„Aus meiner Ruine wird langsam wieder ein Haus“

– Evaluation der Traumaambulanz der Opferhilfe Potsdam

Modellprojekt zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung traumatisierter Gewaltopfer im Rahmen der Frühintervention

Abschlussbericht

Juni 2015

Projektleitung

Silke Birgitta Gahleitner

Anton Leitner

Team

Christina Frank, Markus Boeckle, Katharina Gerlich,

Heidemarie Hinterwallner, Alexandra Koschier

Impressum

ISBN 978-3-902505-73-6

Wissenschaftliches Lektorat & Gesamtgestaltung: Ilona Oestreich

AutorInnen: Silke Birgitta Gahleitner, Christina Frank, Markus Boeckle, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner, Alexandra Koschier, Anton Leitner

Besonderer Dank gilt Carina Kampner, Christiane Barbara Pierl, Martha Schneider und Cornelia List für deren sorgfältige und unterstützende Mitarbeit.

Dieses Forschungsprojekt wurde durch Drittmittel der Opferhilfe Brandenburg e.V. finanziert.

© 2015 Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin

Inhalt

1 Einleitung 5

2 Bedarfsanalyse – Notwendigkeit einer Traumaambulanz im Raum Brandenburg 8

2.1 Opfer von Straftaten: Phänomenologie 8

2.2 Trauma – Begriffsklärung, Erscheinungsformen und Behandlungsmodi im Akutbereich 10

2.2.1 Begriffsklärung und Erscheinungsformen 10

2.2.2 Behandlungsmodi im Akutbereich 13

2.2.3 Stand der Forschung zu Behandlungsmodi im Akutbereich 15

2.3 Ambulante Frühintervention für Traumaopfer in Deutschland – eine Bestandsaufnahme 19

2.3.1 Krisenversorgung 19

2.3.2 Angebote ambulanter psychotherapeutischer Versorgung 22

2.3.3 Angebote in der spezifischen psychosozialen Versorgung der Opfer von Straftaten 26

2.4 Die Versorgungslandschaft für Opfer von Straftaten im Bundesland Brandenburg: ein Entwicklungsprojekt 30

2.5 Fazit 34

2.6 Die Traumaambulanz Potsdam – ein Modellprojekt im Rahmen der Opferhilfe 34

2.6.1 Die Opferhilfe Land Brandenburg e. V. als Träger des Modellprojekts Traumaambulanz 34

2.6.2 Die Traumaambulanz 36

3 Methodisches Vorgehen 39

4 Quantitative Studienergebnisse 41

4.1 Einführung 41

4.1.1 Zeitrahmen und Rekrutierung 41

4.1.2 Verwendete Untersuchungsinstrumente 41

4.1.3 Untersuchungsablauf 43

4.1.4 Datenanalyse 44

4.1.5 Untersuchungsstichprobe 44

4.2 Deskriptive Ergebnisse – Beschreibung der StudienteilnehmerInnen 45

4.3 Trauma? Verdachtsdiagnose PTBS unter der Studienpopulation 47

4.4 Schweregrad der posttraumatischen Symptomatik im Zeitverlauf (IES-R) 48

4.5 Belastung durch körperliche und psychische Symptome im Zeitverlauf (SCL-90-S) 53

4.6 Zum Zeitpunkt der Hilfeleistung: Kann die Zeit Wunden heilen? 56

4.7 Evaluation des Angebotes aus Perspektive der NutzerInnen 58
4.7.1 Zufriedenheit mit dem Angebot der Traumaambulanz 59
4.7.2 War das Angebot der Traumaambulanz hilfreich? 59

5 „Aus meiner Ruine wird langsam wieder ein Haus“ – Ergebnisse der qualitativen Interviews 63
5.1 Ermöglicht die Einrichtung einen bedarfsgerechten und zeitnahen Beginn? 63
5.2 Arbeitet die Einrichtung parteilich, stützend-entlastend, ressourcenorientiert? 65
5.3 Wird in der Einrichtung eine bedürfnisgerechte Methodenflexibilität ermöglicht? 67
5.4 Wird das soziale Umfeld in die Behandlung einbezogen? 71
5.5 Ist die Einrichtung gut mit anderen professionellen Einrichtungen vernetzt? 73
5.6 Resümee: Was bedeuten diese Aspekte für die Wirkung der Hilfe? 76

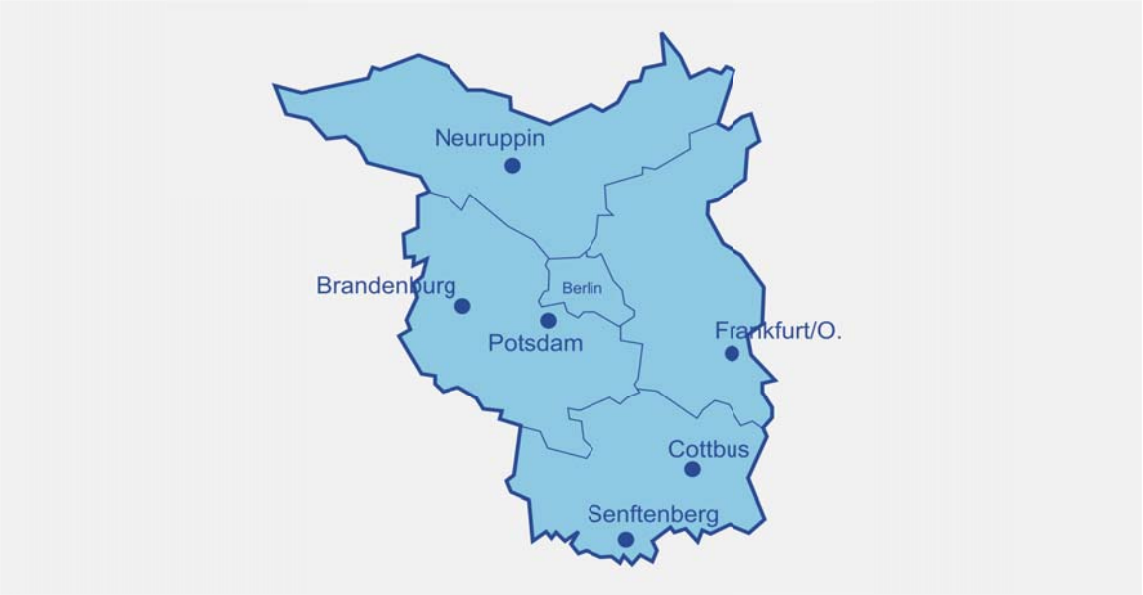
6 Diskussion und Ausblick 80

7 Literatur 86

8 Anhang 95
8.1 Quantitative Fragebögen 95
8.1.1 Basisdokumentation 95
8.1.2 NutzerInnen-Fragebogen 100
8.2 Zusätzliche Abbildungen und Tabellen 103
8.3 Leitfaden der qualitativen Untersuchung 106
8.4 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 108

1 Einleitung

Die Idee zur Gründung einer Traumaambulanz in der Region Brandenburg entstand vor vielen Jahren. Im Rahmen der psychotraumatologischen Nachsorge bieten die sechs Opferberatungsstellen der Opferhilfe Land Brandenburg u. a. psychotraumatologische Beratung für Opfer von Sexual- und Gewaltstraftaten. Ein Teil der Betroffenen benötigt darüber hinaus eine sofortige Psychotherapie, damit die Ausbildung bzw. Chronifizierung von Traumafolgestörungen verhindert werden kann. Die MitarbeiterInnen der Beratungsstellen sahen sich kontinuierlich mit dem Problem konfrontiert, diese Hochrisiko-KlientInnen aufgrund langer Wartezeiten nicht rechtzeitig in eine Psychotherapie vermitteln zu können. Versuche, diese unbefriedigende Situation zu lösen – z. B. über Kooperationen mit den ortsansässigen PsychotherapeutInnen –, scheiterten. Als Antwort auf diese gravierende Versorgungslücke wurde die Traumaambulanz Potsdam als Modellprojekt mit einer Laufzeit von drei Jahren initiiert, im September 2012 wurde die Arbeit aufgenommen. Das Modellprojekt wird durch die Stiftung „Aktion Mensch“ gefördert und kooperiert mit dem Klinikum Ernst von Bergmann. Die Ambulanz ist in die Opferberatung integriert, der spezifische Fokus liegt auf der Zielgruppe der traumatisierten Opfer von Gewalt- und Sexualstraftaten. Die wissenschaftliche Begleitforschung des Projektes übernahmen Prof. Silke Birgitta Gahleitner und ihr Projektteam (Donau-Universität Krems und Alice-Salomon-Hochschule Berlin).



Angebot des Vereins Opferhilfe deutschlandweit (Quelle: Opferhilfe Land Brandenburg, o.J.) **Abb. 1**

Im Jahr 2013/2014 suchten rund 369 KlientInnen die Opferberatung Potsdam auf, davon waren 176 KlientInnen Zielgruppe der Traumaambulanz und wurden in dieser weiter betreut. Von diesen 176 KlientInnen nahmen insgesamt 32 KlientInnen in weiterer Folge Traumatherapie in Anspruch, 35 KlientInnen psychotraumatologische Beratung und 22 KlientInnen sozialpädagogische Begleitung. Mit 43 KlientInnen wurde eine Überbrückung in eine externe Psychotherapie durchgeführt, für 44 KlientInnen reichte eine einmalige psychotraumatologische Beratung aus, bzw. sie wurden anderweitig weitervermittelt. Alle KlientInnen sind im Vorlauf Opfer einer Straftat geworden. Mit Abstand die häufigsten Deliktarten, die zumeist zu einer Traumatisierung führten, sind Sexualstraftaten (75 Personen) und Körperverletzungen (55). Die Traumaambulanz hat den primären Vorsatz einer zielgruppenspezifischen Indikation, das Konzept enthält passgenaue, sekundärpräventive Unterstützungsangebote, um unnötige Behandlungen zu vermeiden. Das Angebot der Psychotherapie steht schnell zur Verfügung, binnen einer Woche. Außerdem wird die therapeutische Erstversorgung in die Opferberatung integriert, wodurch Risiken sekundärer Viktimisierung vermieden bzw. aufgefangen werden können. Zudem ermöglicht die Integration in die Opferberatung einen niedrigschwelligen Zugang. Als relevant zeigt sich auch die Vernetzung aller an der Versorgungskette beteiligten AkteurInnen (siehe auch Abb. 2), nur so kann eine schnelle und fachgerechte Vermittlung stattfinden.

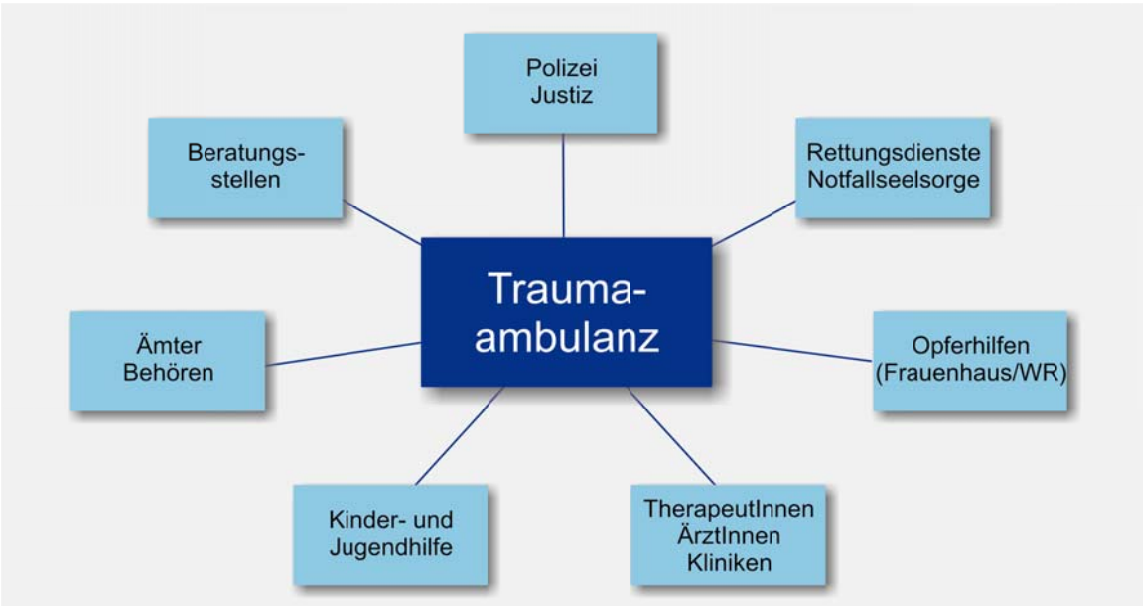


Abb. 2 Trauma-Netzwerk Potsdam (Quelle: Priet, 2015)

Die Kosten für das Modellprojekt zur Gründung einer Traumaambulanz werden bzw. wurden von der Stiftung „Aktion Mensch“ getragen. Der Plan zur Projektevaluation sollte sofort nach Bewilligung der Finanzierung umgesetzt werden, die Kosten hierfür wurden vom Verein Opferhilfe e. V. selbst aufgebracht. Ziele der Evaluierung waren, (1) von Beginn an Instrumente zur Qualitätssicherung einzuführen, (2) praktische Erfahrungen zu systematisieren, (3) Anregungen für Verbesserungen/Änderungen des Konzeptes zu erhalten und (4) einen Nachweis über die Wirkung der Einrichtung für potenzielle GeldgeberInnen zu führen. Im Folgenden wird zunächst die Bedarfslage in der Region Brandenburg für Opfer von Straftaten erörtert. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt und im Licht aktueller Forschung reflektiert.

2 Bedarfsanalyse – Notwendigkeit einer Traumaambulanz im Raum Brandenburg

2.1 Opfer von Straftaten: Phänomenologie

Opfer von Straftaten wurden mit außergewöhnlich bedrohlichen Situationen konfrontiert, die mit tiefer persönlicher Verzweiflung, Ohnmacht und überwältigender Angst einhergehen. Willentlich durch den Menschen verursachte Traumata – sogenannter man-made disaster (siehe unten) – führen in vielen Fällen zu starken Beeinträchtigungen und chronischen psychischen Folgen bei den Opfern. Das Risiko, infolge einer oder mehrerer erlebter Gewalttaten eine posttraumatische Belastungsstörung auszubilden, ist groß, deutlich größer als bei anderen Formen von Traumatisierungen (Maercker, 2013). Erfahrungen einer Gewalttat gehen daher mit erheblichen Auswirkungen auf das Selbsterleben einher. Verursacht durch die Tat entstehen dem Opfer materielle, physische und psychische Schäden. In der Regel wird auch das soziale Umfeld in Mitleidenschaft gezogen. Die Summe dieser Schädigungen wird als primäre Viktimisierung bezeichnet (Hartmann, 2010). Sekundäre Viktimisierung hingegen umschreibt Folgeschäden aufgrund eines inadäquaten Umgangs mit dem Opfer, beispielsweise im Zuge der Strafverfolgung des/der TäterIn (Kury, 2010) oder durch inadäquate retraumatisierende Reaktionen des Umfeldes.

2011 wurden in Deutschland insgesamt 5.990.679 Straftaten erfasst. Die Aufklärungsrate betrug 54,7%. 197.030 Fälle zählten dabei zum Bereich der Gewaltkriminalität: 2.174 Taten im Bereich Mord und Totschlag, 7.539 Vergewaltigungen und sexuelle Nötigungen, 48.021 Raubdelikte sowie 139.091 gefährliche und schwere Körperverletzungen. Betrachtet man ausschließlich Gewaltdelikte, bei denen andere Personen zu Schaden kamen, so wurden laut den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik 2012 (PKS Bundeskriminalamt 2012: BKA, 2013) bundesweit

- 14.068 Fälle sexueller Gewalt im Erwachsenen- sowie im Kinder- und Jugendalter,
- 613.751 Gewaltdelikte, Körperverletzung und Tötungsversuche,
- 272.780 Fälle schwerer Raubüberfälle und Freiheitsberaubung

aktenkundig angezeigt. Gemessen an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland entspricht das einem prozentualen Wert von 1,1. Damit kam im Jahr 2012 auf 100 BundesbürgerInnen mehr als ein Fall einer polizeilich erfassten Gewalttat. Laut

polizeilicher Kriminalstatistik gab es in den vergangenen Jahren nach rückläufigen Kriminalitätszahlen der erfassten Straftaten im Jahr 2011 wieder einen leichten Anstieg der Fälle. Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache. Alle diese Personen sind potenziell von psychischer Traumatisierung betroffen (PKS Bundeskriminalamt 2011: BKA, 2012).

Polizeiliche Kriminalstatistiken berücksichtigen zudem lediglich einen kleinen Teil der erfahrenen Straftaten. Viele Betroffene von schwerer und andauernder Gewalt zeigen ihre Situation aus Angst und Scham nicht an. Sie haben Scheu, sich Dritten gegenüber zu öffnen, geschweige denn, sich für eine Befragung zur Verfügung zu stellen. Besonders häufig ist dieses Phänomen in Fällen andauernder häuslicher Gewalt und bei Sexualdelikten anzutreffen. Davon sind überdurchschnittlich häufig Frauen und Mädchen betroffen. So wird in umfassenden Studien davon ausgegangen, „dass mindestens jede fünfte Frau im Laufe ihres Lebens geschlechtsspezifische Gewalt mit Folgen für ihre Gesundheit erfahren hat“ (Homberg et al., 2008, S. 7). „Auch repräsentative bevölkerungsbasierte Viktimisierungs- und Gewaltprävalenzstudien bilden insofern lediglich untere Grenzwerte ab und können nie das gesamte Dunkelfeld von Gewalt aufdecken“ (ebenda, S. 9). Zudem sind Frauen, Kinder und Jugendliche überdurchschnittlich häufig mit GewalttäterInnen konfrontiert, die aus ihrem nahen sozialen Umfeld stammen, bzw. mit TäterInnen, mit denen sie in enger emotionaler Beziehung stehen (ebenda). So waren die Tatverdächtigen bei Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung unter Gewaltanwendung in mehr als der Hälfte der Fälle mit den Opfern verwandt oder näher bekannt (PKS Bundeskriminalamt 2011: BKA, 2012).

Laut Ergebnissen dieser deutschen Gewaltprävalenzstudie entwickelten betroffene Frauen von Gewalttaten psychische Folgen in Form von Niedergeschlagenheit/Depression (36-46%), Schlafstörungen/Albträumen (27-33%), andauerndem Grübeln (50-69%), vermindertem Selbstwertgefühl (36-55%), erhöhter Angst (18-24%), Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen (13-34%) sowie Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen (11-26%). 6-9% der befragten Frauen berichteten von Suizidgedanken, und 7-9% von ihnen entwickelten nach der Gewalttat Essstörungen (Homberg et al., 2008). Besonders Sexualstraftaten, Körperverletzungsdelikte, Misshandlung, versuchte Tötung, Raub und Stalking führen zu Traumata, die unbehandelt zu komplexen Traumafolgestörungen zur Folge haben können. Hinsichtlich der ausgeübten Gewalt gegen Männer liegen allerdings in Deutschland keine repräsentativen Daten vor. Kriminologische Studien aus den 1990er-Jahren weisen jedoch darauf hin, dass Männer

häufiger als Frauen von physischer Gewalt betroffen sind. Nach der polizeilichen Kriminalitätsstatistik 2011 wurden erwachsene Männer insgesamt sehr viel häufiger Opfer von Tötungsdelikten, Raub, Körperverletzung sowie von Straftaten gegen die persönliche Freiheit (PKS Bundeskriminalamt 2011: BKA, 2012). Allerdings sind Männer seltener als Opfer mit sexueller und psychischer Gewalt konfrontiert (Homberg et al., 2008).

Manche seelischen Verletzungen heilen auch ohne medizinische oder psychologische Behandlung. Wesentliche Voraussetzung hierfür sind ausreichende Selbstheilungskräfte sowie die Unterstützung des sozialen Umfeldes. Allerdings tragen Menschen, die Opfer einer Straftat wurden, ein besonders großes Risiko für die Entwicklung von Folgeschäden, insbesondere einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Gast, 2010). Zudem sind gerade Familienmitglieder und enge Angehörige im Umgang mit Opfern schwerer Straftaten oft überfordert bzw. selbst vor dem Hintergrund des Tatgeschehens viktimisiert (Kury, 2010). Sie erleben eine Doppelbelastung: Einerseits tragen sie die Verantwortung, unterstützend für das Opfer da zu sein, andererseits haben sie große Schwierigkeiten, mit den Geschehnissen und den Veränderungen des/der Betroffenen zurechtzukommen. Angehörige sind damit Vertrauensperson und gleichzeitig unmittelbar mitbetroffen (Priet, 2010). Deshalb sollten bei der Betrachtung möglicher Prävalenzen und Hilfeangebote für Opfer von Straftaten die Angehörigen immer mit bedacht und gegebenenfalls auch mit einbezogen werden.

2.2 Trauma – Begriffsklärung, Erscheinungsformen und Behandlungsmodi im Akutbereich

2.2.1 Begriffsklärung und Erscheinungsformen

Ein Trauma bezeichnet ein einschneidendes Ereignis im Leben eines Menschen, das als potenziell lebensbedrohlich erlebt wird und mit überwältigenden Gefühlen von Entsetzen und (Todes-)Angst, Kontrollverlust, Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden ist. Ein Trauma kann somit als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten" (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79) definiert werden. Das Ausmaß der Traumatisierung ist abhängig von Art, Umständen und Dauer des Ereignisses sowie vom Entwicklungsstand, in dem sich das Opfer zu diesem Zeitpunkt befindet. Zu den Umständen zählt auch, ob es vor, während oder nach der Traumatisierung schützende Faktoren gegeben hat. Die wichtigsten umgebenden Schutzfaktoren sind stabile Bindungs- und Einbettungsverhältnisse. Insbesondere frühe und anhaltende Traumata im sozialen Nahraum verursachen deshalb bei

Kindern und später bei Erwachsenen Phänomene schwerer psychischer Fragmentierung und Desintegration (Gahleitner, 2005a, 2011).

Trauma muss daher als Ergebnis eines komplexen Entwicklungs- und Beziehungsgefüges zwischen psychologischen, physiologischen und sozialen Prozessen gesehen werden – lebenslang (ebenda). Die Bezeichnung psychisches Trauma macht deutlich, dass es sich vorrangig um eine seelische Verletzung handelt (vgl. u. a. Hantke & Görges, 2012). „Das Trauma verändert das Leben eines Menschen schlagartig, und vieles von dem, was zuvor nicht infrage gestellt wurde, gilt nun nicht mehr" (Gräbener, 2013, S. 39). Als Resultat dieser Ereignisse können sich psychische Traumafolgestörungen bis hin zum Krankheitswert herausbilden. Dennoch muss ein Trauma nicht zwangsläufig zu einer psychischen Störung führen (ebenda). Dieses Risiko hängt neben Art und Ausmaß des traumatischen Ereignisses sowie individuellen Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Person maßgeblich davon ab, ob und in welcher Form die Person nach einem solchen Erlebnis Intervention und soziale und professionelle Unterstützung erhält (Gahleitner, 2005a, 2011).

Grundsätzlich werden traumatische Ereignisse in ihrer zeitlichen Dimension, also nach ihrer Häufigkeit und der Art des Ereignisses unterschieden. Zu den Typ-I-Traumata zählt man einmalig kurz einwirkende Ereignisse. Typ-II-Traumatisierungen sind Ereignisse, die entweder länger andauern oder mehrfach aufgetreten sind. Außerdem sind das Lebensalter und die damit verbundene Persönlichkeitsentwicklung der traumatisierten Person zu berücksichtigen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einfacher und von komplexer Traumatisierung. Die zweite Dimension ist auf die Art und Ursache des Ereignisses ausgerichtet. Hier unterscheidet man zwischen akzidentiellen (zufälligen), beispielsweise durch Naturkatstrophen und Unfälle, sowie durch Menschen verursachten, sogenannte „man-made", Traumata. Diese Unterscheidungen sind wesentliche Kriterien für den Verlauf, die erforderlichen Interventionen und den Umgang mit derart traumatisierten Personen (Gräbener, 2013; Maercker, 2013). Menschen mit frühen und komplexen Traumaerfahrungen tragen ein besonders hohes Risiko, infolgedessen andauernde psychische Störungen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen zu entwickeln (Gahleitner, 2010; Maercker, 2013).

Akute Traumatisierung tritt reaktiv infolge eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse auf und bezieht sich auf einen Zeitraum von bis zu drei Monaten nach dem Trauma. In diesem Zeitraum muss Hilfe – indikationsadäquat und zeitnah – angeboten werden

(Flatten et al., 2011), sonst kommt es zu langfristigeren psychophysiologischen Reaktionen mit psychosomatischen und psychosozialen Auswirkungen.

Als typische Symptome akuter psychischer Traumatisierung gelten:

- verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (peritraumatische Dissoziation),
- Einengung der psychomotorischen Reaktionsfähigkeit,
- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen (z. B. Albträume, Flashbacks) oder Erinnerungslücken (partielle Amnesien),
- Übererregungssymptome wie Schlafstörungen, vermehrte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, erhöhte Herzfrequenz in Ruhe, Leistungsabfall,
- unspezifische somatoforme Symptome,
- Rückzugs- und Vermeidungsverhalten,
- veränderte affektive Reaktionen (z. B. intensive Stimmungsschwankungen, aggressives Verhalten) und/oder emotionale Taubheit,
- psychosoziale Funktionseinschränkungen (Flatten et al., 2011, S. 215).

Diese können auch als polymorphe syndromale Symptomatik auftreten. In ihrer Frequenz sind akute Traumafolgestörungen abhängig vom traumatischen Geschehen. Zu den typischen Ereignissen, die eine akute Belastungsreaktion auslösen können, zählen:

- sexualisierte Gewalt im Erwachsenen- sowie im Kindes- und Jugendalter,
- Gewaltdelikte, Körperverletzung und Tötungsversuche,
- ZeugInnenschaft von gewaltsamen/plötzlichen Todesfällen oder Suiziden,
- kriegerische Ereignisse, Flucht und Verfolgung,
- Raubüberfälle und Freiheitsberaubung,
- Stalking in bedrohlichen Fällen,
- berufsbedingte Traumatisierungen und Arbeitsunfälle,
- Verkehrsunfälle mit und ohne Personenschaden,
- technische und Naturkatastrophen (ebenda).

Zur Prävalenz von traumatischen Ereignissen betroffener Menschen in Deutschland veröffentlichten Maercker und KollegInnen (2013) kürzlich die Ergebnisse ihrer epidemiologischen Studie. In dieser wurden 2.426 Personen im Alter von 18 bis 93 Jahren mittels standardisierten Interviews befragt, auf Grundlage der Traumakriterien des DSM IV. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass jährlich 2,3% der deutschen Bevölkerung Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln. Signifikante Ge-

schlechtsunterschiede waren nicht festzustellen. Den Kriterien der ICD-10 zufolge liegen die Prävalenzen etwa um das Zweifache höher, was u. a. der liberaleren Zeitspanne dieser Klassifikation geschuldet ist (Maercker et al., 2013).

Hinsichtlich psychischer Folgeschäden einer Traumatisierung beziehen sich weitgehend alle AutorInnen in ihren Ausführungen auf die US-amerikanischen Studienergebnisse von Kessler und KollegInnen aus 1995, so auch Maercker (2013), Flatten und KollegInnen (2011) und Gräbener (2013). Demnach lag die Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei 7.8%. Zudem wurden deutliche Geschlechtsunterschiede festgestellt, wobei Frauen (vgl. zu geschlechtsspezifischen Aspekten nach erfahrenen Traumata Gahleitner 2005b, 2013a,b, 2014; Gahleitner & Reddemann, 2014) ein deutlich höheres Risiko trugen, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln (Maercker, 2013). Mit Bezug auf diese Studienergebnisse schlussfolgert Gräbener (2013) sogar ein 50%iges Risiko, potenziell mindestens einmal im Leben mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert zu werden. Flatten und KollegInnen (2011) begründen in diesem Zusammenhang den klinischen Behandlungsbedarf der psychischen, teils gravierenden Folgen von Traumatisierung. Durch Straftaten traumatisierte Menschen benötigen daher nicht nur zeitnahe und niedrigschwellige, sondern auch spezielle, darauf abgestimmte Interventionsangebote.

2.2.2 Behandlungsmodi im Akutbereich

Der dynamische Verlauf traumatischer Prozesse stellt zugleich die Chance für professionelle Unterstützung dar – wenn sie in der richtigen Art und zum richtigen Zeitpunkt angeboten wird. Frühdiagnostische Elemente sind neben dem bisherigen Verlauf, dem Vorliegen dissoziativer Zustände, vegetativer Übererregung sowie der Distanzierungsfähigkeit vom traumatischen Geschehen auch Kriterien wie das Maß an aktueller sozialer Sicherheit/Unterstützung und die bedarfsorientierte Einbeziehung von Bezugspersonen und/oder Familienangehörigen. Außerdem sollten eventuelle weitere Problembereiche und Versorgungsnotwendigkeiten in Betracht gezogen werden. Der biopsychosoziale Fokus auf die Person und das Geschehen wird hier sehr deutlich (Überblick Gahleitner et al., 2013b). Empfehlenswert sind spezielle Elemente wie Screening und Diagnostik von Risikofaktoren sowie der Einsatz traumaspezifischer, strukturierter Interviews. Alle diagnostischen Kriterien sollen immer unter Berücksichtigung des sich verändernden Verlaufs angewendet werden.

Interventionsangebote nach erlebten Traumatisierungen werden u. a. nach Zehnder, Hornung und Landholt (2006) in „akute“, „frühe“ und „psychotherapeutische“ Intervention unterschieden. Die „akute Intervention“ findet demnach direkt nach dem traumatischen Ereignis statt, die „frühe Intervention“ einige Tage danach. Abgelöst wird diese vier Wochen später von der „psychotherapeutischen Intervention“. Maximal 15 über Verträge mit den Versorgungsbehörden festgelegte Sitzungen (fünf probatorische Sitzungen, maximal zehn weitere bei akutem Therapiebedarf) stellen eine Form der Sofortintervention dar, deren präventive Wirksamkeit jedoch nicht geklärt ist (vgl. Rassenhofer et al., 2014). Eine andere Möglichkeit der zeitlichen Betrachtung ist die Unterscheidung von prätraumatisch (betrifft die Planung, Vorbereitung, das Management), peritraumatisch (ab erste Woche bis erster Monat nach dem Ereignis) sowie posttraumatisch (ab dritter Monat nach dem Ereignis) (Bisson et al., 2010). Rasche Interventionen nach psychischer Traumatisierung als effektive und effiziente Verfahren zur Behandlung von und Prävention vor chronischen Traumafolgestörungen sind Debriefing, kognitiv-behaviorale Frühintervention sowie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – Angebote, die Traumaambulanzen mit raschen fünf therapeutischen Sitzungen als Frühintervention anbieten können:

Debriefing. Das Critical Incident Stress Debriefing (CISD) ist der bekannteste Behandlungsbestandteil des von Mitchell und Everly (1993) entwickelten Behandlungsprogrammes Critical Incident Stress Management (CISM), eines Kurzprogramms, das ursprünglich zur Prävention von Traumafolgestörungen für professionell Helfende eingesetzt wurde. Das CISD-Manual (Everly & Mitchell, 1997/2002) gibt vor, dass die erste und zumeist einzige Sitzung innerhalb eines Tages bis zu drei Tagen nach dem Ereignis stattfinden soll. Zu diesem Zeitpunkt sollten kognitive Copingmechanismen erfahrungsgemäß greifen. Ein strukturiertes Gruppengespräch soll die Aufarbeitung des Ereignisses und seiner Folgen sowie eine bessere kognitive Einordnung ermöglichen, um belastende Gefühle aufzudecken und zu integrieren. Zusätzlich werden hilfreiche Bewältigungsschritte für die bevorstehenden Tage und Wochen vorbereitet. Die Wirksamkeit der Methode ist umstritten, die methodische Qualität der dazu publizierten Studien jedoch uneinheitlich (u. a. Rose et al., 2002).

Kognitiv-behaviorale Frühintervention. Diese Intervention ist stark an der kognitiven Verhaltenstherapie bei PTBS orientiert, hat in etwa den Umfang von fünf bis zehn Sitzungen (Bengel & Becker, 2009) und setzt erst einige Tage nach dem traumatisierenden Ereignis, also später als Debriefing an. Sie richtet sich insbesondere an Personen,

die eine akute Belastungssymptomatik aufweisen. Psychoedukation, Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis, kognitive Umstrukturierung und das Üben von Angstbewältigungsmechanismen sind grundlegende Bestandteile der Intervention. Das Vorgehen gleicht im Prinzip jenem der kognitiven Verhaltenstherapie bei PTBS (Bengel & Becker, 2009). Auch ist die Wirksamkeit dieser Intervention gut belegt (u. a. Bisson et al., 2007; Kornør et al., 2008).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Diese von Shapiro (1989) entwickelte Behandlungsmethode für traumatisierte Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung zielt auf eine Integration der mit dem Trauma verbundenen Emotionen ab (vgl. Maercker & Michael, 2009). Im Zuge einer Sitzung durchlaufen PatientInnen das sogenannte Standardprotokoll: Sie werden in sensu mit dem traumatischen Erlebnis konfrontiert, parallel dazu folgen sie mit dem Blick dem Finger des/der TherapeutIn, der gleichmäßig hin und her bewegt wird. Durch die rhythmische Bewegung entsteht eine bilaterale Stimulation, welche die Verarbeitung und Integration des Ereignisses erleichtert. Jedoch passiert das eigentliche Durcharbeiten der traumatisierenden Inhalte durch die genannten Augenbewegungen (Desensibilisierung) laut Therapiemanual erst in einem recht späten Schritt des Therapieverlaufs, vorher bedarf es einer grundlegenden Anamnese und je nach gegebenen Ressourcen der betroffenen Person einer mehr oder minder langen Stabilisierungsphase. Die Wirksamkeit der Methode gilt als bewiesen (vgl. u. a. Sack et al., 2001; Etten & Taylor, 1998).

Einige der Interventionen sind, insbesondere bei Komplextrauma, jedoch auch nicht indiziert, daher bedarf es eines guten Screenings vor Einsatz der Verfahren (Schürmann, 2010). Bei komplexeren Störungsbildern muss jeweils indikationsspezifisch und situationsadäquat die richtige Hilfe auf dem Spektrum möglicher Methoden abgewogen werden (Sack et al., 2013). Diese vielfältigen Aspekte lassen die Schlussfolgerung zu, dass bedarfsgerechte psychosoziale Opferbegleitung so konzipiert sein sollte, dass sie sowohl multiprofessionellen, flexiblen als auch prozessorientierten Charakter trägt.

2.2.3 Stand der Forschung zu Behandlungsmodi im Akutbereich

Bislang ist die Wirksamkeit früher Interventionen nicht ausreichend belegt (vgl. zum Stand der Forschung aktuell insbesondere Rassenhofer et al., 2014; manche Studien sprechen gar von einem gegenteiligen Effekt – vor allem in Bezug auf Debriefing vgl. hierzu Rose et al., 2002). Auch eine Übersichtsarbeit von Roberts und KollegInnen (2009) deutet nicht auf die Evidenz einer präventiven Wirksamkeit von frühen Interven-

tionen hin. Vermutlich jedoch zeigen diese Ergebnisse weniger die Problematik der Methode als die Inflexibilität im Umgang mit dem Einsatz der Methodik auf. Roberts und Kollegen (2010) z. B., die ausschließlich auf Studien mit symptomatischen PatientInnen fokussierten, fanden einen starken Effekt für traumafokussierte kognitiv-behaviorale Therapie. Es zeigte sich eine verbesserte Selbstbewertung der PTSD-Symptomatik im Vergleich zu jenen TeilnehmerInnen auf der Warteliste, mit gewöhnlicher Behandlung und unterstützender Beratung. Der Effekt war bei jenen PatientInnen am stärksten, welche die Kriterien für eine akute Belastungsreaktion oder akute posttraumatische Belastungsstörung zur Gänze erfüllten. Ebenfalls zeigte die kognitive Restrukturierung einen Effekt, im Vergleich zur TF-CBT jedoch schwächer ausgeprägt.

Die hierbei betrachteten Studien sind jedoch klinisch, statistisch und methodologisch durchwegs heterogen, alle negativen wie positiven Ergebnisse sind demnach mit Vorsicht zu interpretieren (Roberts et al., 2010). EMDR zeigt eine gute Wirksamkeit bei der Behandlung von PTBS (Sack et al., 2001; Etten & Taylor, 1998; Bradley et al., 2005; Seidler & Wagner, 2006), bei profundem Einsatz sind die Ergebnisse vergleichbar mit jenen zur kognitiv-behavioralen Therapie. Bislang existieren jedoch nur Hinweise auf eine gewinnbringende Anwendung von EMDR als frühe Intervention, Belege sind ausständig (Hofmann, 2006). Schürmann (2010) sowie Bollmann und KollegInnen (2012) haben in einem weiteren Schritt die Sofortinterventionen der in Summe 17 Traumaambulanzen in Nordrhein-Westfalen (NRW) mittels eines Messwiederholungsdesigns evaluiert. Die ProbandInnen (N=266) wurden im Zuge der Evaluation von Bollmann und KollegInnen vor der ersten Sitzung, nach Abschluss der durchgeführten Intervention und katamnestisch sechs Monate nach Beendigung der Intervention befragt.

