, J., Leijten, F., Rüsch, N., van de Mheen, D., Varis, P., Rozema, A., & Brouwers, E. (2021). Decision (not) to disclose mental health conditions or substance abuse in the work environment: A multiperspective focus group study within the military. *BMJ Open*, 11(10), e049370.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049370>

- Brooks, S. K., & Greenberg, N. (2018). Non-deployment factors affecting psychological wellbeing in military personnel: Literature review. *Journal of Mental Health*, 27(1), 80–90. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276536>
- Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. W., van Zelst, C., & Van Weeghel, J. (2020). To disclose or not to disclose: A multi-stakeholder focus group study on mental health issues in the work environment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(1), 84–92. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09848-z>
- Bundesministerium Europäische und Internationale Angelegenheiten. (2022). *Gemeinsame Sicherheits- und Verteidigungspolitik der EU (GSVP)*. <https://www.bmeia.gv.at/themen/sicherheitspolitik/gemeinsame-sicherheits-und-verteidigungspolitik-der-eu-gsvp/>
- Bulmer, S. (2013). Patriarchal Confusion? *International Feminist Journal of Politics*, 15. <https://doi.org/10.1080/14616742.2012.746565>
- Camacho, G., Reinka, M. A., & Quinn, D. M. (2020). Disclosure and concealment of stigmatized identities. *Current Opinion in Psychology*, 31, 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.031>
- Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: Understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136(2), 236–256. <https://doi.org/10.1037/a0018193>
- Coleman, S. J., Stevelink, S. A. M., Hatch, S. L., Denny, J. A., & Greenberg, N. (2017). Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological Medicine*, 47(11), 1880–1892. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000356>
- Connell, R. W. (2020). *Masculinities* (2. Aufl.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003116479>
- Dabovich, P. A., Elliott, J. A., & McFarlane, A. C. (2019). Individuate and separate: Values and identity re-development during rehabilitation and transition in the Australian Army. *Social Science & Medicine*, 222, 265–273. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.012>
- Defense Health Agency. (2019). *Health of the Force 2019*. Department of Defense. <https://health.mil/Reference-Center/Reports/2020/11/24/DoD-Health-of-the-Force-2019>

- Defense Health Agency. (2021). *Health of the Force 2021*. Department of Defense.
<https://www.health.mil/News/Articles/2022/12/01/Mental-MSMR>
- Derlega, V., Metts, S., Petronio, S., & Margulis, S. (1993). *Self-Disclosure*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Do, J. J., & Samuels, S. M. (2021). I am a warrior: An analysis of the military masculine-warrior narrative among U.S. Air Force officer candidates. *Armed Forces & Society*, 47(1), 25–47. <https://doi.org/10.1177/0095327X20931561>
- Dorsch. (2016). *Prävalenz*. Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 06.03.2023.
<https://www.dorsch.hogrefe.com/stichwort/praevalenz>
- Enloe, C. (2000). *Maneuvers: The International Politics of Militarizing Women's Lives*. University of California Press.
- Finnegan, A., & Randles, R. (2022). Prevalence of common mental health disorders in military veterans: Using primary healthcare data. *BMJ Mil Health*.
<https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2021-002045>
- Flick, U. (2004). *Triangulation*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
<https://doi.org/10.1007/978-3-322-97512-6>
- Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., Elbogen, E., & Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 98–107.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.003>
- Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall.
- Hatchett, S., & Schuman, H. (1975). White Respondents and Race-of-Interviewer Effects. *The Public Opinion Quarterly*, 39(4), 523–528.
- Hom, M. A., Stanley, I. H., Schneider, M. E., & Joiner, T. E. (2017). A systematic review of help-seeking and mental health service utilization among military service members. *Clinical Psychology Review*, 53, 59–78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.008>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025–2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Kubinger, K. D. (2022). *Gütekriterien im Dorsch Lexikon der Psychologie*.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/guetekriterien>

- Kühne, S. (2023). Interpersonal perceptions and interviewer effects in face-to-face surveys. *Sociological Methods & Research*, 52(1), 299–334.
<https://doi.org/10.1177/0049124120926215>
- Tomforde, M. (2020). "Darf ich Kämpfer sein?": Hybride soldatische Identitäten im Aushandlungsprozess. In Kümmel, G. (Hrsg.) *Was Es (heute) Heißt, Soldat Zu Sein*. Nomos.
- Lee, R. M., & Renzetti, C. M. (1990). The problems of researching sensitive topics: An overview and introduction. *American Behavioral Scientist*, 33(5), 510–528.
<https://doi.org/10.1177/0002764290033005002>
- Lien, R., Bøe, H. J. & Johansen, R. B. (2021). Confirmation of military identity after exposure to stress—Influence of status dimensions. *Scandinavian Journal of Military Studies*, 4(1), 183–195. <https://doi.org/10.31374/sjms.57>
- Lincoln, M. L., Ames, G. M., & Moore, R. S. (2016). Conducting qualitative research on stigmatizing conditions with military populations. *Military Behavioral Health*, 4(4), 307–315. <https://doi.org/10.1080/21635781.2016.1181579>
- Matzner, T. (2016). Anonymität. In J. Heesen (Hrsg.), *Handbuch Medien- und Informationsethik* (S. 248–254). J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05394-7_33
- Mayer, L., Corrigan, P. W., Eiseheuer, D., Oexle, N., & Rüsch, N. (2022). Attitudes towards disclosing a mental illness: Impact on quality of life and recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(2), 363–374. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02081-1>
- Mayring, P., & Brunner, E. (2006). Qualitative Textanalyse – Qualitative Inhaltsanalyse. In V. Flaker & T. Schmid (Hrsg.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft* (S. 453–462). Wien: Böhlau.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. <https://content-select-com.uaccess.univie.ac.at/de/portal/media/view/552557d1-12fc-4367-a17f-4cc3b0dd2d03?forceauth=1>
- Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum : Qualitative Social Research*, 20(3).
<https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343>
- Mayring, P. (2020). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–17). Springer Fachmedien.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_52-2

- Michalopoulou, L. E., Welsh, J. A., Perkins, D. F., & Ormsby, L. (2017). Stigma and mental health service utilization in military personnel: A review of the literature. *Military Behavioral Health*, 5(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/21635781.2016.1200504>
- Mneimneh, Z. N., de Jong, J., Cibelli Hibben, K., & Moaddel, M. (2020). Do I look and sound religious? Interviewer religious appearance and attitude effects on respondents' answers. *Journal of Survey Statistics and Methodology*, 8(2), 285–303. <https://doi.org/10.1093/jssam/smy020>
- Moore, B. A., & Barnett, J. E. (2014). *Military Psychologists' Desk Reference*. Oxford University Press.
- Moradi, Y., Dowran, B., & Sepandi, M. (2021). The global prevalence of depression, suicide ideation, and attempts in the military forces: A systematic review and Meta-analysis of cross sectional studies. *BMC Psychiatry*, 21(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03526-2>
- Moser, G. (2013, Mai 1). *Bundesheer—TRUPPENDIENST - Ausgabe 5/2013—Psychologie: Notfallpsychologie und das Peersystem im ÖBH*. <https://www.bundesheer.at/truppendienst/ausgaben/artikel.php?id=1629>
- Obuobi-Donkor, G., Oluwasina, F., Nkire, N., & Agyapong, V. I. O. (2022). A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1565. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031565>
- Otufowora, A., Liu, Y., Young, H., Egan, K. L., Varma, D. S., Striley, C. W., & Cottler, L. B. (2021). Sex Differences in Willingness to Participate in Research Based on Study Risk Level Among a Community Sample of African Americans in North Central Florida. *Journal of immigrant and minority health*, 23(1), 19–25. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01015-4>
- Porter, S., & Whitcomb, M. (2005). Non-Response in Student Surveys: The Role of Demographics, Engagement and Personality. *Research in Higher Education*, 46, 127–152. <https://doi.org/10.1007/s11162-004-1597-2>
- Prinz, W. (2010). *Bundesheer—TRUPPENDIENST - Ausgabe 2/2010—Psychologie: Psychologisch fit für den Auslandseinsatz*. <https://www.bundesheer.at/truppendienst/ausgaben/artikel.php?id=994>