Ausgewertet wurden in der Studie die Ergebnisse der IES-R (Impact of Event Scale – revised; deutsche Version: Maercker & Schützwohl, 1998), der Symptom-Checkliste-27 (SCL-27; Hardt & Gerbershagen, 2001), des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI–V; Schmitt & Maes, 2000), der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und des Kölner Risiko Indexes (KRI; Fischer et al., 1998). Rund 51,7% der Betroffenen wurden von den BehandlerInnen nach dem ersten Termin mit einer PTBS oder zumindest mit Verdacht auf PTBS diagnostiziert. 19,4% der befragten Personen wiesen eine akute Belastungsstörung oder zumindest den Verdacht auf eine akute Belastungsstörung auf. 12,4% der befragten Personen zeigten eine andere psychische Störung, 2,4 % ein klinisch unauffälliges Bild. 13,7 % der Befragten hatten keine Hauptdiagnose (ebenda). Schürmann (2010) beschreibt hierzu, dass 24% der Fälle in der Untersuchungs-

gruppe laut Erstbescheid der Versorgungsbehörde folgenlos abgeheilt zu sein scheinen, in Bezug auf alle Erstbescheide sind es nur 14,6% der Befragten. Dies ist ein erster Hinweis auf das erfolgreiche Wirken der Traumaambulanzen. Mit Blick auf die statistischen Auswertungen des Behandlungseffektes zeigen Bollmann und KollegInnen (2012) mit einer Ausnahme große Effektstärken (Cohens d) auf: Bei Berechnung des T-Tests (abhängige Stichproben) ergab sich eine über alle Instrumente gemittelte Effektstärke von d=1,04. Es ergeben sich u. a. hochsignifikante Verbesserungen zwischen der Vorher- und der Nachhermessung. Eine Varianzanalyse mit Messwiederholungen zeigte signifikante Unterschiede in Bezug auf die Symptomreduktion zwischen Vorher- und Nachhermessung, nicht aber zwischen Postmessung und Katamnese auf. In die Auswertung wurden nur Personen miteinbezogen, die zum ersten Erhebungs- und Messzeitpunkt auch eine traumaspezifische Symptomatik aufwiesen. Schürmann (2010) wie auch Bollmann und KollegInnen (2012) bewerten die Traumaambulanzen als wirksam, Schürmann spricht (2010) beispielsweise von klinisch signifikanten, positiven Behandlungseffekten. Als einschränkend erweist sich aufgrund des naturalistischen Forschungsdesigns ohne Kontrollbedingungen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

Rassenhofer und KollegInnen (2014) zeigen in einer Evaluationsstudie mit dem Titel „Verbesserter Zugang zu Traumaambulanzen durch aktiven Einbezug der Versorgungsämter sowie primärer Anlaufstellen und Evaluation der Effektivität von Sofortinterventionen“ die Effektivität von Frühinterventionen anhand eines parallelisierten, kontrollierten naturalistischen Designs auf. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Veränderungen in der Interventionsgruppe statistisch hoch signifikant und ebenfalls klinisch bedeutsam sind, diese liefern Hinweise auf die positive Wirkung der Frühinterventionen. Auch die durchgeführte Matched-Pairs-Analyse gibt Hinweise auf die Stärke von Frühinterventionen im Gegensatz zur Regelversorgung. Die Ergebnisse dieser aufwendig kontrollierten Studie bestätigen damit die wegweisenden Ergebnisse der oben genannten, nicht kontrollierten Untersuchung aus NRW. Erfolgreiche Frühinterventionen können somit einen Beitrag dazu leisten, eine Chronifizierung der posttraumatischen Symptomatik zu verhindern. Auch wurde absehbar, dass in manchen Fällen durchaus weitere, nicht traumaspezifische Unterstützungsmaßnahmen nötig sind, wobei Traumaambulanzen eine übergeordnete Rolle im Sinne einer Weichenstellung beikommt. Die Studie zeigte darüber hinaus auf, dass Kinder bislang von den Frühinterventionsangeboten kaum erreicht werden (vgl. Rassenhofer et al., 2014).

Das Problem bei Akuthilfen bleibt die Bedarfsgerechtigkeit. Flatten und KollegInnen (2011) unterscheiden für eine genaue Betrachtung klinisch „besonders wichtige Risikofaktoren“ und „zusätzliche Risikofaktoren“, die durch „sekundäre Belastungen“ bedingt sein können (S. 217). Besonders wichtige Risikofaktoren ergeben sich vor allem aus dem Maß der Ausprägung klinischer Symptome sowie dem Vorhandensein einer prämorbiden psychischen Erkrankung der betreffenden Person. Mit sekundären Belastungen sind insbesondere psychosoziale Risikofaktoren wie Unverständnis, Beschuldigung, Ignoranz gegenüber den psychischen und körperlichen Traumafolgen und Konfrontation mit TäterInnen gemeint (ebenda). Neben der medizinisch-therapeutischen Intervention geht es bei der Hilfe für Traumatisierte also in erster Linie um die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse nach Verständnis und Sicherheit. Ausgehend vom biopsychosozialen Modell untermauert dies Schmidt (2010), indem sie bedeutsame Interventionsaspekte bei akuter Traumatisierung zusammenfasst:

- rascher Beginn der Hilfe,
- parteiliche, stützend-entlastende, ressourcenorientierte, aktive Hilfe,
- respektierende Haltung der HelferInnen für Abwehrmechanismen der Betroffenen,
- Methodenflexibilität der Intervention mit dem Fokus auf Stütze, Struktur, Sicherheit und Entlastung,
- ausschließlich auf das traumatisierende Ereignis fokussierende, realitätsbezogene und zukunftsorientierende Verarbeitung,
- psychoedukative Einbeziehung Angehöriger, um diesen zu ermöglichen, die Symptome der Betroffenen richtig einzuordnen, damit umzugehen und so stabilisierend auf die Betroffenen eingehen zu können,
- Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen professionellen Einrichtungen (ebenda, S. 283f.).

Gerade beim letzten Punkt gibt die Autorin zu bedenken, wie wichtig es ist, KlientInnen, bei denen sich Symptome nicht zurückbilden, an eine traumaspezifische Therapiemöglichkeit rasch und qualifiziert weiterzuvermitteln (ebenda, S. 284). Nur so kann die Herausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung hinreichend abgeklärt und einer weiteren Chronifizierung entgegengewirkt werden (ebenda).

Wie sich in den nachfolgenden Ausführungen zur Versorgungslandschaft, insbesondere im Bundesland Brandenburg, zeigen wird, kann aktuell allerdings keineswegs von einer bedarfsgerechten Versorgung der Opfer psychischer Traumatisierung die Rede sein.

Traumatische Belastungen sind jedoch ein ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem mit einer Reihe von Folgeproblematiken.

2.3 Ambulante Frühintervention für Traumaopfer in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

2.3.1 Krisenversorgung

Der Versorgungsbedarf für psychische Krisen und Krankheiten erhöht sich national wie international sukzessive. Bereits für 2020 ist anzunehmen, dass weltweit auf der Liste der zehn wichtigsten Erkrankungen psychische Störungsbilder rund die Hälfte ausmachen werden. Die Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen liegt in Deutschland bei 31,1% (Schulz et al., 2008). Für Frauen liegen die Prävalenzraten für psychische Störungen höher als für Männer (Hannich, 2008). Bei Opfern von Gewalttaten lassen sich aus dem Krankheitsspektrum Posttraumatische Belastungsstörungen, aber auch Depressionen, Ängste, Abhängigkeitserkrankungen und andere Anpassungsstörungen diagnostizieren (Schürmann, 2010). Unbehandelte psychische Erkrankungen führen häufig zu erneutem Krankheitsauftreten und einer Chronifizierung (Schulz et al., 2008). Menschen, die keine adäquate Unterstützung nach einem Trauma oder in einer schweren Belastungssituation erhalten, sind daher besonders gefährdet für die Ausbildung von Traumafolgestörungen, Komorbiditäten oder Chronifizierung bereits bestehender Problemlagen. Fehlt es Gewaltopfern an zeitnahen Behandlungen nach den Gewalterfahrungen, kann es daher leicht zu dauerhaften Erkrankungen kommen, verbunden mit einem hohen Chronifizierungsgrad. Diese gilt es, durch frühzeitige und gezielte Interventionen zeitnah zu verhindern.

Bei dieser Ausgangslage erstaunt es nicht, dass es in den letzten Jahren einen explosionsartigen Anstieg an wissenschaftlichen Publikationen zum Thema Krisenintervention zu verzeichnen gab (Ortiz-Müller, 2010, S. 64f.). Es scheint ein wachsendes gesellschaftliches und wissenschaftliches Interesse zu geben, sich mit Krisenintervention und psychosozialer Traumatisierung sowie deren Folgen auseinanderzusetzen. Als einer der Pioniere der Krisentheorien hat neben Caplan (1974) bis heute der Psychiater Cullberg (1975/2008) Bedeutung. Er begreift menschliche Krisen auch als Entwicklungschance. Auch Sonneck (2000) betont, dass der Krisenbegriff nicht im Sinne der traditionellen psychiatrischen Diagnostik einzuordnen ist. Das Hauptaugenmerk von Krisenintervention ist daher, betroffene Menschen dabei zu unterstützen, das akute Problem zu lösen und ein möglichst hohes Maß persönlichen Gleichgewichts und Selbstwirksamkeit

wiederherzustellen (Aguilera, 1970/2000, S. 25), um nicht chronisch zu erkranken. Resultierend aus dem damit einhergehenden akuten individuellen Überforderungserleben ist jedoch professionelle Unterstützung erforderlich, um irreversible Schäden wie Chronifizierung oder Suizide zu verhindern (Sonneck et al., 2012, S. 15).

Veränderungskrisen erlebt fast jeder Mensch in seinem Leben, z. B. in persönlichen Umbruchsituationen, die i. d. R. Übergänge in eine neue Lebensphase darstellen. Je nach individuellem Kohärenzerleben, Vulnerabilität, sozialer Unterstützung usw. gehen derartige Krisen mit vorübergehendem Überforderungserleben und der Anforderung von Neuanpassung durch die neuen Lebensumstände einher. Traumatische Krisen dagegen bedeuten ein plötzliches, von außen ausgelöstes Erleben. Die Dimension des Ausmaßes an Bedrohung und Ohnmacht potenziert sich bei traumatischen Krisen daher um ein Vielfaches (Schmidt, 2010). Crefeld und Gahleitner (2010) haben sich mit der Struktur und der inhaltlichen Ausgestaltung der Krisenhilfe beschäftigt. Sie stellen dabei große Unterschiede in der Krisenhilfelandschaft Deutschlands fest. Bildlich charakterisieren sie diese als „Flickenteppich“ (ebenda, S. 38) und sehen deren Ursache darin, dass es bundesweit bisher weder Mindeststandards noch verbindliche Regelungen für psychosoziale Hilfen bei schweren Krisen- und Notfallsituationen gibt.

Dieser Umstand führt zu erheblichen regionalen Qualitätsunterschieden in der Versorgung. Je nachdem, ob regionale Krisendienste oder Traumaberatung angeboten werden oder nicht (Crefeld & Gahleitner, 2010) – und dies in unterschiedlicher Qualität –, können Chronifizierungen mehr oder weniger verhindert werden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPD) beispielweise sind in der Regel nur zu den üblichen Sprechzeiten erreichbar. Meist ist der SPD an das Gesundheitsamt, also eine Behörde, angegliedert und daher im Verständnis der Bevölkerung eher ein hochschwelliges Hilfeangebot. So bleibt am Abend und an den Wochenenden den Betroffenen, über NotärztInnen oder Feuerwehr, oft ausschließlich der Weg ins Krankenhaus. Für viele Menschen geht dieser Schritt mit einer großen Hemmschwelle einher. Psychiatrische Akutkliniken sind in der Regel auch nicht auf die Behandlung von Traumata ausgerichtet und nur selten darauf spezialisiert.

Bezogen auf die Zielgruppe der Opfer von Straftaten sind Traumaopfer vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses zudem nicht zwangsläufig als psychiatrisch behandlungsbedürftige PatientInnen einzuordnen und ordnen sich selbst auch keine Kliniknotwendigkeit zu. Traumaopfer sind Menschen, die sich in schweren

Krisensituationen befinden bzw. durch das Erlebte potenziell immer wieder in schwierige psychische Notsituationen geraten können, aber häufig vorher ein normales Leben geführt haben. Die meisten Menschen in Krisen wenden sich an leicht erreichbare AnsprechpartnerInnen (Witte, 2008). Schlussfolgernd ist ein wesentliches Kriterium für eine bedarfsgerechte Krisen- und Notfallversorgung, neben Niedrigschwelligkeit, die regionale Erreichbarkeit der Angebote für Betroffene, also eine flächendeckende Versorgung. Jedoch sind keineswegs alle Bundesländer mit Krisendiensten ausgestattet. Auch in Brandenburg gibt es bisher keinen ambulanten Krisendienst. Witte (2008) beschreibt, dass 2008 lediglich 12 von 16 Bundesländern mit entsprechenden Angeboten ausgestattet waren. Auch wenn in den vergangenen Jahren neue Angebote im Bereich der Trauma- und Krisenintervention hinzugekommen sind, hinken gerade die ostdeutschen Bundesländer, mit Ausnahme der Stadt Berlin, hier immer noch stark hinterher.

Crefeld und Gahleitner (2010) machen in ihrer deutschlandweiten Analyse zudem deutlich, wie wesentlich die Abstimmung und Vernetzung zwischen Institutionen des Gesundheitssystems und psychosozialer Beratungsangebote sind. Die Umsetzung einheitlicher bedarfsgerechter Versorgungsstandards gestaltet sich aber aufgrund abgegrenzter Zuständigkeiten, Abrechnungssysteme sowie föderaler, kommunaler und landespolitischer Entscheidungsgewalten in Deutschland ausgesprochen schwierig. Beerlage und Helmerichs (2011) räumen zwar eine deutliche Erweiterung der Angebotsstrukturen und Konzepte der Krisen- und Notfallversorgung in Deutschland ein. Aber auch sie kommen zu dem Schluss, dass in den Standards und der Angebotsstruktur in diesem Bereich vor allem Heterogenität vorherrscht. Um dieser Heterogenität entgegenzuwirken, entstand in Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Organisationen und Institutionen 2008 eine erste Leitlinie bundeseinheitlicher Qualitätsstandards in der psychosozialen Notfallversorgung, federführend durch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK).

Grundlage des Begriffs psychosoziale Notfallversorgung bildet demnach das biopsychosoziale Modell (vgl. zur aktuellen Diskussion Gahleitner et al., 2013a,b, Reichel et al., 2014) zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sowie der Wiederherstellung psychischer Gesundheit im sozialen Lebenszusammenhang. Die empfohlenen Maßnahmen sollen ressourcenstärkend und ressourcenergänzend wirken. Besonders belastete Betroffene, so die Grundannahme, haben einen besonders hohen Bedarf an „aktiver, aufsuchender und niedrigschwelliger“ (Beerlage & Helmerichs, 2011, S. 225) Hilfe und Unterstützung. Es wird ein ressourcenkomplementäres Handlungs-

modell angestrebt, in dem nur integrierte, gestufte und interdisziplinäre Angebote bedarfsgerecht eingesetzt werden, da sich beispielsweise die Bedürfnisse der Betroffenen auch im zeitlichen Verlauf der Intervention verändern (Beerlage & Helmerichs, 2011). Christoph Unger (Präsident des BBK) äußert in der Einführung der Publikation (BBK, 2011) dieser Leitlinien wie folgt: „Dem inzwischen weit verbreiteten Wissen, dass nicht nur physische Verletzungen der Versorgung bedürfen, sondern auch die psychischen Folgen extrem belastender Ereignisse, wird Rechnung getragen. So bedarf es bundesweit sowohl gut ausgebildeter Fachkräfte, die ihre Fähigkeiten nach einheitlichen, wissenschaftlich gesicherten Standards erworben haben, als auch einer nahtlosen Einbindung der Psychosozialen Notfallversorgung“ (Unger, 2011, S. 3).

Vernetzung, Kooperation und Koordination, auch bundesländerübergreifend, sowie lückenlose Versorgung im Krisenbereich ist das angestrebte Ziel der erarbeiteten Leitlinien. Auf politischer Ebene ist die Notwendigkeit bedarfsgerechter Angebote für psychische Notfälle und von Trauma betroffene Menschen also bereits festgeschrieben. Ob und wann dieses Ziel in der Praxis aller Bundesländer merklich Anwendung findet, bleibt jedoch abzuwarten.

2.3.2 Angebote ambulanter psychotherapeutischer Versorgung

Insbesondere Menschen, die Opfer von Gewalt geworden sind, weisen laut Deutscher Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Erkrankungsrisiko an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von bis zu 90% auf. Ein rascher, unkomplizierter Zugang zu Psychotherapie beispielsweise über Traumaambulanzen wäre hier hilfreich, ist aber in Deutschland noch immer nicht flächendeckend vorhanden, und Termine bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen gibt es oft erst nach langen Wartezeiten (Deutsches Ärzteblatt, 2015).

Betrachtet man die allgemeine Versorgung psychisch beeinträchtigter Menschen, wird die Regelversorgung im ambulanten Bereich vor allem durch niedergelassene ärztliche (N=3734; 2004) und Psychologische PsychotherapeutInnen (N=12389; 2004) mit Krankenkassenvergütung gewährleistet. Aber auch psychotherapeutische Ambulanzen, teilstationäre Einrichtungen und Beratungsstellen leisten einen entsprechenden Beitrag in der psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Menschen. PsychotherapeutInnen im Kinder- und Jugendbereich (N=2533; 2004) stellen die kleinste Gruppe im psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland dar. Es steht daher außer

Frage, dass auch die Vernetzung mit PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen für die Hilfe, Beratung und Behandlung von Opfern von Straftaten essenziell ist. In Ostdeutschland besteht laut Kochinke (2012) jedoch eher eine flächendeckende Unterversorgung mit Psychotherapie, vor allem in den ländlichen Gebieten. Für die ostdeutschen Bundesländer lässt sich der Versorgungsmangel an Psychotherapie auch anschaulich am Verhältnis von PsychotherapeutInnen und EinwohnerInnenzahl aufzeigen: Im Vergleich zu Westdeutschland besteht mit einem Verhältnis von einem/einer PsychotherapeutIn je 24.000 EinwohnerInnen ein deutlich ungünstigeres Verhältnis in der psychotherapeutischen Versorgung (Berger, 2004, S. 2). Auch für MigrantInnen gilt ein erschwerter Zugang zum Hilfsangebot, da eine muttersprachliche Beratung und Behandlung oft nicht gewährleistet werden kann (Schulte-Herbrüggen, 2012).

Ambulante Behandlung wird auch über psychotherapeutische Ambulanzen angeboten, wobei diese insbesondere Diagnostik, psychotherapeutische Behandlungen, Krisenintervention, Beratung, aber auch Weiterleitung innerhalb des psychotherapeutischen Versorgungssystems gewährleisten. Hier sind vor allem Institutsambulanzen zu nennen. Für Betroffene von Straftaten sollten diese Hauptaufgaben insbesondere Traumaambulanzen übernehmen. Traumaopfer sollten auch möglichst zeitnah an niedergelassene PsychotherapeutInnen bzw. adäquate Einrichtungen in der psychosozialen Versorgung weiterverwiesen werden (Schürmann, 2010). Ebenso bieten psychosoziale Beratungsstellen – in ganz Deutschland insgesamt 12.145 (Stichtag 08.08.2006) – Hilfe für psychisch beeinträchtigte Personen (Schulz et al., 2008). Übergreifend betrachtet betragen die Wartezeiten auf ein Erstgespräch inklusive aller dieser Möglichkeiten bundesweit durchschnittlich jedoch 1,9 Monate (ebenda). Die Wartezeit auf einen vollen Therapieplatz beträgt sogar 4,6 Monate, wobei Unterschiede je nach Kasse und auch zwischen den psychotherapeutischen Orientierungen festgestellt werden können. Insgesamt ist die Versorgungsdichte in den neuen Bundesländern dabei als bedeutend schlechter einzustufen als im ehemaligen Westdeutschland. Allerdings gibt es regionale Unterschiede (Peikert, 2010). Hannich (2008) sieht daher in der Einbeziehung der HausärztInnen eine Chance, die Versorgungslücke zwischen Angebot und Bedarf zu schließen. Die Schwierigkeiten beginnen aber bereits einen Schritt davor. So bleiben bei rund 50% der psychisch kranken Menschen ihre Erkrankungen unerkannt, nicht diagnostiziert, und viele PatientInnen werden nicht entsprechend über Behandlungsalternativen in Kenntnis gesetzt (Schulz et al., 2008).

Zeitnahe Behandlungsmöglichkeiten sind jedoch sehr wichtig, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Um die erforderliche Versorgungskapazität bzw. Lücke für Opfer betroffener Straftaten zu ermessen, muss ein Blick auf den gedeckten und ungedeckten Bedarf geworfen werden, also das Maß an Über- bzw. Unterversorgung. Hier besteht insbesondere eine Lücke zwischen Nachfrage nach rascher psychotherapeutischer Hilfe einerseits und dem entsprechenden professionellen Angebot andererseits. Betrachtet man die vorhandene Versorgung, so steht dem angenommenen Behandlungsbedarf eine Bedarfsdeckung von 36,4% gegenüber. Diese Versorgungslücke muss über regional vernetzte Behandlungsstrukturen geschlossen werden (Hannich, 2008). Alarmierenderweise waren in „Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen bis 2013 insgesamt 518 von 671 Sitzen für ärztliche Psychotherapeuten nicht besetzt“ (ebenda, S. 8). Die Forderung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer nach einer Aufhebung der Mindestquote für eine ambulante psychotherapeutische Versorgung ist leider trotz einiger positiver Maßnahmen aktuell geblieben, verdeutlicht die Situation der Unterversorgung und unterstreicht die große Bedeutung der HausärztInnen, die diesem Bedarf mit ihrem abgesteckten Aufgabenbereich jedoch nicht gerecht werden können (Hannich, 2008; Mrazek, 2008).

Diese Versorgungslücke wirkt sich in besonderem Maße negativ für Opfer von Gewalttaten aus. Für Opfer und ZeugInnen von Gewalt fehlen ausreichend spezialisierte TherapeutInnen vor Ort (Schulte-Herbrüggen, 2012). Es existiert kein entsprechendes ambulantes Angebot für traumatisierte Menschen. Selbsthilfegruppen fehlen fast gänzlich. Problematisch ist darüber hinaus die Tatsache, dass der Bedarf an ambulanter Psychotherapie über die Anzahl der niedergelassenen PsychotherapeutInnen definiert wird, nicht über den tatsächlichen Bedarf, wodurch die Versorgungsschere immer weiter auseinander klafft und ausreichend Plätze in der Versorgung nicht vorhanden sind (Hannich, 2008). Lange Wartelisten führen dazu, dass Menschen, die auf therapeutische Unterstützung warten, die notwendige Behandlung gar nicht erst beginnen und sich das Risiko einer Verschlimmerung, Verlängerung oder Wiederkehr der Erkrankung erhöht (BPtK, 2011). Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland muss – so die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2012) – im Sinne einer kürzeren Wartezeit verbessert werden.

In vielen Bundesländern wurden daher sogenannte Traumaambulanzen eingerichtet, die eine zeitnahe psychotraumatologische Versorgung der Betroffenen sicherstellen sollen. Angeboten werden meist kognitiv-behaviorale Frühinterventionen im Umfang

von bis zu zehn Sitzungen, deren Kosten von den Versorgungsbehörden übernommen werden. Bei der Recherche der erfassten regionalen Angebote an Traumaambulanzen der einzelnen Bundesländer fallen vor allem die regional erheblichen Unterschiede bei deren Anzahl auf. Die Angebote für Traumaopfer konzentrieren sich eher auf Großstädte. In Regionen und Bundesländern mit hohen Flächenanteilen ist die Versorgungslage deutlich schlechter, während die Länder Hamburg, Berlin und die bereits angesprochene Einrichtung in Nordrhein-Westfalen (NRW) eine beispielhafte Vorreiterinnenrolle spielen. Um das Beispiel NRW ein wenig näher zu erläutern: Nach den Auflistungen des Landschaftsverbandes Rheinland und des Landesamtes Westfalen gibt es 34 Traumaambulanzen, die sich auf die Versorgung von traumatisierten Erwachsenen wie auch auf Kinder und Jugendliche spezialisiert haben (LVR, 2013; LWL, 2012) und meist an psychiatrische Kliniken angegliedert sind. Psychiatrische Einrichtungen haben den Vorteil der 24-Stunden-Betreuung und können als Ressource für hoch qualifiziertes Personal betrachtet werden. Allerdings gelten sie als sehr hochschwellig, und ein Aufsuchen ist für Opfer von Straftaten häufig schambesetzt. Dennoch bleibt festzuhalten, dass in NRW in der Wirkung sehr erfolgreich Traumaambulanzen installiert werden konnten, sodass durch ein rasches Behandlungsangebot Chronifizierungen von Traumafolgen verhindert werden können.

Im Rahmen einer Effektivitätsstudie konnte gezeigt werden, dass sich die traumaspezifischen Marker zum Großteil erheblich besserten. Es ließen sich, bei einer Verringerung der Symptomatik, stabile positive Behandlungseffekte nachweisen. Eine Evaluation der Traumaambulanzen in NRW konnte die Wirksamkeit der Einrichtung belegen und kann somit als Modell für Traumaambulanzen in anderen Bundesländern dienen (Schürmann, 2010). Auch in Berlin wurde im Januar 2014 mit der Traumaambulanz eine psychotherapeutische Akutversorgung sowohl für Kinder als auch für Erwachsene eingerichtet, die speziell im Bereich der Opferversorgung Angebote nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) für traumatisierte Menschen bereitstellt. So werden den Gewaltopfern rasch fünf psychotherapeutische Sitzungen – mit der Option, auf 15 Sitzungen zu erhöhen – ermöglicht, auch um längere Wartezeit und Chronifizierung von Traumafolgestörungen zu verhindern. Die Traumaambulanz Berlin bietet allerdings ausschließlich Psychotherapie für Opfer, deren Gewalterlebnisse bereits beendet sind. Für Beratung, psychosoziale Begleitung und länger dauernde Psychotherapien wird an die entsprechenden Einrichtungen bzw. niedergelassenen PsychotherapeutInnen weiter verwiesen (Schulte-Herbrüggen, 2012).

2.3.3 Angebote in der spezifischen psychosozialen Versorgung der Opfer von Straftaten

Ziel der Angebote für traumatisierte Opfer von Straftaten ist es, ein niedrigschwelliges Angebot zu schaffen, das kurzfristig erreichbar ist und psychosoziale Unterstützung gewährleistet, um langfristigen Traumafolgestörungen entgegenzuwirken und die Risiken bzw. Folgen der sogenannten sekundären Viktimisierung zu minimieren. Unter sekundärer Viktimisierung versteht man die im Anschluss an die oder neben der primären Viktimisierung wirkenden Einflüsse, die das Opfer schädigen. Diese bestehen vor allem in zusätzlichen unnötigen Belastungen und verletzenden Reaktionen durch das soziale Umfeld oder VertreterInnen staatlicher Einrichtungen. Sekundäre Viktimisierungen erschweren oder blockieren die Traumaverarbeitung und tragen zur Ausbildung oder Chronifizierung von Traumafolgestörungen bei.

Bundesweit ist das entsprechende Hilfesystem für Betroffene von Straftaten sehr heterogen gestaltet. Bei den entsprechenden AnbieterInnen handelt es sich um freie Träger mit unterschiedlichsten Schwerpunktsetzungen, in der Justiz verankerte ZeugInnen- und Opferbetreuungen, Stiftungen, die Entschädigungsleistungen anbieten, und die bereits angeführten Traumaambulanzen. Ebenso unterschiedlich wie die Angebote und Organisationen selbst sind die Methoden und Arbeitsweisen (Leuschner, 2014). Insgesamt konnten in einer bundesweiten Institutionenbefragung 1.412 diesbezüglich arbeitende Einrichtungen erhoben werden. Im Ergebnis der bundesweiten Befragung wurden zusätzlich ein erheblicher Mangel an Angeboten für männliche Betroffene und ein deutliches Stadt-Land-Gefälle festgestellt. Die Leistungsangebote bestehen aus Beratungs- und Informationsgesprächen, Weitervermittlung, Unterstützung bei Anträgen und Behördengängen, Unterbringungsmöglichkeiten, Psychotherapie, finanziellen Hilfen, juristischer Beratung, Täter-Opfer-Ausgleich und verschiedenen Angeboten im Rahmen der Prozessbegleitung.

Im Zuge einer zunehmenden Professionalisierung der Opferhilfeeinrichtungen fand und findet mittels der Erarbeitung von Standards zur Qualitätssicherung durch die Dachverbände eine Vereinheitlichung statt. Nach den Standards des Dachverbandes „Arbeitskreis der Opferhilfen Deutschlands“ (AdO) gelten als wesentliche Prinzipien der Opferunterstützung der Angebotscharakter der Freiwilligkeit, absolute Vertraulichkeit (auf Wunsch auch Anonymität), unentgeltliche Beratungsangebote und unbedingte Orientierung an den Bedürfnissen der Opfer. Die Gewährung der Hilfe ist außerdem unabhängig von der Erstattung einer Strafanzeige (vgl. ado, 2008). Opferunterstützung ist folg-

lich interdisziplinär konzipiert. Das Beratungsteam sollte Erreichbarkeit durch Bereitschaftsdienst während der Öffnungs- bzw. Sprechzeiten gewährleisten können, ggf. eine Wahlmöglichkeit zwischen Mann und Frau als BeraterIn ermöglichen, Wartezeiten vermeiden und angemessene Beratungszeiten bereitstellen können. Die Angebote müssen auch kurzfristig zur Verfügung gestellt werden können. Die hauptamtlichen MitarbeiterInnen sollten eine dem Aufgabengebiet entsprechende berufliche Qualifikation aufweisen. Finanzmittel für regelmäßige und qualifizierte Supervision und Fortbildung sowie für pädagogische/therapeutische Hilfsmittel müssen im Haushaltsplan eingestellt werden. Der in der Konzeption vorgesehene ganzheitliche interdisziplinäre Ansatz bei der Opferunterstützung sollte durch die Zusammensetzung des Beratungsteams und/oder durch eine Vernetzung mit anderen Einrichtungen und Berufsgruppen erreicht werden. Die Räumlichkeiten sollten zentral gelegen und unabhängig von staatlichen und behördlichen Gebäuden angesiedelt sein. Neben der konkreten Opferunterstützung im Einzelfall zählt die Öffentlichkeitsarbeit zu den wesentlichen Aufgaben des Beratungsteams.

Das Handlungsfeld der Fachberatung für Kriminalitätsopfer besteht aus (Priet, 2014):

Psychotraumatologische Beratung. Die psychotraumatologische Beratung gehört zu den Kernaufgaben der professionellen Opferhilfe. Sie wirkt im Rahmen der Frühintervention präventiv der Ausbildung von Traumafolgestörungen entgegen und bildet im Fall von bereits ausgebildeten chronifizierten Traumafolgestörungen die Überbrückung in eine traumazentrierte Psychotherapie. Inhalte sind neben der diagnostischen Einschätzung die Psychoedukation, Stabilisierung, Monitoring und stützende Traumaverarbeitung.

Unterstützung bei der Wiederherstellung von Sicherheit. Bei andauernder Gefährdung der Betroffenen, z. B. in Fällen von häuslicher Gewalt oder Stalking, werden Risikoanalysen erstellt, Verhaltensempfehlungen gegeben und Sicherheitsstrategien erarbeitet.

Angehörigenberatung. Für Betroffene stellen die Angehörigen eine wichtige Ressource dar, gleichzeitig sind sie oft selbst mitbetroffen und überfordert. Um sie zu stärken, werden sie über die psychischen Folgen traumatischer Gewalterlebnisse informiert und über hilfreiches Verhalten im Umgang mit den Betroffenen aufgeklärt.

Soziale Beratung. Die soziale Beratung unterstützt bei der Verbesserung der sozialen Teilhabe und der Sicherung der wirtschaftlichen und materiellen Lebensgrundlagen, die durch die erlebte Gewalt- oder Sexualstraftat erheblich eingeschränkt sein können. Inhalte der sozialen Beratung sind u. a. Informationen über Schmerzensgeld- und Schadenersatzansprüche, Unterstützung bei der Durchsetzung von Reha-Maßnahmen, Umschulungen oder Renten- und Sozialleistungen.

Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Unterstützung Betroffener bei der Geltendmachung staatlicher Entschädigungsleistungen, deren Anspruchsvoraussetzungen im Opferentschädigungsgesetz (OEG) verankert sind und die der Verantwortung der einzelnen Bundesländer unterliegen. Im Bundesland Brandenburg übernehmen diese Aufgaben die Ämter für Versorgung und Soziales. Die zu erfüllenden Kriterien für einen Entschädigungsanspruch sind an strenge Kriterien geknüpft:

1. Es muss sich um einen tätlichen rechtswidrigen Angriff handeln, der vorsätzlich erfolgte.
2. Das Opfer muss in dessen Folge körperliche und/oder seelische Schäden davongetragen haben.

Leistungsansprüche werden nur nach persönlicher Beantragung des Opfers geprüft. Das Opfer trägt zudem die Beweispflicht für oben genannte Kriterien (Stang & Sachsse, 2007). Man kann sich unschwer vorstellen, wie schwierig und zeitintensiv dieser bürokratische Weg für Opfer von Gewalttaten sein kann, noch dazu, wenn man bedenkt, dass es sich hier um traumatisierte Personen handelt (Volbert, 2008). Ohne professionelle Unterstützung ist dies kaum zu schaffen.

Psychosoziale Prozessbegleitung. Laut Vorgaben des EU-Rahmenbeschlusses von 2001 über die Stellung des Opfers im Strafverfahren verpflichtet sich der deutsche Gesetzgeber, „dem Opfer ein Recht auf Gehör im Strafverfahren zu gewähren“ (Hanloser, 2010, S. 69). Die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Mindeststandards für den Opferschutz (Richtlinie 2012/29/EU) ersetzt den Rahmenbeschluss von 2001 und ermöglicht den Opfern von Straftaten nun auch, durch EU-weite Mindeststandards gestärkt, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit und dem Ort des Geschehens die gleichen Rechte zugesprochen zu bekommen.

Mit Rückgriff auf das Recht des Opfers auf Gehör im Strafverfahren (Hanloser, 2010, S. 69; ado, 2012) wird von folgenden Annahmen des Opfers ausgegangen:

- Das Recht auf Gehör hilft dem Opfer, das Gerichtsverfahren als „fair“ zu erleben.
- Das Recht kann dazu beitragen, das Interesse seitens der Strafverfolgungsbehörden an der Betroffenheit des Opfers zu bekunden.
- Das Opfer bekommt das Gefühl, als Person gewürdigt zu werden, seiner Aussage wird besondere Bedeutung zugemessen.
- Das Recht soll zur Wiederherstellung des Sicherheits- und Selbstwertgefühls des Opfers beitragen.
- Das Recht soll vertrauensbildend gegenüber den Strafverfolgungsbehörden und dem staatlichen Rechtssystem wirken (Hanloser, 2010).

Mit diesen Möglichkeiten und deren praktischer Umsetzung in Deutschland hat sich eine Reihe von forensischen ExpertInnen auseinandergesetzt. Nach Volbert (2012) haben sich die Rechte der Verletzten im Strafverfahren seit dem ersten ZeugInnenschutzgesetz von 1986 zwar stetig verbessert, die Bedürfnisse der Opfer werden jedoch nach wie vor zu wenig berücksichtigt und das Verfahren kann „mit erheblicher Belastung verbunden sein“ (ebenda, S. 150). Die Gefahr einer sekundären Viktimisierung ist besonders groß, wenn die primäre Schädigung des Opfers bagatellisiert wird, den Angaben des Opfers nicht geglaubt wird, es wegen seiner Aussage negative Konsequenzen zu befürchten hat und ihm keine Unterstützung bereitgestellt wird. Vor dem Hintergrund der neurobiologisch bedingten dissoziativen Verarbeitung des Traumas haben OpferzeugInnen zudem mitunter große Schwierigkeiten, die Geschehnisse im logischen Zusammenhang zu erinnern und wiederzugeben (Gast, 2010).

Bedeutsam scheint daher zu sein, wie sehr auf die Bedürfnisse und Wünsche der Opfer eingegangen wird (Volbert, 2008). Die Möglichkeit einer Reduzierung der psychischen Belastung für OpferzeugInnen bezieht sich Forschungsergebnissen zufolge vorrangig auf zwei Ebenen: die der bedürfnisorientierten Anpassung des Strafverfahrens und die der zusätzlichen Angebote in Form psychosozialer Begleitung des Opfers. Fasst man Forschungsergebnisse in diesem Bereich zusammen, so ist eine Belastungsreduktion für Opfer von Straftaten durch ZeugInnenbegleitprogramme dann nachhaltig wirksam, wenn der betreffenden Person passgerechte Unterstützung zuteilwird (Volbert, 2012), obwohl die Ergebnisse im Bereich der ZeugInnenbegleitung noch rar sind (vgl. u. a. Habel & Schneider, 2001). Im Überblick betrachtet lässt sich feststellen: Durch die ZeugInnenbetreuung konnten auch eine deutliche Verbesserung des Befindens und eine Reduktion der Belastung – vor allem bei jüngeren OpferzeugInnen – nachgewiesen

werden. Und: Es zeigt sich, dass ein hohes Bedürfnis von OpferzeugInnen nach kompetenter Beratung und Unterstützung besteht (ebenda; vgl. auch Möbes, 2003).

2.4 Die Versorgungslandschaft für Opfer von Straftaten im Bundesland Brandenburg: ein Entwicklungsprojekt

Aufgrund des bisher Ausgeführten gilt es, die bestehenden Versorgungsstrukturen weiter zu entwickeln. In diesem Zusammenhang hat die AG Psychiatrie der AOLG (2012) in ihrem Bericht deutschlandweit Handlungsempfehlungen vorgestellt. Die Qualität der psychiatrischen Versorgung muss demnach daran gemessen werden, wie gut psychisch erkrankte Menschen im Rahmen des Versorgungssystems integriert werden können. Angebote in der psychosozialen Versorgung sollten daher – entlang des biopsychosozialen Modells (vgl. abermals Gahleitner et al., 2013a, b, 2014) – eine umfangreiche Diagnostik auf mehreren Ebenen zum Ziel haben. Zu betonen sind zudem die Erreichbarkeit, sprich Regionalität, und die Gemeinsamkeit und Kooperationsstruktur der verschiedenen Hilfsangebote. Auch sollten Erfahrungen aus Modellprojekten regional und länderspezifisch übergreifend aufgegriffen werden (AOLG, 2012). Bei psychotraumatologischen Störungsbildern zeigt sich z. B. im Bundesland Sachsen, dass dort – ähnlich wie in anderen ostdeutschen Regionen – eine angemessene Versorgung traumatisierter Menschen nicht besteht (Schellong et al., 2013). Diese Tatsache sowie die Zentrierung auf wenige Ballungsräume lässt sich auf weitere Bundesländer – insbesondere Brandenburg – gut übertragen.

Das Land Brandenburg gehört territorial zu den größten Flächenländern Deutschlands. Im Jahr 2011 lebten hier rund 2,5 Mio. Menschen. Mit 86 EinwohnerInnen pro Quadratkilometer hat Brandenburg die niedrigste Bevölkerungsdichte aller Bundesländer. Zum Vergleich liegt der Bundesdurchschnitt bei 230 Einwohnern pro Quadratkilometer. Potsdam und Cottbus sind die beiden einzigen Großstädte des Landes mit entsprechend hohen EinwohnerInnenzahlen (MASGF, 2008). Im Zentrum Brandenburgs befindet sich die Stadt Berlin, wobei diese ein eigenes Bundesland darstellt. „Brandenburg ist damit nicht einfach ein Flächenland, sondern ein überwiegend dünn besiedeltes Flächenland, dessen Bevölkerung ständig weiter zurückgeht“ (Büchner & Franzke, 2009, S. 34). Der Bevölkerungsrückgang wird durch starke Überalterung und Abwanderung der BewohnerInnen Brandenburgs in andere Bundesländer verursacht. Die Abwanderungstendenz ist vor allem der gebietsweise bis zu 20% hohen Arbeitslosenquote ge-

schuldet. „Unübersehbar sind auch die Probleme von Kommunen im ländlichen Raum“, da es besonders in diesen Regionen schwer ist, „für die Bürger gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen und aufrecht zu erhalten“ (ebenda, S. 98).

Diese Umstände haben elementaren Einfluss auf die Landespolitik und die infrastrukturelle Versorgung des Bundeslandes. Beispielsweise sind die meisten BrandenburgerInnen gezwungen, weite Wegstrecken auf sich zu nehmen, um gesundheitliche und soziale Versorgungsangebote in Anspruch nehmen zu können. Wiederum ist dies ein Hinweis auf die mangelnde Versorgung in Brandenburg und anderen ostdeutschen Bundesländern, denn kurze Wegzeiten gelten als ein Indikator für eine gute Versorgung. Seelische Störungen bedürfen einer raschen Hilfe für die Betroffenen. Das ist allerdings – so die AG der AOLG – nicht gewährleistet, insbesondere in den ländlichen Regionen im Osten Deutschlands fehlen freie Psychotherapieplätze mit zeitnahen Terminen (Kochinke, 2012). Immer wieder kommt es zu Unter-, Über- und Fehlversorgung (Schellong et al., 2013).

Gewaltdelikte im Land Brandenburg (PKS Landeskriminalamt 2013) **Tab. 1**

Delikt-Gruppe	Delikt	Anzahl
Tötungsdelikte	einschließlich Versuch	97
Sexualstraftaten	gesamt	1.493
	Vergewaltigung und sexuelle Nötigung	212
	sexueller Missbrauch von Kindern	545
Rohheitsdelikte	gesamt	22.404
	Raubdelikte	1.011
	Körperverletzung	13.200
	Freiheitsberaubung, Nötigung, Bedrohung	8.067

Quelle: Polizeipräsidium Land Brandenburg (PKS Landeskriminalamt 2013: LKA Brandenburg, 2014, S. 3).

Insgesamt wurden im Jahr 2013 in Brandenburg mehr als 23.000 Gewaltdelikte zur Anzeige gebracht (Tab. 1). Damit sind circa 1% der Brandenburger Gesamtbevölkerung potenziell traumatisierte Gewaltopfer. Die Anzahl der tatsächlich betroffenen Personen dürfte auch hier aufgrund der nicht angezeigten Taten wesentlich größer sein (siehe oben).

Die Trägerlandschaft mit Angeboten für Menschen, die in persönliche und soziale Krisen geraten sind, ist in Brandenburg sehr überschaubar. Betrachtet man beispielweise die ambulante psychotherapeutische Versorgungslandschaft in diesem Bundesland, so

wird die Lage besonders dramatisch eingeschätzt. In Brandenburg kamen bezogen auf 100.000 erwachsene EinwohnerInnen bis 2013 6,5 psychologische PsychotherapeutInnen, 6,1 Kinder- und JugendtherapeutInnen und ein/e ärztliche/r PsychotherapeutIn (Bundesärztekammer, 2004). Derzeit gibt es in der ambulanten Versorgung in Ostdeutschland 41 spezifisch ausgebildete TraumatherapeutInnen, davon lediglich fünf in Brandenburg. Noch schlechter ist es um den Kinder- und Jugendbereich bestellt. Hier finden sich in Ostdeutschland derzeit acht, in Brandenburg sogar nur zwei TherapeutInnen, die über eine spezifische traumatologische Ausbildung für Kinder und Jugendliche verfügen.

Die Wartezeit auf ein Erstgespräch in Brandenburg beträgt 19,4 Wochen. Bei mehr als 60% der PsychotherapeutInnen ist die Wartezeit sogar länger als drei Monate (BPtK, 2011, S. 11). Hier gilt zu beachten, dass ein Erstgespräch noch lange nicht den Beginn der therapeutischen Behandlung darstellt. Man muss davon ausgehen, dass der Behandlungsbeginn eine ebenso lange Wartezeit für die PatientInnen impliziert (Kochinke, 2012). Es besteht daher eine massive Unterversorgung in Brandenburg im Bereich ambulanter Psychotherapie. Insbesondere in Regionen mit geringer psychotherapeutischer Versorgungsdichte werden die Wartelisten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch so lang, dass PatientInnen oftmals entmutigt aufgeben. Das birgt das Risiko der Verschlimmerung, Verlängerung, des Wiederkehrens und der Chronifizierung von psychischen Erkrankungen (BPtK, 2011).

Im Rahmen der neu beschlossenen Bedarfsplanung sollen sich allerdings in Brandenburg 56 PsychotherapeutInnen zusätzlich niederlassen können und so die langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz verringern (Kraudzun, 2013). Das zusätzliche Angebot an Psychotherapie ist zwar für die große Nachfrage nicht ausreichend, aber die Aufstockung um 56 niedergelassene PsychotherapeutInnen ab dem 01.01.2014 ist ein Schritt in Richtung bessere und wohnortnähere Versorgung insbesondere der ländlichen Gebiete, so die örtliche Presse (Pentsi, 2013). Insgesamt ist die Flächendeckung an PsychotherapeutInnen in den neuen Bundesländern in Deutschland jedoch nach wie vor nicht einmal halb so groß wie in den alten Bundesländern, und auch der Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Gebieten fällt erwartungsgemäß zum Nachteil für den ländlichen Raum aus. In Bezug auf zeitnahe traumatherapeutische Maßnahmen weist die Versorgungsstruktur Brandenburgs also eine erhebliche Lücke auf, und es muss auf Beratungsangebote verwiesen werden.

Landesweit agierende Opferhilfeeinrichtungen mit spezifischen psychosozialen Unterstützungsangeboten für Betroffene sind neben der Opferhilfe Land Brandenburg e. V. mit ihren sechs Opferberatungsstellen das Frauenhausnetzwerk mit 17 Frauenhäusern, zwei Frauenschutzwohnungen und drei Frauenberatungsstellen, die Opferperspektive e. V. für Opfer rechter Gewalt und das Sozialtherapeutische Institut Berlin-Brandenburg für Kinder und Jugendliche. Im Bundesland Brandenburg existiert keine an eine Klinik angegliederte Traumaambulanz. Auch Schulte-Herbrüggen (2012) weist auf den Mangel an Therapieplätzen für Traumatherapie in diesen Regionen hin. Es ist seiner Ansicht nach daher essenziell, eine Vernetzung des bestehenden Angebotes auf der Grundlage einer engen Zusammenarbeit zwischen Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen zu erwirken, sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting (ebenda).

Die psychotraumatologische Nachsorge im Rahmen der Frühintervention übernehmen im Land Brandenburg die sechs Opferberatungsstellen der Opferhilfe Land Brandenburg e. V. durch ihre psychotraumatologische Fachberatung, die bis zu 25 Sitzungen umfasst und durch weitere Angebote der Fachberatung für Kriminalitätsopfer ergänzt wird. Betroffene, für die eine Traumatherapie indiziert ist, können die psychotraumatologische Fachberatung ebenfalls nutzen, um die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu überbrücken. Allerdings müssen sie zum Teil weite Wege auf sich nehmen, um eine der sechs Opferberatungsstellen zu erreichen Dies gilt insbesondere für Betroffene aus dem nordöstlichen Teil Brandenburgs mit den Landkreisen Barnim und Uckermark. Kochinke (2012) zeigt auf, wie sehr der Mangel an ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in der Traumabehandlung eine Verschiebung hin zu einer teuren stationären Versorgung der psychischen Erkrankungen nach sich zieht. Oft ist nach einer schnellen Hilfe, einer stationären Aufnahme und einer medikamentösen Begleittherapie eine längerdauernde ambulante Therapie angebracht (ebenda). Traumatisierte Menschen frühzeitig aufzufangen und zu unterstützen – im Sinne eines Angebotes, das vorhanden und auch leicht verfügbar ist –, stellt daher eine zentrale Langzeitprävention dar.

2.5 Fazit

- Das Land Brandenburg hat großen Bedarf an der Versorgung von Opfern von Straftaten. Es gibt bereits an vielen Stellen qualifizierte Versorgung, es fehlt jedoch nach wie vor – insbesondere im nordöstlichen Teil Brandenburgs – an psychosozialer Versorgung und flächendeckend an psychotherapeutischer Frühintervention.

- Betroffene Personen, die nach einem traumatischen Ereignis zeitnah eine Akuttherapie benötigen würden, müssen zumeist sehr lange Wartezeiten in Kauf nehmen, manche sogar über ein Jahr. Sind die Möglichkeiten einer sofortigen Therapie nicht gegeben, bilden sich Traumafolgestörungen aus und chronifizieren sich.

- Das Land Brandenburg ist zudem aus Sicht der Krisenversorgung, der psychotherapeutischen Versorgung und der Versorgung mit Ambulanzen im bundesdeutschen Durchschnitt maßgeblich benachteiligt. Traumaambulanzen existieren bislang nicht.

- Das Land Brandenburg verfügt über keine angemessene psychotherapeutische Versorgung. Im Rahmen der Regelversorgung sollen diesbezügliche individuelle Bedarfe abgedeckt werden, das Modell der Regelversorgung ist jedoch zur Versorgung traumatisierter Menschen nicht geeignet.

- Als einziges Angebot in diesem Bereich wird Opferberatung landesweit durch den Verein Opferhilfe e. V. angeboten. Es war jedoch bislang nicht möglich, Akuttraumatherapie zu leisten, obwohl diese direkte, zeitnahe Hilfe eine ganz wesentliche Ergänzung darstellt, um das bereits vorhandene Angebot wirksam zu machen.

2.6 Die Traumaambulanz Potsdam – ein Modellprojekt im Rahmen der Opferhilfe

2.6.1 Die Opferhilfe Land Brandenburg e. V. als Träger des Modellprojekts Traumaambulanz

Der Verein Opferhilfe Land Brandenburg e. V. ist der einzige Anbieter professioneller Opferhilfe (Neubauer, 2012) und Träger eines landesweiten Netzes von sechs professionellen Opferberatungsstellen (Potsdam, Brandenburg, Cottbus, Senftenberg, Frankfurt/Oder, Neuruppin). Ein multiprofessionelles Team von SozialpädagogInnen, PädagogInnen und PsychologInnen bietet psychosoziale Beratung für Opfer und ZeugInnen von Straftaten wie auch für deren Angehörige und Vertrauenspersonen an. Inhalte des

Angebotes sind psychotraumatologische Fachberatung, Beratung bei andauernder Gefährdung, Sozialberatung, Angehörigenberatung und psychosoziale Prozessbegleitung. Die psychotraumatologische Fachberatung beinhaltet die diagnostische Einschätzung, Indikationsstellung, Monitoring, Stabilisierung, stützende Traumaverarbeitung und ggf. Vermittlung in Psychotherapie. Die Beratung findet in allen Sprachen (DolmetscherInnen) statt, kostenlos, streng vertraulich, auf Wunsch anonym und unabhängig davon, ob eine Anzeige erstattet wurde.

Pro Jahr suchen etwa 540 Ratsuchende die Beratungsstellen auf, davon sind ca. 450 Neuanmeldungen zu vermerken. Die meisten Betroffenen wurden Opfer einer Sexualstraftat (ca. 30%) oder Körperverletzung (ca. 30%). „Wie die jährlichen Ratsuchendenzahlen ... zeigen, wird ... auch hier nur ein Bruchteil der Betroffenen erreicht“ (Priet, 2012, S. 16). Die Zielgruppe der Opferhilfe e. V. sind Menschen, die durch Gewalterfahrungen traumatisiert wurden (z. B. Opfer von Sexualstraftaten, Körperverletzungsdelikten, Misshandlungen, versuchter Tötung, Raub und Stalking). Der Zugang zu diesen Fällen erfolgt zumeist auf Vermittlung anderer Institutionen (Polizei, Justizbehörden sowie anderer Beratungsstellen). Diese Einrichtungen erkennen im Rahmen ihrer Tätigkeit den psychosozialen Beratungsbedarf der Betroffenen, können diesen selbst aber nicht gewährleisten.

Da Straftaten plötzlich geschehen und für die Opfer einen schwerwiegenden Eingriff in ihr Leben bedeuten, ist besonders die leichte Zugänglichkeit zur Behandlung Fokus des Angebots. Die vordringlichen Ziele der professionellen Hilfe des Vereins Opferhilfe Land Brandenburg für traumatisierte Gewaltopfer sind daher:

1. Wiederherstellung von Sicherheit. Hier werden zeitnah konkrete Sicherheitsstrategien unter Berücksichtigung der Persönlichkeits- und Risikoeinschätzung des Täters bzw. der Täterin vorgenommen.

2. Unterstützung bei der Bewältigung der Straftat. Hierzu zählen die Krisenintervention, psychotraumatologische Beratung und stützende Gespräche.

3. Vermeidung zusätzlicher Belastungen im Nachgang der Straftat. Hier geht es um die Vermeidung sekundärer Viktimisierung. Das Opfer erhält Informationen über seine Rechte und Handlungsmöglichkeiten. Betroffene und Angehörige erhalten soziale Beratung und werden als ZeugInnen in Gerichtsprozessen betreut (Priet, 2012).

Ziel ist, nach der extremen Stressbelastung wieder in einen Zustand der Beruhigung zu gelangen. Gelingt dies zeitnah und erlebt das Opfer durch sein nahes Umfeld oder professionelle HelferInnen Solidarität, besteht eine realistische Chance, das verloren gegangene Vertrauen in andere Menschen wiederherzustellen. Die Situation von Gewaltopfern ist jedoch i. d. R. durch komplexe Belastungssituationen gekennzeichnet. Neben dem eigenen traumatypischen extremen Überforderungserleben beeinträchtigen beispielsweise medizinische Behandlung, polizeiliche Befragung, Krankschreibung, Anzeigeerstattung, juristische und behördliche Angelegenheiten das Opfer zusätzlich. In seinem ohnmächtigen Erleben wird das Gewaltopfer also auch noch mit all diesen unbekannten, teils angsteinflößenden Anforderungen konfrontiert (Priet, 2010). Hier muss schnell und wirksam Abhilfe geschaffen werden.

2.6.2 Die Traumaambulanz

Entlang dieser Überlegungen orientiert sich die Versorgung von Gewaltopfern in der Traumaambulanz Potsdam daran, die Opferberatung mit einer wirksamen Traumaambulanz zu kombinieren und um die Angebote einer Akut- bzw. Kurzzeittraumatherapie sowie sozialpädagogischen Begleitung zu ergänzen.

Die Akut- und Kurzzeittraumatherapie hat folgende Inhalte:

- Anamnese,
- Eingangs- und Verlaufsdiagnostik,
- Stabilisierungsphase,
- kognitive Techniken: Entdecken und Verändern dysfunktionaler Kognitionen, Bearbeiten von Schuld und Scham (vgl. Ehlers, 1999),
- imaginativ-hypnotherapeutische Techniken (vgl. Brom & Kleber, 1989; vgl. Reddemann, 2001),
- DBT-Verfahren (mit Schwerpunkt auf Unterbrechung intrusiver Phänomene, Selbstverletzung sowie Erlernen von Affektmodulation (vgl. Cloitre et al., 2002; Linehan, 1993/1996),
- Traumabearbeitung nach evidenzbasierten traumabearbeitenden Verfahren: z. B. Traumaexposition mittels Traumabericht, Bildschirmtechniken, EMDR,
- Integrationsphase,
- Rückfallprävention,
- Akuttherapie: 10 Sitzungen,
- Kurzzeittherapie: 25 Sitzungen.

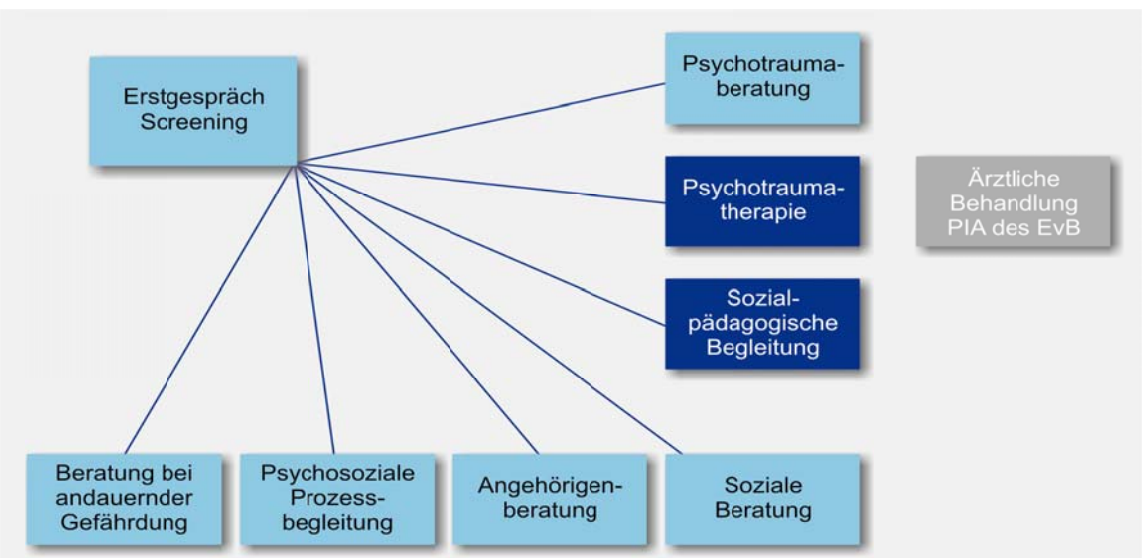
Die sozialpädagogische Begleitung hat folgende Inhalte:

- Aktivierung sozialer Kontakte,
- Unterstützung bei der Alltagsbewältigung,
- Training sozialer Kompetenzen,
- Unterstützung und Begleitung bei der beruflichen Reintegration,
- Vermittlung an sonstige Hilfe- und Beratungsangebote.

Die neuen Angebote der Traumaambulanz ergänzen die bereits bestehende psychotraumatologische Fachberatung der Opferberatung. Die solchermaßen komplettierte psychotraumatologische Nachsorge macht es möglich, Betroffenen folgende phasen- und zielgruppenspezifisch ausgerichtete Angebote zu machen:

1. Nach dem Abklingen des Schockzustandes, frühestens zwei bis drei Tage nach der Tat, können psychotraumatologische Akuthilfen in Form eines Screenings, einer ersten Stabilisierung sowie ggf. ein qualifiziertes Monitoring angeboten werden.
2. Im zweiten Schritt wird im Rahmen der Eingangsdiagnostik und des Clearings festgestellt, ob der/die KlientIn eines der nachfolgenden Angebote benötigt:
   - psychotraumatologische Beratungsreihe (max. 25 Sitzungen),
   - Akut- und Kurzzeittraumatherapie (max. 25 Sitzungen),
   - Vermittlung in eine längerfristige oder sonstige Psychotherapie.

Weiterhin wird festgestellt, ob ein Unterstützungsbedarf bei der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung besteht (meist für komplex traumatisierte Menschen mit chronifizierten Traumafolgestörungen) und eine sozialpädagogische Begleitung sinnvoll ist.



Angebot der Traumaambulanz (rot) in der Opferberatung (grün) (Quelle: Priet, 2015) **Abb. 3**

Eine ggf. notwendig werdende ärztliche Begleitbehandlung wird in Kooperation mit der psychiatrischen Institutsambulanz des Klinikums Ernst von Bergmann in Potsdam angeboten. Parallel hierzu können Betroffene bei Bedarf die weiteren Angebote der Opferberatung in Anspruch nehmen: Beratung bei andauernder Gefährdung, Angehörigenberatung, soziale Beratung, psychosoziale Prozessbegleitung. Denn: Therapeutische Unterstützung, die gänzlich losgelöst von weiteren psychosozialen Hilfen und Unterstützungsangeboten geschieht, birgt die Gefahr der Unterschätzung der spezifischen Situation der Betroffenen, wie z. B. die Unterschätzung der Belastung während des Gerichtsprozesses oder die Unterschätzung der Gefährdungssituation.

Mit der zügigen Versorgung durch die Traumaambulanz werden die langen Wartezeiten auf Psychotherapie deutlich verkürzt und die dadurch verursachte Ausbildung von Traumafolgestörungen bzw. deren Chronifizierung verhindert. Die Traumaambulanz in die Opferhilfe zu integrieren, vermag voraussichtlich besonders gut die sekundären Viktimisierungsrisiken zu mindern und damit das Erkrankungsrisiko zu senken. Durch die Schaffung eines psychosozialen Trauma-Netzwerkes soll zudem die Integration der Maßnahmen in die psychotraumatologische Versorgungskette gewährleistet werden. AkteurInnen dieser Versorgungskette sind z. B. die Polizei, die Notfallseelsorge, Kliniken, Sozialpsychiatrischer Dienst, niedergelassene PsychotherapeutInnen, Notfallpsychologie, Frauenhaus, Kinder- und Jugendhilfe und weitere psychosoziale Beratungsstellen. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen können nach Abschluss der Modellphase weitere Beratungs- und Behandlungsstellen installiert werden, dafür bietet insbesondere das landesweite Netz der sechs Opferberatungsstellen – inhaltlich wie auch strukturell – eine gute Basis. Betroffene, die eine längere Anfahrt haben, können ihre Fahrtkosten durch einen vom Trägerverein geschaffenen Fonds rückerstattet bekommen. Dies gilt auch für Beratungsreihen und Therapien und bedeutet ein deutlich niedrigschwelligeres Angebot für die umgebenden ländlichen Regionen.

Die neu geschaffenen Angebote der Akut- bzw. Kurzzeittraumatherapie und sozialpädagogischen Begleitung schließen eine Versorgungslücke, die in Verbindung mit der bereits angebotenen psychotraumatologischen Fachberatung eine gestufte und an den Bedürfnissen Betroffener orientierte phasen- und zielgruppenspezifische psychotraumatologische Versorgung ermöglicht. Die drei Aufgabenbereiche Psychotraumaberatung, Psychotraumatherapie und sozialpädagogische Begleitung sollen im Folgenden durch eine Evaluation mit belastbaren Zahlen in ihrer Notwendigkeit und Wirkung nachgewiesen werden.

3 Methodisches Vorgehen

Im Zentrum des quantitativen Studienteils zur Evaluation des Modellprojektes der Traumaambulanz stand die Frage, ob das Angebot der Ambulanz bei den betroffenen Personen zu einer Verbesserung des Zustandes nach einem traumatischen Ereignis führt. Die quantitative Evaluation startete Anfang des Jahres 2013 und lief bis Anfang 2015, zum Teil wurde sie durch die nachfolgend erläuterte qualitative Interviewerhebung begleitet. Teile der qualitativen Studie wurden erst nach Abschluss der quantitativen Studie umgesetzt. Um die quantitativen Ergebnisse auch mit den konkreten Fallverläufen betroffener Personen in Beziehung setzen zu können, wurden einerseits bereits bewährte klinische Instrumente eingesetzt, andererseits wurden jedoch zusätzliche Fragebögen entwickelt, um an die notwendige Hintergrundinformationen zu gelangen.

Forschung in psychosozialen Arbeitsbereichen erfordert ein spezifisches, auf diesen komplexen Gegenstand abgestimmtes Vorgehen. Als sinnvoll hat sich ein gegenstandsangemessener, dialogischer induktiv-deduktiver Wechselprozess zwischen bestehendem und zu ermittelndem Wissen erwiesen, um dem „eigensinnigen Charakter der empirischen Welt“ (Blumer, 1973, S. 108) gerecht zu werden. Auf diese Weise lassen sich bisher noch nicht zur Kenntnis genommene Verstehens- und Handlungskonzepte generieren und weiterentwickeln. Besonderes Augenmerk wurde daher darauf gerichtet, Betroffene und Beteiligte selbst zu Wort kommen zu lassen, insbesondere die Opfer selbst, jedoch auch die MitarbeiterInnen der Opferberatungsstellen. In der vorliegenden Studie wurden auch in umfangreicher Weise symptomorientierte Begleitmessungen eingesetzt. Diese Kombination ermöglicht, sich dem Gegenstand von verschiedenen Seiten (top-down und bottom-up) zu nähern und ihn durch eine Triangulation der Ergebnisse so weit wie möglich auszuleuchten. Zielsetzung ist dabei eine explorative Annäherung an Wirkungsforschung über eine mehrperspektivische Evaluation, umgesetzt mithilfe einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Herangehensweisen mit qualitativen, halbstrukturierten Interviews und Gruppendiskussionen einerseits und Fragebogeninstrumenten zur Hilfequalität andererseits (Mayring & Gahleitner, 2010).

In der qualitativen Interviewstudie wurde mit einer erzählgenerierenden, narrativ geprägten Eingangsfrage (Witzel, 1982, 2000) zunächst ein Zugang geschaffen einerseits zur Lebensrealität von Menschen, die ein oder mehrere, teils schwer traumatisierende Erlebnisse hatten, und andererseits zur Arbeitsrealität der Fachkräfte. Nach dem Verfahren des Theoretischen Samplings (Glaser & Strauss, 1967/1998) wurde über eine

schrittweise Auswahl versucht, möglichst viel Reichhaltigkeit im Sampling zu erzielen. Einschränkend anzumerken ist hier, dass sich im Sampling kein männlicher Interviewpartner befindet. Die Teilstandardisierung erleichterte die Vergleichbarkeit der Interviews und bot die Basis für eine prozesshafte flexible Strukturierung zwischen induktivem und deduktivem Vorgehen in der Datenanalyse. Zur kommunikativen Validierung (Köckeis-Stangl, 1980) wurden die Ergebnisse mit den Befragten rückgekoppelt. Um einen verstehenden Zugang möglich zu machen, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) stark induktiv orientiert zur Auswertung angewendet, um in einem induktiv-deduktiven Wechselspiel der explorativen Vorgehensweise Raum zu öffnen (Mayring & Gahleitner, 2010).

Die Auswertungsergebnisse der qualitativen Interviewstudie mit den Betroffenen wurde durch Fallverläufe veranschaulicht, induktiv über die herausentwickelten Kategorien mit dem biopsychosozialen Modell nach Schmidt (2010) und mit den quantitativen Ergebnissen in Beziehung gesetzt. Insgesamt flossen fünf Interviews sowie eine Gruppendiskussion in den Auswertungsprozess ein. Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Analyse wurden auf diese Weise während des Auswertungsprozesses immer wieder miteinander in Beziehung gesetzt, um möglichst viel Breite auf der einen und Validität auf der anderen Seite zu ermöglichen (Flick, 2011). In den nachfolgenden Abschnitten werden die zentralen quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Evaluation des Modellprojekts zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung traumatisierter Gewaltopfer im Rahmen der Frühintervention dargestellt. Kapitel 4 beschreibt die Ergebnisse aus der quantitativen Evaluierung, Kapitel 5 widmet sich der qualitativen Ergebnisaufbereitung.

4 Quantitative Studienergebnisse

4.1 Einführung

Die quantitative Untersuchung dient der Feststellung, dass die angebotenen Sofortinterventionen Begleitung, Beratung und Psychotherapie der Traumaambulanz Potsdam in ihrer Unterstützungsleistung für Betroffene von Gewalt- und Sexualstraftaten Wirkung zeigen. Die Beratungsstellen bieten je nach Indikation verschiedene Interventionsformen an: Begleitung, Beratung, Psychotherapie und Clearing. Letztgenannte Intervention findet in den vorliegenden Ergebnissen keinen Niederschlag.

4.1.1 Zeitrahmen und Rekrutierung

Die statistische Erhebung fand im Zeitraum von Anfang 2013 bis Anfang 2015 statt. Personen, die in diesem Zeitraum Opfer von Gewalt- und Sexualstraftaten wurden und in der Traumaambulanz Potsdam um Unterstützung ansuchten, wurden eingeladen, an der Studie mitzuwirken. Die Rekrutierung der UntersuchungsteilnehmerInnen fand durch die MitarbeiterInnen der Opferberatung Potsdam statt. Insgesamt haben 176 KlientInnen die Traumaambulanz in Anspruch genommen und ein Screening bzw. eine Diagnostik sowie eine Indikationsstellung erhalten. Ein großer Teil dieser KlientInnengruppe wurde überbrückend so lange beraten, bis ein Therapieplatz gefunden werden konnte. Ein weiterer Teil nahm ein- bis zweimalig die psychologische Beratung in Anspruch. Diese beiden Clearinggruppen wurden von vornherein aufgrund der Schwierigkeit, den Verlauf darzustellen, von der Teilnahme an der Evaluation ausgeschlossen (oftmals wurde nur ein Gespräch geführt). Weitere Ausschlusskriterien waren u. a. Alter unter 16 Jahren, mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache, Abbruch vor Beginn der Evaluation (nach jeweils drei bis vier Gesprächen), zu labiler psychischer/gesundheitlicher Status. Insgesamt wurden 89 Personen angefragt, an der Evaluation teilzunehmen (nähere Informationen zur Untersuchungsstichprobe werden unter 4.1.5. erläutert).

4.1.2 Verwendete Untersuchungsinstrumente

Im Austausch zwischen den MitarbeiterInnen der Opferhilfeambulanz mit dem Forschungsteam wurde ein Basisdokumentationsbogen erstellt, der die relevanten soziodemografischen Daten sowie spezifische Fragestellungen beinhaltet. Daneben wurde ein NutzerInnenbogen formuliert, der der Evaluation der angebotenen Intervention durch Betroffene galt. Mithilfe von klinischen Instrumenten (IES-R, SCL-90-S) wurden die psychometrischen Daten im Verlauf der Intervention erfasst.

Basisdokumentation. Die Basisdokumentation (BADO) wird zu Beginn der Intervention ausgefüllt. Neben allgemeinen soziodemografischen Angaben wird der Kontext erhoben, in welchem die Behandlung zum Zuge kommt (Opfer/ZeugIn etc., Erstkontakt, Beziehung zum/zur TäterIn, Delikt, Problembereiche der KlientInnen und Diagnose etc.). Zusätzlich wird die jeweilige Indikation für eine spezifische Interventionsform sowie die tatsächliche Inanspruchnahme der jeweiligen Hilfsangebote durch KlientInnen erfasst. Für genauere Informationen zu den Items des Fragebogens siehe Anhang.

NutzerInnenbogen. Der NutzerInnenbogen wird zum Ende der Intervention durch die KlientInnen ausgefüllt. Er dient der prinzipiellen Erfassung der Zufriedenheit mit dem Angebot der Opferberatungsstellen. KlientInnen schätzen einerseits die Zufriedenheit mit dem Angebot auf organisationaler Ebene ein (z. B. telefonische Erreichbarkeit, Räumlichkeiten etc.), andererseits bewerten sie die Opferberatungsstellen auf personaler Ebene (z. B. Fachlichkeit der BeraterInnen/PsychotherapeutInnen, sich verstanden und angenommen fühlen durch die BeraterInnen/PsychotherapeutInnen etc.). Daneben wird erhoben, inwiefern das Angebot der Opferberatungsstellen bei der Bewältigung der jeweiligen Gewalterlebnisse hilfreich war. Für genauere Informationen zu den Items des Fragebogens siehe Anhang.

Impact of Event Scale – revidierte Form (IES-R). Die IES-R ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads einer möglichen posttraumatischen Symptomatik. Der revidierte Fragebogen in der deutschen Version erfasst anhand von 22 Fragen (Items) den Schweregrad der Symptomatik, dies anhand einer 4-stufigen Antwortskala (von 0 = „überhaupt nicht“, 1 = „selten“, 3 = „manchmal“, 5 = „oft“). Das Instrument enthält drei Subskalen: Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal, mit diesen können die drei Symptomcluster einer PTBS abgedeckt werden. Der Scoring-Range verläuft von 0 bis 88 Punkten, ab 33 erzielten Punkten und darüber besteht der Verdacht auf eine PTBS (vgl. Maercker & Schützwohl, 1998). In Summe lassen sich für die IES-R gute psychometrische Kennwerte erzielen (vgl. u. a. Weiss, 2004; Rosner & Hagl, 2008).

Symptom-Checkliste (SCL-90-S). Die SCL-90 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der psychischen Belastung in den vorangangenen sieben Tagen. In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Version nach Franke (2013) verwendet (SCL-90-S). Dieser Fragebogen erfasst anhand von 90 Items die symptomatische Belastung der KlientInnen, dies geschieht anhand einer 5-stufigen Likertskala (von 0 = „überhaupt

nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Das Instrument enthält neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und drei globale Kennwerte (GSI, PSDI, PST), die Auskunft über das Antwortverhalten geben. Daneben eignet sich die SCL-90 für Verlaufsbeschreibungen. Das Verfahren ist sowohl international als auch im deutschen Sprachraum in seiner Nutzung weit verbreitet und umfassend in Bezug auf Gütekriterien untersucht (vgl. u. a. Franke, 2002; Hessel et al., 2001; Essau et al., 2001; zur vorhandenen Äquivalenz zwischen SCL-90-S und SCL-90-R: Hergert et al., 2014, 2015; Franke et al., 2014).

4.1.3 Untersuchungsablauf

Hatten sich die eingeladenen Personen bereit erklärt, an der Evaluationsstudie der Opferberatung teilzunehmen, füllten sie zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t1), der Eingangserhebung, eine Basisdokumentation sowie die SCL-90 und die IES-R aus. Im Verlauf der Intervention wurden die SCL-90 und die IES-R in regelmäßigen Abständen (ca. alle 3 Monate) ausgefüllt. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (t2), der Abschlusserhebung, wurde zusätzlich ein NutzerInnenbogen bearbeitet. Etwa drei Monate nach Beendigung der Intervention wurden katamnestisch (t3) erneut die SCL-90 und IES-R erhoben. Einzelne teilnehmende Personen wurden im Verlauf sowie nach Abschluss der Intervention eingeladen, an einem qualitativen Tiefeninterview teilzunehmen (siehe Qualitativer Ergebnisteil, Kapitel 5). Nachfolgend liefert Tabelle 2 einen Überblick über die Messzeitpunkte im Verlauf der jeweiligen Intervention.

Übersicht der Messzeitpunkte nach Interventionen **Tab. 2**

Intervention	Eingang (t1)	Erhebung alle 3 Monate	Abschluss (t2)	Katamnese (t3) ca. 3 Monate nach t2	Qualitative Ergebung (im Anschluss)
Psychotherapie	BADO SCL IES	SCL IES	SCL IES NutzerInnen-bogen	SCL IES	Interview Gruppen-diskussion
Beratung	BADO SCL IES	SCL IES	SCL IES NutzerInnen-bogen	SCL IES	Interview Gruppen-diskussion
Sozialpädagogische Begleitung	BADO SCL IES	SCL IES	SCL IES NutzerInnen-bogen	SCL IES	Interview Gruppen-diskussion

4.1.4 Datenanalyse

Um die Veränderung der unterschiedlichen Skalen und Subskalen zu berechnen, wurden generalisierte gemischte lineare Modelle (GLMM) gerechnet. Dabei wurde die Person als zufälliger Effekt und der Erhebungszeitpunkt (Aufnahme, Abschluss, Katamnese) als fixer Effekt verwendet. Zusätzlich wurde ein GLMM berechnet, bei dem die Interventionsform als fixer Effekt mit inkludiert wurde. Bei statistisch signifikanten Veränderungen wurden Student t-Tests mit Bonferroni-Korrektur als Post-hoc-Test angewendet. Die Daten wurden mit IBM SPSS 21 für Windows berechnet.