- Prinz, W. H., Rakowsky, S., Lackinger, S., & Heisig, S. (2021). Das Österreichische Bundesheer in der COVID-19-Pandemie: Einsatzbelastungen im Krisenjahr 2020. *Psychologie in Österreich* 3 & 4, 269-279.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1695486.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>
- Rüsch, N., Rose, C., Holzhausen, F., Mulfinger, N., Krumm, S., Corrigan, P. W., Willmund, G.-D., & Zimmermann, P. (2017). Attitudes towards disclosing a mental illness among German soldiers and their comrades. *Psychiatry Research*, 258, 200–206.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.028>
- Scanlon, J. K., Wofford, L., Fair, A., & Philippi, D. (2021). Predictors of participation in clinical Research. *Nursing Research*, 70(4), 289–297.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000513>
- Schuman, H., & Converse, J. M. (1971). The effects of black and white interviewers on black responses in 1968. *Public Opinion Quarterly*, 35(1), 44–68.
<https://doi.org/10.1086/267866>
- Schuy, K., Brants, L., Dors, S., Horzetzky, M., Willmund, G., Zimmermann, P., Ströhle, A., Rau, H., & Siegel, S. (2019). Psychological stigma costs as barriers to healthcare use in former soldiers of the German Armed Forces: A qualitative analysis. *Military Psychology*, 31(4), 279–291. <https://doi.org/10.1080/08995605.2019.1598228>
- Searle, A. K., Van Hooff, M., McFarlane, A. C., Davies, C. E., Fairweather-Schmidt, A. K., Hodson, S. E., Benassi, H., & Steele, N. (2014). The validity of military screening for mental health problems: Diagnostic accuracy of the PCL, K10 and AUDIT scales in an entire military population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 32–45. <https://doi.org/10.1002/mpr.1460>
- Sharp, M.-L., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, N., & Goodwin, L. (2015). Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic Reviews*, 37(1), 144–162.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxu012>
- Simpson, S. A., & McDowell, A. K. (2019). Use open-ended questions for sensitive topics: Invite greater honesty and avoid a sense of judgment through open-ended questions. *The Clinical Interview*. Routledge.

- Spektrum. (o. J.). *Prävalenzrate*. Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 06.03.2023.
<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/praevalenzrate/11791>
- Stocké, V. (2004). Entstehungsbedingungen von Antwortverzerrungen durch soziale Erwünschtheit: Ein Vergleich der Prognosen der Rational-Choice Theorie und des Modells der Frame-Selektion. *Zeitschrift für Soziologie*, 33(4), 303–320.
<https://doi.org/10.1515/zfsoz-2004-0403>
- Stocké, V. (2007). The interdependence of determinants for the strength and direction of social desirability bias in racial attitude surveys. *Journal of Official Statistics*, 23(4), 493.
- Thériault, F. L., Gardner, W., Momoli, F., Garber, B. G., Kingsbury, M., Clayborne, Z., Cousineau-Short, D. Y., Sampasa-Kanyinga, H., Landry, H., & Coleman, I. (2020). Mental health service use in depressed military personnel: A systematic review. *Military Medicine*, 185(7–8), e1255–e1262. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa015>
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- Trautmann, S., Goodwin, L., Höfler, M., Jacobi, F., Siegert, J., Zimmermann, P., & Wittchen, H.-U. (2016). Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: A standardised comparison with civilians. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1. <https://doi.org/10.1017/S204579601600024X>
- VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022* [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from maxqda.com.
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. WHO.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- Wilmoth, M. C., La Flair, L. N., Azur, M., Norton, B. L., Sweeney, M., & Williams, T. V. (2017). How well are we measuring military mental health? *Military Medicine*, 182(1), 1466–1468. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00516>
- Wittchen, H.-U. (2013). Rates of mental disorders among German soldiers deployed to Afghanistan: Increased risk of PTSD or of mental disorders in general? *Journal of Depression and Anxiety*, 02(02). <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000133>
- Yan, T. (2021). Consequences of asking sensitive questions in surveys. *Annual Review of Statistics and Its Application*, Vol. 8(1), pp. 109-127,
<https://ssrn.com/abstract=3800677> or <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-statistics-040720-033353>

Zinzow, H. M., Britt, T. W., Pury, C. L. S., Jennings, K., Cheung, J. H., & Raymond, M. A. (2015). Barriers and facilitators of mental health treatment-seeking in U.S. active duty soldiers with sexual assault histories. *Journal of Traumatic Stress*, 28(4), 289–297. <https://doi.org/10.1002/jts.22026>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehen Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2020)	24
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demografische Merkmale der Teilnehmer*innen	21
--	----

Abkürzungsverzeichnis

ÖBH: Österreichisches Bundesheer

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung

Anhang

Anhang A: Exemplarischer Fragebogen

Fragebogen für Berufs- und Milizsoldaten

Forschungsprojekt 616, Fragebogen A

Hinweis: Die in diesem Fragebogen verwendeten personenbezogenen Ausdrücke betreffen, soweit dies inhaltlich in Betracht kommt, alle Geschlechter gleichermaßen.

I. Ansichten zu verschiedenen Themen bei dienstlichen Umfragen

Studien zeigen, dass viele Menschen bei Umfragen manchmal ehrlich und manchmal nicht ganz ehrlich antworten. Im Folgenden geht es um Ihre Einschätzung, **wie ehrlich verschiedene Fragen bei Umfragen im Bundesheer beantwortet** werden.

Stellen Sie sich hierzu bitte vor, dass die folgenden Fragen/Aussagen und die zugehörigen Antwortmöglichkeiten **bei einer anonymen dienstlichen Umfrage (wie dieser)** gestellt werden.

Beurteilen Sie bitte, **wie wahrscheinlich es ist, dass die meisten Befragten die jeweilige Frage ehrlich beantworten**. Antworten Sie bitte spontan und offen und wählen Sie je Frage/Aussage **nur eine Antwort**.

Antworten Sie bitte hier



Fragebogen 1					Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?					
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten				keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher	
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre derzeitige Tätigkeit beim Bundesheer.	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll zu						
1. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen oder gestört.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Ich erfahre -oder erwarte- eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
8. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
9. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
10. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Lohn für angemessen.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Fragebogen 2					Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?					
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten					keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher
Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen 7 Tage unter...	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark					
11. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐



Fragebogen 2 (Fortsetzung)						Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?				
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten					keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher
Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen 7 Tage unter...	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark					
12. Herz- und Brustschmerzen?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
13. Übelkeit oder Magenverstimmungen?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
14. Schwierigkeiten beim Atmen?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
15. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
17. Leiden Sie unter sonstigen körperlichen Beeinträchtigungen?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Fragebogen 3						Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?				
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten					keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag						
18. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fragebogen 4						Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?				
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten					keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag						
27. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Fragebogen 5					
Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.					
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten				
	gar nicht	ein bisschen	mittelmäßig	ziemlich	stark
29. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	☒	☒	☒	☒	☒
30. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Ereignis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	☒	☒	☒	☒	☒
31. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	☒	☒	☒	☒	☒
32. Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	☒	☒	☒	☒	☒
33. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	☒	☒	☒	☒	☒
34. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	☒	☒	☒	☒	☒
Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:					
35. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	☒	☒	☒	☒	☒
36. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	☒	☒	☒	☒	☒
37. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen in der Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	☒	☒	☒	☒	☒

Fragebogen 6					
Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten.					
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten				
Wie sehr trifft dies auf Sie zu?	gar nicht	ein bisschen	mittelmäßig	ziemlich	stark
38. Wenn ich aufgeregt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	☒	☒	☒	☒	☒
39. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	☒	☒	☒	☒	☒
40. Ich fühle mich als Versager.	☒	☒	☒	☒	☒
41. Ich fühle mich wertlos.	☒	☒	☒	☒	☒
42. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	☒	☒	☒	☒	☒
43. Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	☒	☒	☒	☒	☒

Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?

keinesfalls wahrscheinlich nicht vielleicht ziemlich wahrscheinlich ganz sicher

Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?

keinesfalls wahrscheinlich nicht vielleicht ziemlich wahrscheinlich ganz sicher

Antworten Sie bitte hier



Fragebogen 6 (Fortsetzung)						Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?				
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten					keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher
	gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	stark					
44. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
45. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
46. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Fragebogen 7						Würden die meisten Befragten diese Frage/Aussage ehrlich beantworten?				
Frage/Aussage	Antwortmöglichkeiten					keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher
	nie-mals	1 mal im Monat oder seltener	2 bis 4 mal im Monat	2 bis 3 mal pro Woche	4 mal oder mehrmals in der Woche					
47. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐
48. Wenn Sie ein alkoholisches Getränk zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise? Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.	1-2 ☒	3-4 ☒	5-6 ☒	7-9 ☒	10 oder mehr ☒	☐	☐	☐	☐	☐
49. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐

II. Ansichten über dienstliche Umfragen zur psychischen Gesundheit

Vielen Dank für Ihre bisherige Mitarbeit! Bei den bisherigen Fragen ging es häufig um psychische Probleme bzw. Themen der psychischen Gesundheit. Nun geht es um Ihre Einstellung zu Umfragen im Bundesheer, die Fragen zum Thema „psychische Gesundheit“ beinhalten.

Stellen Sie sich hierzu bitte vor, dass **Sie selbst an einer anonymen dienstlichen Umfrage** (wie dieser) teilnehmen und dabei **Fragen zu psychischen Problemen bzw. Ihrer psychischen Gesundheit** beantworten sollen.

Wenn ich Fragen zu meiner psychischen Gesundheit im Rahmen einer anonymen dienstlichen Umfrage beantworten sollte...

	keines-falls	wahr-scheinlich nicht	vielleicht	ziemlich wahr-scheinlich	ganz sicher
50. ...hätte ich das Gefühl, dass meine Privatsphäre verletzt wird.	☐	☐	☐	☐	☐
51. ...würde ich mir denken, dass dieses Thema niemanden beim Bundesheer etwas angeht.	☐	☐	☐	☐	☐
52. ...hätte ich Bedenken, dass meine Antworten negative dienstliche Konsequenzen für mich haben könnten.	☐	☐	☐	☐	☐

Wenn ich Fragen zu meiner psychischen Gesundheit im Rahmen einer anonymen dienstlichen Umfrage beantworten sollte...

keines-
falls wahr-
scheinlich
nicht vielleicht ziemlich
wahr-
scheinlich ganz
sicher

53. ...hätte ich Bedenken, ob die Umfrage wirklich anonym ist. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
54. ...hätte ich Bedenken, dass andere Personen (z.B. Kameraden, Vorgesetzte) aufgrund meiner Antworten ein schlechtes Bild von mir haben könnten. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
55. ...würde ich mir denken, dass ein echter Soldat keine psychischen Probleme haben sollte. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
56. In welcher Form könnte Ihrer Ansicht nach eine dienstliche Umfrage zur psychischen Gesundheit durchgeführt werden, um Anonymität und Privatsphäre der Befragten bestmöglich zu gewährleisten? **(Mehrfachantworten möglich)**
- ☐ in Form eines Papierfragebogens (wie dieser) ☐ in Form einer Online-Umfrage über das „sichere militärische Netz“ (SMN), die mit einem dienstlichen PC bearbeitet wird
- ☐ in Form einer Online-Umfrage über das Internet, die mit einem privaten PC oder Mobiltelefon bearbeitet wird ☐ weiß nicht

57. Welche Bedingungen müssten erfüllt sein, damit Sie Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit ehrlich im Rahmen einer dienstlichen Umfrage beantworten würden?

58. Welche weiteren Maßnahmen können Sie uns empfehlen, um das Thema „psychische Gesundheit“ bestmöglich im Bundesheer erforschen zu können?

III. Ansichten zum Dienst im Militär

Dieser Fragebogen dient der Erfassung von Ansichten zum Dienst im Militär. Es gibt keine „richtigen“ Antworten, antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Für Ihre Antworten verwenden Sie bitte die folgende Skala: 1 = stimme nicht zu, 2 = stimme eher nicht zu, 3 = stimme eher zu, 4 = stimme zu.

1 2 3 4
stimme stimme stimme stimme
nicht zu eher eher zu
 nicht zu zu

59. Ich bin glücklich, dass ich im Militär bin. ☐ ☐ ☐ ☐
60. Ich habe ein gutes Gefühl in Bezug auf meinen Militärdienst. ☐ ☐ ☐ ☐
61. Ich bin stolz auf die Dinge, die Militärangehörige erreicht haben. ☐ ☐ ☐ ☐
62. Ich glaube, dass ich aufgrund meines Militärdienstes viele Stärken entwickelt habe. ☐ ☐ ☐ ☐
63. Ich bedauere meinen Militärdienst oft. ☐ ☐ ☐ ☐
64. Ich bin stolz darauf, im Militär zu dienen. ☐ ☐ ☐ ☐
65. Ich schäme mich für meinen Militärdienst. ☐ ☐ ☐ ☐
66. Nur andere Militärangehörige können mich wirklich verstehen. ☐ ☐ ☐ ☐

	1 stimme nicht zu	2 stimme eher nicht zu	3 stimme eher zu	4 stimme zu
67. Wenn ich andere Militärangehörige treffe, kann ich ihnen schneller vertrauen als anderen Menschen.	☐	☐	☐	☐
68. Ich freunde mich mit anderen Militärangehörigen schneller an als mit Zivilisten.	☐	☐	☐	☐
69. Mein Schicksal und meine Zukunft sind mit jenen von anderen Militärangehörigen untrennbar verbunden.	☐	☐	☐	☐
70. In Bezug auf andere Militärangehörige gilt: „Nur gemeinsam sind wir stark“.	☐	☐	☐	☐
71. Die wichtigsten Dinge, die in meinem Leben passiert sind, haben mit meinem Militärdienst zu tun.	☐	☐	☐	☐
72. Wenn ich über das Militär spreche, sage ich normalerweise „wir“ und nicht „sie“.	☐	☐	☐	☐
73. In meiner militärischen Einheit fühlte ich mich immer als Außenseiter.	☐	☐	☐	☐
74. Ich fühlte nie eine emotionale Verbindung zu meiner militärischen Einheit.	☐	☐	☐	☐
75. Während meiner Zeit beim Militär habe ich mich gestraubt, an militärische Rituale und Normen zu glauben.	☐	☐	☐	☐
76. Was ich von mir selber denke, hat generell sehr wenig mit meinem Militärdienst zu tun.	☐	☐	☐	☐
77. Generell ist die Zugehörigkeit zum Militär ein wichtiger Teil meines Selbstbildes.	☐	☐	☐	☐
78. Militärangehöriger zu sein ist unwichtig für mein Verständnis, was für eine Art von Mensch ich bin.	☐	☐	☐	☐
79. Für meine Beziehungen zu anderen Menschen ist es nicht besonders wichtig, dass ich Militärangehöriger bin.	☐	☐	☐	☐
80. Insgesamt genießen Militärangehörige ein hohes Ansehen.	☐	☐	☐	☐
81. Generell werden Militärangehörige von anderen respektiert.	☐	☐	☐	☐
82. Generell haben Menschen außerhalb des Militärs ein positives Bild von Militärangehörigen.	☐	☐	☐	☐
83. Die Gesellschaft sieht Militärangehörige als Gewinn.	☐	☐	☐	☐
84. Ich bin eins mit dem Militär.	☐	☐	☐	☐
85. Ich gehe vollkommen im Militär auf.	☐	☐	☐	☐
86. Ich habe eine tiefe emotionale Verbindung zum Militär.	☐	☐	☐	☐
87. Ich bin das Militär.	☐	☐	☐	☐
88. Ich tue für das Militär mehr, als jeder andere Militärangehörige tun würde.	☐	☐	☐	☐
89. Ich bin stark wegen des Militärs.	☐	☐	☐	☐
90. Ich mache das Militär stark.	☐	☐	☐	☐
91. Ich schätze die Fertigkeiten, die ich beim Militär gelernt habe.	☐	☐	☐	☐
92. Meine Arbeit vor dem Militär hat für mich eine größere Bedeutung als meine jetzige Arbeit beim Militär.	☐	☐	☐	☐
93. Mir gefallen die Vorteile meiner Arbeit beim Militär.	☐	☐	☐	☐