4.1.5 Untersuchungsstichprobe

Von den insgesamt 176 KlientInnen, welche die Traumaambulanz in Anspruch genommen und ein Screening bzw. eine Diagnostik sowie eine Indikationsstellung erhielten, wurden 43 KlientInnen überbrückend zur Therapie beraten, weitere 44 KlientInnen nahmen ein- bis zweimalig die psychologische Beratung in Anspruch. Diese beiden Gruppen nahmen aufgrund der Schwierigkeit, einen Verlauf abzuzeichnen, an der Evaluation nicht teil (Clearing). Es wurden demnach 89 Personen eingeladen, an der Evaluationsstudie teilzunehmen: 32 potenziell teilnehmende KlientInnen der Psychotherapie, 35 KlientInnen aus der psychotraumatologischen Beratung und 22 KlientInnen aus der sozialpädagogischen Begleitung.

Von den 32 Psychotherapie-KlientInnen gingen 9 nicht in die Evaluation ein, Gründe waren mangelnde Sprachkenntnisse (n=1), sehr frühe Abbrüche (n=2), Beginn der Therapie vor Erhebungszeitraum (n=3), zu junges Alter (n=2) und Nichteinverständnis der Klientin (n=1). Insgesamt floss der Verlauf von 23 PsychotherapieklientInnen in die Studie ein.

Von den 35 KlientInnen aus der psychotraumatologischen Beratung wurden 4 KlientInnen nicht in der Evaluation berücksichtigt. Gründe hierfür waren mangelnde Sprachkenntnisse (n=2), zu junges Alter (n=1) und der Wechsel der Interventionsart von Beratung zur Überbrückungsberatung (n=1). Insgesamt floss der Verlauf von 31 BeratungsklientInnen in die Studie ein.

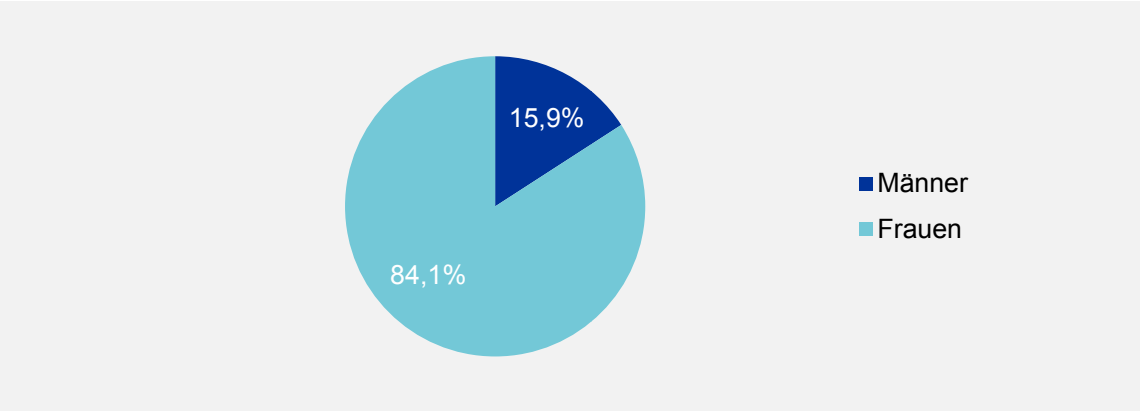
Von den 22 KlientInnen aus der sozialpädagogischen Begleitung nahmen 13 Personen nicht an der Evaluation teil. Gründe hierfür waren mangelnde Sprachkenntnisse (n=1), Weitervermittlung in Familienhilfe (n=1), Beginn der Begleitung vor Erhebungszeitraum (n=3), Abbrüche vor Beginn der Evaluation (n=4), Weitervermittlung in eine Beratungseinrichtung mit Kinder-Schwerpunkt (n=1), keine Einwilligung in die Teilnahme (n=1),

Begleitung kam nicht zustande, da das Angebot überfordernd für die KlientIn war (n=1), sowie nur telefonischer Kontakt bzw. telefonische sozialpädagogische Begleitung (n=1). Insgesamt floss der Verlauf von neun BegleitungsklientInnen in die Studie ein.

An der Evaluation nahmen zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t1), der Eingangserhebung, 63 Personen teil. Am zweiten Untersuchungszeitpunkt (t2), der Abschlusserhebung, nahmen zum Zeitpunkt der Berichterstellung 31 Personen teil. An der katamnestischen Untersuchung (t3), also zumindest drei Monate nach erfolgreich durchgeführter Intervention, nahmen zum Zeitpunkt der Berichterstellung bislang 17 Personen teil. Jene Personen, die die Intervention bislang noch nicht abgeschlossen haben, füllen zum Zeitpunkt der Berichtlegung nach wie vor die diagnostischen Instrumente SCL-90-S und IES-R aus oder haben zu einem späteren Zeitpunkt die Intervention abgebrochen.[1]

4.2 Deskriptive Ergebnisse – Beschreibung der StudienteilnehmerInnen

Die StudienteilnehmerInnen werden ausgehend von den N=63 zur Eingangserhebung näher beschrieben. Um einen genaueren Eindruck über die Studienpopulation zu allen drei Messzeitpunkten – Anfang, Ende und Katamnese – zu erhalten, sei hier auf Tabelle A1 im Anhang verwiesen.



Geschlechterverteilung zur Eingangserhebung **Abb. 4**

Der Großteil der StudienteilnehmerInnen ist weiblich (n=53), nur 10 Probanden sind männlich (Abb. 4). Das Alter der StudienteilnehmerInnen lag zum Zeitpunkt der Studie

[1] Die Analyse von ausschließlich vollständigen Fällen führt zu verzerrten Schätzungen des Outcomes, da unter ihnen der Anteil an Misserfolgen i. d. R. kleiner ist als unter den Drop-outs. Um eine unverzerrte Evaluation der Interventionen zu erhalten, werden die Daten von den allermeisten behandelten Personen in die Auswertung einbezogen (vgl. Lachin, 2000).

zwischen 17 (Minimum) und 69 (Maximum) Jahren (mittleres Alter = 33,19; Median = 36). Beinahe alle Personen sind in Deutschland geboren (n=58), drei Personen gaben an, in einem anderen Land geboren zu sein, zwei Personen machten hierzu keine Angabe. 52,4% (n=33) gaben als höchsten Schul- bzw. Ausbildungsabschluss den Realschulabschluss an, 38,1% (n=24) das Abitur, 6,3% (n=4) den Haupt-/Volksschulabschluss, eine Person hatte (noch) keinen Abschluss, eine Person war SchülerIn. Nach der derzeitigen beruflichen Situation befragt, gaben 39,7% (n=25) Personen an, Vollzeit zu arbeiten, 6,3% (n=4) arbeiteten Teilzeit. 28,6% (n=18) gaben an, arbeitslos, 23,8% (n=15), nicht erwerbstätig zu sein. Diese erhielten z. B. Unterhalt durch Eltern, Krankengeld oder Rente. Eine Person gab keine Antwort. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren 47,6% (n=30) Personen arbeitsunfähig.

Zuweisung und Vorbehandlung. Die Zuweisung erfolgte bei 14,3% der ProbandInnen über ÄrztInnen, 19% wurden von der Polizei verwiesen, 3,2% kamen über den Täter-Opfer-Ausgleich (TOA), nur eine Person über eine Rechtsanwältin (RA). Immerhin 39 Personen nannten weitere zuweisende Einrichtungen, besonders häufig wurden der Weiße Ring und spezifische Frauenberatungsstellen genannt, aber auch Personen aus dem eigenen Bekanntenkreis. 25,4% (n=16) der Betroffenen befand sich vor der Zuweisung in einer Vorbehandlung im Krankenhaus, 12,7% (n=8) waren bereits in ambulanter Psychotherapie untergebracht. 92,1% (n=58) der an der Studie teilnehmenden Personen sind Opfer einer Straftat, 7,9% (n=5) Personen sind Angehörige von Opfern. Abbildung 5 macht deutlich, welchen Deliktformen diese Personen jeweils ausgesetzt waren.

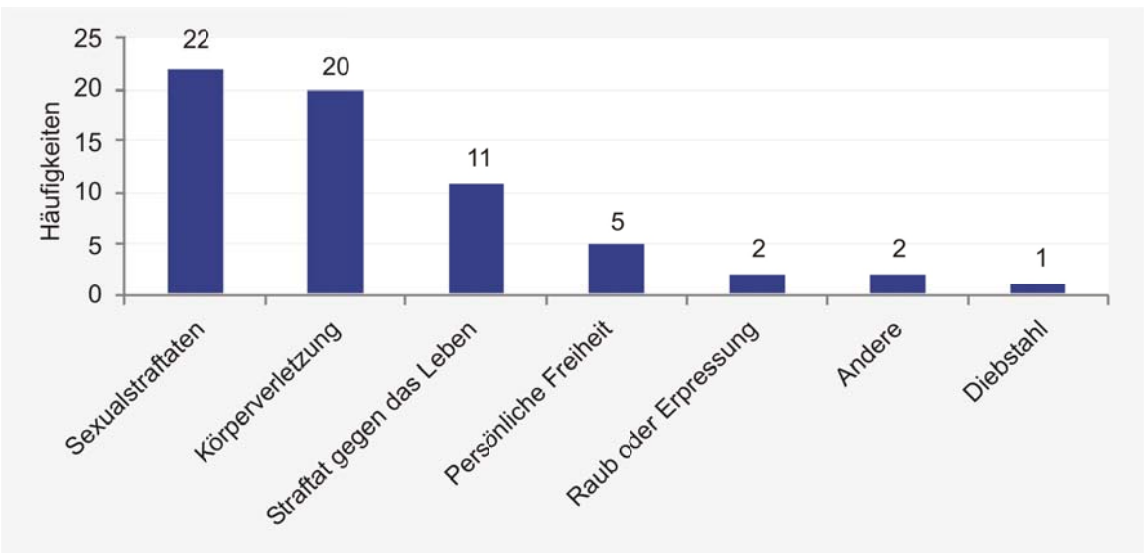


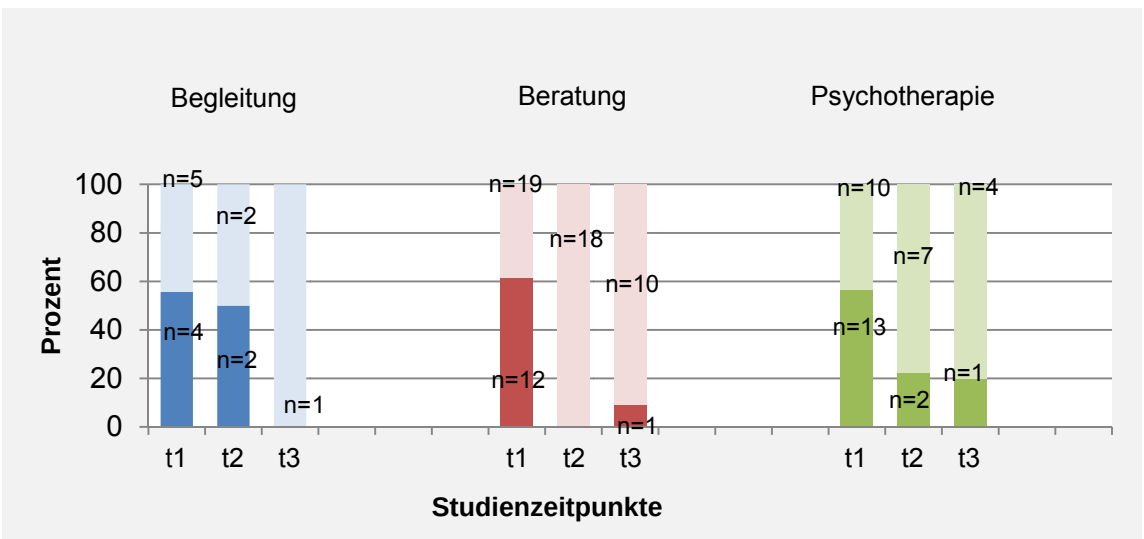
Abb. 5 Vorliegende Delikte der Untersuchungsstichprobe (Mehrfachnennungen)

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Körperverletzungen sowie Straftaten gegen das Leben sind demnach in dieser Untersuchung die häufigsten Deliktarten.

Symptomatik und Problembereiche. 34,9% der befragten Personen (n=22) wiesen die Symptomatik einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) auf, 38,1% (n=24) zeigten die Symptome einer PTBS (F43.1), 9,5% (n=6) einer komplexen Belastungsstörung, bei 38,1% (n=24) wurde auf andere Diagnosen wie Anpassungsstörungen (F43.2), Angststörung (F41.1) und Depression verwiesen (Mehrfachnennungen waren möglich). Die Hauptproblembereiche der KlientInnen lagen deutlich im psychischen Bereich (62 Nennungen), danach folgten finanzielle und soziale Schwierigkeiten sowie Probleme, die im Zuge des Straf- und Ermittlungsverfahrens auftreten (jeweils 17 Nennungen), Probleme, die die Sicherheit betrafen, wurden zwölf Mal genannt.

4.3 Trauma? Verdachtsdiagnose PTBS unter der Studienpopulation

Aus den drei Subskalenwerten zu Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal kann eine PTBS-Diagnose mittels einer Schätzformel[2] (vgl. Maercker & Schützwohl, 1998, S. 138) möglich gemacht werden. Ein Cutoff-Wert zeigt an, ob eine Verdachtsdiagnose naheliegend ist. Abbildung 6 zeigt nach den verschiedenen Interventionsformen und Erhebungszeitpunkten all jene ProbandInnen mit potenzieller posttraumatischer Belastungsstörung.



IES-R: Anteil der StudienteilnehmerInnen mit wahrscheinlicher PTSD (in kräftiger Farbe) **Abb. 6**

[2] X = (-0,02 x Intrusion) + (0,07 x Vermeidung) + (0,15 x Übererregung) – 4,36; Wenn X > 0 → Verdachtsdiagnose auf PTBS

Zu t1 wiesen von insgesamt 63 Personen aller Interventionsformen 29 Personen (46,03%) verstärkte Hinweise auf eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung auf. Zu t2 wiesen von insgesamt 31 Personen aller Interventionsformen vier ProbandInnen (12,90%), zu t3 von 17 Personen zwei Personen (11,76%) eine Verdachtsdiagnose auf PTBS auf.

4.4 Schweregrad der posttraumatischen Symptomatik im Zeitverlauf (IES-R)

Betrachtet man nun den Zeitverlauf der posttraumatischen Symptomatik der ProbandInnen über alle Interventionen mittels IES-R, so zeigt sich folgendes Ergebnis: Von Beginn (t1) über Abschluss (t2) bis zur katamnestischen Erhebung (t3) erweist sich der Zeiteffekt als signifikant ($F_{2,108}$=26,2; p≤0,001).

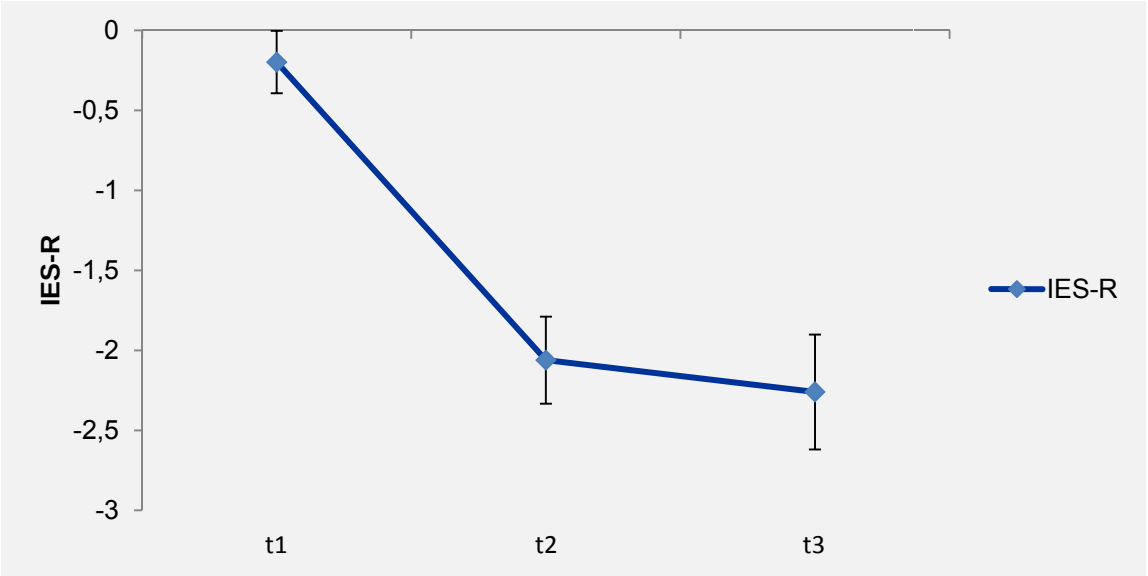
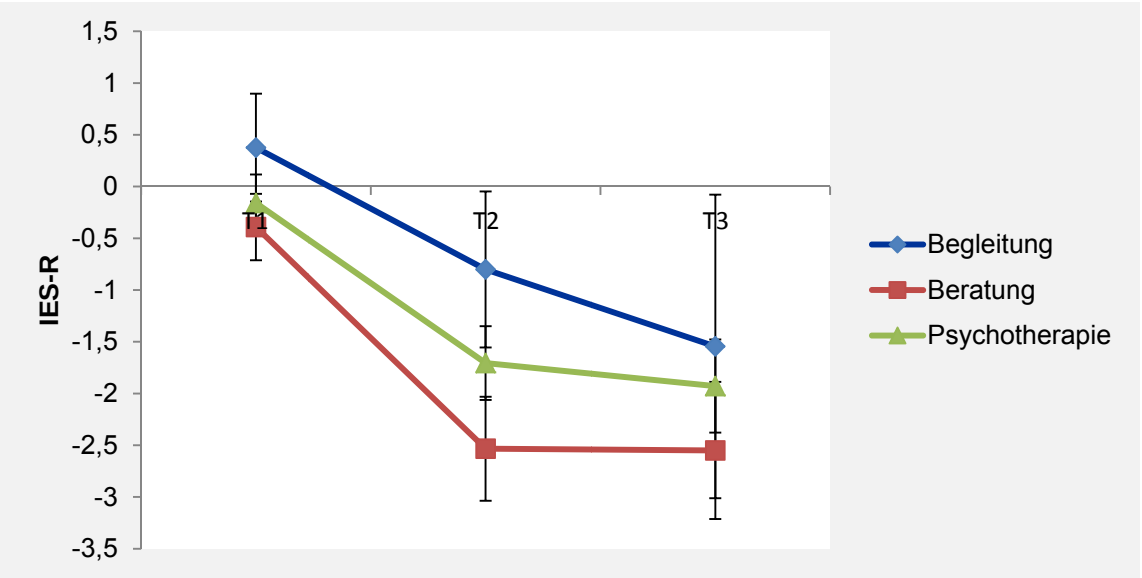


Abb. 7 IES-R: Diagnostischer Wert im Zeitverlauf

Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen Eingang- und Abschlusserhebung (t1-t2) (t=6,230; df=108; p≤0,001) sowie zwischen Eingangserhebung und Katamnese (t1-t3) (t=5,424;df=108; p≤0,001). Die Veränderungen zwischen der Abschlusserhebung und der Katamnese (t2-t3) sind nicht signifikant. Das leichte Sinken der IES-Werte von t2 zu t3 in Form eines Sleeper-Effekts[3] kann daher statistisch nicht abgesichert werden,

[3] Von einem Sleeper-Effekt spricht man u. a. dann, wenn der Vergleich zwischen Abschlusserhebung und katamnestischer Erhebung positive Effektstärken aufweist, die Behandlung sozusagen nach Abschluss weiterwirkt. Dies zeigt sich im vorliegenden Schaubild, die Veränderungen können aber nicht statistisch abgesichert werden.

lässt jedoch den Schluss auf Nachhaltigkeit der Behandlung zu. Die Traumasymptomatik verringert sich demnach von t1 zu t2 sowie t1 zu t3 (siehe Abb. 7). Wirft man nun einen Blick auf die verschiedenen Interventionsformen der Traumaambulanz, so ergibt sich folgendes Bild (Abb. 8):



IES-R: Diagnostischer Wert im Zeitverlauf nach Interventionsformen **Abb. 8**

Im zeitlichen Verlauf der verschiedenen Interventionen zeigt sich ein Trend in Zeitpunkt 2 ($F_{2,102}$=2,522, p=0.085), während zu allen anderen Zeitpunkten kein Unterschied zwischen den Interventionen besteht (p≥0,05). Zur Abschlusserhebung (t2) ist ein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionen sozialpädagogische Begleitung und Beratung (t=2,077; df=102; p=0,04) zu erkennen. Durch den Verlaufsunterschied von Begleitung und Beratung könnte angenommen werden, dass Beratung zum Abschluss bereits die volle Wirkung gezeigt hat, die bis zur Katamnese konstant geblieben ist. In der Begleitung ist möglicherweise ein Sleeper-Effekt vorhanden, da sich die IES-R-Werte von t2 zu t3 noch weiter verbessert haben.

Auch mit Hinblick auf die Intrusionssymptomatik (Subskala Intrusion), also das unvermittelte Wiedererleben von traumatischen Inhalten, zeigt sich der Zeiteffekt als signifikant ($F_{2,108}$=30,175; p≤0,001). Auch hier liegen die signifikanten Unterschiede zwischen t1 und t2 (t=6,661; df=108; p≤0,001) sowie t1 und t3 (t=6,001; df=108; p≤0,001). Die Veränderungen zwischen Abschlusserhebung und Katamnese (t2-t3) sind nicht signifikant. Die sichtbare Verbesserung der Intrusionssymptomatik von t2 zu

t3 in Form eines Sleeper-Effekts kann statistisch nicht abgesichert werden, lässt jedoch auch hier den Schluss auf Nachhaltigkeit der Behandlung zu.

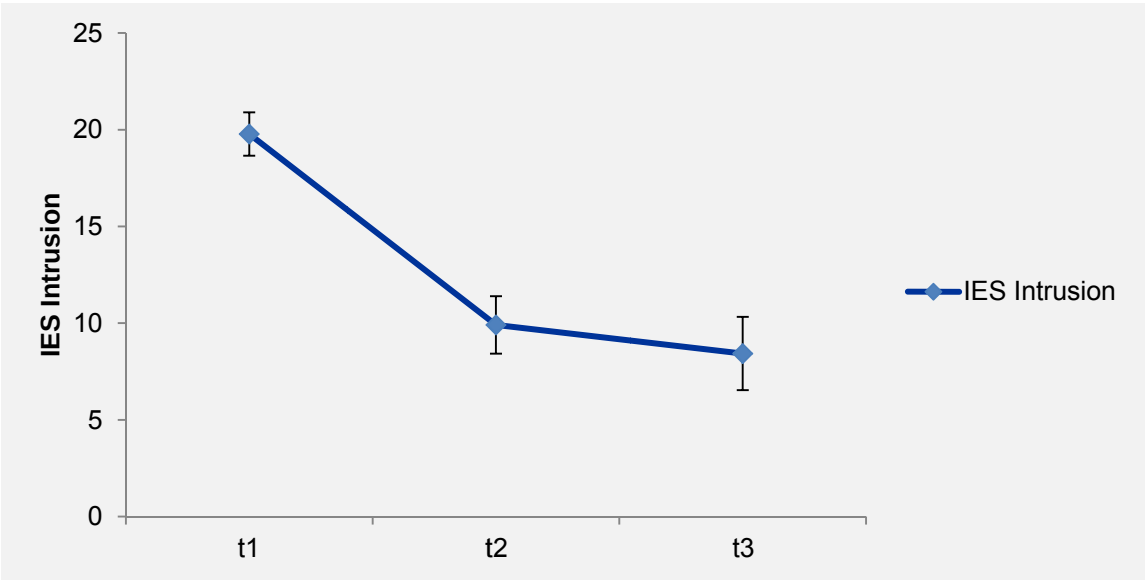
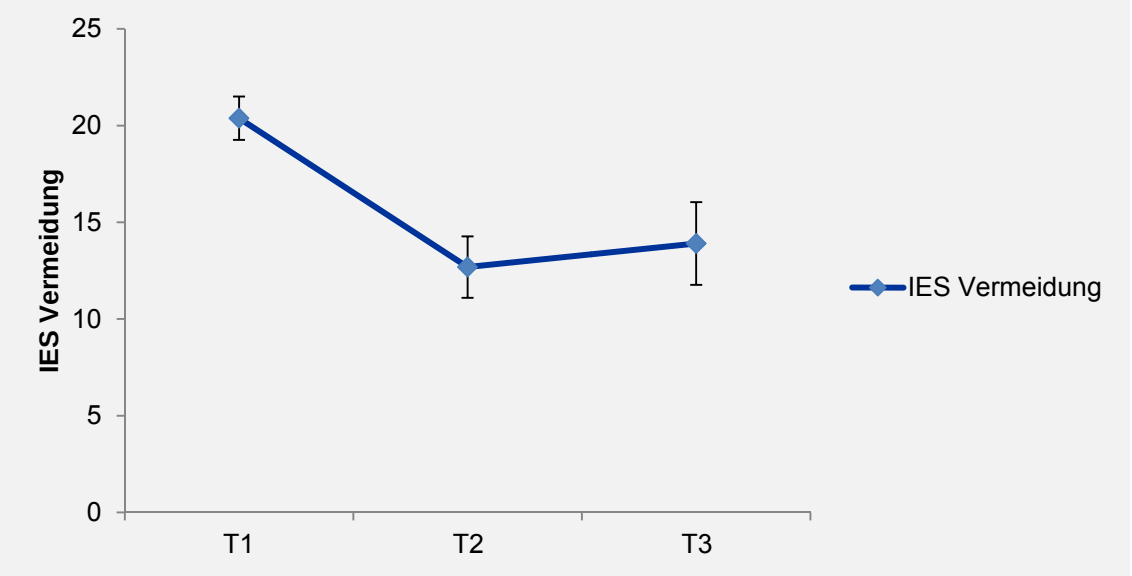


Abb. 9 IES-R: Intrusion im Zeitverlauf

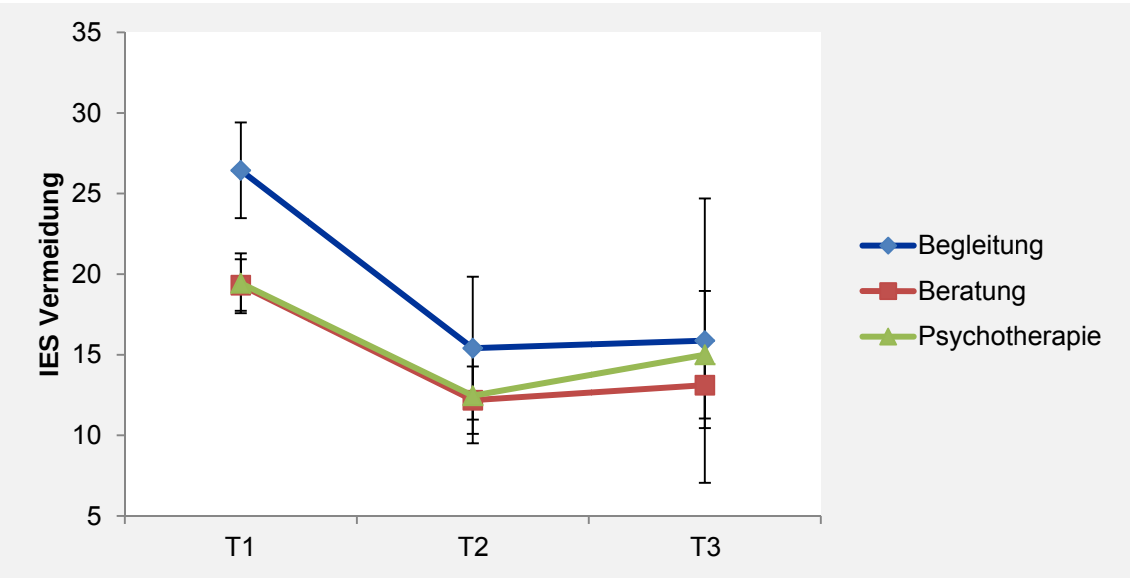
Die Traumasymptomatik verringert sich demzufolge von t1 zu t2 sowie t1 zu t3 (siehe Abb. 9). Diesbezüglich zeigt sich kein relevanter Unterschied zwischen den verschiedenen Interventionen ($p \geq 0{,}05$; siehe Abb. A1 im Anhang).

Der Zeiteffekt ist auch bei der Subskala Vermeidung signifikant ($F_{2,108}=9{,}872$; $p \leq 0{,}001$). Die signifikanten Unterschiede liegen zwischen t1 und t2 ($t=4{,}121$; $df=108$; $p \leq 0{,}001$) sowie t1 und t3 ($t=2{,}755$; $df=108$; $p \leq 0{,}007$). Die Veränderungen zwischen Abschlusserhebung und Katamnese (t2-t3) sind nicht signifikant, es zeigt sich eine leichte Verschlechterung der Vermeidungssymptomatik von t2 zu t3. Eine Hypothese für diese Beobachtung wäre, dass nach einer Traumabehandlung, in der die Belastung ständig zum Thema wurde, die Beschäftigung mit der Traumatisierung eine Zeit lang bewusst wie unbewusst nicht so stark gesucht wird.



IES-R: Vermeidung im Zeitverlauf **Abb. 10**

Das Vermeiden von möglicherweise traumarelevanten Reizen verringert sich demnach von t1 zu t2 sowie t1 zu t3 (siehe Abb. 10). Blickt man nun erneut auf die unterschiedlichen Interventionsformen der Traumaambulanz, zeigt sich folgendes Bild:



IES-R: Vermeidung im Zeitverlauf nach Interventionsformen **Abb. 11**

Es zeigt sich im zeitlichen Verlauf der Interventionen ein Trend in Zeitpunkt 1 ($F_{2,102}$=2,441, p=0.092), während alle anderen Zeitpunkte keinen Unterschied zwischen den Interventionen aufweisen (p≥0,05). Die ProbandInnen der Intervention Begleitung weisen zur Eingangserhebung (t1) eine signifikant unterschiedliche Vermeidungs-

symptomatik auf, verglichen mit Beratung (t=2,115; p=0,037) und Psychotherapie (t=2,004; p=0,048) (Abb. 11).

Die Subskala Übererregung (Symptomkomplex Hyperarousal) zeigt ebenfalls einen signifikanten Zeiteffekt ($F_{2,108}$=26,255; p≤0,001). Die signifikanten Unterschiede liegen zwischen t1 und t2 (t=6,034; p≤0,001) sowie t1 und t3 (t=5,699; p≤0,001); zwischen t2 und t3, also der Abschlusserhebung und der katamnestischen Messung, ergibt sich kein signifikanter Unterschied (Abb. 12). Das leichte Sinken der Übererregungs-symptomatik von t2 zu t3 in Form eines Sleeper-Effekts kann auch hier statistisch nicht abgesichert werden, lässt jedoch den Schluss auf Nachhaltigkeit der Behandlung zu.

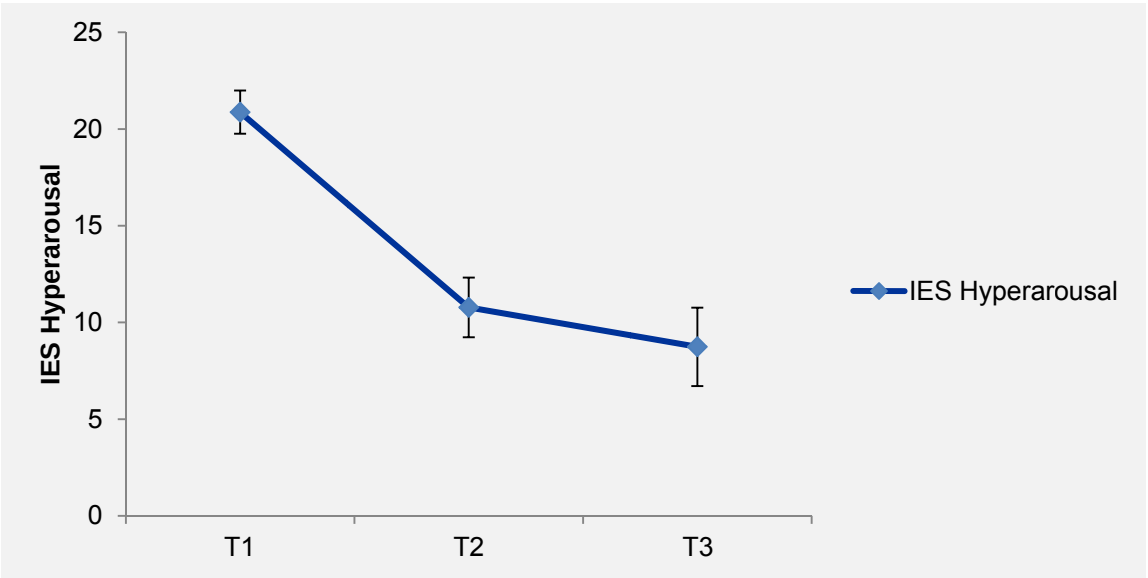
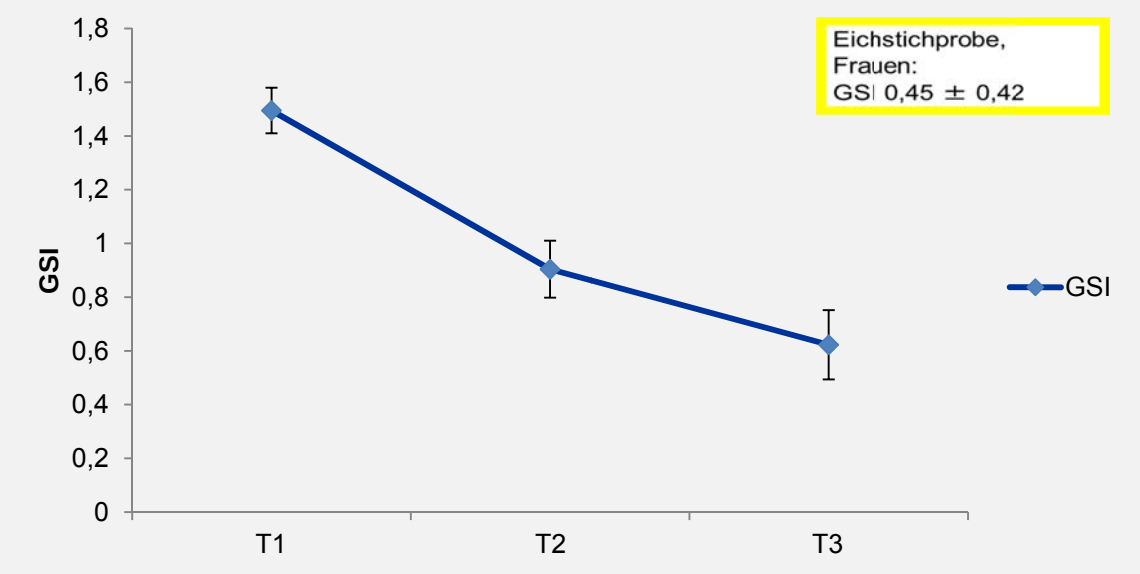


Abb. 12 IES-R: Übererregung im Zeitverlauf

Legt man das Augenmerk erneut auf die unterschiedlichen Interventionsformen, so zeigt sich im zeitlichen Verlauf ein signifikanter Unterschied zum Zeitpunkt 2 ($F_{2,102}$ =3,322, p=0.040), während bei Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 3 kein Unterschied zwischen den Interventionen besteht (p≥0,05). Zur Abschlusserhebung (t2) ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionen Begleitung und Beratung (t=2,271; df=102; p=0,025) (siehe Abb. A2 im Anhang).

4.5 Belastung durch körperliche und psychische Symptome im Zeitverlauf (SCL-90-S)

Anhand der drei globalen Kennwerte des SCL-90-S (GSI, PSDI, PST) soll im Folgenden die körperliche/psychische Belastung der ProbandInnen im Zeitverlauf betrachtet werden. Der GSI (Global Severity Index) gibt Auskunft über die grundlegende psychische Belastung, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten, und der PST (Positive Symptom Total) gibt letztlich Aufschluss über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (vgl. Franke, 2013).



SCL-90-S: GSI im Zeitverlauf **Abb. 13**

Bei Betrachtung des General Symptom Index zeigt sich, dass die grundsätzliche psychische Belastung über den Zeitverlauf signifikant abnimmt ($F_{2,108}$=35,352; p≤0,001). Signifikant sind die Unterschiede zwischen t1 und t2 (t=6,391; p≤0,001), zwischen t1 und t3 (t=7,386; p≤0,001) und t2 und t3 (t=2,318; p=0,022), was auf einen Sleeper-Effekt verweist (siehe Abb. 13).