IV. Überzeugungen in Bezug auf psychische Probleme

	1 stimme gar nicht zu	2 stimme nicht zu	3 weder noch	4 stimme zu	5 stimme sehr zu
94. Auf Menschen mit psychischen Problemen kann man sich nicht verlassen.	☐	☐	☐	☐	☐

	1 stimme gar nicht zu	2 stimme nicht zu	3 weder noch	4 stimme zu	5 stimme sehr zu
95. Menschen mit psychischen Problemen benutzen ihre gesundheitlichen Probleme oft als Ausrede.	☐	☐	☐	☐	☐
96. Die meisten Menschen mit psychischen Problemen täuschen ihre Symptome nur vor.	☐	☐	☐	☐	☐
97. Ich fühle mich in der Nähe von Menschen mit psychischen Problemen nicht wohl.	☐	☐	☐	☐	☐
98. Es wäre schwierig, ein normales Verhältnis zu jemandem mit psychischen Problemen zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐
99. Die meisten Menschen mit psychischen Problemen sind gewalttätig oder gefährlich.	☐	☐	☐	☐	☐
100. Menschen mit psychischen Problemen brauchen zu viel Aufmerksamkeit.	☐	☐	☐	☐	☐
101. Menschen mit psychischen Problemen können nicht auf sich selbst aufpassen.	☐	☐	☐	☐	☐
102. Medikamente helfen bei psychischen Problemen nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
103. Die Behandlung psychischer Probleme macht alles nur noch schlimmer.	☐	☐	☐	☐	☐
104. Psychologen/Psychotherapeuten etc. kümmern sich nicht wirklich um ihre Patienten.	☐	☐	☐	☐	☐
105. Die Behandlung psychischer Probleme bringt in der Regel nichts.	☐	☐	☐	☐	☐
106. Therapie und Beratung sind bei psychischen Problemen nicht wirklich hilfreich.	☐	☐	☐	☐	☐
107. Menschen, die ihre psychischen Probleme behandeln lassen, müssen sich oft Behandlungen unterziehen, die sie gar nicht wollen.	☐	☐	☐	☐	☐
108. Medikamente für psychische Probleme haben zu viele negative Nebenwirkungen.	☐	☐	☐	☐	☐
109. Psychologen/Psychotherapeuten etc. haben oft Vorurteile gegenüber Patienten aufgrund deren Gruppenzugehörigkeit (z.B. Volksgruppe, Geschlecht usw.).	☐	☐	☐	☐	☐
110. Ich müsste schon ein wirklich großes psychisches Problem haben, damit ich mich behandeln lasse.	☐	☐	☐	☐	☐
111. Ich würde mich nicht wohl dabei fühlen, mit einem Psychologen/Psychotherapeuten etc. über meine Probleme zu reden.	☐	☐	☐	☐	☐
112. Wenn ich ein psychisches Problem hätte würde ich lieber versuchen selbst damit klarzukommen, als mich behandeln zu lassen.	☐	☐	☐	☐	☐
113. Mit den meisten psychischen Problemen kann man auch ohne professionelle Hilfe klarkommen.	☐	☐	☐	☐	☐
114. Wenn ich einen Psychologen/Psychotherapeuten etc. aufsuchen würde, würde ich mich schwach fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
115. Ich würde weniger vor mir halten, wenn ich ein psychisches Problem behandeln lassen würde.	☐	☐	☐	☐	☐

	1 stimme gar nicht zu	2 stimme nicht zu	3 weder noch	4 stimme zu	5 stimme sehr zu
116. Wenn ich ein psychisches Problem behandeln lassen würde, würde ich mir dumm vorkommen, weil ich es nicht selber lösen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
117. Ich würde keine persönlichen Informationen mit einem Psychologen/ Psychotherapeuten etc. teilen.	☐	☐	☐	☐	☐

Wenn ich ein psychisches Problem hätte und meine Freunde und Familie wüssten davon, würden sie...

118. ...weniger von mir halten.	☐	☐	☐	☐	☐
119. ...mich als schwach ansehen.	☐	☐	☐	☐	☐
120. ...sich in meiner Nähe unwohl fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
121. ...nicht in meiner Nähe sein wollen.	☐	☐	☐	☐	☐
122. ...denken, dass ich das nur vortäusche.	☐	☐	☐	☐	☐
123. ...fürchten, dass ich gewalttätig oder gefährlich sein könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
124. ...denken, dass man mir nicht trauen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
125. ...vermeiden, mit mir zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐

Wenn ich ein psychisches Problem hätte und die Leute in der Arbeit wüssten davon...

126. ...würden meine Kollegen denken, dass ich nicht in der Lage bin, meine Arbeit zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
127. ...würden die Leute in der Arbeit nicht in meiner Nähe sein wollen.	☐	☐	☐	☐	☐
128. ...wären meine Karriere- und Berufsmöglichkeiten eingeschränkt.	☐	☐	☐	☐	☐
129. ...würden sich meine Kollegen in meiner Nähe unwohl fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐
130. ...würde mir ein Vorgesetzter vielleicht weniger attraktive Arbeit geben.	☐	☐	☐	☐	☐
131. ...würde mich ein Vorgesetzter vielleicht unfair behandeln.	☐	☐	☐	☐	☐
132. ...würden die Leute in der Arbeit denken, dass ich nur simuliere.	☐	☐	☐	☐	☐
133. ...würden meine Kollegen vermeiden, mit mir zu reden.	☐	☐	☐	☐	☐

V. Abschließende Angaben

Abschließend ersuchen wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person sowie zu den Rahmenbedingungen dieser Befragung. Dadurch können wir die Studienergebnisse besser verstehen. Ihre Anonymität wird streng gewahrt!

134. Alter in Jahren:	18-19 ☐	20-29 ☐	30-39 ☐	40-49 ☐	50-59 ☐	über 59 ☐
135. Geschlecht:	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers/inter			
136. Höchste abgeschlossene Ausbildung:	☐ Pflichtschule ☐ Lehre, Fach- oder Handelsschule ☐ Matura ☐ Fachhochschule/Universität					
137. Ich bin:	☐ Rekrut	☐ Charge	☐ Unteroffizier	☐ Offizier		
138. Wie viele Auslandseinsätze haben Sie bisher insgesamt absolviert?	keinen ☐		1-2 ☐	3-4 ☐	>4 ☐	
139. Ich bin:	☐ Berufssoldat	☐ Milizsoldat	140. Wie sehr vertrauen Sie in den Datenschutz bei dieser Befragung?		vertraue gar nicht ☐	
			vertraue eher nicht ☐		vertraue teils/teils ☐	
			vertraue eher ☐		vertraue voll und ganz ☐	
141. Waren andere Personen anwesend als Sie diesen Fragebogen bearbeiteten?	☐ ja		☐ nein			

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

Anhang B: Tabelle Demografische Merkmale
Tabelle 1
*Demografische Merkmale der Teilnehmer*innen*

Demografische Merkmale	Gesamtstichprobe		Teil- stichprobe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Geschlecht				
Weiblich	71	4.7	43	4.5
Männlich	1383	91.9	899	93.3
Inter/Divers	7	0.5	3	0.3
Keine Angabe	43	2.9	19	1.9
Alter				
18-19 Jahre	458	30.5	334	34.6
20-29 Jahre	513	34.1	329	34.1
30-39 Jahre	139	9.2	95	10.0
40-49 Jahre	150	10.0	75	7.8
50-59 Jahre	166	11.0	96	10.0
> 59 Jahre	44	2.9	22	2.3
Keine Angabe	34	2.3	13	1.3
Höchster Bildungs- abschluss				
Pflichtschule	98	6.5	66	6.8
Lehre-/ Fach-/ Handelsschule	712	47.3	371	38.5
Matura	575	38.2	449	46.6
FH/Universität	78	5.2	64	6.6
Keine Angabe	41	2.7	14	1.5
Rang				
Rekrut	713	47.4	509	52.8
Charge	110	7.3	62	6.4
Unteroffizier	415	27.6	234	24.3
Offizier	50	3.3	42	4.4
Keine Angabe	216	14.4	117	12.1