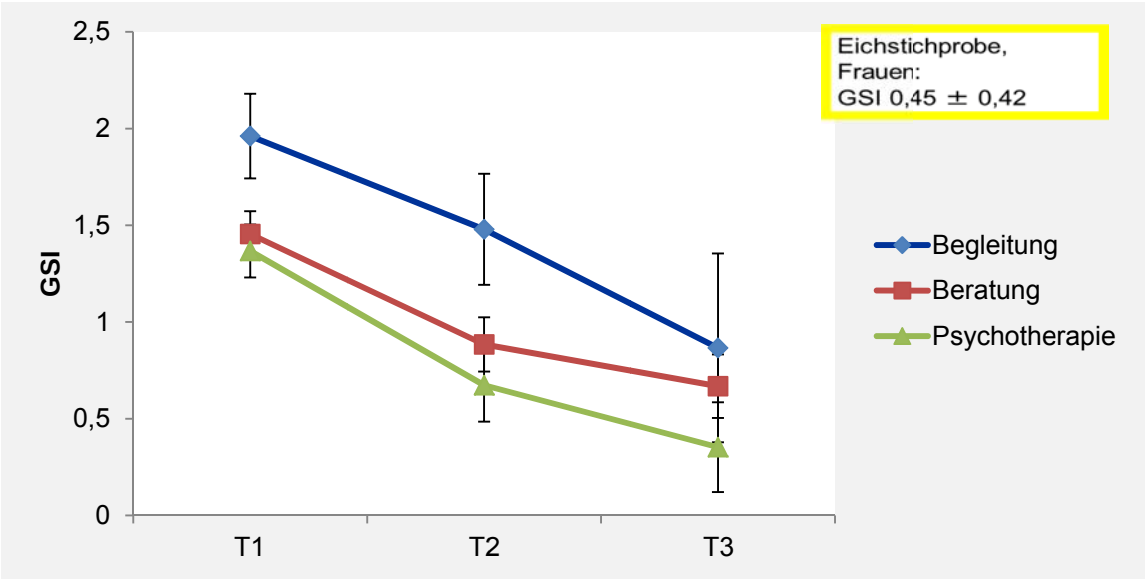
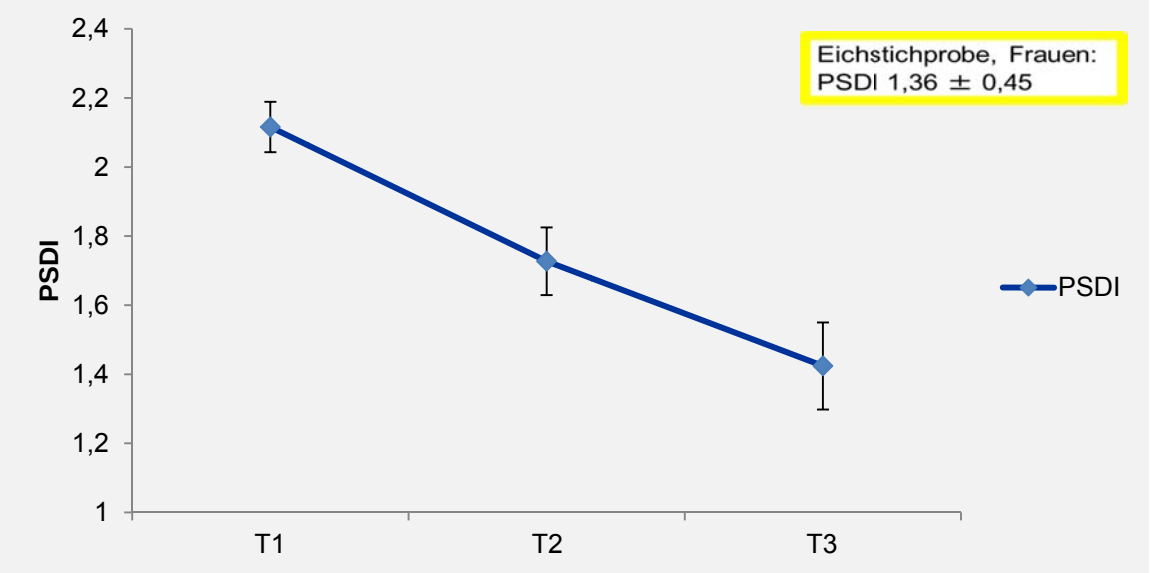


Abb. 14 SCL-90-S: GSI im Zeitverlauf nach Interventionen

Es zeigt sich im zeitlichen Verlauf der Interventionen ein Trend in Zeitpunkt 1 ($F_{2,102}$ =2,763, p=0.068) und Zeitpunkt 2 ($F_{2,102}$=2,761, p=0.068), während bei Zeitpunkt 3 kein Unterschied zwischen den Interventionen besteht (p≥0,05). Bei Betrachtung der verschiedenen Interventionsformen zur Eingangserhebung ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen sozialpädagogischer Begleitung und psychotraumatologischer Beratung (t=2,036; p=0,044) und Begleitung und Psychotherapie (t=2,302; p=0,023) sowie zur Abschlusserhebung zwischen Begleitung und Psychotherapie (t=2,344; p=0,021) in der jeweiligen Abnahme der psychischen Belastung (siehe Abb. 14).

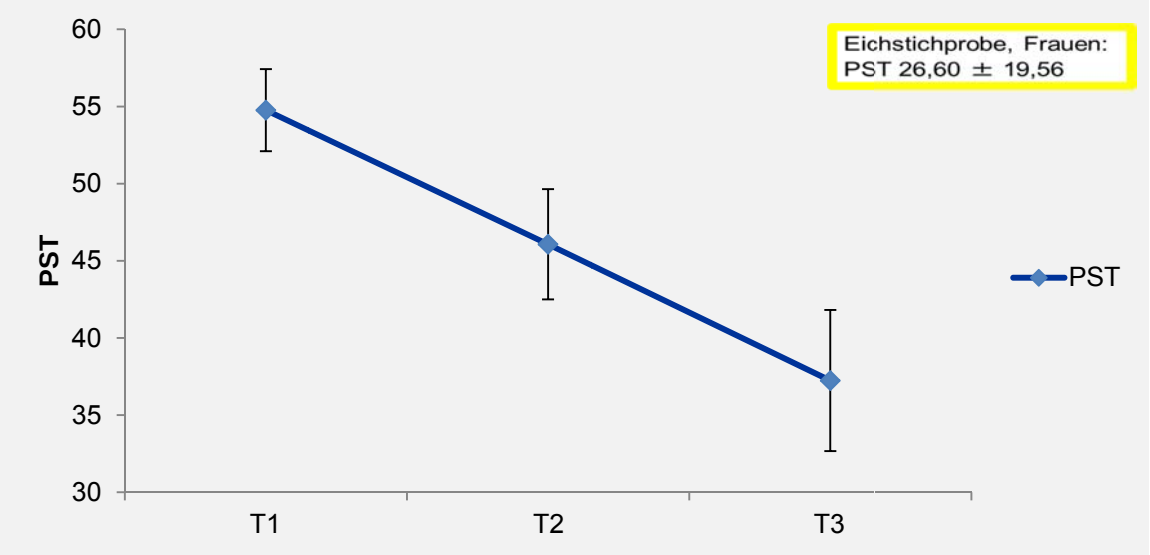
Bei Betrachtung des Positive Symptom Distress Index zeigt sich, dass die Intensität der Antworten über den Zeitverlauf signifikant abnimmt ($F_{2,108}$ = 17,319; p≤0,001) (Abb. 15).



SCL-90-S: PSDI im Zeitverlauf **Abb. 15**

Signifikant sind die Unterschiede zwischen t1 und t2 (t=3,903; p≤0,001), zwischen t1 und t3 (t=5,451; p≤0,001) und t2 und t3 (t=2,287; p=0,024), was auf einen Sleeper-Effekt schließen lässt (siehe Abb. 15). Bei Betrachtung der verschiedenen Interventionsformen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (p≥0,05; siehe auch Abb. A3 im Anhang).

Bei Betrachtung des Positive Symptom Total zeigt sich, dass die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, über den Zeitverlauf signifikant abnimmt ($F_{2,108}$ =7,956; p≤0,001) (Abb. 16).

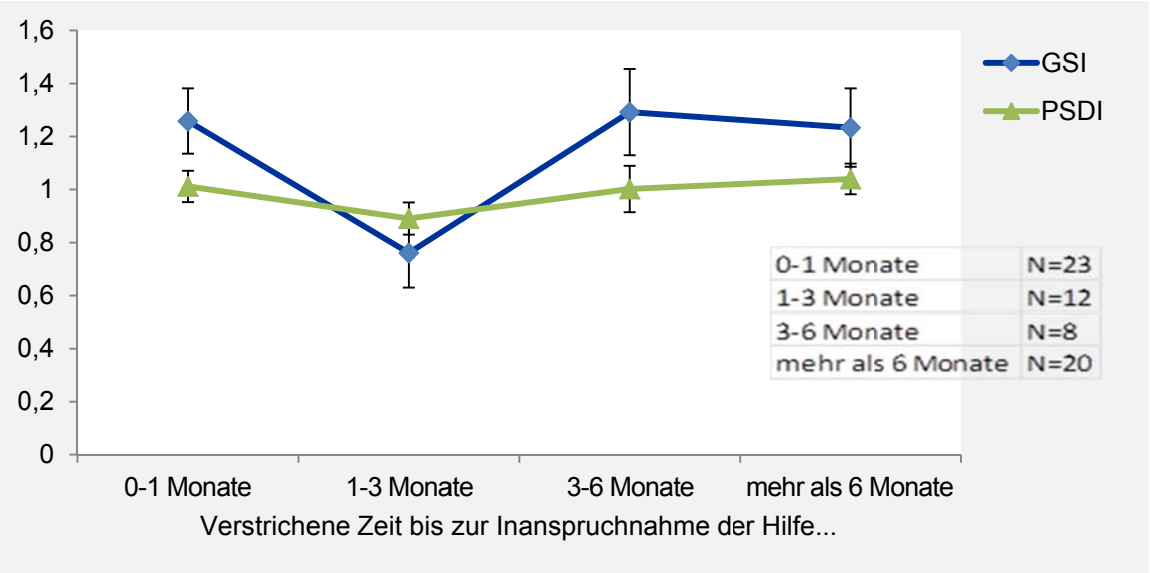


SCL-90-S: PST im Zeitverlauf **Abb. 16**

Signifikant sind die Unterschiede zwischen t1 und t2 (t=2,405; p=0,018) und zwischen t1 und t3 (t=3,8; p≤0,001). Es zeigt sich ein Trend im Unterschied zwischen t2 und t3 (t=1,831; p=0,07). Auch ergibt sich im zeitlichen Verlauf der Interventionen ein Trend in Zeitpunkt 1 ($F_{2,102}$=2,917, p=0.059), während bei Zeitpunkt 2 und 3 kein Unterschied zwischen den Interventionen besteht (p≥0,05). Bei genauer Betrachtung der verschiedenen Interventionsformen zeigt sich zur Eingangserhebung ein signifikanter Unterschied zwischen Begleitung und Beratung (t=2,129; p=0,036) und Begleitung und Psychotherapie (t=2,348; p=0,021; siehe Abb. A4 im Anhang).

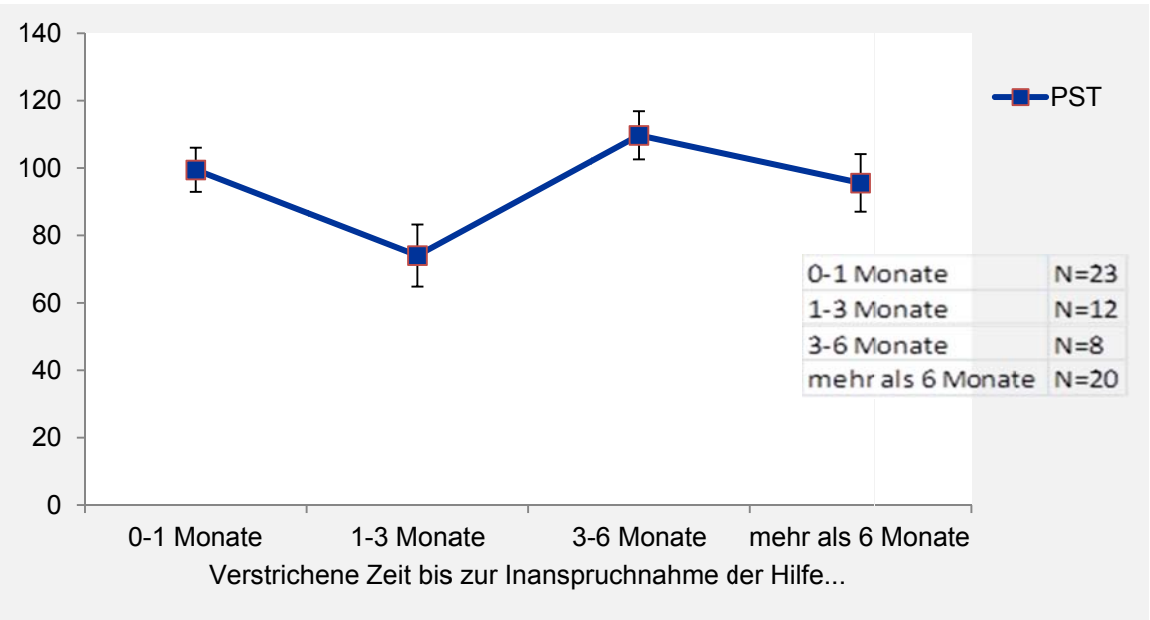
4.6 Zum Zeitpunkt der Hilfeleistung: Kann die Zeit Wunden heilen?

Da im Zuge dieses Projekts kein Kontrollgruppendesign umsetzbar war, welches die Kontrolle von Wirkungen des zwischenzeitlichen Geschehens und anderen Faktoren eher ermöglichen würde, stellt sich die Frage, ob die oben skizzierten, überwiegend signifikanten Verbesserungen von Traumasymptomatik und anderen psychischen Belastungsfaktoren bei den ProbandInnen tatsächlich auf die vorliegenden Interventionen rückgeführt werden können. Nachdem jedoch die Zeitspanne des Erlebens des Traumas bis zur tatsächlichen Unterstützungsmaßnahme durch die Traumaambulanz über die ProbandInnen zeitlich stark variierte, ermöglichte dies eine Betrachtung der Symptomausprägung, verbunden mit der verstrichenen Zeit bis zur Hilfe. Hier zeigt sich, dass unabhängig davon, ab wann ProbandInnen die Hilfeleistung in Anspruch nahmen, die Symptomatik immer auf relativ hohem Niveau einzuordnen war, sodass die Zeit als Einflussfaktor auf Verbesserung der Symptomatik als umstritten zu betrachten ist. Abbildung 17 beispielsweise verdeutlicht, wie die beiden Indizes GSI und PSDI der SCL-90-S zur Eingangserhebung (t1) ausgeprägt sind, und zwar jeweils betrachtet an der zuvor verstrichenen Zeit, bis letztlich die Traumaambulanz aufgesucht wurde und die Intervention startete. Die grundlegende psychische Belastung (GSI) und die Intensität der Antworten (PSDI) unterscheiden sich nicht signifikant nach der verstrichenen Zeit bis zum Hilfebeginn (p≥0,05).



SCL-90-S: GSI und PSDI zur Eingangserhebung nach Hilfebeginn **Abb. 17**

Auch der PST, welcher auf die Anzahl der Symptome verweist, bei denen eine Belastung vorliegt, zeigt sich als nicht signifikant nach der verstrichenen Zeit bis zum Hilfebeginn (p≥0,05; siehe Abb. 18).



SCL-90-S: PST zur Eingangserhebung nach Hilfebeginn **Abb. 18**

Abbildung 19 verdeutlicht anhand der IES-R und ihrer drei Subskalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal zur Eingangserhebung noch etwas differenzierter, ob die Zeit bis zur Inanspruchnahme zu einer Verbesserung der Symptomatik beiträgt.

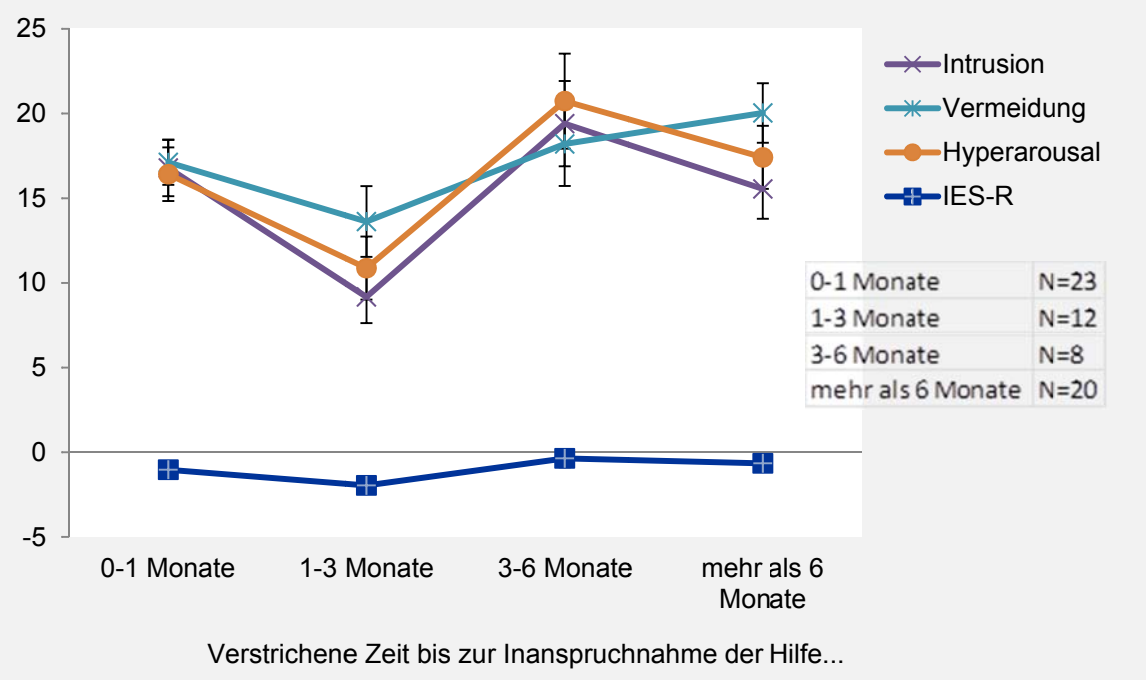


Abb. 19 IES-R und Subskalen zur Eingangserhebung nach Hilfebeginn

Mit Blick auf die IES-R zeigt sich, dass sich sowohl zwischen 0-1 und 1-3 Monaten (t=2,08; p=0,04), zwischen 1-3 und 3-6 Monaten (t=-2,875; p=0,005) als auch zwischen 3-6 und 6+ Monaten (t=-2,149; p=0,034) signifikante Unterschiede ergeben. Die einzelnen Subskalen liefern folgende Ergebnisse: Intrusionen zeigen sich signifikant unterschiedlich, und zwar zwischen 0-1 und 1-3 Monaten (t=2,816; p=0,006) und 1-3 und 3-6 Monaten (t=3,129; p= 0,002). Vermeidung erweist sich als nicht signifikant unterschiedlich (p≥0,05). Hyperarousal zeigt sich signifikant unterschiedlich zwischen 0-1 und 1-3 Monaten (t=2,25; p=0,027) und 1-3 und 3-6 Monaten (t=-5,712; p= 0,003). Das leichte Abnehmen der Symptomatik bei allen berechneten Zeitreihen könnte eventuell mit der Hypothese hindeuten, dass Betroffene bei der Hoffnung auf relativ nahe Hilfe einen positiven Verlauf nehmen, bei längeren Phasen der Unversorgtheit jedoch wieder auf das Ausgangsniveau zurückfallen.

4.7 Evaluation des Angebotes aus Perspektive der NutzerInnen

Zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Berichtes hatten 17 Personen an der Katamnese-Messung teilgenommen und somit den NutzerInnenfragebogen ausgefüllt. Um einen besseren Eindruck in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Angebot zu erhalten, bemühten sich die verantwortlichen Personen der Ambulanz daraufhin, den Fragebogen auch

von noch laufenden Interventionen zu erheben, als eine Art Zwischenbewertung. Es flossen 39 Fragebögen in die Auswertung der NutzerInnenbögen ein. Von diesen 39 befragten Personen sind bzw. waren fünf Personen durch die sozialpädagogische Begleitung betreut, 20 Personen in der psychotraumatologischen Beratung und 14 sind/ waren KlientInnen der Psychotherapie. Nachfolgend sind die relevantesten Ergebnisse beschrieben.

4.7.1 Zufriedenheit mit dem Angebot der Traumaambulanz

Befragt nach der Zufriedenheit mit dem Angebot der Traumaambulanz in Bezug auf organisationale Aspekte, gaben die TeilnehmerInnen der Studie sie als sehr hoch an. 97,4% (n=38) der befragten Personen waren sehr zufrieden bis zufrieden mit der telefonischen Erreichbarkeit, 94,9% (n=37) zeigten sich zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Ablauf der ersten (telefonischen) Kontaktaufnahme, 97,4% (n=38) waren mit der Terminvergabe sowie der Wartezeit zufrieden bis sehr zufrieden, dasselbe gilt für die Räumlichkeiten der Traumaambulanz. 92,3% (n=36) waren mit dem gebotenen Umfang der Unterstützung durch die Traumaambulanz sehr zufrieden bis zufrieden, auch waren 94,9% der in Summe 39 Befragten mit dem Verlauf der Unterstützung zufrieden bis sehr zufrieden (Bewertung bei einer Skala von 1 = „sehr unzufrieden“ bis 4 = „sehr zufrieden“).

Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot auf personaler Ebene waren auch hier die Rückmeldungen sehr positiv: Alle Personen stimmten voll und ganz zu, dass der/die BeraterIn/TherapeutIn sich Zeit nahm, aufmerksam war bzw. auf Bedürfnisse einging und sich an Absprachen hielt. Ebenso stimmten alle 39 befragten Personen voll und ganz der Aussage zu „Ich habe mich von der/dem BeraterIn/TherapeutIn verstanden und angenommen gefühlt“. 38 Personen stimmten der Aussage, der/die BeraterIn/TherapeutIn sei fachlich kompetent, sowie der Aussage „Ich habe mich in der Traumaambulanz sicher und gestützt gefühlt“ voll und ganz zu (Bewertung bei einer Skala von 0 = „trifft nicht zu“ bis 3 = „trifft voll und ganz zu“).

4.7.2 War das Angebot der Traumaambulanz hilfreich?

Weiter wurden die 39 Personen befragt, wie hilfreich sie die Angebote erlebten. Von den Personen, die die psychotraumatologische/psychologische Beratung bewerteten, wurde diese von 93,54% als sehr hilfreich, von 3,23 % als eher hilfreich und von 3,23 % als eher nicht hilfreich empfunden. Von den Personen, die die psychosoziale Prozessbegleitung evaluierten, gaben 85,71% an, diese als sehr hilfreich und 14,29% als eher

hilfreich zu erleben. 100% der Personen, die das Angebot Psychotherapie bewerteten, befanden dieses als sehr hilfreich. Von den Personen, die die Beratung bei andauernder Gefährdung bewerteten, beurteilten 88,8% dieses Angebot als sehr hilfreich und 11,11% als eher hilfreich. 100% der Personen, die das Angebot sozialpädagogische Begleitung bewerteten, befanden dieses als sehr hilfreich. Ebenfalls 100% der Personen, die das Angebot der sozialen Beratung bewerteten, beurteilten dieses als sehr hilfreich. Von den Personen, die die Überbrückungsberatung zur Therapie bewerteten, schätzten 66,66% diese als sehr hilfreich und 33,33% als gar nicht hilfreich ein (Beantwortung der Fragen auf einer Antwortskala von 0 = „gar nicht hilfreich“ bis 4 = „sehr hilfreich“; Mehrfachantworten waren möglich). Die KlientInnen konnten in einer offenen Frage beschreiben, welche Aspekte sie für sich als besonders hilfreich und stützend erlebt hatten.

Abb. 20 Offene Frage zu besonders hilfreichen Aspekten (Mehrfachnennungen) (Abb. kreiert auf wordl.net)

Abbildung 20 verdeutlicht, um welche Aspekte es sich handelt. Je größer ein Wort erscheint, desto häufiger wurde der sinngemäße Inhalt oder auch explizit das Wort durch die befragten Personen in einer offenen Frage genannt.

Befragt zu verschiedenen Aspekten der Behandlung durch die Traumaambulanz, stimmten rund 92% der Aussage „Ich habe bei der Bewältigung meiner Gewalterlebnisse durch die Traumaambulanz Unterstützung erfahren“ voll und ganz zu. Über 80% der

39 befragten Personen stimmten den Aussagen „Die Unterstützung hat mir dazu verholfen, aktuelle Anforderungen (z. B. Straf- und Ermittlungsverfahren, Familie, Beruf) besser zu bewältigen“, „Ich habe wichtige Informationen erhalten“ sowie „Die Beratung/Therapie hat mir geholfen, mit den Folgen der Gewalttat besser umgehen zu können“ voll und ganz zu (Abb. 21).

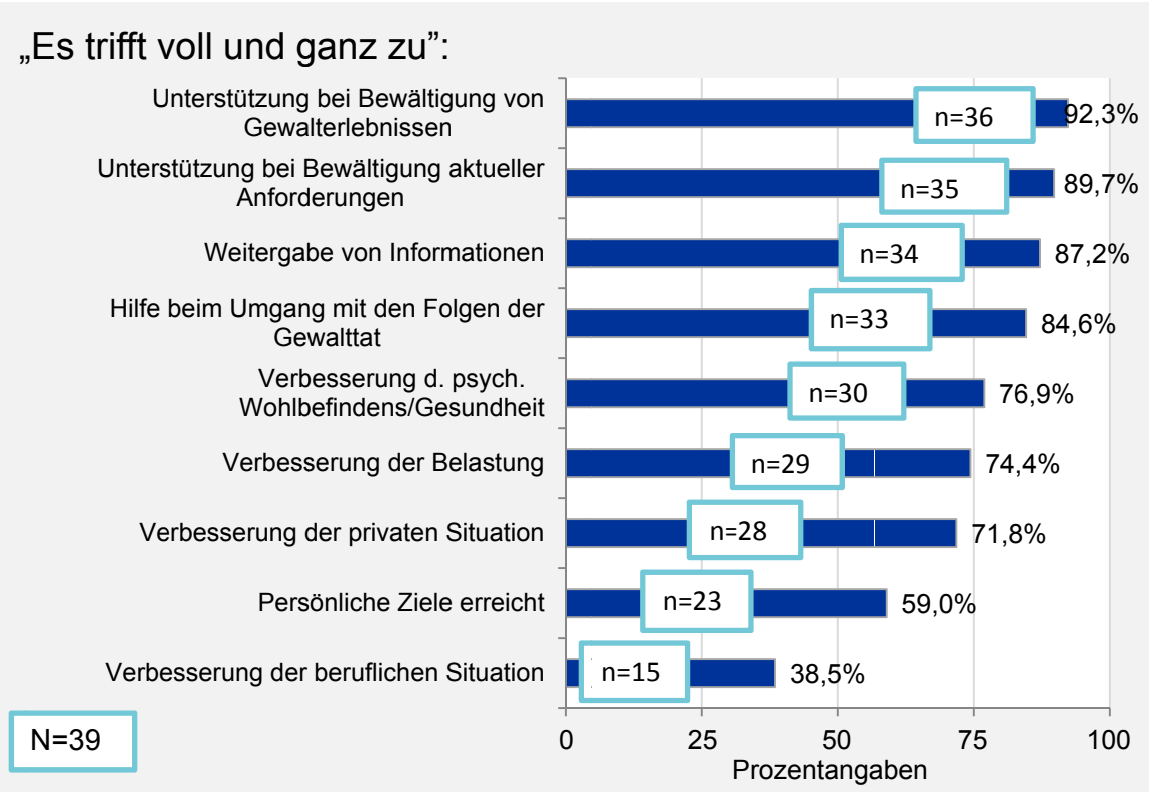


Abb. 21 Bewertung der Traumaambulanz nach verschiedenen Aussagen, hier nur „Trifft voll und ganz zu“, Antwortskala von 0 = „trifft nicht zu“ bis 3 = „trifft voll und ganz zu“

Es wird deutlich, wie positiv das Angebot und Wirken der Traumaambulanz eingeschätzt wird. Um einen genauen Einblick in das Antwortmuster zu erhalten, sei an dieser Stelle auf die Tabelle A2 im Anhang verwiesen. Wenn die befragten Personen keinen Therapieplatz in der Traumaambulanz bekommen hätten, wären sie retrospektiv betrachtet folgendermaßen vorgegangen (Abb. 22):

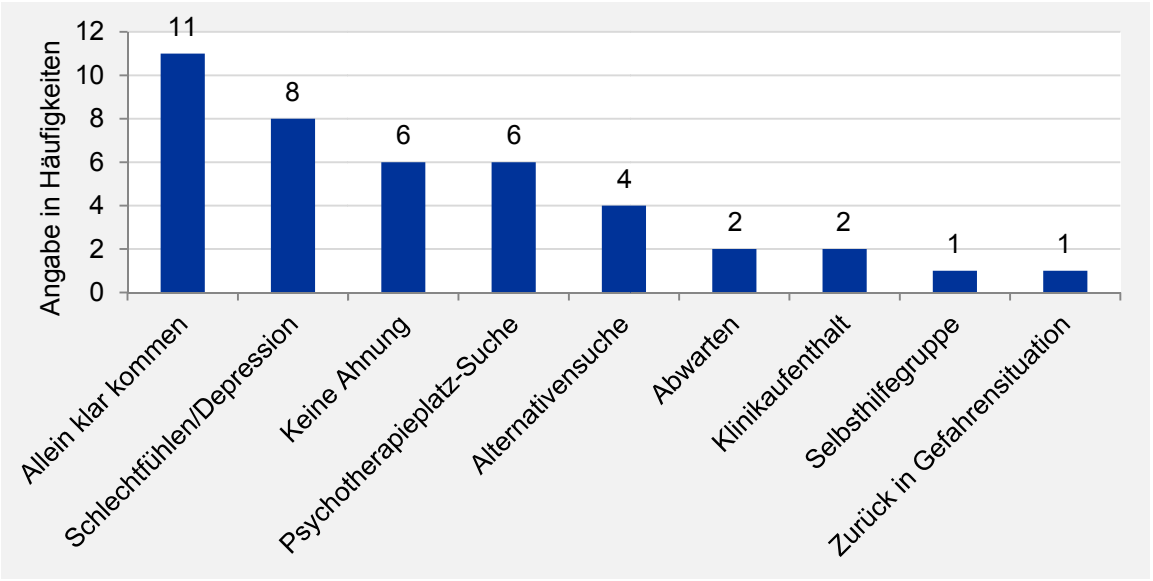


Abb. 22 Kein Therapieplatz? (Offene Frage)
(Antworten in Kategorien codiert, Mehrfachantworten möglich)

In der letzten offenen Frage bezüglich Ideen zur Verbesserung des Angebotes der Traumaambulanz wurden u. a. längere Betreuungszeiträume und die Nutzung von Spielen oder Bildern zur Visualisierung gewünscht. Auch wurde der Wunsch geäußert, die Vertrauensperson der betroffenen Person stärker in das Angebot mit zu integrieren. Das Resümee der befragten Personen war jedoch durchwegs sehr positiv.

5 „Aus meiner Ruine wird langsam wieder ein Haus“ – Ergebnisse der qualitativen Interviews

Aus der induktiven Kategorienbildung nach dem offenen und fallkontextualisierten Auswertungsmodus nach Mayring und Gahleitner (2010) stellte sich eine Nähe zu den zuvor angesprochenen Akutinterventionsvorschlägen bei Schmidt (2010) her. Entlang der Ergebnisse der Interviews können daher folgende Fragen mit den Aussagen der Interviewten beantwortet werden:

1. Ermöglicht die Einrichtung einen bedarfsgerechten und zeitnahen Beginn?
2. Arbeitet die Einrichtung parteilich, stützend-entlastend, ressourcenorientiert?
3. Wird in der Einrichtung eine bedürfnisgerechte Methodenflexibilität ermöglicht?
4. Wird das soziale Umfeld in die Behandlung einbezogen?
5. Ist die Einrichtung gut mit anderen professionellen Einrichtungen vernetzt?

5.1 Ermöglicht die Einrichtung einen bedarfsgerechten und zeitnahen Beginn?

Alle Interviewpartnerinnen[4] sind sich einig: Die erste Kontaktaufnahme mit der Traumaambulanz gestaltete sich völlig unkompliziert und unbürokratisch. „Ich habe geklingelt, und dann hab’ ich, glaub ich, ... sofort ein Gespräch von ein paar Minuten haben können, und dann habe ich relativ zeitnah einen Termin bekommen, und dann ging das auch ganz zeitnah, dass ich eben bei meiner Behandlerin gelandet bin, aber das war eben alles wirklich traumhaft schnell und prompt“, sagt eine der Therapieklientinnen. Die Interviewten betonen die Bedeutung dieser Niedrigschwelligkeit immer wieder positiv: „Das war ... für mich total wichtig, dass ich da jetzt erst mal da hingehen kann und nicht irgendwie ein Antrag an einen Gutachter geht ... und man dann auch noch warten muss, bis die Bewilligung durch ist und so“, betont die Therapieklientin kurz darauf im Interview. Die Interviewten empfinden die Niedrigschwelligkeit des Angebots als besonders bedeutsam in Bezug auf den Umgang mit den Bedürfnissen traumatisierter Menschen: „Aber ich würde auf jeden Fall sagen, ... es kann sein, dass da jemand kommt, und dann geht er wieder weg und dann in drei Monaten wieder, dass das hier auch möglich wäre. Weil es ja eben, ja eigentlich zu einer Traumareaktion auch passt, dass

[4] Anzumerken ist hier, dass nur Frauen an den qualitativen Interviews teilgenommen haben. Männer sind insbesondere deshalb schwerer zu erreichen, da der Status des Opfers nach wie vor gesellschaftlich tendenziell weiblich und somit negativ konnotiert ist. Hier zeigt die Einrichtung jedoch besondere Bemühungen, auch diese Zielgruppe zukünftig besser zu erreichen.

... sich das Opfer auch so verhält, so, und da habe ich das Gefühl, sind die wirklich sehr gut drauf eingerichtet, dass man da einfach kommen kann“. Eine Beratungsklientin erzählt: „Wirklich, ich konnte ja anrufen, wann ich wollte“. Diese Unkompliziertheit hebt sich offenbar sehr angenehm von bisherigen Erfahrungen mit dem Hilfesystem ab. „Da gibt es ja sonst so Einrichtungen, die dann ganz pikiert sind erst mal, wenn man sich nicht an das Prozedere hält ... . Ich fand das jetzt eher angenehm, dass ich das Gefühl habe, dass es hier eben nicht so ist“, betont eine weitere Therapieklientin.

Die prompte Hilfe durch die Einrichtung scheint nach Aussage der Interviewten insbesondere in der Situation als Gewaltopfer bedeutsam zu sein: „Das war sehr, sehr gut, dass das sofort geklappt hat und ganz zeitnah und wirklich ganz, sehr, sehr hilfreich war“. Die Niedrigschwelligkeit bezieht sich dabei nicht nur auf die zeitliche Verfügbarkeit, sondern auch auf die übersichtliche Vorgehensweise: „Also, ich finde nicht, dass man jetzt noch eine Gebrauchsanweisung braucht, sondern es ist, es erklärt sich von alleine“, betont die soeben zitierte Therapieklientin. Die Intervention wird zudem konsequent dialogisch geplant: „Ich fand eben auch das gemeinsame Besprechen des ... Vorgehens ... sehr angenehm und angemessen und hab’ mich hier ... immer sehr ernst genommen gefühlt“, erzählt sie weiter. Diese Grundstruktur der Einrichtung und die Ausstrahlung von Professionalität vermitteln den befragten Opfern von Straftaten dabei offenbar ein Gefühl einer umfassenden Sicherheit. „Man fühlt sich anonym, sicher und geschützt“, erzählt die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung. Auch eine weitere Therapieklientin betont: „Also, für mich war es wundervoll, das hier zu finden. Über Umwege, weil auf dem normalen Markt einen Termin zu bekommen, ... ist ganz schwer ... rund um Brandenburg. Hier in Potsdam angerufen, in Berlin schon ... . Und dann irgendwann habe ich mir gedacht, das kann nicht wahr sein ..., nach hundert Anrufen bei Psychologen hatte ich dann irgendwann aufgeben. ... Was ja, bei irgendeiner Sache, die vorfällt, wirklich wichtig ist, dass man sofort Hilfe bekommt. Also, daher war es wirklich sehr gut. Ja, mir wurde hier von Anfang an sehr gut geholfen“.

Die Interviewten betonen dabei mehrfach, wie hilfreich sich die Spezialisierung der Einrichtung auf Trauma für sie in ihrer Situation erweist: Eine der Therapieklientinnen erzählt: „Ich war wirklich total froh, hier zu sein, weil ..., das war wirklich auch ganz, ganz toll, dass sie eben hier auf so etwas spezialisiert sind. Ich hätte ja bei jedem Therapeuten mit meiner komischen Geschichte anfangen müssen, und dann ist das einfach so: ‚oh‘, und ‚was?‘, und ‚oh‘ und ‚krass‘ und so. Und das ist ja die volle super krasse geile große Geschichte. So. Und das war total super, dass ich hier das Gefühl hatte ..., das

ist schon okay, und das erzähle ich alles, aber es ist jetzt nichts, wo der andere denkt, so geflasht ist und immer dieselben Fragen. So dieselben Reaktionen ..., die sind empört und ‚da muss man jetzt alle verklagen' oder was weiß ich, irgendwelche eigenen Rache- und Mordgelüste und so weiter. Und das war, ... – da war ich wirklich total froh ... – auch eher ... speziell traumaorientiert". Diese und ähnliche Erfahrungen vermitteln den Klientinnen ein Gefühl des Aufgehobenseins und der Professionalität. Eine Interviewpartnerin sagt: „Es wirkte auch insgesamt ... sehr professionell und ... so, dass sich bei mir so das Bild entwickelt hat, ich bin hier gut aufgehoben ... . Es wirkt für mich so eben flexibel und trotzdem, ... aus einer Selbstverständlichkeit, aus einer guten Identifikation heraus". Auch eine der Beratungsklientinnen betont: „Das war von Anfang an gleich so ein Gefühl, ja, okay, das passt".

5.2 Arbeitet die Einrichtung parteilich, stützend-entlastend, ressourcenorientiert?

Auf der Basis dieses zeitnahen, fachkompetenten und bedarfsgerechten Angebots wird den Interviewten, so ihre Aussagen, genügend Raum geboten, um die in dieser Situation zentrale Themen zu strukturieren und zu bearbeiten: „Mir macht es dann auch konkret noch mal leichter, sich halt seine ganzen Pläne und Ziele, was man gerade tut und macht, das noch mal besser zu koordinieren und da auch Zeit für sich zu finden, also kucken, dass man irgendwie alles in einem gesunden Rahmen unterbringt, damit man irgendwie wieder zu Kraft kommt", erzählt die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung. Dass die Einrichtung dabei eine parteiliche Grundhaltung an den Tag legt, wird von den Interviewten mehrfach herausgestellt: „Dass ich da nur mit netten Leuten zu tun hatte, die viel Verständnis gezeigt haben, wo man sich auch keinen Kopf machen muss, dass man irgendwie an den Pranger gestellt wird oder sonst irgendwas. Na, und dass man hier auf jeden Fall auch Bescheid weiß, an welche Stellen man sich in welchen Situationen wenden kann, wenn man verzweifelt ist. Weiß man ja auch nicht genau, was sind die genauen Anlaufstellen, und das ist ja dann auch alles schwierig. Ja, und das ist auf jeden Fall total hilfreich für mich gewesen. Würde ich auch anderen so empfehlen", setzt die Klientin ihre Erzählung fort. Und sie resümiert: „Bin ich voll zufrieden damit. Passt im Moment so genau". In der weiteren Erzählung macht sie diese Aussage noch plastischer: „Man macht sich ja schon nackig", sagt sie, „und das war auf jeden Fall schon mal ganz wichtig, dass die beiden so freundlich und auch offen und verständnisvoll einfach sind und ... dass sie Erfahrung mit solchen Problemen und Schemata haben, die man dann halt irgendwie an den Tag legt. Und da fühlt man sich

halt auch gleich schon mal viel aufgehobener, weil man merkt ‚Hey, die wissen was sie machen'".

Psychoedukative Elemente bieten Halt und Sicherheit: „Ja, es ist schön, wenn einem jemand aufmerksam zuhört, sich da Gedanken darum macht. Und einem einfach sagt: ‚Hey, das ist normal und ok so. Das ist wichtig, das gehört dazu'. Und ja, es gibt einem Sicherheit zurück", erzählt die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung. Diese Eindrücke bestätigen auch die Therapieklientinnen. Eine der beiden sagt: „Ich finde das hier, ja, so offen, die erklären auch alles, was möglich ist usw. Und sind offen, also, bieten auch eine offene Atmosphäre, dass man Fragen stellen kann und Wünsche äußern kann, so ... wirklich eine gute Atmosphäre, find' ich. Das finde ich schon sehr wichtig". Erneut wird an dieser Stelle jedoch auf die Voraussetzung der Traumakompetenz verwiesen: „Dass es alles sehr freundliche und, finde ich, sehr gut geschulte Therapeuten sind, zu denen ich hier Kontakt hatte", sagt eine der Interviewten. Das wird auch daran deutlich, dass das Konzept ausdrücklich ressourcenorientiert angelegt ist, in der Therapie, der Beratung und der sozialpädagogischen Begleitung: „Aber wir haben halt wirklich nochmal auch meine Ressourcen erarbeitet, wir haben gekuckt, was stabilisiert mich, was ist mir wichtig, worauf kann ich mich verlassen, und was ist eine Basis. ... Das ist halt auch das wieder mit dem Wochenfeedback, dass wir so kucken, und auch mit der Wochenplanung, wo man sich dann auch daran festhalten kann, wieder Schemata, die irgendwie fest sind ... . Dass man sich so eine Strickleiter bastelt, an der man sich dann festhalten kann, wenn man Angst hat zu fallen", berichtet die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung.

Im Angebot der Einrichtung sind also auch konkrete psychoedukative und ratgebende Elemente enthalten. Eine Beratungsklientin antwortet auf die Frage, was ihr geholfen habe, ganz konkret: „Die Gespräche. Wie ich mich verhalten soll, wieso das so ist. ... Manche Sachen hatte ich gar nicht verstanden. ... Wieso habe ich das so z. B. gemacht? Wieso habe ich mit so einem Menschen zusammengelebt? Wir haben gemeinsame Kinder und so. Wieso? Wie habe ich das überhaupt geschafft, mit so einem Menschen zusammen zu sein? Und die Gespräche, ja ... . Da habe ich wirklich erst verstanden, was ... und wieso, ... jedes Gespräch war für mich, hm, ich glaube, das war für mich das Beste". Übungen zur emotionalen Stabilisierung ermöglichen den KlientInnen, in belastenden Situationen ihren Fokus auf das „Hier und Jetzt" zu richten. Eine Therapieklientin erzählt: „Na, z. B. hatte ich so Panikattacken ... in der Bahn, wenn Leute dabei waren. Und da fand ich eben diese Übung 4-3-2-1-0 sehr hilfreich. Wirklich. ... Am

Anfang habe ich es auch wirklich so gemacht, so richtig dieses, dass man so sitzt und kuckt und vier Sachen sieht und vier Sachen hört und vier Sachen spürt und dann weiter. Das ist mir auch sehr schwer gefallen, also, weil es wirklich so ganz verhaltensmäßig ist. ... Und, gut, ich mach‘ das jetzt nicht mehr so ganz konkret. Die Angstanfälle sind auch deutlich weniger und weniger schwach, nee, schwächer (lacht), weniger häufig und schwächer“. Im Resümee betrachtet, bewerten alle Klientinnen die persönliche und fachliche Kompetenz der Fachkräfte als sehr gut.

5.3 Wird in der Einrichtung eine bedürfnisgerechte Methodenflexibilität ermöglicht?

Die NutzerInnen der Einrichtung empfängt ein strukturiertes, jedoch auch flexibles Angebot. „Es fing halt wirklich so an mit den Gesprächen, was vorgefallen ist“, erzählt eine Therapieklientin, „dann dieses Tiefergehende, dass man das Ganze aufarbeitet, verarbeiten kann. Dann fand ich sehr gut die ganzen Übungen, die gemacht wurden mit mir. Also, einige Übungen sind auch in den ganz normalen Tagesablauf übergegangen. Weil, man stieß es ja nicht sofort ab, je nachdem, was vorgefallen ist. Es kommen ja immer wieder Situationen, wo es rauskommt. Wo man wieder damit in Kontakt kommt und alles, und ganz automatisch habe ich die Übungen drinnen. Also, es war wirklich eine super Hilfe von Anfang an“. Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit ihrer Traumatisierung, so eine Klientin in der sozialpädagogischen Begleitung, förderte ihre Problemakzeptanz und Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen: „Ja, dass es wirklich so alles passiert ist, dass man das akzeptiert und das halt nicht alleine. Da halt lernt irgendwie in seinem Leben, dann damit umzugehen, und dass man aber auch einfach mal Gefühle hier rauslassen konnte und weiterhin kann. Ja, und die rauslassen und auch einordnen und die verarbeiten und dann Woche für Woche ein bisschen weiter, das ist schon ganz gut“. Die kontinuierliche Reflexion der eigenen Entwicklung hilft dabei, auch ohne Traumaexposition, neue Kraft für sich zu finden: „Konkret unterstützen die mich jede Woche, indem wir ein Wochenfeedback machen, kucken, was ich schon geschafft habe ... . Und das gibt mir dann auch noch mal irgendwie Kraft, Sachen besser zu schaffen, und sie hilft mir auch, indem sie dann auch sagt, ‚Hey, komm, mach‘ dich nicht wieder fertig, setz‘ dich nicht so unter Druck’. Und, naja, mich so ein bisschen auch auf, was heißt so ein bisschen, holt mich auf den Boden der Tatsachen“.

Immer wieder wird deutlich, dass es die Flexibilität und methodische Breite ist, die bei den Interviewten gut ankommt: „Was mir sehr gut geholfen hat, was ich heute immer

noch anwende, das sind so diese Atemübung und diese Übung, um mein Gehirn abzuschalten. Einfach, um runterzukommen, gerade, wenn man die Person sieht, die einem etwas angetan hat, braucht man ja irgendetwas, um schnell wieder runterzukommen und sich zu entkrampfen, und die Übungen haben mir alle sehr gut geholfen. Und es waren nun wirklich die ganzen Gespräche, dass man sich auch die Zeit genommen hat, nicht so ganz genau auf die Minute geachtet, wie es vielleicht woanders gewesen wäre. Dass man auch nicht gesagt hat, so, es gibt nur fünf Sitzungen, sondern wir entscheiden dann wirklich spontan, so lange es geht, so lange ich die Hilfe brauche“, sagt eine Therapieklientin. Dabei wird jedoch auch auf die gegenseitige Passung geachtet: „Ich hatte wirklich das Gefühl, wir sind da auch wirklich passend und stimmig zusammengekommen … . Sie ist sehr offen und hat mir auch genug Platz gelassen, ich war jetzt auch kein einfacher, wo ich fand, so ein bisschen widerständlerischer Patient oder so“, erzählt die Therapieklientin weiter. Sie betont ihre widerständige Seite, da sie selbst als Professionelle im helfenden Feld tätig ist und eine psychoanalytisch geprägte Ausbildung durchlaufen hat. Gerade das Durchbrechen alter Muster empfindet sie, im Nachhinein betrachtet, jedoch als hilfreich: „Also fand das eben gut, ich bin halt eben eine einwöchige Frequenz nicht gewöhnt sozusagen ..., habe mich aber trotzdem ausreichend gut gehalten gefühlt, so. Und hatte dieses Gefühl, dass ich, falls was ist, hätt‘ ich mich dann noch melden können. Also, das war ganz klar da, so, dass das auch so war und dass es eben auch so was eine Begrenzung und so, was dann vielleicht auch letztendlich hilfreich war, weil es ja nicht immer sinnvoll ist, sich dann so hochfrequentig Stunden zu machen“. Und weiter: „Ich fand eben auch ... den verhaltenstherapeutischen ... Ansatz, die Achtsamkeit usw. und auch die Empfehlung, dazu noch irgendwie Literatur oder so, auch sehr ... gut präsentiert. So, im Sinne als Angebot ..., ich hab‘ mich auch nicht gedrängt gefühlt, sondern ich konnte das alles so dann in dem Tempo aufnehmen, in dem ich es aufnehmen konnte … . Das war eine gute Art …, also ein gutes Einfühlungsvermögen in das, was für mich da jetzt passt“.

Auch in der Traumaexposition fühlen sich die Therapieklientinnen ausreichend gestützt: „Das ist ein sehr wichtiger Bestandteil, da habe ich auch sehr heftig reagiert. Und fand mich auch da gut angeleitet und gehalten, so, obwohl das irgendwie, ja, krass war“, erzählt eine Interviewte. In ähnlicher Weise erlebt dies auch die andere Therapieklientin, betont aber auch die Gründlichkeit und Nachhaltigkeit: „Also, es wurde hier wirklich alles hochgeholt, aufgearbeitet in den ganzen Gesprächen“. Im Resümee erleben beide die Fokussierung auf verhaltenstherapeutische Grundsätze mit klaren Zieldefinitionen als eine konzentrierte, gut dosierte Bearbeitung der Traumathematik: „Es geht ja auch

so um das Trauma, so. Das ist ja auch eine Entgrenzung ..., die Kiste auch wieder zuzukriegen und zu sagen, es kann passieren, aber es passiert jetzt nicht jeden Tag“. In diesen schwierigen Phasen nehmen die Therapieklientinnen das gute Einfühlungsvermögen der TherapeutInnen ganz besonders wahr, da es sie vor Überforderung schützt: „Na, das in der Situation also, schon auch ein Interesse zu spüren war und ein guter, ein guter emotionaler Kontakt. Und eben auch eine deutliche Bezogenheit. ... Und ein guter Abstand von und auch wirklich ein gutes Feingefühl auch. An welchen Situationen das jetzt irgendwie angezeigt ist, noch ein bisschen weiterzugehen oder auch zu sagen, okay, machen wir da mal die Kiste zu, weil das jetzt zu rasant wird irgendwie“, erzählt eine der Therapieklientinnen. Eine andere erzählt: „Genau, nicht drängeln. Das war auch wichtig. Dass sie einfach nicht gedrängelt hat, sondern wirklich so geschickt von hinten herum, kann man so sagen, so hervorgeholt hat, was los ist. Dass man selber auch den Drang hatte, das dann schon zu erzählen. Und das war es auch. Finde ich auf jeden Fall, also, ich persönlich finde so etwas besser als ‚ich stürzte mich jetzt auf dich, ich stell dir die Frage, erzähl jetzt sofort‘. Es ist besser wirklich so von hinten herum, es geschickt hervorzuholen“. Hilfreich ist auch eine ausreichende Aufklärung über die Vorgänge. Die gleiche Klientin erzählt: „Was ich immer wichtig fand ..., sie hat mich informiert, ‚wir gehen jetzt tiefer, wir holen hoch‘. Also man wusste da schon, man kann sich darauf einstellen: ‚Ups, jetzt wird‘s noch mal schlimm, jetzt wird‘s noch mal schwierig’. Man durchlebt nochmal alles zu hundert Prozent. Aber da ... im Vorfeld die Information kam, fand ich jetzt, konnte ich mich besser darauf einstellen“.

Dieser behutsame Umgang sensibilisiert für das eigene Leben und seine Bedeutsamkeit. Eine Therapieklientin erzählt: „Also, ich denke viel intensiver nach, genieße das Leben viel, viel mehr. Weil ich ja weiß, oder wenn man erst mal mitbekommt, ja, es hätte zu Ende sein können, es wird intensiver, es wird besser. Und was ich von hier sehr dolle auch mitgenommen habe, sind zwei Übungen, die ich privat mache, wenn ich, ja, kurz davor bin, mich mal wieder aufzuregen, weil irgendwas nicht so läuft. Die wende ich automatisch an, ganz automatisch, manchmal bekomme ich das gar nicht mit, dass ich das gemacht habe, aber manchmal kriegt man das ja dann doch mit, und dann: ‚Oh, ja, sie sind drin, sie sind automatisch, sie sind in den Alltag mit übergegangen, und sie helfen mir‘ ... . Also, ich gehe nicht mehr ganz so schnell von null auf hundert, sondern es dauert länger, oder manchmal auch komme ich gar nicht bei hundert an, sondern bleibe bei 80 stehen, weil dann automatisch mein Körper sagt: ‚So, jetzt musst du kurz was machen’. Man nimmt‘s mehr wahr alles, und der Körper reagiert besser, finde ich, nach der Therapie. ... Und da, in dem Punkt bin ich auf jeden Fall gewachsen ..., dass

man stärker ist, dass man sich dem auch stellt.“ Bei dieser Art von Vorgehen erschließt sich offenbar eine Reihe veränderungsrelevanter Momente, die genutzt werden können und nicht nur auf der Systemebene spürbar für Verbesserung sorgen. Eine Klientin erzählt davon, wie sie Denkfehler auffindet und diese bewusst verändert: „Dass ich dann einfach daran denke, so: ‚Halt, nein, halt, sie hat gesagt, und da hat sie ja auch schon recht. Stopp, das ist gerade dumm, was du denkst und wie du denkst und das ist destruktiv’. Also, weil man merkt, dass man Gedanken hat, die nicht gut für einen sind, dass man sich da auch noch mal gezielter auf die Finger haut und anders denkt. Und man weiß ja dann auch, man kann hier herkommen und darüber reden“. Diese Möglichkeit betonen alle Klientinnen einstimmig: „Aber ich weiß, und dieses Gefühl habe ich in mir, wenn da irgendetwas passiert, kann ich immer herkommen. Und dass das immer so bleibt. Und auch die Gespräche über das Telefon, manchmal nur ein paar Wörter, und das reicht mir schon“, berichtet eine der Beratungsklientinnen.

Eine hohe Feinfühligkeit und Sensibilität der Mitarbeiterinnen im Umgang mit den Problemen nach der Gewalttat und in der Arbeit mit dem Trauma werden auch von den anderen Interviewten betont: „Und merken auch einfach schnell, wenn was nicht gut ist und wenn es einem mit was nicht gut geht und haken da dann auch immer mit der genau richtigen Dosis an Stärke, sage ich mal, dann nach. ... Das ist auf jeden Fall gut und wichtig und hat mir gut getan ..., gerade wenn man in so einem sensiblen und zerbrechlichen Zustand ist, wo man, also, ich war ja ganz kaputt. Und naja, ich bin auch jetzt noch ziemlich kaputt, aber so, dass man sich fühlt, als könnte einen der kleinste Wind umwerfen, und da muss nur irgendein kleines Ding im Alltag schiefgehen, und sofort ist man der letzte Depp, der sowieso nichts hinkriegt. Und das kommt wieder hoch. Und ja, da braucht es, denke ich zumindest, schon Leute, die da auch vorsichtig und sensibel damit umgehen und einen auch nicht dann zu Sachen nötigen, die man nicht will. Das hat man eh schon gehabt. Das braucht man nicht noch mal. Ich glaube, das ist es auch einfach“, erzählt die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung. Auch eine der Beratungsklientinnen betont: „Sie hat mir da wirklich, also wir sind sehr, sehr ins Detail gegangen auch, ... und in Worte gefasst, die mir auch tief reingingen ... einfach um vieles wieder hochzuholen, warum es so war, warum ich so denk‘, warum ich so fühle, weil auch Gefühle mit im Spiel waren ... . Und wir haben auch immer wieder Pausen eingelegt, über andere Themen ... gesprochen, dass ich eben immer wieder runterfahren konnte. ... So, immer da halt Stück für Stück uns vorgearbeitet“.

Dazu muss das Personal einiges aushalten können – auf dem Boden solider Fachkompetenz: „Also, ich habe das Gefühl“, erzählt eine der Therapieklientinnen, „sie konnte jeder meiner Reaktionen, die man ja im Gespräch irgendwie richtig hervorholt, konnte sie sehr gut aushalten. Sie hat mir auch nie das Gefühl gegeben, das ist jetzt überhaupt nicht angebracht, meine Reaktion, oder meine Worte sind nicht angebracht. Sondern, wenn ich jetzt selber das Gefühl hatte, so bin ich nicht, so kenne ich mich gar nicht, da haben wir auch darüber geredet. Wir haben das dann wirklich so analysiert, warum ich jetzt denke, das ist falsch, das ist nicht angebracht, jetzt so zu denken oder so zu reagieren. Also, sie hat wirklich alles ausgehalten, ja. So ziemlich alles, was war ..., von Wut über Tränen ..., dann wieder Wut zu Hass, dann zu absoluter Tiefe, Niedergeschlagenheit, und sie hat mich aber immer wieder mit ruhigem Reden und Hinterfragen wieder rausgeholt und hat mir dann gezeigt, es ist völlig egal, wie ich reagiere, manches ist halt wirklich auch richtig normal“.

5.4 Wird das soziale Umfeld in die Behandlung einbezogen?

Die Traumabehandlung entfaltet nach den Aussagen der Interviewten eine sehr umfassende Wirkung: „Meine Lebensumstände wurden alle berücksichtigt, auch bei der Terminabsprache. Ja, es wurde wirklich komplett alles mitberücksichtigt“, sagt eine der Therapieklientinnen. Eine andere Interviewte sieht dies ähnlich: „Ich habe schon das Gefühl, es ging um mein ganzes Leben“, sagt sie. „Es geht ja auch um mein ganzes Leben. Und da habe ich schon das Gefühl, da ist alles auch mit eingeflossen ..., sowohl privat als auch beruflich als auch mit, genau: Kind, Kinder, die hier sind, und mit alten Kontakten und wie ich mit ihnen umgehe, Freunde, Familie und so. Ja, überhaupt ein neues Leben finden. So, mit neuen Leuten und neuen Sachen, die ich mache, und, genau: auch Abschiednehmen von dem, was ich einfach so abschneiden musste“. Für einige der Interviewten entsteht daraus ein neues Lebensgefühl: „Es ist eben sehr viel mehr im Hier und Jetzt“, sagt eine Interviewte lachend, „fühlt sich richtig an“. Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass das soziale Umfeld sich bei den meisten KlientInnen durch das Trauma drastisch verändert hat. „Das waren echt ganz fiese Momente des Alleinseins. Und, genau, wenn ich darüber rede, kriege ich auch schon wieder Angst. Und da, für so was wünsche ich mir dann, dass da jemand ist. Und das war wunderbar, weil ja eigentlich, weil die Therapeutin die einzige war, mit der ich richtig offen reden konnte“, sagt eine der Therapieklientinnen. Der Weg aus der Einsamkeit wirft eine Reihe von Problemen auf, die es zu überwinden gilt: „Es ist hilfreich ..., dass ich jetzt natür-

lich mehr oder nur noch mit den Leuten zu tun habe, die damit umgehen können. Es sind erschreckend wenige, es ist natürlich schön, dass man die blöden losgeworden ist, aber das war jetzt eben auch eine sehr außergewöhnliche Situation ... . Und war vorher ein optimal vernetztes Wesen und jetzt nicht mehr. ... Ich hab hier in den Stunden natürlich gute Gelegenheit gehabt, mir meinen Umgang mit den anderen anzukucken. Und da war es sehr hilfreich, und da waren auch die Interventionen sehr hilfreich“.

Manche der Klientinnen kommen auch als Paar oder Familie in die Traumaambulanz. Als Angebot bekommt jede(r) Betroffene dann eigene Termine. Eine Therapieklientin erzählt: „Wir waren ja zu zweit, denen das passiert ist. Und mein Partner war auch hier in Behandlung. ... Meine Mutter hat sich jetzt hier nicht gemeldet. Sie kennt mich lange genug. Sie hat dann auch gemerkt, dass es mir hier wirklich gut geht. Also, dass es hilft. Sie hat es dann auch eingesehen, dass ich, dass sie bei mir nicht weitergekommen wäre. Also, sie fand das auch wirklich toll, was ich immer so erzählt habe, was wir gemacht haben, was passiert ist, wo wir jetzt wieder stehen. Und sie hat dann gemerkt, dass ich Stück für Stück wieder aufgebaut werde“. Eine Klientin, die nach einer Vergewaltigung in die Beratung kam, berichtet, wie hilfreich sich die Beratung auf ihre Partnerschaft auswirkt: „Ich habe halt auch wieder eine Lebenspartnerschaft und ... kann da auch viel besser mit umgehen. Am Anfang war halt immer so ein bisschen dieses, ja, Abwehr. ... Weil ich auch diese Schuldgefühle nicht mehr habe“. Das interdisziplinäre Angebot wirkt sich sichtlich auf die Lebensqualität der KlientInnen aus: „Bevor ich hergekommen bin, war ich eigentlich sehr weit unten. Ich hatte zu nichts mehr Lust. Mich hat nichts mehr interessiert. Ich hatte keinen geregelten Tagesablauf mehr. Ich war ja dann auch zu dem Zeitpunkt schon krankgeschrieben, bin nicht mehr arbeiten gegangen. Ja, es war so null Interesse halt. So, und dann fing es Stück für Stück dann irgendwie so [an], dieses Aufbauen. Dann kam das Interesse wieder, doch die schönen Seiten des Lebens zu genießen, die Sonne scheint, raus mit den Hunden, so ungefähr. Wo wir so wieder Stück für Stück uns selber sagen ‚Du musst jetzt da was machen. Du musst aufstehen. Du musst raus. Du musst auch wieder allein bleiben können’. Also, ja. Mittlerweile bin ich so weit, dass ich, ich bleibe alleine, ich gehe alleine raus. Ich gehe auch alleine im Dunkeln wieder raus. Ja, bin arbeiten: Also, zum Ende der Therapien bin ich dann schon wieder arbeiten gegangen. Kann mein Leben wieder genießen. ... Also, ich bin wieder auf meinem alten Level“, schließt die gleiche Klientin ihre Erzählung.

Über die Gespräche fanden auch mehrere der befragten Klientinnen wieder zurück in den Arbeitsprozess: „Aber ich arbeite wieder, und das kann ich auch, also, Arbeit stabi-

lisiert mich auch ... . Ich hab' ja wieder eine Menge Kraft und krieg die Sachen auch bewegt, und das waren eben auch so, ja, lauter neue Erfahrungen, dass ich eben auch Sachen hinkriege", erzählt eine der Therapieklientinnen. Eine Beratungsklientin erzählt: „Auf der Arbeit ging es eben nicht mehr, weil der Täter halt dort auch tätig ist. Und deswegen hab ich dann aus gesundheitlichen Gründen auch die Kündigung eingereicht. ... Wurde dann hier so aufgebaut und bestärkt in meinem Vorhaben, mich selbstständig zu machen". Auch in der sozialpädagogischen Begleitung berichtet die befragte Klientin von umfassenden Verbesserungsprozessen in ihrem Leben, die sich auf ihr ganzes soziales Umfeld beziehen. In Krisensituationen stellt die Opferhilfe z. B. hinsichtlich ihrer sozialen Bindungen eine wichtige Absicherung dar: „Jetzt habe ich ja auch noch meinen Sohn. Der hängt ja auch an mir ... . Und das macht mich auf jeden Fall sicherer, dass da nichts Schlimmes passieren kann. Wenn ich weiß, irgendwas Schlimmes passiert eventuell, habe ich halt noch mal einen Fallschirm". Auch FreundInnen sind beruhigt, in der Opferhilfe eine sichere Anlaufstelle für sie zu wissen: „Also, tja, also meine Freunde sind auf jeden Fall auch beruhigter und glücklicher, wenn sie wissen, dass ich hierher gehe, an meinen Depressionen arbeite, da auf jeden Fall was mache. So, weil die merken auch einfach, mir tut das gut, einfach auch halt, dass ich mich hier schon mal dann aufgehobener fühle und weil es einfach, ich kann nicht irgendwie noch mal so wie früher abstürzen, weil ich hier hingehe". Die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung berichtet im Zuge dessen ein ganz konkretes Beispiel: „Hier habe ich z. B. auch öfter über Probleme mit einer bestimmten Mitbewohnerin geredet, die hat auch ziemlich krasse psychische Probleme, und da habe ich halt auch gelernt, wo ich wirklich auch auf mich selber aufpassen muss und nicht zu nett sein darf, sondern mich auch abgrenzen muss und sagen muss: ‚Stopp, bis hierher und nicht weiter'. Das war schon sehr anstrengend, und da hat mir das hier auch praktisch gut geholfen, wenn ich dann einfach noch mal die Situation so mit der Beraterin hier durchgegangen bin und überlegt habe, wo ich wie was anders machen könnte, damit es sich für mich besser anfühlt. Und das habe ich auch umgesetzt und eingehalten, und das hat funktioniert".

5.5 Ist die Einrichtung gut mit anderen professionellen Einrichtungen vernetzt?

Während einige der Opfer gute Erfahrungen mit der Polizei gemacht haben, fällt anderen der Kontakt trotz des Angewiesenseins auf gute Zusammenarbeit nicht leicht. Einer der Klientinnen z. B. fällt aufgrund biografischer Erfahrungen der Umgang mit polizeilichen Einrichtungen besonders schwer: „Naja, diese ganze staatliche Systematik, die

macht einem ja schon Angst, so. Auch mit Polizei, also ich ... hatte jahrelang Angst vor der Polizei, und von daher war das für mich eh noch mal eine ganz andere Nummer, da auch wirklich hinzugehen. Also, ich habe das auch, ich wurde z. B. auch mehrmals vergewaltigt in meinem Leben und bin nie deswegen zur Polizei gegangen, so, weil ich da einfach, ja, damals war ich auch noch gar nicht so weit, mich damit zu konfrontieren. Ja. Ob ich das heute machen würde, ja, heute würde ich das machen und zur Polizei gehen. Aber damals konnte ich das halt nicht. Und ich hatte ganz lange ganz doll Angst vor der Polizei, und das ist halt noch nicht weg“. Gemeinsam mit der Einrichtung gelingt es ihr jedoch, erste Schritte in der Zusammenarbeit mit der Polizei zu machen: „So, und hab‘ dann auch mit ihr zusammen ... mit Polizei und Anzeigen und Anwaltskontakten aufgenommen und habe mich dann nach langem Hin und Her für eine Anwältin entschieden. ... Die hat mir halt auch schon mal Mut und Kraft gegeben, auch einfach mal alles, was mir passiert ist, aufzuschreiben, damit ich eine Timeline habe, mit der ich mit der Polizei arbeiten kann, und auch, um damit selbst fertig zu werden. Und das war wirklich toll, da hat sie mir auch ein paar Mal geholfen. Also, ja, war praktisch halt für diesen ganzen Rechtskram echt gut und auch für mich bis heute“.

Die Einrichtung stellt also für die KlientInnen nicht nur eine sichere Anlaufstelle bei Problemen dar, sondern auch eine wichtige Verbindung hinein in die Vernetzung und Kooperation mit anderen relevanten Einrichtungen zur Opferversorgung. Viele der KlientInnen haben ja auch bereits vor der Straftat eine Reihe traumatischer Lebensereignisse erfahren: Die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung erzählt: „Ich habe ja auch immer die Angst, dass ich wieder rückfällig mit diesen ganzen harten Drogen und Alkoholscheiß werde. ... Und da bin ich auch noch mal froh, dass ich irgendwie, wenn irgendwas bei mir psychisch kritisch wird, dann weiß ich, ich habe eine Anlaufstelle ..., und die kennen ja dann auch wieder und haben ja dann auch wieder Connections“. Für sie und einige andere spielt dabei die Möglichkeit der persönlichen Begleitung auf Amtswegen während Krisensituationen eine wichtige Rolle: „Ja, also, die hatten auch angeboten mitzukommen, aber ich bin ja dann auch ein Dickkopf und will Sachen alleine hinkriegen ... . Aber, also, ich glaube, wenn noch eine ganz bestimmte Gerichtsverhandlung ansteht, wo es auch um meinen Sohn geht und Sorgerecht noch mal Sachen, da würde ich dann, glaube ich, auch gerne das Angebot wahrnehmen, dahin auch begleitet zu werden. Ja, ist halt schön zu wissen, dass man das angeboten kriegt und auch hier noch mal darüber reden kann“. Auch die Weitervermittlung zu einem passenden therapeutischen längerfristigen Angebot wird in der Traumaambulanz gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen der Einrichtung vorbereitet. „Also, wir suchen zu-

sammen [einen] Therapieplatz, haben schon erste rausgesucht, telefonieren die zusammen ab und kucken. Weil, das braucht ja auch, bis man erst mal den geeigneten Therapeuten wirklich gefunden hat. Bis da erst mal ein Platz frei ist. Und auch, um erst mal das zu überbrücken, so einfach, damit man wirklich eine Sicherheit an der Hand hat und nicht wieder in totale Depression verfällt oder absoluten Burn-out und Lethargie und ganz schlimmes Down. So, mir hilft das auf jeden Fall, dass das nicht mehr passiert“, sagt sie abschließend.

Dass man wiederkommen kann und wieder ebenso umfassende Hilfe erhält, wirkt auch als Prävention vor sequenzieller Traumatisierung. Eine Therapieklientin erzählt: „Es gab ja dann eineinhalb Jahre später noch einen zweiten Vorfall. Ich habe dann sofort hier wieder angerufen und: ‚Ja, wenn wieder ein Gerichtstermin ist, wie sieht es denn aus?’ Dass ich halt, da brauchte ich dann auch wieder zwei, drei Gespräche noch mal, um da wieder rauszukommen aus meiner Starre. Aber wunderbar, sofort. Ohne Diskussion, gleich geholfen wieder“. Die Einrichtung ist auch mit weiteren Einrichtungen und Ambulanzen vernetzt, die Opfer von Straftaten an die Traumaambulanz verweisen. Eine Beratungsklientin erzählt: „Das waren die Ersten, wo ich mich hingewandt hatte, und dann war ja auch gleich die Kontaktaufnahme mit der Beraterin und gleich der erste Termin war super. Ich hab mich sehr wohl gefühlt ..., sie hat mich auch gleich aufgefangen und hat mich aufgebaut, also über die ganze Zeit hinweg seit letztem Jahr März. Also mir hat es persönlich sehr viel gebracht, aus dem Grund, weil sie eben mich stabilisiert hat. Ich habe mir am Anfang die Schuld gegeben für alles, sie hat es geschafft, meine Psyche, mich jetzt wieder aufzubauen und dass ich jetzt sag’, ‚okay, du warst nicht schuld. Schuld ist derjenige, der Täter‘. Und familiär ist es dadurch auch viel stabiler wieder geworden, weil ich dadurch auch selbst wieder, ja, stabiler bin. Und die Gespräche an sich waren sowieso sehr aufbauend, weil von der Kindheit her auch schon viel in der Hinsicht schief gelaufen ist, und deswegen, ja, also, ich bin einfach sehr dankbar, dass es die Opferhilfe gibt. ... Also vorher war ich wirklich psychisch und körperlich richtig am Boden und ... auch gesundheitlich total angeschlagen, war permanent krank. Ich hab‘ jetzt einen Arbeitsplatzwechsel gemacht, ich hab‘ mich jetzt selbstständig gemacht ... . Also, es ist auf jeden Fall viel, viel besser wie vorher. Dank der Opferberatung auch. Weil ..., ja, ich wurde halt einfach bestärkt in meinen Sachen“.

Die Einrichtung kann also offenbar vor Ort ein umfassendes Angebot bereitstellen. Durch die interdisziplinäre Ausrichtung bereits innerhalb des Kernteams kann ein großer Teil der Bedarfe innerhalb der Einrichtung angeboten werden. Es ist diese Hilfe aus

einer Hand, die von den KlientInnen als äußerst entlastend erlebt wird. So arbeiten z. B. Prozessbegleitung und Beratung Hand in Hand: „Und das find‘ ich auch sehr gut, weil, ich meine, die Angst ist trotzdem da, den Täter wiederzusehen, ist klar. Und das ist klar, dass man dann auch wieder Angstzustände bekommt und so, und deswegen ist es mir ganz wichtig, dass jemand dabei ist ..., eben prozessbegleitend. Dass ... da wirklich mir jemand an der Seite steht, außer meinem Anwalt, ... der dann auch ... wieder mich runterbringt, wenn. Weil ich bin sehr emotional, und ich denk‘ mir, das wird dann auch über mich kommen. Ist ja alles wieder da, und, ja, also, Angst ist schon da, vor dem Prozess, aber ich weiß ja, dass ich begleitet werde und gut begleitet werde, und deswegen denk‘ ich, dass das alles gut wird. Ich hab‘ mit der Beraterin auch schon über den Prozess gesprochen. Sie hat mir auch erklärt, wie so ein Prozess abläuft. Wir haben jetzt vor, auch noch mal ins Gericht zu gehen, dass ich mal weiß, wie das direkt ist. Halt in so einem öffentlichen Prozess, dass ich dann da zuschauen kann. Und ... sie hat mir alles erklärt, was da besprochen wird, und, ja, gut, dass es auch hart werden kann“, erzählt die Beratungsklientin. Dies bestätigen auch Klientinnen, die das bereits hinter sich haben: „Und was ich auch sehr gut finde, diese Gerichtsbegleitung, bei Gerichtsterminen. Also die beiden Mitarbeiter, die ich kennengelernt habe, waren sehr gut, strahlen auch eine unheimliche Ruhe aus, was wichtig ist. Ja, und es war dann wirklich so, man konnte nach der Gerichtsverhandlung noch mal herkommen, wenn Probleme waren. Es wird einem immer wieder gesagt: ‚Wenn irgendetwas ist, melden Sie sich’. Also, so dieses Gefühl: als Mensch ist man wichtig, das hilft auch ungemein“, beschreibt eine Therapieklientin das umfassende interdisziplinäre Angebot der Opferhilfe. Auch die anderen Klientinnen berichten ganz ähnliche Erfahrungen des Aufgehobenseins und der fachkompetenten Begleitung auf verschiedenen Handlungsfeldern. Sie betonen die verschiedenen fachlichen Hilfeangebote als ‚aus einem Guss’, also ‚aus einer Hand’. Gerade in einer sensiblen Phase nicht weitergeschickt werden zu müssen, erleben die Betroffenen als sehr entlastend.

5.6 Resümee: Was bedeuten diese Aspekte für die Wirkung der Hilfe?

Alle Interviewten betonen einstimmig, dass sich ihr Befinden seit der Kontaktaufnahme zur Traumaambulanz stark verbessert hat: „Also, vor drei Monaten noch ging es mir richtig, richtig schlecht, und ich habe so viel geweint, und das ist heute schon wesentlich besser. Also, vor drei Monaten hätte ich das jetzt so mit Ihnen auch noch nicht machen können. Und das hat mir definitiv Halt gegeben hier. Es hat mich stabil gehalten,

und es hat mir auch echt geholfen. ... Mir geht es da wirklich schon viel besser“, erzählt die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung. Durch die Unterstützung bei der Traumaambulanz hat sich vor allem ihr Selbstwertgefühl verbessert: „Also, bei mir fing ja eigentlich jeder Tag schon so an, bin morgens aufgewacht und habe geweint, weil das alles zu viel für mich war und, ja. Ich habe z. B. auch Panikattacken, so in der Öffentlichkeit mit Herzrasen und Schwitzen und ganz peinlich und blöd, kriegt zum Glück keiner wirklich mit, also, ich kann das gut überspielen, aber ja, das ist auf jeden Fall auch schon mal wieder besser geworden. Ich bin einfach nicht mehr so unsicher ..., mein Selbstwertgefühl ist auf jeden Fall wieder besser geworden“. Diese Fortschritte bewirken auch mehr Sicherheit im Umgang mit ihrer persönlichen Situation: „Und da helfen mir auch wirklich die Gespräche, dass mir ein bisschen den Kopf wirklich geraderückt an manchen Stellen und mir auch einfach zuhört. Und auch die Gewissheit, dass andere genauso hier sitzen und sich dieselben Fragen und dieselben Selbstzweifel an den Kopf knallen, und ja, einfach, wenn man dann auch merkt, man folgt einfach einem Schema, das normal ist, und so sind nun mal die psychischen Abläufe der Verarbeitung, so können die laufen, das gibt einem auch schon mal Halt und Sicherheit ... . Es ist einfach gut. Ja“. In ähnlicher Weise erzählt eine der Beratungsklientinnen: „Also, ich habe mein Selbstbewusstsein, glaube ich, wieder bekommen. Ja, früher, früher war das schon, ja, war ganz niedrig, aber nach ein paar Wochen war es schon besser ... . Ich weiß, dass ich ein starker Mensch bin, dass ich kämpfen kann, dass ich das schaffe, wenn ich will. ... Das ist ja sehr wichtig, ja“.