Anhang C: Übersicht Kategorienhäufigkeiten
Tabelle 2
Übersicht Kategorienhäufigkeiten

Kategorien	Personen	
	<i>n</i>	%
Wissenschaftlichkeit	67	7.0
Datenschutz	468	48.5
Anonymität	423	43.9
Untersuchungsbedingungen	400	41.5
Erhebungssetting	212	22.0
Erhebungsformat	146	15.1
Erhebungszeitpunkt	12	1.2
Fragebogendesign	7	0.7
Abgabebedingungen	12	1.2
Bedingungen erfüllt	57	5.9
Angst vor Konsequenzen	45	4.7
Untersuchungsperson	43	4.5
Eigenschaften TN	19	2.0
Stigma + Stigmatisierung	4	0.4
Sensitivität	50	5.2
Fragen zu sensitiv	8	0.8
Antwortverhalten soziale	43	4.5
Erwünschtheit		
(Fehlendes) Vertrauen	53	5.5
in Erhebungsperson	27	2.8
in Vorgesetzte	10	1.0
in ÖBH	3	0.3
Umgang mit Störungen im ÖBH	20	2.1
Arbeitsklima + Organisationskultur	17	1.8
Nutzen der Studie	20	2.1
Sonstiges	10	1.0
Person blockt Frage ab	52	5.4

Anmerkung. Anzahl der Personen, die die jeweilige Kategorie thematisiert haben.

Anhang D: Übersicht Kategorienhäufigkeiten x Geschlecht
Tabelle 3
Übersicht Geschlecht x Kategorienhäufigkeiten

Kategorien	Männlich		Weiblich+ Divers		k.A.	
	n	%	n	%	n	%
Wissenschaftlichkeit	62	6.9	3	6.5	2	10.5
Datenschutz	440	48.9	24	52.2	4	21.0
Anonymität	399	44.4	20	43.5	4	21.0
Untersuchungs- bedingungen	374	41.6	14	30.4	12	63.2
Erhebungssetting	198	22.0	8	17.4	6	31.6
Erhebungsformat	137	15.2	6	13.0	3	15.8
Erhebungszeitpunkt	11	1.2	1	2.2	-	-
Fragebogendesign	7	0.8	-	-	-	-
Abgabebedingungen	10	1.1	1	2.2	1	5.3
Bedingungen erfüllt	55	6.1	-	-	2	10.5
Angst vor Konsequenzen	41	4.6	4	8.7	-	-
Untersuchungsperson	42	4.7	-	-	1	5.3
Eigenschaften TN	16	1.8	3	6.5	-	-
Stigma +	4	0.4	-	-	-	-
Stigmatisierung						
Sensitivität	46	5.1	4	8.7	-	-
Fragen zu sensitiv	8	0.9	-	-	-	-
Antwortverhalten	39	4.3	4	8.7	-	-
soziale Erwünschtheit						
(Fehlendes) Vertrauen	49	5.5	4	8.7	-	-
in Erhebungsperson	24	2.7	3	6.5	-	-
in Vorgesetzte	9	1.0	1	2.2	-	-
in ÖBH	3	0.3	-	-	-	-
Umgang mit Störungen im ÖBH	18	0.2	-	-	2	10.5
Arbeitsklima + Organisationskultur	14	1.6	3	6.5	-	-
Nutzen der Studie	18	2.0	1	2.2	1	5.3
Sonstiges	10	1.1	-	-	-	-
Person blockt Frage ab	51	5.7	-	-	1	5.3

Anmerkung. Männlich (n = 899), weiblich+divers (n = 46) und keine Angabe (n = 19). Kategorien weiblich und divers/inter wurden in eine Kategorie zusammengefasst aufgrund der kleinen Personenanzahl.

Anhang E: Übersicht Kategorienhäufigkeiten x Alter
Tabelle 4
Übersicht Alter x Kategorienhäufigkeiten

Kategorien	k.A.	18-19 J.	20-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	> 59 J.
	n	n	n	n	n	n	n
Wissenschaftlichkeit	-	29	26	4	3	5	-
Datenschutz	2	174	155	37	34	52	14
Anonymität	2	163	137	30	30	48	13
Untersuchungsbedingungen	9	131	152	45	29	29	5
Erhebungssetting	5	82	86	25	7	7	-
Erhebungsformat	1	38	49	19	16	20	3
Erhebungszeitpunkt	1	4	3	1	2	1	-
Fragebogendesign	-	4	1	1	-	1	-
Abgabebedingungen	-	1	5	3	2	-	1
Bedingungen erfüllt	2	17	22	4	6	5	1
Angst Konsequenzen	-	16	20	4	5	-	-
Untersuchungsperson	1	10	19	4	3	4	2
Eigenschaften TN	-	7	7	3	1	-	1
Nutzen der Studie	1	5	6	4	4	-	-
Stigma	-	2	1	-	-	1	-
Sensitivität	-	20	14	7	4	3	2
Fragen sind zu sensitiv		2	4	-	1	-	1
Antworthaltungen		18	11	7	3	3	1
(Fehlendes) Vertrauen	-	22	11	5	4	9	2
In Erhebungsperson		15	5	2	2	2	1
In Vorgesetzte		4	1	1	1	3	-
In ÖBH		1	1	1	-	-	-
Umgang Störungen	1	7	7	2	2	1	-
Arbeitsklima	-	8	5	2	1	-	1
Sonstiges	-	5	2	-	1	-	-
Frage abgeblockt	1	18	21	4	2	6	-

Anmerkung. Personen in Alterskategorie 18-19 Jahre (n = 334), 20-29 Jahre (n = 329), 30-39 Jahre (n

= 95), 40-49 Jahre (n = 75), 50-59 Jahre (n = 96), über 59 Jahre alt (n = 22), keine Angabe (n = 13)

Anhang F: Übersicht Kategorienhäufigkeiten x Bildung
Tabelle 5
Übersicht Bildung x Kategorienhäufigkeiten

Kategorien	Pflichtschule		Lehre-/Fach-/ Handelsschule		Matura		FH/Uni		k.A.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wissenschaftlichkeit	5	7.6	19	5.1	38	8.5	5	7.8	-	-
Datenschutz	35	53.0	148	39.9	248	55.2	34	53.1	3	21.4
Anonymität	30	45.5	139	37.5	223	49.7	28	43.8	3	21.4
Untersuchungs- bedingungen	23	34.8	155	41.8	184	41.0	30	46.9	8	57.1
Erhebungssetting	17	25.8	65	17.5	112	24.9	13	20.3	5	35.7
Erhebungsformat	8	12.1	65	17.5	60	13.4	12	18.8	1	7.1
Erhebungszeitpunkt	-	-	6	1.6	4	0.9	2	3.1	-	-
Fragebogendesign	-	-	1	0.3	5	1.1	1	1.6	-	-
Abgabebedingungen	-	-	5	1.3	4	0.9	3	4.7	-	-
Bedingungen erfüllt	1	1.5	27	7.3	23	5.1	4	6.3	2	14.3
Angst vor Konsequenzen	1	1.5	12	3.2	28	6.2	3	4.7	1	7.1
Untersuchungsperson	1	1.5	22	5.9	17	3.8	2	3.1	1	7.1
Eigenschaften TN	-	-	8	2.2	10	2.2	1	1.6	-	-
Stigma +	-	-	1	0.3	2	0.4	1	1.6	-	-
Stigmatisierung										
Sensitivität	2	3.0	22	5.9	23	5.1	3	4.7	-	-
Fragen zu sensitiv	-	-	4	1.0	3	0.7	1	1.6	-	-
Antwortverhalten	2	3.0	19	5.1	20	4.5	2	3.1	-	-
soziale										
Erwünschtheit										
(Fehlendes) Vertrauen	5	7.6	24	6.5	20	4.5	4	6.3	-	-
in Erhebungsperson	4	6.1	12	3.2	9	2.0	2	3.1	-	-
in Vorgesetzte	-	-	5	1.3	5	1.1	-	-	-	-
in ÖBH	-	-	1	0.3	1	0.2	1	1.6	-	-
Umgang mit Störungen im ÖBH	1	1.5	5	1.3	9	2.0	4	6.3	1	7.1
Arbeitsklima +	2	3.0	7	1.9	8	1.8	-	-	-	-
Organisationskultur										
Nutzen der Studie	1	1.5	5	1.3	8	1.8	5	7.8	1	7.1
Sonstiges	1	1.5	6	1.6	3	0.7	-	-	-	-
Person blockt Frage ab	5	7.6	31	8.4	15	3.3	-	-	1	7.1