Die Wirkung vermittelt sich dabei nicht immer nach einem Erwartungsschema. Einige Interviewte berichten auch davon, dass sie am Anfang Widerstände überwinden mussten, um über das Trauma sprechen zu können: „Am Anfang, glaube ich, war es für mich ein bisschen schwer“, sagt eine Interviewte. „Ich ... wollte aber auch nicht, weil, die Situation damals war so schrecklich für mich. Ich wollte überhaupt nicht über die ... schlimmen Sachen sprechen und so. Aber irgendwann, ja, wir haben da über ein paar Sachen gesprochen, also rausgezogen, was ich unbedingt wissen möchte. Wieso ... habe ich mich damals so verhalten? Und dann, ja, ich konnte über alles eigentlich sprechen. War mir eigentlich nie, also, ich glaub, ja, wirklich über alles“. Insbesondere mit Ängsten lernen die Interviewten besser umzugehen, auch in Bezug auf viele Alltagsaufgaben. Die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung berichtet: „Z. B., was meine rechtliche Lage angeht, da war ich ganz doll fertig und hatte Angst. Und heute habe ich schon mein Gerichtsurteil ... zugunsten von meinem Sohn. Alleine das durchzustehen, wo ich auch solche Angst vor so höheren Instanzen habe oder hatte, da hat mir

das auch total geholfen ... . Und ja, genau, dann habe ich auch mit meinem Konto und Geld mehr praktisch geklärt, wenn wir bei so was sind, und habe auch noch genauere Vorstellungen davon, wie das jetzt bei meiner künftigen Wohnungssuche abläuft. Und habe da auch schon mal zwei tolle Mitbewohner jetzt gefunden ... . Habe da auch schon mal den Fortschritt auf jeden Fall gemacht, dass ich jetzt konkret weiß, was ich wie suche und danach suchen kann, und weiß, damit kann ich dann auch später leben, und ja, dass das auch alles wieder läuft“, erzählt die Klientin aus der sozialpädagogischen Begleitung.

Auch KlientInnen, die die Therapie noch nicht abgeschlossen haben, empfinden sie bereits als hilfreich. „Ich bin eben jetzt noch nicht solange da, und dafür ist schon ganz viel ganz toll, aber noch lange nicht alles an einem Punkt, wo ich jetzt sage, so kann es bleiben, so absolut alles auf dem richtigen Weg. Und da glaube ich, hat es sehr wohl auch einen ganz großen Einfluss zum Teil die Stunden hier. Aber das dauert schon noch eine ganze Weile, bis das dann wieder normal ist oder so“, sagt eine der Therapieklientinnen. Die Traumaambulanz ermöglicht den Interviewten also offenbar eine zielgerichtete Bearbeitung ihrer Traumatisierung: „Und hier werde ich angemessen da auch wirklich aufgenommen, wo ich gerade bin. So, ich möchte jetzt niemanden, ja, so, es ist ja eben die voll krasse Geschichte, ich möchte jetzt niemanden erst mal dahin führen müssen. ... Das ... hat hier wirklich einen super professionellen und super guten Eindruck gemacht. So, dass es mir dann ganz leicht war. Ich glaube, sonst hätte ich sehr viel länger rumgeeiert“, erzählt eine andere Therapieklientin. Auch das Ende wird angemessen vorbereitet: „Und auch jetzt ... mit dem zu sagen, ‚so, jetzt sind die Stunden zu Ende‘ ..., es ist einfach auch gut, glaube ich, auch gut geführt. ... Ausreichend früh drauf hingewiesen, dass es ja um ein Ende geht und so“. Eine weitere Interviewte erzählt: „Die letzte Übung, so ein abschließendes Ding, war gewesen, dass ich noch mal alles aufschreiben sollte von dem Vorfall, mir dann eine kleine Truhe suchen, die Geschichte da reinpacken und zumachen. So dieses abschließende Ende: Jetzt ist es abgeschlossen. Und das war wirklich noch mal so die letzte Hilfe. Also, es war dann wirklich so, ja, man schließt das wirklich weg. Es ist abgeschlossen, es ist gut. Außer eben halt diese zwei, drei Sachen, diese Triggerpunkte, die ja immer wieder kommen, aber da hat sie auch gesagt, das braucht Zeit. Das kommt wirklich, das macht die Zeit. Und das ist so, man glaubt es nicht, aber es ist wirklich so. Das wird besser alles“.

Auf diese Weise entwickeln die Interviewten Stück für Stück bis zu einem angemessenen Hilfeende wieder mehr ein Gefühl von Ganzheit, obwohl die Ausgangssituation

sichtlich schwierig war: „Die Albträume waren da, die Essstörung. Ich bin ja fast dran kaputt gegangen. Ich hatte nur noch 47 Kilo, und ... wo mich dann eine Ärztin schon einweisen wollte. Also ich glaub‘ nicht, dass ich es jetzt ohne die Opferhilfe so verkraftet hätte“, betont eine Beratungsklientin. Mehrere der Interviewten berichten, sie hätten durch die Hilfestellung wieder ihre Lebensqualität erreicht, die sie vor der Gewalttat hatten: „Na, bevor der ganze Mist mit meinem Mann passiert ist, da war ich ja mit meinem Sohn und noch anderen Kinder fast jeden Tag noch nachmittags im Wald Dämme bauen, Hütten bauen, Spuren lesen, klettern. Und wir hatten riesengroßen Spaß, und ich war ein kreativer und vielseitiger Mensch, war politisch aktiv und habe sogar mein Abi nachgemacht. Und jetzt mache ich gerade irgendwie gar nichts und bin völlig am Boden. Und ich will irgendwie wieder zurück und merke, es kommt langsam ... . Jetzt bin ich schon mal gefestigter, bin mehr da angekommen, bin wieder näher an mir dran ... . Also, weiß ich nicht, aus meiner Ruine wird langsam wieder ein Haus“, charakterisiert eine dieser Klientinnen ihren Weg in der Einrichtung.

6 Diskussion und Ausblick

Im Rückblick auf die gesamte durchgeführte Evaluation muss die Arbeit in der Traumaambulanz Potsdam entlang der erhobenen und ausgewerteten Forschungsergebnisse als äußerst positiv eingeschätzt werden. Betrachtet man in Anlehnung an die referierten Ergebnisse den Kernaspekt der Bemühungen in der Traumaambulanz, den Zeitverlauf der posttraumatischen Symptomatik der KlientInnen über alle Interventionen hinweg, zeigen sich signifikante Unterschiede vom Eingang der Messungen bis zum Abschluss und auch der Katamnese. Dies gilt nicht nur für alle Subskalen der IES-R, die Intrusionssymptomatik, die Vermeidungssymptomatik und den Symptomkomplex Hyperarousal, sondern auch für den General Symptom Index der SCL-90-R und weitere Kennwerte der umfassenden Symptomskala. Die unterschiedlichen Signifikanzwerte zum Sleeper-Effekt sind vermutlich auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen, abgesehen davon, dass für den Wert der Katamnese eigentlich lediglich gewünscht ist, dass die Symptomatik stabil bleibt. Auch die Zeitreihenuntersuchung gibt eindeutig Auskunft über den Aspekt, dass die Betroffenen nicht aufgrund der Wartezeit alleine Verbesserung erreichen.

Als noch erfreulicher erweist sich jedoch, dass über die Symptomreduktion hinaus eine viel breitere Form der Zufriedenheit der NutzerInnen der Traumaambulanz aus den Ergebnissen zu entnehmen ist. Befragt nach dem Angebot der Traumaambulanz – sei es in Bezug auf organisationale Aspekte oder aber das Beratungs- und Therapieangebot auf personeller Ebene –, sind ihre Rückmeldungen äußerst positiv: 92% stimmen der Aussage „Ich habe bei der Bewältigung meiner Gewalterlebnisse durch die Traumaambulanz Unterstützung erfahren“ zu mit der Kategorie „voll und ganz“, ähnlich hohe Werte ergeben sich zu dem Item „Die Beratung/ Therapie hat mir geholfen, mit den Folgen der Gewalttat besser umgehen zu können“. Eine der KlientInnen stellt im offenen Teil des Fragebogens zusammenfassend fest: „Ich hoffe, dass die betroffenen Frauen (Männer auch?) auf einfachem Wege von dem Angebot erfahren – denn ohne Wissen, dass es diese tolle Hilfe gibt, haben sie keine Chance, die Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Ansonsten habe ich keine Wünsche, es hat nichts gefehlt, ich bin befreit, die Hilfe war perfekt. Für die Zukunft und für alle Betroffenen hoffe ich, dass das Angebot bestehen bleibt.“ Die Tiefeninterviews mit den KlientInnen bestätigen diese Aussage und die Ergebnisse des NutzerInnenfragebogens durchwegs.

Natürlich müssen bei der Interpretation der Ergebnisse auch Grenzen im methodischen Vorgehen berücksichtigt werden. Psychosoziale Prozesse sind schwer quantifizierbar, ebenso schwer beschreibbar. Forschung in diesem Bereich muss daher mehrperspektivisch vorgehen und mehrere Herangehensweisen miteinander triangulieren, um möglichst viel Tiefe und Breite in den Ergebnissen zu ermöglichen (Flick, 2011). Die vorliegende Untersuchung kombiniert daher nicht nur qualitative und quantitative Untersuchungsmethoden, sondern auch innerhalb der beiden methodischen Herangehensweisen wurden mehrere Arten von Erhebungs- und Auswertungsarten herangezogen. Gerade aus diesem Grund ist es schwer machbar, zugleich auch noch ein Kontrollgruppendesign oder gar randomisierte Herangehensweisen möglich zu machen. Diese Probleme sind aus anderen Untersuchungen bekannt und konnten auch in der vorliegenden Studie nicht gelöst werden. Die multiperspektivisch erhobene Datenbasis stellt bisherigen Ergebnissen jedoch eine – trotz kleiner Stichprobe und nur wenigen geführten Interviews – große Variation von interessanten Ergebnissen an die Seite, die aufgrund der Triangulation dennoch Stabilität aufweisen und entlang bereits bekannter Ergebnisse Zusammenhänge zeigen, die Rückschlüsse auf die Wirkung früher Intervention ermöglichen und in zukünftigen Untersuchungen weiterverfolgt werden sollten.

Abschließend muss die Frage gestellt werden: Wie sind diese positiven Forschungsergebnisse zu interpretieren? – Teilweise findet man Parallelen zu den Antworten bereits in der bisherigen Forschungsliteratur. Personen, die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer PTBS nach einer Traumatisierung aufweisen, sollten idealerweise durch ein Screening schon vor der Ausbildung einer Störung identifiziert werden, resümieren Michael und KollegInnen (2006). Genau dies leistet die Traumaambulanz bei allen anfragenden KlientInnen. Auch ist aus der Literatur bekannt (ebenda), dass Menschen nach einem Trauma sehr unterschiedliche Ausprägungen traumatischer Belastungen entwickeln und formalisierte Interventionen nach einem Trauma nicht zweckdienlich sind. Die Indikation gestaltet sich zwar als nicht unproblematisch, denn nach wie vor existieren keine Kriterien, die eine Prädiktion erlauben würden (vgl. ebenda), aber sie spielt eine große Rolle. Diese Indikationsstellung scheint in der Traumaambulanz Potsdam äußerst gut zu gelingen und vor allem partizipativ angelegt zu sein. Dies belegen insbesondere die Einzelinterviews mit den Betroffenen selbst. Sie alle verknüpfen ihr positives Echo mit der Bedarfsorientierung der Einrichtung: „Na, ich finde das so schön, dass wir das auch so ziemlich nach meinen Wünschen und Bedürfnissen machen. Dass wir da auch richtig nachhaken, was mir genau gerade am wichtigsten ist“, drückt das eine Klientin aus. Das sei auch Konzept, betonen die Fachkräfte in der Gruppendiskussion:

„Und ich denke, dass ... man da so auch wahrnehmen kann von dem, was die Klienten rückmelden, ... dass wir ... auf die Bedarfe der Klientinnen eingehen ... . Das ist auch konzeptuell auch genauso vorgesehen."

Auch spielt der Faktor Zeit offenbar eine Rolle: Beobachtung bzw. Überwachung des psychischen Zustandes einer traumatisierten Person im Sinne eines Monitorings wird zunehmend mehr als Kernkriterium guter Hilfeleistung erachtet („watchful waiting"). Psychoedukative Elemente weisen zwar in Studien keine positiven Effekte auf (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003), werden jedoch von ExpertInnen vorgeschlagen. Sogenannte Screen-and-Treat-Ansätze in multidisziplinären Teams zielen darauf ab, Personen mit posttraumatischen Beschwerden schnell zu identifizieren und ihnen gezielte Interventionen anzubieten (Maragkos, 2006). Die qualitative Untersuchung ergibt viele Hinweise darauf, dass die Traumaambulanz Potsdam demgemäß einen zeitnahen Beginn, eine parteiliche, stützend-entlastende und ressourcenorientierte Arbeit und eine bedürfnisgerechte Methodenflexibilität – und vor allem eine bereits im Kernteam vorhandene interdisziplinäre Ausrichtung – ermöglicht. Dabei kommt es sogar zu Phänomenen, die als posttraumatisches Wachstum bezeichnet werden können. Eine der Therapieklientinnen erzählt: „Es gibt zwei Sachen, die ich jetzt nach der Therapie intensiver mache. Ich denke intensiver über mein Leben nach, kriege besser meine Reaktionen mit, wo man vorher eigentlich gar nicht so darüber nachdenkt. Ich sehe eigentlich nicht mehr alles als selbstverständlich an oder vieles, ... was ja im völlig normalen alltäglichen Leben halt selbstverständlich ist – man steht auf, geht arbeiten, das ist vorhanden, das ist halt selbstverständlich. Nein. Ich, ja, ich empfinde das wirklich intensiver alles. Habe mich selber besser kennengelernt, meine Reaktionen. Muss dann ... über manche Reaktionen manchmal schmunzeln".

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die angebotene Hilfestellung keineswegs auf positiv vorgebahnte Strukturen stößt, sondern eine Reihe von KlientInnen der Hilfe im Vorhinein eher skeptisch gegenüber steht. In ihrem Leben vor der Gewalterfahrung haben sie häufig keinerlei Kontakt mit psychosozialen Hilfseinrichtungen gehabt. Eine Klientin aus der Beratung erzählt: „Wie gesagt, ich wusste gar nicht, dass sowas überhaupt helfen kann ... . Als ich hierhergekommen bin, das war für mich einfach eine andere Welt ... . Es war wirklich ganz schlimm, weil, ich wusste nicht, was ich machen soll, was ich, wo ich bin. Und wirklich, also die ersten Gespräche waren sehr hilfreich für mich, und dann bin ich jede Woche, ich glaube, einmal die Woche war ich hier. Und jedes Mal habe ich mich, also, das war sehr gut, das hat mir wirklich viel geholfen. ... Jedes Mal

hatte ich so ein Gefühl, dass ich jemanden habe, der mir zuhören will und helfen will, und das hat wirklich funktioniert und hat wirklich geholfen. Ich wusste am Anfang nicht, wie ich mich verhalten soll, welche Entscheidungen soll ich treffen und so, und wirklich, das hat ein bisschen gedauert, aber ich bin sehr zufrieden. Wirklich, ich fühle mich, ich bin jetzt ein ganz anderer Mensch, ja. ... Und das war schon so, dass ich eigentlich nie geglaubt habe, dass solche Leute überhaupt helfen können. Man sieht also z. B. im Fernsehen oder so, man sieht, dass die Leute manchmal auf einem Sofa oder so liegen und einfach etwas erzählen, und hier war das wirklich alles ganz anders. Und ich hatte wirklich hier drinnen so ein Gefühl gehabt, dass das wirklich hilft. Das war für mich irgendwie ein Wunder, kann man so sagen. ... Ich war sehr zufrieden, ich bin sehr zufrieden. Nicht nur war, ich bin es immer noch“. Eine Therapieklientin bringt das Dilemma und seine Überwindung auf den Punkt: „Es war ja oder ist ja eigentlich immer ein bisschen so verschrien gewesen, zum Psychologen zu gehen, sowas überhaupt zuzugeben, wo ich dann aber auch hinterher gesagt habe ‚Ich sage mit Stolz, ich war da, weil, mir hat es geholfen.’ Wenn andere Leute den Weg nicht gehen wollen, weil sie halt vielleicht Angst haben vor Reaktionen von anderen, nein, ich nicht mehr ... . Also, es ist wirklich so: Ja, ich habe es gemacht, mir hat es geholfen, ich bin stolz darauf. ... Ich bin wieder auf meinem Level. Ich bin wieder da, wo ich vorher war. Ich muss das nicht verheimlichen. Ja, zwischendurch war es ja auch wirklich harte Arbeit, und da muss ich nichts verheimlichen“.

Es stellt sich die Frage, wie es den MitarbeiterInnen der Traumaambulanz gelingt, das anfängliche Misstrauen der KlientInnen zu überwinden. Eine Klientin beantwortet diese Frage folgendermaßen: „Naja, weil, da war dieses Vertrauen, glaube ich. Wir haben sowas aufgebaut, wie man, das ist ja so eine Art wie z. B., weiß ich nicht, wie Freunde, oder so. Wie gute Freunde. Man kann nicht über alles, also das sind meine Erfahrungen, aber ich glaube im Leben ist das so, man kann nicht, nicht über alles mit jeder Person sprechen und so. Und wir haben hier so ein Vertrauen aufgebaut. Und ich wusste, dass da jemand ist, der mich wirklich hören will und mir helfen will ... und deswegen vielleicht. ... Jedes Mal war ich so zufrieden, wenn ich hier rausgegangen bin. Dann habe ich gedacht: ‚Oh, ich fühle mich schon wieder leichter, irgendwie’“. Konfrontiert mit diesen Interviewaussagen der KlientInnen beziehen sich die Fachkräfte in der Gruppendiskussion auf den Beziehungsschwerpunkt im Konzept der Einrichtung. Die Leiterin der Einrichtung formuliert: „Dass wir ein gutes Beziehungsangebot scheinbar bieten und die Möglichkeit, hier nicht einfach nur irgendwelche Beratung in Anspruch zu nehmen, sondern auch ein Beziehungsangebot von uns gegeben wird und dass wir

also entsprechend derer Bedürfnisse und derer gesamter Lebenssituation auf sie eingehen, das scheint anzukommen. Also, dass wir das scheinbar doch gut vermitteln können und dass das so positiv dann auch rückgemeldet wird."

Offenbar gilt dieses Beziehungsangebot nicht nur für die Behandlungssequenzen selbst, sondern auch darüber hinaus. Eine Klientin erzählt: „Und das ist ja bis heute so. Ich weiß, wenn ich irgendwo, wenn da irgendwie etwas dazwischen kommt oder so, dann kann ich immer anrufen, einen Termin ausmachen, und ich weiß, dass ich nicht lange warten muss, und wenn das etwas Akutes ist, dann kann ich z. B. noch am gleichen Tag oder am nächsten Tag gleich vorbeikommen. ... Früher war das für mich eine andere Welt." Die Fachkräfte betonen dazu in der Gruppendiskussion: „Also, dass auch von der Konzeption her unsere Grundhaltung eine ist, in der wir den Klientinnen vermitteln möchten auf der einen Seite Sicherheit, also emotionale Sicherheit, wir möchten ihnen Halt und Sicherheit anbieten durch unsere Beratung, durch die Fachlichkeit, aber auch durch unsere, die Art und Weise, wie wir die Intervention setzen, und auf der anderen Seite ihnen die Selbstbestimmung und die Kontrolle wieder ermöglichen, die sie im Trauma verloren hatten, und das auf dem Boden der Anerkennung und Wertschätzung."

Als großes Plus der interdisziplinär angelegten Einrichtung erscheint die Möglichkeit, verschiedene Hilfeangebote innerhalb der Traumaambulanz ‚aus einer Hand' zu erhalten, und das daraus resultierende große Hilfespektrum wie auch die Tatsache, dass konsequent alle betroffenen Lebensbereiche der KlientInnen in die Behandlung einbezogen werden – und dies neben einer umfassenden Vernetzung mit anderen professionellen Einrichtungen. In der Gruppendiskussion äußert die sozialarbeiterische Fachkraft auf die Frage, was zu den positiven Evaluationsergebnissen beigetragen haben könnte: „Also, ich denke, dass das dem geschuldet ist ..., dass es ebenso ein bedarfsgerechtes Angebot ist, was wir haben. Wo viele verschiedene Bereiche zusammen abgedeckt werden können. Das denke ich, dass es den Klientinnen und Klienten noch mal einen anderen Halt gegeben hat, und von daher, denke ich, dass es dem geschuldet ist ..., dass es halt wichtig ist, unterschiedliche Angebote aus einer Hand zu kriegen." Die Psychotherapeutin greift diesen Faden auf und bezieht sich auf die Nachhaltigkeit des Angebots, „dass Effekte längerfristig auch aufrechterhalten bleiben. Und die Betroffenen ... katamnestisch und auch längerfristig was aufrechterhaltend Positives mitgenommen haben... . Und dass vieles auch Anwendung findet im Alltag, wenn auch vielleicht in veränderter Form oder auch nicht so ursprünglich im therapeutischen Gewand,

aber so passend, wie es für die jeweilige Betroffene oder [den] Betroffenen ist.“ Dies trägt offenbar maßgeblich zur Vermeidung einer sekundären Viktimisierung bei.

Kritik an der Einrichtung wird eigentlich nur in Bezug auf zwei Punkte geäußert: Die Einrichtung sollte bekannter sein und das Angebot ohne jede Zeitbegrenzung. Eine der Therapieklientinnen erzählt: „Bloß, man findet das nirgendwo so richtig, man wird nicht darauf aufmerksam gemacht, dass es sowas gibt. Also, ich habe es vorher nicht gewusst. Ich kannte es nicht, überhaupt nicht. Gut, man beschäftigt sich auch im normalen Leben auch nicht damit“. Auch eine der Beratungsklientinnen betont: „Deswegen muss das einfach noch mehr an die Öffentlichkeit, diese Opferhilfe, um zu sagen: ‚Wir sind da, wenn Sie es möchten‘. ... Einfach mehr Aufmerksamkeit ..., einfach noch mehr Aufmerksamkeit erregen, was das angeht, weil es einfach viele gibt, die sich einfach nicht trauen, irgendwohin zu gehen“. Auf die letzte Frage im Interview, was sie denn Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation nach dem Trauma empfehlen würden, antworten die Interviewten alle sehr ähnlich wie diese Beratungsklientin: „Einfach hierher kommen, um Hilfe zu kriegen. ... Die Leute hier ... sind sehr kompetent, und die wissen, wann und über was und wie sie sich verhalten sollen. ... Und über was und wen die sprechen sollen. ... Ich glaube, sonst könnte mir gar keiner helfen, auch kein Freund, keine Freunde, auch nicht meine Mutter, obwohl sie meine beste Freundin ist. Sie weiß von allem, da muss ich überhaupt nichts erzählen, über niemanden, weil sie weiß, wie das ist, und trotzdem hat sie sowas nicht. Also, sie kann mir da nicht helfen. Sie wollte, ... das ist mir klar ..., aber das funktioniert nicht immer. Deswegen ..., wenn da jemand z. B. kommt und ist gerade in genau so einer Situation wie ich damals. Also am besten hier vorbeikommen, weil die Leute wissen, was sie machen sollen und wie man sich verhalten soll“. Eine andere Interviewte sagt kurz und knapp: „Also, ich würde sofort die Telefonnummer weitergeben von der Traumaambulanz und würde ihr sagen ‚Ruf hier an. Schildere, was du hast, und hoffe darauf, dass du einen Platz kriegst‘“.

7 Literatur

ado – Arbeitskreis der Opferhilfen (2008). *Opferhilfestandards*. Berlin: ado. Online verfügbar: http://www.opferhilfen.de/Standards.pdf [26.02.2014].

ado – Arbeitskreis der Opferhilfen – Arbeitsgruppe Mindeststandards (2012). *Mindeststandards für die psychosoziale Begleitung (verletzter) Zeuginnen und Zeugen in Strafverfahren.* Berlin: ado. Online verfügbar: http://www.opferhilfen.de/ado_Mindeststandards.pdf [26.02. 2014].

Aguilera, D. C. (2000). *Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung* (Reihe: Hans Huber Programmbereich Pflege). Bern: Huber (englisches Original erschienen 1970).

AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden – AG Psychiatrie (2012). *Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin: AOLG. Online verfügbar: http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf [26.02.2014].

BBK – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.) (2011). *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien. Teil I und II* (Reihe: Praxis im Bevölkerungsschutz, Bd. 7). Bonn: BBK. Online verfügbar: http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/Band_7_Praxis_BS_PSNV_Qualit_stand_Leitlinien_Teil_1_2.html [24.02.2014].

Beerlage, I. & Helmerichs, J. (2011). Bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Leitlinien in der Psychosozialen Notfallversorgung. *Trauma & Gewalt, 5*(3), 222-235.

Bengel, J. & Becker, K. (2009). Psychologische Frühinterventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3., vollst. neu bearb. u. erw. Aufl.; S. 163-185). Berlin: Springer.

Berger, M. (2004). Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Fachs „Psychiatrie und Psychotherapie". *Der Nervenarzt, 75*(2), 195-204.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190*(2), 97-104.

Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., Nordanger, D., Orengo Garcia, F., Punamaki, R.-L., Schnyder, U., Sezgin, A. U., Wittmann, L. & Olff, M. (2010). TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a delphi process. *British Journal of Psychiatry, 196*(1), 69-74.

BKA – Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2012). *Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2011 Bundesrepublik Deutschland* (Reihe: Polizeiliche Kriminalstatistik, Aus. 59). Wiesbaden: BKA. Online verfügbar: http://www.bka.de/nn_242508/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pksJahrbuecherBis2011/pks2011,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pks2011.pdf [16.06.2015].

BKA – Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2013). *Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2012 Bundesrepublik Deutschland* (Reihe: Polizeiliche Kriminalstatistik, Ausg. 60). Wiesbaden: BKA. Online verfügbar: http://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2012/pks 2012 Jahrbuch,templateId=raw,property=publicationFile.pdf//pks2012Jahrbuch.pdf [16.06.2015].

Blumer, H. (1973). Der Methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethdologie* (Reihe: WV studium, Bd. 54; S. 80-188). Reinbek: Rowohlt.

Bollmann, K., Schürmann, I., Nolting, B., Dieffenbach, I., Fischer, G., Zurek, G., Bering, R. & Heuft, G. (2012). Evaluation der Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 58*(1), 42-54.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214-227.

Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.

Brom, D. & Kleber, R. J. (1989). Prevention of posttraumatic stress disorders. *Journal of Traumatic Stress, 2*(3), 335-351.

Büchner, C. & Franzke, J. (2009). *Das Land Brandenburg. Kleine politische Landeskunde* (5., überarb. Aufl.). Potsdam: Brandenburgische Landeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar: http://www.politische-bildung-brandenburg.de/publikationen/pdf/brandenburg.pdf [07.06.2015].

Bundesärztekammer (2004). *Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2004*. Berlin: Bundesärztekammer. Online verfügbar: http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.4123 [26.02.2014].

BPtK – BundesPsychotherapeutenKammer (2011). *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK*. Berlin: BPtK. Online verfügbar: http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie. html [26.02.2014].

BPtK – BundesPsychotherapeutenKammer (2012). *Schneller in psychotherapeutische Behandlung*. Berlin: BPtK. Online verfügbar: http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/schneller-in.html [26.02.2014].

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation. Foolowed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074.

Crefeld, W. & Gahleitner, S. B. (2010). Krisenhilfe heute – Struktur und Inhalt einer bedarfsgerechten Ausgestaltung. In W. Ortiz-Müller, U. Scheuermann & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (2., überarb. Aufl.; S. 36-47). Stuttgart: Kohlhammer.

Cullberg, J. (2008). *Krise als Entwicklungschance* (Reihe: edition psychosozial; überarb. u. erw. Neuausg.). Gießen: Psychosozial-Verlag (schwedisches Original erschienen 1975).

Deutsches Ärzteblatt (2015). *Psychiater mahnen Unterversorgung von Menschen mit Traumafolgestörungen an*. Online verfügbar: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62200/Psychiater-mahnen-Unterversorgung-von-Menschen-mit-Traumafolgestoerungen-an [07.06.2015].

Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung* (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 8). Göttingen: Hogrefe.

Essau, C. A., Groen, G., Conradt, J., Turbanisch, U. & Petermann, F. (2001). Validität und Reliabilität der SCL-90-R: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 22*(2), 139-152.

Etten, M. L. v. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 5*(3), 126-144. Online verfügbar: http://www.emdr.nl/acrobat/VANETT.PDF [07.06.2015].

Everly, G. S. & Mitchell, J. T. (2002). *CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen*. Wien: Facultas (englisches Original erschienen 1997).

Fischer, G., Becker-Fischer, M. & Düchting, C. (1998). *Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM)* (Reihe: Der Sozialminister informiert). Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.

Flatten, G., Bär, O., Becker, K., Bengel, J., Frommberger, U., Hofmann, A., Lempa, W. & Möllering, A. (2011). S2-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. *Trauma & Gewalt, 5*(3), 214-219.

Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung* (Reihe: Qualitative Sozialforschung, Bd. 12; 3., akt. Aufl.). Wiesbaden: VS.

Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis*. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.

Franke, G. H. (2013). *SCL-9®-S. Symptom-Checklist-90®-Standard. Manual.* Göttingen: Hogrefe.

Franke, G. H., Hergert, J., Petrowski, K. & Jagla, M. (2014). *Prüfung der Äquivalenz zwischen SCL-90®-S und SCL-90-R*. Vortrag beim 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) „Vielfalt der Psychologie" am 22.09.2014 in Bochum. Online verfügbar: http://www.researchgate.net/profile/Gabriele_Franke/publication/267886943_Prfung_der_quivalenz_zwischen_SCL-90__-S_und_SCL-90-R/links/545c81030cf2f1dbcbcb40eb.pdf [07.06.2015].

Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.

Gahleitner, S. B. (2005b). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern* (Reihe: Forschung psychosozial). Gießen: Psychosozial.

Gahleitner, S. B. (2010). „Ohne sie wäre ich sicher nicht mehr da ..." – Suizidalität, Komplextrauma und Beziehung. In W. Ortiz-Müller, U. Scheuermann & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (2., überarb. Aufl.; S. 308-319). Stuttgart: Kohlhammer.

Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B. (2013a). Gender – Trauma – Sucht und Bindung: Phänomenologie, Wechselwirkungen, Gegenstrategien. In K.-H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 234-252). Stuttgart: Klett-Cotta.

Gahleitner, S. B. (2013b). Genderaspekte in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 394-408). Stuttgart: Schattauer.

Gahleitner, S. B. (2014). Männer und Frauen in der Krisenintervention: Geschlechtsspezifische Überlegungen. In C. Höfner & F. Holzhauser (Hrsg.), *Freiwilligenarbeit in der Krisenintervention. Entwicklung, Bedeutung, Grenzen* (S. 277-289). Wien: Facultas.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (Hrsg.) (2013a). Biopsychosoziale Dialoge – Psychotherapie, Beratung und Supervision mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche [Themenheft]. *Resonanzen, 1*(2). Online verfügbar: http://www.resonanzen-journal.org/issue/view/16 [07.06.2015].

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (Hrsg.) (2013b). Biopsychosoziale Dialoge – ‚State of the Art', Entwicklungen und Perspektiven [Themenheft]. *Resonanzen, 1*(1). Online verfügbar: http://www.resonanzen-journal.org/issue/view/10 [26.02.2015].

Gahleitner, S. B. & Reddemann, L. (2014). Trauma und Geschlecht – ein Verhältnis mit vielen Schattierungen. *Trauma & Gewalt, 8*(3), 180-190.

Gast, U. (2010). Seelische Verletzungen durch Opfererfahrungen und Möglichkeiten der Heilung. In J. Hartmann (Hrsg.), *Perspektiven professioneller Opferhilfe. Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfelds* (Reihe: VS Research; S. 73-89). Wiesbaden: VS.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung* (Reihe: Hans Huber Programmbereich Pflege). Bern: Huber (englisches Original erschienen 1967).

Gräbener, J. (2013). *Umgang mit traumatisierten Patienten* (Reihe: Basiswissen, Bd. 26). Köln: Psychiatrie Verlag.

Habel, U. & Schneider, F. (2001). Psychosoziale Betreuung von kindlichen und jugendlichen Opferzeugen vor Gericht. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 51*(3/4), 160-165.

Haller, B. & Hofinger, V. (2007). *Studie zur Prozessbegleitung*. Wien: IKF. Online verfügbar: http://www.ikf.ac.at/pdf/IKF-prozessbegleitung.pdf [26.02.2014].

Hanloser, M. (2010). *Das Recht des Opfers auf Gehör im Strafverfahren. Ein Vorschlag zur Umsetzung des EU-Rahmenbeschlusses über die Stellung des Opfers im Strafverfahren auf der Grundlage einer Betrachtung des Victim Impact Statement im US-amerikanischen Recht* (Reihe: Europäische Hochschulschriften – 2, Bd. 5008). Frankfurt: Lang.

Hannich, H.-J. (2008). *Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, insbesondere in den Neuen Bundesländern*. Vortrag am Jahresempfang der OPK am 11.06.2008 in Leipzig. Online verfügbar: http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=72 [26.02.2014].

Hantke, L. & Görges, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik.* Paderborn: Junfermann.

Hardt, J. & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric-screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain, 5*(2), 187-197.

Hartmann, J. (2010). Qualifizierte Unterstützung von Menschen die Opfer von Straf- bzw. Gewalttaten wurden. Opferhilfe als professionalisiertes Handlungsfeld Sozialer Arbeit. In J. Hartmann (Hrsg.), *Perspektiven professioneller Opferhilfe. Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfelds* (Reihe: VS Research; S. 9-36). Wiesbaden: VS.

Hergert, J., Franke, G. H., Jagla, M. & Petrowski, K. (2014). *Erste Ergebnisse einer Äquivalenzprüfung zwischen zwischen SCL-90®-S und SCL-90-R*. Vortrag beim Kongress von DGMP und DGMS „Kontexte“, 17.-20.09.2014 in Greifswald.

Hergert, J., Franke, G. H. & Petrowski, K. (2015). Erste Ergebnisse einer Äquivalenzprüfung zwischen SCL-90®-S und SCL-90-R. In J. Mugele, G. H. Franke & D. Schincke (Hrsg.), *15. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz. Tagungsband* (S. 310-317). Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal. Online verfügbar: https://www.hs-magdeburg.de/fileadmin/user_upload/Einrichtungen/Pressestelle/files/nwk-15/Tagungsband-NWK15.pdf [07.06.2015].

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Check-Liste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica, 47*(1), 27-39.

Hofmann, A. (2006). *EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Homberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N. & Pauli, A. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen* (Reihe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 142). Berlin: Robert-Koch-Institut. Online verfügbar: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/26Herxag1MT4M_27.pdf [26.02.2014].

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.

Kochinke, J. (2012). Wenn die Therapie auf sich warten lässt. *Leipziger Volkszeitung, 11.01.2012*, 3.

Köckeis-Stangl, E. (1980). Methoden der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 321-370). Weinheim: Beltz.

Kornør, H., Winje, D., Ekeberg, Ø., Weisæth, L., Kirkehei, I., Johansen, K. & Steiro, A. (2008). Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 8*(1), 81.

Kraudzun, H. (2013). Psychologen dringend gesucht. *Märkische Online Zeitung, 19.06.2013*. Online verfügbar: http://www.moz.de/artikel-ansicht/dg/0/1/1175180 [07.06.2015].

Kury, H. (2010). Entwicklungslinien und zentrale Befunde der Viktimologie. In J. Hartmann (Hrsg.), *Perspektiven professioneller Opferhilfe. Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfeldes* (Reihe: VS Research; S. 51-72). Wiesbaden: VS.

Lachin, J. M. (2000). Statistical considerations in the intent-to-treat principle. *Controlled Clinical Trials, 21*(3), 167-189.

LKA – Landeskriminalamt Brandenburg (2014). *Polizeiliche Kriminalstatistik Brandenburg 2013*. Eberswalde: LKA Brandenburg. Online verfügbar: https://www.internetwache.brandenburg.de/fm/85/PKS-Jahrbuch%202013.pdf [16.06.2015]

Leuschner, F. & Schwanengel, C. (Hrsg.) (2014). *Hilfen für Opfer von Straftaten. Ein Überblick über die deutsche Opferhilfelandschaft* (Reihe: Elektronische Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle, Bd. 1). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. Online verfügbar: http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/BM-Online/bm-online1.pdf [30.04.2015].