Anmerkung. Personen mit Pflichtschulabschluss (n = 66), Lehre-/Fach-/Handelsschulabschluss (n = 371), Matura (n = 449), Fachhochschule-/Universitätsabschluss (n = 64), keine Angabe (n = 14)

Anhang G: Übersicht Kategorienhäufigkeiten x Rang
Tabelle 6
Übersicht Rang x Kategorienhäufigkeiten

Kategorien	Rekrut		Charge		Unteroffizier		Offizier		k.A.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wissenschaftlichkeit	41	8.1	5	8.1	11	4.7	4	9.5	6	5.1
Datenschutz	250	29.1	29	46.8	111	47.4	25	59.5	65	55.6
Anonymität	228	44.8	27	43.5	96	41.0	15	35.7	57	48.7
Untersuchungs- bedingungen	213	41.8	26	41.9	104	44.4	21	50.0	36	30.8
Erhebungssetting	129	25.3	14	22.6	44	18.8	11	26.2	14	12.0
Erhebungsformat	62	12.2	8	12.9	52	22.2	8	1.0	16	13.7
Erhebungszeitpunkt	6	1.2	-	-	4	1.7	1	2.4	1	0.9
Fragebogendesign	4	0.8	-	-	-	-	1	2.4	2	1.7
Abgabebedingungen	3	0.6	-	-	4	1.7	3	7.1	2	1.7
Bedingungen erfüllt	30	5.9	5	8.1	16	6.8	2	4.8	4	3.4
Angst vor Konsequenzen	24	4.7	7	11.3	10	4.3	3	7.1	1	0.9
Untersuchungsperson	19	3.7	4	6.5	15	6.4	2	4.8	3	2.6
Eigenschaften TN	12	2.4	-	-	4	1.7	1	2.4	2	1.7
Stigma +	3	0.6	-	-	1	0.4	-	-	-	-
Stigmatisierung										
Sensitivität	26	5.1	4	6.5	10	4.3	2	4.8	8	6.8
Fragen zu sensitiv	5	1.0	-	-	2	0.9	-	-	1	0.9
Antwortverhalten	22	4.3	4	6.5	8	3.4	2	4.8	7	6.0
soziale										
Erwünschtheit										
(Fehlendes) Vertrauen	26	5.1	2	3.2	14	6.0	2	4.8	9	7.7
in Erhebungsperson	15	2.9	1	1.6	5	2.1	1	2.4	5	4.3
in Vorgesetzte	4	0.8	1	1.6	3	1.3	-	-	2	1.7
in ÖBH	1	0.2	-	-	-	-	1	2.4	1	0.9
Umgang mit Störungen im ÖBH	8	1.6	1	1.6	4	1.7	3	7.1	4	3.4
Arbeitsklima +	10	2.0	1	1.6	3	1.3	-	-	3	2.6
Organisationskultur										
Nutzen der Studie	8	1.6	-	-	6	2.6	4	9.5	2	1.7
Sonstiges	6	1.2	-	-	1	0.4	-	-	3	2.6
Person blockt Frage ab	35	6.9	3	4.8	13	5.6	-	-	1	0.9

Anmerkung. Personen mit Rang Rekrut (n = 509), Charge (n = 62), Unteroffizier (n = 234), Offizier (n = 42), keine Angabe (n = 117)

Anhang H: Kategoriensystem mit Ankerbeispielen: Wahrgenommene Barrieren bei der Untersuchung psychischer Gesundheit im Österreichischen Bundesheer

Thema/Kategorie	Kurzbeschreibung + Ankerbeispiel
Wissenschaftlichkeit der Studie • Professionelle Gestaltung • Aufklärung über Studie • Freiwillige Teilnahme • Ansprechperson während Erhebung • Klar formulierte Fragestellungen • Länge des Fragebogens	Das Thema „Wissenschaftlichkeit der Studie“ beinhaltet Aspekte, die eine seriöse, wissenschaftliche Forschung kennzeichnen. Es sind Gütekriterien, wie Ökonomie und Zumutbarkeit enthalten. „seriös“; „wenn es für eine Studie ist“ „Gute Umsetzung“; „Sicherstellung der Verlässlichkeit der Befragung und Auswertung.“ „Aufklärung über die Studie“; „Briefing über Sinn/Zweck“ „Freiwilligkeit“; „Analog heute: ‘Semibefohlen‘“ „Leiter anwesend, fragend“; „Aufsichtsperson“ „Einfache Fragestellung & Antwortmöglichkeit, dieser Fragebogen wäre eher ein Negativ-Beispiel für mich (Fordert zu viel Konzentration & ist teilweise zu kompliziert & zu lang!)“ „so kurz als möglich“
Datenschutz • Anonymität • Vertraulichkeit/ Verschwiegenheit • Keine Erhebung demografischer Daten • Nachverfolgbarkeit erschweren ○ Mehrere Teilnehmer*innen an Befragung • Hohes Misstrauen gegenüber Datenschutz	Das Thema „Datenschutz“ fokussiert sich auf den Schutz personenbezogener Daten und beinhaltet ebenfalls weitere Aspekte, wie Anonymität und Verschwiegenheit. „Datenschutz muss gewährleistet sein“; „sicherer Umgang mit ausgefüllten Formularen“ „Anonymität muss gegeben sein“ „Diskretion“; „sollte vertraulich behandelt werden“; „Gewährleistung, dass Kollegen u- Vorgesetzte keinen Einblick in Fragebögen erhalten“ „Keine offensichtliche Angabe des Geschlechts bei Papierfragebogen, da nur sehr wenige Frauen und Zuordnung sofort möglich.“; „nicht "alles" abfragen bis auf den Namen“ „Online: Nicht zurückverfolgbar WER die Umfrage schreibt“ „mehrere Teilnehmer damit eine Zuordnung nur sehr schwer möglich ist“ „100% sicher dass es anonym ist, vertraue dem nicht ganz.“; „Die Unterschrift auf einem Dokument der Person,