Linehan, M. M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* München: CIP-Medien (englisches Original erschienen 1993).

LVR – Landschaftsverband Rheinland (2013). *Traumaambulanzen im Bereich des LVR*. Köln: LVR. Online verfügbar: http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/opfervonkriegundgewalt/dokumente_235/Traumaambulanzen_-Ratgeber-_im_Bereich_des_LVR_2013.pdf [26.02.2014].

LWL – Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2012). *Liste Traumaambulanzen LWL – Versorgungsamt Westfalen*. Münster: LWL. Online verfügbar: http://www.lwl.org/lwl-versorgungsamt-download/Antraege_und_downloads/Liste_Traumaambulanzen%20LWL_Nov_2012.pdf [26.02.2014].

Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollst. überarb. u. akt. Aufl.; S. 14-34). Berlin: Springer.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2013). Posttraumatische Belastungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt, 79*(5), 577-586. Online verfügbar: http://www.researchgate.net/publication/225657879_Posttraumatische_Belastungsstrungen_in_Deutschland/file/79e41512e3110d83da.pdf [24.02.2014].

Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar* (Reihe: SpringerLink – Bücher; 3., vollst. bearb. u. erw. Aufl.; S. 105-124). Berlin: Springer.

Maercker, A. & Schützwohl, M. F. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R). *Diagnostica, 44*(1), 130-141.

Maragkos, M. (2006). Mehrphasige Integrative Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. *PiD – Psychotherapie im Dialog, 7*(4), 408-412.

MASGF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2008). *Lebenslagen in Brandenburg. Chancen gegen Armut*. Potsdam: MASGF. Online verfügbar: http://www.masf.brandenburg.de/media_fast/4055/lebenslagen.pdf [26.02.2014].

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung, 1*(2), Art. 20. Online verfügbar: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1089/2384 [14.02.2015].

Mayring, P. & Gahleitner, S. B. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 295-304). Opladen: Budrich.

Michael, T., Munsch, S. & Lajtman, M. (2006). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Frühinterventionsverfahren nach Traumatisierung: Übersicht und Evaluation. *Verhaltenstherapie, 16*(4), 283-292.

Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (1993). *Critical incident stress debriefing (CISD). An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicott City, MD: Chevron.

Möbes, I. (2003). *Auswirkungen psychosozialer Betreuung von Opferzeugen in Strafprozessen. Ergebnisse einer Befragung am Land- und Amtsgericht Düsseldorf*. Dissertation. Düsseldorf: Hein rich-Heine-Universität, Medizinische Fakultät. Online verfügbar: http://d-nb.info/967503256/34 [26.02.2014].

Mrazek, A. (2008). Ende der Mindestquote für ambulante Psychotherapie – in den neuen Bundesländern eine Chance zur Überwindung der Unterversorgung. Stellungnahme des Vorstandes der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK). *Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, 2*(1), 1. Online verfügbar: http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=112 [26.02.2014].

Neubauer, T. (2012). *Überblick über die Zeugen- und Prozessbegleitung in Deutschland*. Vortrag bei der ado-Fachtagung „Gemeinsam sind wir VIELE" am 22./23.11.2012 in Stuttgart. Online verfügbar: http://www.opferhilfen.de/Praesentation_Berlin2012.pdf [26.02.2014].

Opferhilfe Land Brandenburg (o.J.). *Wo sie uns finden …* Potsdam: Opferberatung Land Brandenburg. Online verfügbar: http://www.opferhilfe-brandenburg.de/finden.htm [21.05.2015].

Ortiz-Müller, W. (2010). Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In W. Ortiz-Müller, U. Scheuermann & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (2., überarb. Aufl.; S. 64-76). Stuttgart: Kohlhammer.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(Suppl. 1), 3-36.

Peikert, G. (2010). Genau hinschauen – Umfrage zur psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland ergibt ein differenziertes Bild. *Psychotherapeutenjournal, 8*(3), 327-328. Online verfügbar: http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=349 [26.02.2014].

Pentsi, A. (2013). Psychotherapeuten rangeln um Plätze. *Märkische Allgemeine, 15.12.2013*. Online verfügbar: http://www.maz-online.de/Brandenburg/Zahl-Psychotherapteuten-Brandenburg-steigt-Berliner-hoher-Bedarf-Umland-begehrt [07.06.2015].

Priet, R. (2010). Fachberatung für Kriminalitätsopfer. Opferberatung in der Opferhilfe Land Brandenburg e.V. In J. Hartmann (Hrsg.), *Perspektiven professioneller Opferhilfe. Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfelds* (Reihe: VS Research; S. 155-188). Wiesbaden: VS.

Priet, R. (2012). *Konzeption. Opferberatung Land Brandenburg*. Potsdam: Opferhilfe Land Brandenburg.

Priet, R. (2014). Professionelle Opferhilfe – Handlungsfeld und Kompetenzprofil der Fachberatung für Kriminalitätsopfer. In F. Leuschner & C. Schwanengel (Hrsg.), *Hilfen für Opfer von Straftaten. Ein Überblick über die deutsche Opferhilfelandschaft* (Reihe: Elektronische Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle, Bd. 1; S. 115-132). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. Online verfügbar: http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/BM-Online/bm-online1.pdf [16.06.2015].

Priet, R. (2015). *Modellprojekt Traumaambulanz Potsdam*. Vortrag bei der Tagung „Schnelle Hilfe, kurze Wege – Traumatisierung und Frühintervention für Gewaltopfer" der Opferhilfe Land Brandenburg am 03.03.2015 in Potsdam.

Rassenhofer, M., Laßhof, A., Felix, S., Schepker, R., Fegert, J. M. & Keller, F. (2014). *Verbesserter Zugang zu Traumaambulanzen durch aktiven Einbezug der Versorgungsbehörden sowie primärer Anlaufstellen und Evaluation der Effektivität von Sofortinterventionen (TRAVESI).* Forschungsprojekt [Abschlussbericht]. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (Reihe: Leben lernen, Bd. 141). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reichel, R., Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (Hrsg.) (2014). Biopsychosoziale Dialoge – Psychotherapie, Beratung und Supervision mit der Zielgruppe Erwachsenenalter und Alter [Themenheft]. *Resonanzen, 2*(1). Online verfügbar: http://www.resonanzen-journal.org/issue/view/25 [14.12.2014].

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. & Bisson, J. (2009). Multiple session ear-lypsychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*(3), Art. CD006869. Online verfügbar: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006869.pub2/pdf [07.06.2015].

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. & Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*(3), Art. CD007944.

Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*(2), Art. CD000560. Online verfügbar: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000560/pdf [07.06.2015].

Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung, 17*(4), 205-209.

Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen – der Einfluss der Studienqualität auf die Effektstärken. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 51*(9/10), 350-355. Online verfügbar: http://www.researchgate.net/profile/Martin_Sack/publication/11812194_Study_quality_and_effect-sizes_-_a_metaanalysis_of_EMDR-treatment_for_posttraumatic_stress_disorder/links/0f31753c6cc608296f000000.pdf [07.06.2015].

Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (Hrsg.) (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.

Schellong, J., Hübner, J. & Joraschky, P. (2013). Traumanetz Seelische Gesundheit in Sachsen. Praktische Implikationen aus einer Umfrage über Psychotraumatologische Beratungs- und Behandlungsangebote in Sachsen. *Trauma & Gewalt, 7*(1), 20-29.

Schmidt, G. (2010). „Den Albtraum beenden ..." – Krisenintervention nach akuten Traumatisierungen. In W. Ortiz- Müller, P. Scheuermann & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (2., überarb. Aufl.; S. 273-293). Stuttgart: Kohlhammer.

Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica, 46*(1), 38-46.

Schulte-Herbrüggen, O. (2012). *Traumaambulanz Berlin für Opfer und Zeugen von Gewalt*. Interview der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. Berlin: S.I.G.N.A.L. Online verfügbar: http://www.signal-intervention.de/download/Interview_Traumaambulanz_Newsletter_Fassung%2018_6_original.pdf [26.02.2014].

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung* (Reihe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 41). Berlin: Robert-Koch-Institut. Online verfügbar: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/23zMV5WzsY6g_29.pdf [26. 02.2014].

Schürmann, I. (2010). *Evaluation der Traumaambulanzen in NRW*. Projektbericht. Münster: MAGS. Online verfügbar: http://www.lwl.org/lwl-versorgungsamt-download/Antraege_und_downloads/Projektbericht-MAGS.pdf [26.02.2014].

Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological*

Medicine, 36(11), 1515-1522. Online verfügbar: https://www.myptsd.com/c/gallery/-pdf/1-26.pdf [07.06.2015].

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20*(3), 211-217.

Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.

Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G. & Voracek, M. (2012). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (Reihe: Gesundheitswissenschaften, Psychologie; 2., überarb. Aufl.). Wien: Facultas.wuv.

Stang, K. & Sachsse, U. (2007). *Trauma und Justiz. Juristische Grundlagen für Psychotherapeuten – psychotherapeutische Grundlagen für Juristen*. Stuttgart: Schattauer.

Unger, C. (2011). [Vorwort]. In Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.), *Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien. Teil I und II* (Reihe: Praxis im Bevölkerungsschutz, Bd. 7; S. 3-4). Bonn: BBK. Online verfügbar: http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/Band_7_Praxis_BS_PSNV_Qualit_stand_Leitlinien_Teil_1_2.html [24.02.2014].

Volbert, R. (2008). Vorschläge zur Belastungsreduktion für minderjährige Geschädigte in Strafverfahren aus psychologischer Sicht. In F. Fastie (Hrsg.), *Opferschutz im Strafverfahren* (2., vollk. überarb. Aufl.; S. 317-330). Opladen: Budrich.

Volbert, R. (2012). Sekundäre Viktimisierung: Alte Klagen – neue Erkenntnisse? In H. Pollähne & I. Rode (Hrsg.), *Opfer im Blickpunkt – Angeklagte im Abseits? Probleme und Chancen zunehmender Orientierung auf die Verletzten in Prozess, Therapie und Vollzug* (Reihe: Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Bd. 34; S. 149-164). Berlin: Lit.

Weiss, D. S. (2004). The impact of event scale – revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Hrsg.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2., überarb. Aufl.; S. 168-189). New York: Guilford.

Witte, M. (2008). Beratungsstellen für Menschen in Krisen in Deutschland. Überblick, Anspruch und Relevanz für die Suizidprävention. *Suizidprophylaxe, 35*(3), 144-150.

Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen* (Reihe: Campus Forschung, Bd. 322). Frankfurt: Campus.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung, 1*(1), Art. 22. Online verfügbar: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519 [01.04.2015].

Zehnder, D., Hornung, R. & Landholt, M. A. (2006). Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55*(9), 675-692. Online verfügbar: urn:nbn:de:bsz-psydok-46946 [05.06.2015].

8 Anhang

8.1 Quantitative Fragebögen

8.1.1 Basisdokumentation

Basisdokumentation/Aufnahmebogen

Allgemeine Angaben

Aufnahmedatum _____

Chiffre/Fallnr. _____

Geschlecht w ☐ m ☐

Alter _____

Nationalität
- In Deutschland geboren ☐
- Anderes Geburtsland ☐

Familienstand
- Ledig ☐
- Verheiratet ☐ seit _____
- In fester Partnerschaft ☐ seit _____
- Getrennt lebend ☐ seit _____
- Geschieden ☐ seit _____
- Verwitwet ☐ seit _____
- Eigene Kinder Zahl _____

Größe des Haushalts
- Erwachsene _____
- Kinder _____

Höchster Schulabschluss
- Noch in Schule ☐
- Sonder-/Förderschulabschluss ☐
- Hauptschulabschluss ☐
- MSA/Mittlere Reife ☐
- Abitur/Fachhochschulabschluss ☐
- Ohne Abschluss ☐
- Sonstiger Abschluss ☐

Höchster Berufsabschluss
- Noch in Berufsausbildung ☐
- Lehre ☐
- Meister/Fachschule ☐
- Fachhochschule/Universität ☐
- Ohne Abschluss ☐
- Sonstiger Abschluss ☐

Jetzige Berufstätigkeit
- ArbeiterIn ☐
- FacharbeiterIn ☐
- Einfache/r/mittlere/r Angestellte/r ☐
- Beamte/r ☐
- Höhere/r Angestellte/r ☐
- Selbständige/r ☐
- Auszubildende/r ☐
- SchülerIn/StudentIn ☐
- Hausfrau/-mann ☐
- RentnerIn ☐
- Ohne Beruf ☐
- Sonstiges ☐

Erwerbstätigkeit
- Voll ☐
- Teilzeit ☐
- Nicht erwerbstätig ☐
- Arbeitslos ☐

Haupteinkommensquelle_____

Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme JA ☐ NEIN ☐

Kontext

Status
- Opfer ☐
- Zeuge/Zeugin ☐
- Angehörige/r ☐
- Fachkraft ☐

Zeitabstand zwischen Geschehen und Kontakt
- Bis 1 Monat ☐
- 1 bis 3 Monate ☐
- 3 bis 6 Monate ☐
- 6 bis 9 Monate ☐
- 9 bis 12 Monate ☐
- Mehr als 12 Monate ☐

Beziehung zum Täter
- Verwandte/r ☐
- Bekannte/r ☐
- Fremde/r ☐

Kontakt zu interdisziplinären Einrichtungen
- RA ☐
- Weißer Ring ☐
- Frauenhaus/Frauenberatung ☐
- Sonstige ☐

Zuweisung durch

- Ärztliche Kollegen ☐
- Polizei ☐
- TOA ☐
- RA ☐
- Andere ☐ _____

Vorbehandlung

- Krankenhausaufenthalt ☐
- Ambulante Psychotherapie ☐

Delikt

Straftaten gegen das Leben	
versuchter Mord	
vollendeter Mord	
versuchter Totschlag	
vollendeter Totschlag	
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	
sexueller Missbrauch	
versuchte Vergewaltigung	
vollendete Vergewaltigung	
sexuelle Nötigung	
Körperverletzung	
einfache KV	
gefährliche KV	
schwere KV	
fahrlässige KV	
Misshandlung	
Raub und Erpressung	
Raub	
Erpressung	
Persönliche Freiheit	
Freiheitsberaubung	
Geiselnahme	
Bedrohung	
Beleidigung	
Beleidigung	
Verleumdung	
Diebstahl	
Diebstahl	
Einbruch	
Betrug	
Andere:	
Häusliche Gewalt	
Rechtsextremismus/Fremdenfeindlichkeit	
Stalking	
SED-Opfer	

Problembereiche der KlientInnen

- Finanziell ☐
- Sozial ☐
- Psychisch ☐
- Sicherheit ☐
- Straf- und Ermittlungsverfahren ☐

Dauer der Hauptbeschwerden _____

Beeinträchtigungsschwere (Beurteilung für die letzten 7 Tage)

0 = gar nicht
1 = geringfügig
2 = deutlich
3 = stark
4 = extrem

- Körperlich ☐
- Psychisch ☐
- Sozial ☐

Diagnose

- Akute Belastungsreaktion ☐
- PTBS ☐
- Komplexe Belastungsstörung ☐
- Andere ☐

Einschätzung Wechsler ☐ Hochrisiko ☐

Indikation

- Psychologische/Traumatologische Beratung ☐
- Soziale Beratung ☐
- Sozialpädagogische Begleitung ☐
- Psychotherapie ☐
- Psycho-Soziale Prozessbegleitung ☐
- Beratung bei andauernder Gefährdung ☐
- Andere (Kooperationspartner) ☐ _____
  (Psychiatrischer Konsiliardienst, RA, ambulante PT)

Inanspruchnahme/Beendigung

Psychologische/Traumatologische Beratung ☐

- Diagnostisches Screening ☐
- Psychoedukation ☐
- Stabilisierung ☐
- Traumaexposition ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Psychotherapie ☐

- Akuttherapie ☐
- Kurzzeittherapie ☐
- Langzeittherapie ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Soziale Beratung ☐
- Stützende Gespräche ☐
- Information ☐
- Unterstützung im Antragsverfahren ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Sozialpädagogische Begleitung ☐
- Beratung ☐
- Begleitung ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Psycho – Soziale Prozessbegleitung ☐
- Information/Beratung ☐
- Persönliche Begleitung ☐
- Vor-/Nachbereitung Vernehmung ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Beratung bei andauernder Gefährdung ☐
- Falleinschätzung/Risikoanalyse ☐
- Verhaltensempfehlungen/Sicherheitsplanung ☐
- Ambivalenzberatung ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ☐
- Fallbezogene Vernetzung ☐
- Weitervermittlung ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Krisenintervention ☐

Abgeschlossen ☐ Abbruch ☐

Anzahl der Kontakte _____

8.1.2 NutzerInnen-Fragebogen

Chiffre_____

Datum_____

1. Welche Informations- und Beratungsangebote haben Sie genutzt?

- Soziale Beratung ☐
- Sozialpädagogische Begleitung ☐
- Psychosoziale Prozessbegleitung ☐
- Überbrückungsberatung zu Therapie ☐
- Psychologische/traumatologische Beratung ☐
- Psychotherapie ☐
- Beratung bei andauernder Gefährdung ☐

2. Wie zufrieden waren Sie mit …

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
… der telefonischen Erreichbarkeit				
… der ersten (telefonischen) Kontaktaufnahme				
… der Terminvergabe/Wartezeit				
… den Räumlichkeiten der Traumaambulanz				
… dem Umfang der Unterstützung				
… dem Verlauf der Unterstützung				

3. Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Der/die BeraterIn/TherapeutIn hat sich Zeit genommen.				
Der/die BeraterIn/TherapeutIn war mir gegenüber aufmerksam und ist auf meine Bedürfnisse eingegangen.				
Der/die BeraterIn/TherapeutIn hat sich an vereinbarte Absprachen gehalten (z. B. Termine).				

Ich habe mich vom dem/der BeraterIn/ TherapeutIn verstanden und angenommen gefühlt.				
Der/die BeraterIn/TherapeutIn kannte sich fachlich gut aus.				
Ich habe mich in der Traumaambulanz sicher und geschützt gefühlt.				

4. Wie hilfreich waren diese Angebote für Sie?

	sehr hilf-reich	eher hilf-reich	teils/teils	eher nicht hilfreich	gar nicht hilfreich
Soziale Beratung					
Traumatologische/psychologische Beratung					
Sozialpädagogische Begleitung					
Therapie					
Psychosoziale Prozessbegleitung					
Beratung bei andauernder Gefährdung					
Überbrückungsberatung zu Therapie					

5. Besonders wichtig/hilfreich war für mich: (Mehrfachnennungen möglich)

---

6. Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu oder nicht?

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Ich habe bei der Bewältigung meiner Gewalterlebnisse durch die Traumaambulanz Unterstützung erfahren.				
Ich habe wichtige Informationen erhalten.				
Die Unterstützung hat mir dazu verholfen, aktuelle Anforderungen (z.B. Straf- und Ermittlungsverfahren, Familie, Beruf) besser zu bewältigen.				

Ich habe meine persönlich festgelegten Ziele erreicht.				
Die Beratung/Therapie hat mir geholfen, mit den Folgen der Gewalttat besser umgehen zu können.				
Ich fühle mich weniger belastet als zu Beginn.				
Mein psychisches Befinden/meine gesundheitliche Situation hat sich verbessert.				
Meine private Situation hat sich verbessert.				
Meine berufliche Situation hat sich verbessert.				

7. Was hätten Sie gemacht, wenn Sie keinen Therapieplatz in der Traumaambulanz bekommen hätten? (Mehrfachnennungen möglich)

---

8. Welche Ideen haben Sie zur Verbesserung des Angebotes? Was hat gefehlt, was würden Sie sich noch wünschen? (Mehrfachnennungen möglich)

Vielen Dank!

8.2 Zusätzliche Abbildungen und Tabellen

Tab. A1 Übersicht Studienpopulation

Zeitpunkt		Begleitung	Beratung	Psychotherapie
Eingang = t1	**Gesamt N=63 (100,0%)**	n=9 (14,3%)	n=31 (49,2%)	n=23 (36,5%)
	Frauenanteil in der Interventionsgruppe n (%)	8 (88,9%)	27 (87,1%)	18 (78,3%)
	Alter in Jahren (MW; Range)	42,8 26-58	34,3 17-65	39,7 17-69
Abschluss = t2	**Gesamt N=31 (100,0%)**	n=4 (12,9%)	n=18 (58,1%)	n=9 (29,0%)
	Frauenanteil in der Interventionsgruppe n (%)	3 (75,0%)	15 (83,3%)	7 (77,8%)
	Alter in Jahren (MW, Range)	45,3 30-59	34,6 18-65	43,2 19-69
Katamnese = t3	**Gesamt N=17 (100,0%)**	n=1 (5,9%)	n=11 (64,7%)	n=5 (29,4%)
	Frauenanteil in der Interventionsgruppe n (%)	1 (100,0%)	8 (72,7%)	4 (80,0%)
	Alter in Jahren (MW, Range)	44,0 keine Range	39,0 18-65	38,8 34-69

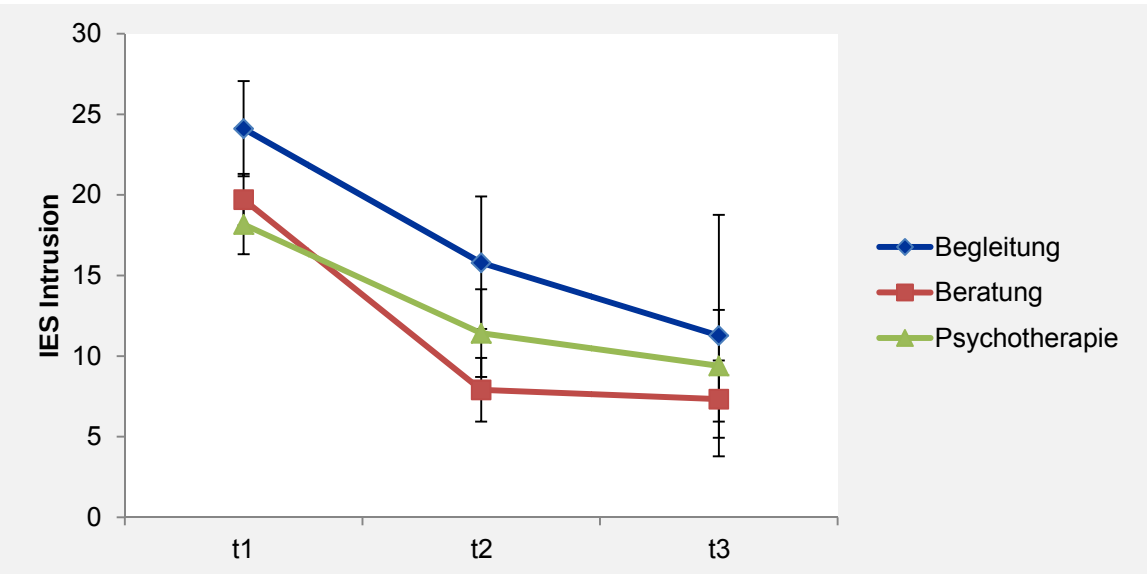
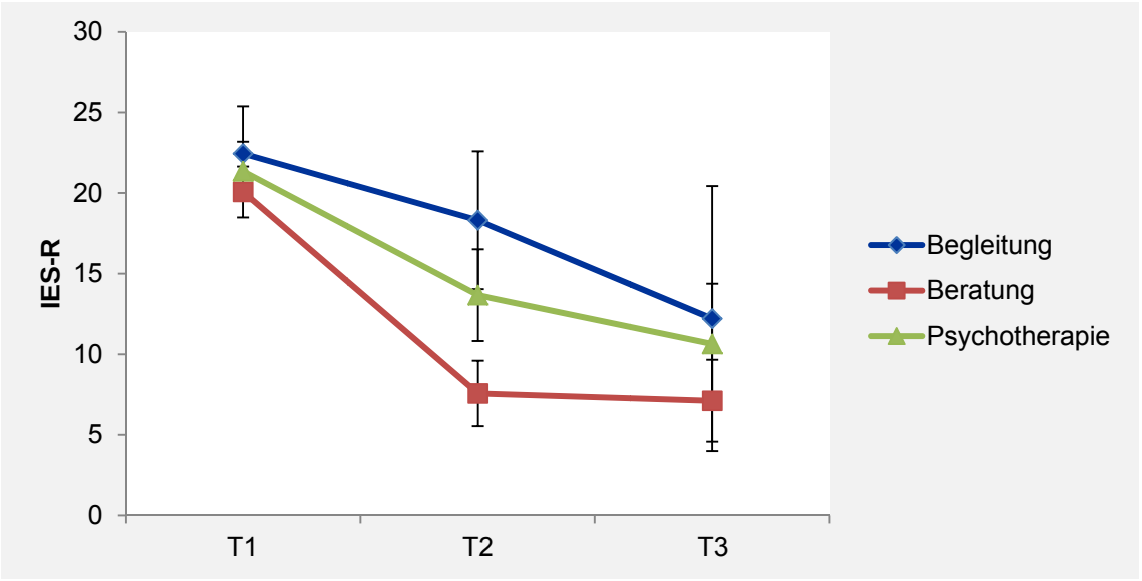
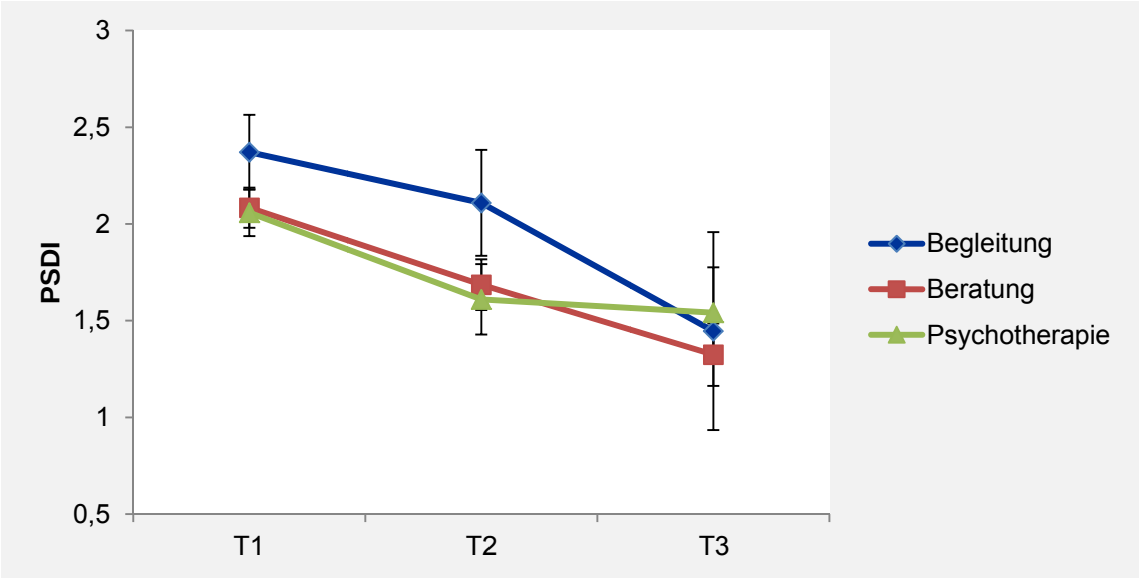


Abb. A1 IES-R: Intrusion im Zeitverlauf nach Interventionsformen



IES-R: Übererregung im Zeitverlauf nach Interventionsformen **Abb. A2**



SCL-90-S: PSDI im Zeitverlauf nach Interventionen **Abb. A3**

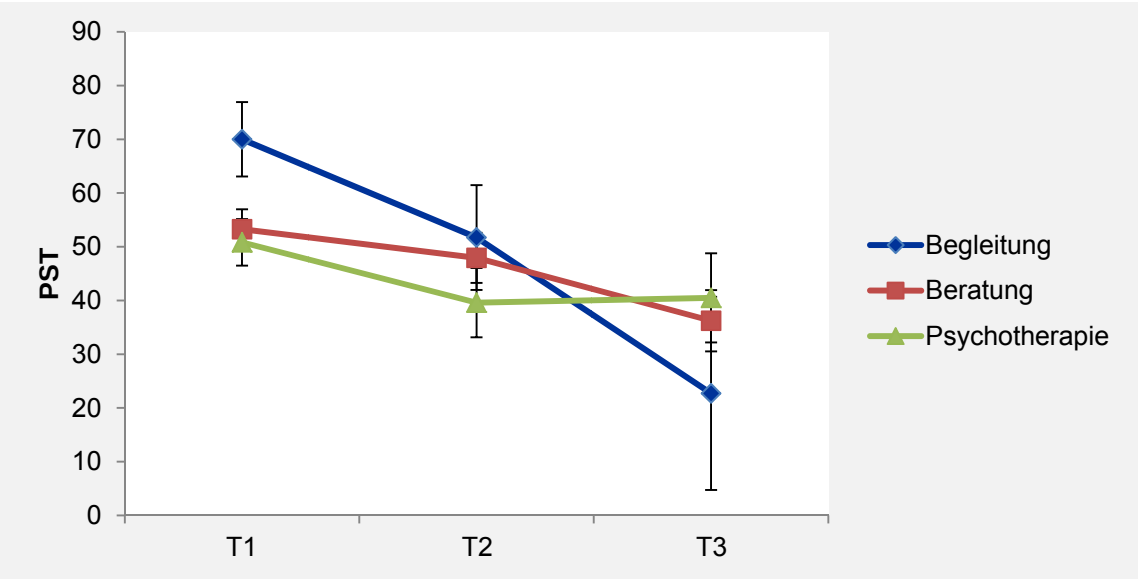


Abb. A4 SCL-90-S: PST im Zeitverlauf

Tab. A2 Bewertung der Traumaambulanz nach verschiedenen Aussagen

Bewertung folgender Aussagen (Angabe in Häufigkeiten)	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
Unterstützung bei Bewältigung aktueller Anforderungen	35	3	0	0	1
Unterstützung bei Bewältigung von Gewalterlebnissen	36	1	2	0	0
Weitergabe von Informationen	34	4	1	0	0
Hilfe beim Umgang mit den Folgen der Gewalttat	33	3	3	0	0
Verbesserung von psychischem/r Wohlbefinden/Gesundheit	30	6	2	0	1
Verbesserung der Belastung	29	9	1	0	0
Verbesserung der privaten Situation	28	7	2	1	1
Persönliche Ziele erreicht	23	13	2	1	0
Verbesserung der beruflichen Situation	15	10	5	1	8

Anmerkung: Antwortskala von 0 = „trifft nicht zu“ bis 3 = „trifft voll und ganz zu“, Angabe in Häufigkeiten

8.3 Leitfaden der qualitativen Untersuchung

Leitfaden für KlientInnen der Traumaambulanz der Opferhilfe

I. Vorspann

Wie Sie ja wissen, möchten wir Sie gerne zu Ihren Erfahrungen mit dem Angebot der Traumaambulanz der Opferhilfe befragen. Sie als KlientIn sind u. E. die besten ExpertInnen dafür, was es Ihnen gebracht hat, dort Termine wahrzunehmen oder nicht. Angebote, die Ihnen geholfen haben, sind möglicherweise auch hilfreich für andere. Unser Ziel ist, weitere Entwicklungen in der Opferberatung und -therapie anzuregen, die vielleicht anderen oder auch Ihnen selbst wieder zugutekommen. Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten werden alle Ihre Angaben natürlich streng vertraulich behandelt und nach den Regeln des Datenschutzes aufbewahrt.

Wir möchten gerne noch etwas Wichtiges voranstellen: Uns kommt es im Interview auf Ihre ganz persönlichen Erfahrungen, Erkenntnisse und Ansichten an. Wir möchten Sie deshalb bitten, zu den verschiedenen Themen möglichst ausführlich zu erzählen, was Sie persönlich erlebt und erfahren haben. Wir werden uns dazu einige Notizen machen und nur nachfragen, wenn wir etwas nicht ganz verstanden haben oder wenn uns Einzelheiten noch ausführlicher interessieren. Erst gegen Ende sollen dann noch einige speziellere Fragen kommen. Wenn Sie mit diesem Vorgehen einverstanden sind, würden wir gerne beginnen.

II. Eingangsfrage

Wie ich ja bereits gesagt habe, evaluieren wir das Angebot der Traumaambulanz der Opferhilfe, was also das Angebot Betroffenen bringt oder auch nicht. Erzählen Sie doch ruhig erst einmal alles dazu, was für Sie irgendwie damit zusammenhängt ... Fangen Sie ruhig damit an, was Ihnen zuerst einfällt ... (3 Varianten: erzählerische Frage „Wie ist es dazu gekommen, dass Sie zur Opferhilfe gekommen sind?“)

III. Einstiegsfrage Hilfsangebote

Opferhilfe

- Was in der Opferhilfe hat Ihnen geholfen – oder auch nicht geholfen, besser mit den Problemen zurechtzukommen? Beispiele ... Gab es etwas, das besonders hilfreich für Sie war? Was war das?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den einzelnen Angeboten der Opferhilfeambulanz gemacht? Beispiele ...
- Welche spezifischen Angebote dort oder andere Stellen, Einrichtungen haben noch eine Rolle gespielt? Beispiele ...

Therapie/Beratung

- Konnte die Theratpie/Beratung alle Aspekte der Opferwerdung, die Sie bewegt haben, berücksichtigen?
- Wie haben Sie die Beziehung zu Ihrer Therapeutin/Beraterin erlebt?
- Hat die Therapeutin/Beraterin die traumatischen Inhalte und/oder ihre Reaktionen darauf aushalten können, gut tragen können, fühlten Sie sich aufgehoben?
- Konnte Ihre Therapeutin/Beraterin damit umgehen, wenn es zu Krisensituationen kam?
- War die Zeit ausreichend bzw. notwendig?
- Wie haben Sie die Beendigung/den Abschied erlebt?
- Vorübergehende Verschlimmerung der Symptomatik durch intensivere therapeutische Arbeit u. a. auch Exposition

Erklärungen/Verständnis/Info

- Wurden Sie ausreichend über die Traumaexposition aufgeklärt/dazu ermutigt?
- Haben Sie Ihre Reaktionen auf die Gewalterfahrung besser verstehen können?
- Sind Sie auf mögliche Verschlechterungen vorbereitet worden (Rückfallprophylaxe)?
- Hat Ihnen die Therapeutin/Beraterin auch Hinweise für andere Bereiche geben können (Sicherheit, Anzeigemöglichkeiten, Strafverfahren, Hauptverhandlung, finanzielle Entschädigung, OEG)

IV. Einstiegsfrage Copingstrategien

- Wie sind Sie mit den Problemen, dem Trauma, damals umgegangen? Beispiele ...
- Wie gehen Sie mit den Problemen, dem Trauma, heute um? Beispiele ... Veränderungen ...
- Was hätten Sie getan, wenn es die Traumaambulanz nicht gegeben hätte?
- Werden Sie auch künftig das, was Sie als hilfreich erlebt haben, anwenden können?

V. Kontext

- Effekte auf das soziale Umfeld der Klientinnen (Spannungen mit Partner/Trennung)
- Externe Belastungen (erneute Viktimisierung/Hauptverhandlung)
- Von wem wurden Sie vermittelt?
- Haben Sie zeitnah einen Termin erhalten?
- Wie haben Sie die Räumlichkeiten/Atmosphäre in der Traumaambulanz erlebt?

VI. Nachfragen, die sich aus dem Kontext ergeben ... offene Frage der/s IP's ...

Wenn Sie eine Empfehlung an ein anderes Gewaltopfer geben könnten, was sich gerade auf die Suche macht – was könnten andere an Tipps von Ihnen brauchen?

8.4 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

8.4.1 Abbildungen

1 Angebot des Vereins Opferhilfe deutschlandweit 5
2 Trauma-Netzwerk Potsdam 6
3 Angebot der Traumaambulanz in der Opferberatung 37
4 Geschlechterverteilung zur Eingangserhebung 45
5 Vorliegende Delikte der Untersuchungsstichprobe 46
6 IES-R: Anteil der StudienteilnehmerInnen mit wahrscheinlicher PTSD 47
7 IES-R: Diagnostischer Wert im Zeitverlauf 48
8 IES-R: Diagnostischer Wert im Zeitverlauf nach Interventionsformen 49
9 IES-R: Intrusion im Zeitverlauf 50
10 IES-R: Vermeidung im Zeitverlauf 51
11 IES-R: Vermeidung im Zeitverlauf nach Interventionsformen 51
12 IES-R: Übererregung im Zeitverlauf 52
13 SCL-90-S: GSI im Zeitverlauf 53
14 SCL-90-S: GSI im Zeitverlauf nach Interventionen 54
15 SCL-90-S: PSDI im Zeitverlauf 55
16 SCL-90-S: PST im Zeitverlauf 55
17 SCL-90-S: GSI und PSDI zur Eingangserhebung nach Hilfebeginn 57
18 SCL-90-S: PST zur Eingangserhebung nach Hilfebeginn 57
19 IES-R und Subskalen zur Eingangserhebung nach Hilfebeginn 58
20 Offene Frage zu besonders hilfreichen Aspekten 60
21 Bewertung der Traumaambulanz nach verschiedenen Aussagen 61
22 Kein Therapieplatz? (Offene Frage) 62

A1 IES-R: Intrusion im Zeitverlauf nach Interventionsformen 102
A2 IES-R: Übererregung im Zeitverlauf nach Interventionsformen 103
A3 SCL-90-S: PSDI im Zeitverlauf nach Interventionen 103
A4 SCL-90-S: PST Im Zeitverlauf 104

8.4.2 Tabellen

1 Gewaltdelikte im Land Brandenburg (PKS, 2013) 31
2 Übersicht der Messzeitpunkte nach Interventionen 43

A1 Übersicht Studienpopulation 102
A2 Bewertung der Traumaambulanz nach verschiedenen Aussagen 104