	welche die Umfrage durchführt, dass meine Daten nicht weitergegeben werden.“
Untersuchungsbedingungen Bedingungen sind bei dieser Erhebung bereits erfüllt Erhebungsformat • Einzelgespräch • Fragebogen ○ Digitales Format ○ Papierformat • Anderes Erhebungsformat Erhebungszeitpunkt • Nach Traumaexposition Erhebungssetting • Zuhause • Alleine bei Erhebung • Ruhe	Das Thema „Untersuchungsbedingungen“ ist gegliedert in Erhebungsformat, Erhebungszeitpunkt, Erhebungssetting, Fragebogendesign sowie Abgabebedingungen. Manche fanden die Bedingungen bei dieser Erhebung bereits ausreichend. „Die gleichen Bedingungen wie bei dieser Umfrage.“ Das Erhebungsformat kann unterteilt werden in das Format Einzelgespräch sowie in das einer Erhebung via Fragebogen. Sowohl die Präferenz für ein Papierformat als auch für ein digitales Format bei der Fragebogenerhebung werden genannt. Es wird hierbei entweder die Benutzung eines privaten PCs oder eines dienstlichen PCs gewünscht. Es kommen auch Vorschläge für gänzlich neue Erhebungsformate, z.B. kleinere Gesprächsgruppen oder mehrmalige Gespräche mit Führungskräften. „Kleinere Gesprächsgruppen“; „Vorgesetzte müssten mehrmals mit ihren MA sprechen!“; Der Erhebungszeitraum umfasst verschieden spezifische Wünsche. „am besten am Vormittag“; „1 Tag dienstfrei“; „kurz vor der Pensionierung“; etc. Der Zeitpunkt nach einer Traumaexposition als Erhebungszeitpunkt wird explizit angegeben: „unmittelbar nach Einsätzen (Traumawirkung)“ Das Erhebungssetting enthält allgemeine Kriterien für eine ungestörte Erhebung, wie Ruhe und ausreichend Zeit. Darüber hinaus werden Wünsche zum Umfeld geäußert, wie größere Distanz zu Kamerad*innen, die Abwesenheit von Vorgesetzten oder die Umfrage zuhause ausfüllen zu können. Die einzelnen Aspekte können zur Schaffung einer Privatsphäre beitragen. „das ich daheim bin“ „Alleine“ „Ruhe“; „störungsfreies Umfeld“

• Ausreichend Zeit • Distanz zu Kamerad*innen/ Ohne Einsehbarkeit von Kamerad*innen • Keine Vorgesetzten anwesend/involviert • Sicheres Erhebungssetting • Schaffung Privatsphäre Fragebogendesign • Nur Multiple Choice • Militärnormierte Fragebögen Abgabebedingungen	„ungestört ohne Zeitdruck“ „Größere Distanz zu Kameraden, damit sie nichts sehen.“; „Abgrenzung zu den Kameraden (Sichtschutz)“ „es dürfte kein Vorgesetzter anwesend sein“ „sichere Umgebung“; „Man müsste sich wohlfühlen“; „Sicheres Umfeld -> Person muss sich sicher fühlen.“ „Privatsphäre sollte an erster Stelle stehen“ Das Thema „Fragebogendesign“ umfasst Aspekte, die bezüglich der Gestaltung des Fragebogens genannt wurden. Es wird vorgeschlagen, ausschließlich ein Multiple Choice Format zu nutzen, ebenso wie darauf zu achten, dass die Fragebogen für das Militär normiert sind. „keine freien Antworten, nur ankreuzen“; „Keine handschriftlichen Passagen ausfüllen zu müssen!“ „angepasster Fragebogen (auf Soldaten).“ Umfasst Wünsche, die sich auf die Anonymität bei der Abgabe beziehen. Es wird der Wunsch geäußert, die Befragung in eine Urne/Sammelbox einzuwerfen bzw. dass die Befragungen persönlich kuvertiert werden dürfen. „absolute Anonymität gewährleisten, persönliche Kuvertierung bei Rücksendung, kein "sammeln" der Fragebögen auf der DSt zum Verschicken“; „Abgabe in große Sammelbox -> keine Rückverfolgung zu Einheit.“
Angst vor Konsequenzen • Negativer Einfluss auf die militärische Karriere	Es gibt Bedenken, dass Konsequenzen aufgrund der eigenen Antworten folgen könnten, explizit wird der mögliche negative Einfluss auf die militärische Karriere genannt. „Das sich die Antworten nicht auf die Anstellung auswirkt (keine Feuerungsgründe entstehen oder Beförderungen und Posten übergangen werden).“; „keine negativen Folgen für den restlichen Dienst.“ Auch scheinen die tatsächlichen Auswirkungen psychischer Probleme auf den Dienst nicht klar zu sein. Gerade für Auslandseinsätze sind die Soldat*innen auf ein positives Ergebnis angewiesen.

○ Aufklärung über dienstliche Konsequenzen ○ TN sind angewiesen auf positives Ergebnis ihrer Untersuchung	„Ich müsste darüber informiert werden was passiert, wenn ich die Fragen ehrlich beantworte.“ „Persönliches Gespräch ohne Bedarf "Auslandstestung" geht nicht, der Proband darf kein Bittsteller sein“
Untersuchungsperson • Untersuchungsperson ist Fachpersonal • Strukturelle Zuordnung der Erhebungsperson ○ Bundesheer interne Erhebungsperson ○ Externe Erhebungsperson	Nachfolgend werden Aspekte der Untersuchungsperson besprochen, der Wunsch nach einer Fachperson wird deutlich. Die Wünsche sind nicht einheitlich in Bezug auf die Nähe der Untersuchungsperson zum Bundesheer. „Nur mit Psychologen“; „Arzt und allein“; „Gespräch mit Psychiater“ „Soldaten als Psychologen und keine Zivilisten die keine Ahnung haben was wichtig ist.“; „Persönliches Gespräch mit Leuten die eine Ahnung vom Alltag des Soldaten haben. Keine Psychologen die noch nie eine "Uniform" trugen sind nicht tauglich einem Soldaten zu bewerten.“ „Einzelgespräche mit einer Person die nichts mit dem Bundesheer zu tun hat.“; „Es sollte anonym sein oder man sollte zu einem privaten Psychologen gehen.“
Eigenschaften der Teilnehmer*innen • Konzentrationsfähigkeit • Bereitschaft, ehrlich zu antworten • Guter Allgemeinzustand • Selbstreflexion	Es gibt Eigenschaften, die eine Voraussetzung für eine ehrliche Beantwortung darstellen, wie die grundsätzliche Bereitschaft dazu, und Eigenschaften, die eine ehrliche Beantwortung begünstigen, etwa ein guter Allgemeinzustand oder Selbstreflexion. „Hohe Konzentrationsfähigkeit“ „Wille von Seite des Befragten, die Fragen ehrlich zu beantworten“; „Das liegt in meiner Meinung lediglich an der Person selbst und wie bereit diese ist, über ihre eigene Psyche zu sprechen“ „Ausgeschlafen, keine Beeinträchtigungen“; „Gesund und munter“ „Ich bräuchte etwas Ruhe vor der Umfrage bzw. bei der Umfrage um in mich hineinfühlen zu können.“; „Ehrlichkeit zu sich selbst“
Erkennbarer Nutzen der Studie	Die Studie soll einen Mehrwert haben, auch für die Befragten. Dies steht in Verbindung mit einer Ergebnissrückmeldung. „Aussicht auf Veränderung aufgrund des Befragungsergebnisses.“

• Fehlende Verbesserung des Status Quo • Ergebnispräsentation	„Dass, wenn so etwas gemacht wird, sich dann auch was ändert.“; „Dass, wenn so etwas gemacht wird, sich dann auch was ändert. Änderungen aber ins Positive, nicht wie die letzten 20 Jahre das es stetig bergab geht.“ „Garantiertes Feedback zu den Ergebnissen. Änderung (sichtbar) von Missständen“ „Garantiertes Feedback zu den Ergebnissen“
Stigma + Stigmatisierung • Internales Stigma • Externales Stigma	Es herrscht ein starkes Stigma gegenüber psychischen Problemen unter den Teilnehmer*innen. Die Selbststigmatisierung der eigenen psychischen Gesundheit kann zu Gefühlen, wie Scham oder Schuld führen. „Das man sich nicht dafür schämt.“ „Ich fühle mich in der Nähe von Menschen mit psychischen Problemen nicht wohl. → Person hat einen Namen hingeschrieben. Hohe Stigmatisierung psychischer Störungen: Anm.: Fr.97: Es wurde: "Andreas X ist so einer!" angemerkt“; „Keine - würde ich keinesfalls Bekanntgeben“
Sensitivität • Fragen werden als sensitiv erlebt ○ Trennung sensibler und nicht-sensibler Daten • Antwortverhalten beeinflusst durch soziale Erwünschtheit	Das in der Literatur behandelte Thema der Sensitivität findet sich auch in den Antworten wieder, dahingehend, dass Einige Fragen zur psychischen Gesundheit als zu intim einstufen. Die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit kann ein Problem in der Beantwortung dieser Erhebung darstellen. „Wahrscheinlich liegt es an den Fragen selbst, die für manche unangenehm erscheinen bzw. vielleicht ist man zu stolz um etwas zuzugeben.“; „Es kommt auf die Fragen an. Falls sie zu persönlich sind werden sie es nicht ehrlich beantworten“ „1. Anonymer Fragebogen für allgemeine Fragen 2. Persönliche dienstliche Fragen mit Psychologen (Mil-Zivil)“ „Das der Test anonym erfasst wird, vertraue ich ihnen jedoch wenn Kameraden neben einem sitzen versucht man oft besser auszusehen bzw. hat Angst vor dem "Abschauen".“

○ Fokus auf eigene Ehrlichkeit ○ Verantwortung liegt bei Individuum ○ Rahmenbedingungen für Ehrlichkeit irrelevant	„Hätte überhaupt keine Probleme darüber zu reden!! Jederzeit möglich!“; „Ich bin offen und beantworte immer alles ehrlich.“ „Das liegt in meiner Meinung lediglich an der Person selbst und wie bereit diese ist, über ihre eigene Psyche zu sprechen.“ „Keine, Bedingungen stehen mit Ehrlichkeit nicht in Relation.“
(Fehlendes) Vertrauen • in Erhebungsperson • in Vorgesetzten • ins ÖBH	Das Thema „Vertrauen“ ist wichtig auf allen Ebenen, sowohl auf der Erhebungsebene als auch im Arbeitsalltag. „Vertrauen in die durchführenden Personen“; „Vertrauen zu Heerespsychologen/Fachpersonal aufbauen.“ „Würde ich jederzeit machen. Aber Bedenken bezüglich der Vorgesetzten.“; „Vertrauen zu den Vorgesetzten! Nicht gegeben!!“ „Vertrauen zum Bundesheer.“
Organisationaler Umgang mit psychischen Störungen im ÖBH • Entstigmatisierung von psychischen Störungen • Verbessertes Hilfsangebot im Bundesheer • Inanspruchnahme des Hilfsangebots	Beschreibung des aktuellen Umgangs mit psychischen Störungen im ÖBH und Verbesserungsvorschläge (Entstigmatisierung, Verbesserung des Hilfsangebots). Es wird deutlich, dass das Hilfsangebot erst bei großem Leidensdruck genutzt wird. „Mehr Aktionen setzen um die Stigmatisierung psychischer Leiden zu beenden.“; „Grundlegende Aufklärung über die Risiken und Folgen von psychischen Erkrankungen“ „Notwendige Maßnahmen auch im Heer um diese zu therapieren.“; „Es muss nicht anonym sein, aber bei psychischen Problemen uns unterstützen.“ Das Hilfsangebot wird erst in Anspruch genommen, wenn ein sehr großer Leidensdruck da ist oder Kamerad*innen aufmerksam werden. „Es müsste mir dementsprechend "dreckig" gehen.“ „Hinweise oder Bedenken von Kollegen aufgrund meines komischen Verhaltens.“
Verbesserung des Arbeitsklimas und der Organisationskultur des ÖBH • Offene Kommunikation	Es sind Kritik und daraus abzuleitende Verbesserungen im zwischenmenschlichen Umgang im Bundesheer aufgeführt. „Ein humaner Umgang innerhalb des Militärs.“; „Das Klima im dienstlichen Umfeld müsste passen.“ „das man sich in der Arbeit wohl fühlt und offen sein kann.“

○ Im Militär nicht möglich, offen zu antworten • Mehr Freiheit • Akzeptanz • Gefühl der Wertschätzung + Interesse	„So etwas erfordert Offenheit und Ehrlichkeit aber beim Bundesheer ist so etwas nicht möglich.“ „Mehr Freiheit beim Heer.“ „Akzeptanz“ „Ich müsste das Gefühl haben, dass sich wirklich jemand dafür interessiert.“; „Gefühl, dass man ernst genommen wird“; „Respektvoller Umgang.“
Sonstiges	Kategorie bestehend aus Antworten, die das Thema absichtlich verfehlen. Es kommen Wünsche nach mehr Geld sowie Wünsche nach Abrüstung auf. „Das scheiß Bundesheer. Ich hab Geldprobleme, ich kann mir keine Rechnung mehr leisten“; „Schafft die Heerespflicht ab!!!“; „Abrüsten“
Person blockt Frage ab/Keine Antwort	„Keine“; „Weiß nicht“

Anhang I: Abstract (deutsch)

Die Prävalenzen psychischer Störungen im Militär variieren sehr stark, unter anderem weil psychische Probleme von Soldat*innen häufig nicht gemeldet und Hilfsangebote zu wenig genutzt werden. Im Militär sind psychische Störungen stark stigmatisiert und mit Schwäche assoziiert, was häufig inkompatibel ist mit dem soldatischen Selbstbild. Die Erforschung stigmatisierter Inhalte kann für Teilnehmer*innen als übergriffig und daher sensitiv wahrgenommen werden, was zu Problemen in der Datenerhebung führen kann.

Allerdings ist bisher unklar, inwiefern Sensitivität im Militärkontext grundlegend die Wahrnehmung von Soldat*innen bei klinisch-psychologischen Befragungen beeinflusst. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher, bestehende Barrieren zu erforschen, die vom Militärpersonal des Österreichischen Bundesheeres bei der Offenlegung des psychischen Gesundheitszustandes in klinisch-psychologischen Untersuchungen wahrgenommen wird. Mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde eine Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung der Aussagen von 964 Soldat*innen, Wehrdienern sowie Zivildienstler*innen durchgeführt, welche in einer dienstlichen Fragebogenuntersuchung erhoben wurden. Insgesamt konnten 14 Hauptkategorien herausgearbeitet werden.

Die Barrieren bestehen aus einem nicht ausreichenden Datenschutz während der Erhebung und daraus resultierender Angst vor einem negativen Einfluss auf die militärische Karriere. Das fehlende Vertrauen, insbesondere in die Erhebungsperson und die Vorgesetzten, stellt eine weitere Barriere dar.

Die Ergebnisse indizieren, dass die wahrgenommene Sensitivität einen Einfluss auf das Antwortverhalten der Militärpopulation bei der Untersuchung psychischer Gesundheit hat. Durch einen Abbau der dargestellten Barrieren kann ein sicheres Untersuchungssetting geschaffen werden, was die Offenlegung psychischer Probleme erleichtern kann.

Im Anschluss können die wahrheitsgetreueren Prävalenzzahlen psychischer Störungen im Militär genutzt werden, um ein adäquates Hilfsangebot für Betroffene zu schaffen.

Schlagwörter: Militär, psychische Gesundheit, Stigma, Sensitivität, Militärkultur

Anhang J: Abstract (english)

The prevalence of mental disorders in the military varies widely, in part because soldiers underreport mental health problems and underutilize mental health services. In the military, mental disorders are highly stigmatized and associated with weakness, which is often conflicting with the soldiers' self-image. Researching stigmatized topics may be perceived by participants as invasive and sensitive, which may lead to problems in the data collection process.

However, the extent to which sensitivity fundamentally affects soldiers' perceptions of clinical psychological research in the military context has been unclear.

Therefore, the present study aims to investigate existing barriers perceived by military personnel of the Austrian Armed Forces when disclosing their mental health status in clinical psychological research.

A summary and inductive categorization of the statements of 964 military personnel was carried out by utilizing Mayring's qualitative content analysis. The statements were collected using a survey questionnaire. A total of 14 main categories were identified.

The barriers consist of insufficient privacy during the survey, the resulting fear of negative consequences on the military career as well as a lack of trust, especially in interviewers and superiors.

The results indicate that perceived sensitivity has an impact on the response behavior of the military population in mental health surveys. By reducing the barriers, a safe screening environment can be created, which may facilitate the disclosure of mental health issues.

Subsequently, more accurate prevalence rates of mental disorders in the military can be used to create adequate mental health services.

Keywords: Military, mental health, stigma, sensitivity, military culture