

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. D. Naber

Menschen mit Opfererfahrung-

Wege im Hilfesystem, psychische Belastung und Bewertung von Beratung

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt 2013

von Birte Harms

geboren in Bad Segeberg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 30.09.2013

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg:

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. D. Naber

Prüfungsausschuss, 1. Gutachter: Prof. Dr. J. Reimer

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: Prof. Dr. M. Härter

|

Zusammenfassung

Einleitung: Personen mit Opfererfahrungen benötigen Beratungs- und Behandlungsangebote, die ihren komplexen Bedürfnissen möglichst umfassend gerecht werden. Im Interesse einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung und Qualitätssicherung waren deshalb Ziele der vorliegenden Untersuchung das Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit Opfererfahrungen, die Erfahrungen mit Institutionen des Hilfesystems sowie die subjektive Zufriedenheit Ratsuchender mit dem Angebot der spezifischen Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg zu erfassen. Weiter sollte die psychische Belastung der Ratsuchenden, die Inanspruchnahme weiterführender Behandlungsangebote und die Zufriedenheit mit den empfohlenen Angeboten untersucht werden.

Methoden: Über einen Zeitraum von 12 Monaten wurden alle Ratsuchenden, die mindestens ein persönliches Gespräch in der Opferhilfe Hamburg wahrnahmen, zur Teilnahme an der Untersuchung eingeladen. Neben einem strukturierten Fragebogen kamen etablierte psychometrische Instrumente zum Einsatz. Ergänzende Informationen wurden der Basisdokumentation der Beratungsstelle entnommen. Im Rahmen einer Erstbefragung sowie einer telefonischen Nachbefragung 6 Monate nach dem letzten Gesprächstermin wurden die teilnehmenden Personen zu Art und Anzahl der Vorkontakte, zu ihrer Zufriedenheit mit Institutionen des Hilfesystems und dem Angebot der Opferhilfe sowie dem weiteren Behandlungsverlauf befragt.

Ergebnisse: Insgesamt konnten N=160 Ratsuchende befragt werden (81% weiblich; Teilnahmequote 60%). Anhand der PTSS-10 ergab sich bei etwa der Hälfte der Ratsuchenden (53%) der „dringende Verdacht“ auf eine Posttraumatische Belastungsstörung. Im Mittel hatten die Ratsuchenden 3,23 Vorkontakte im Hilfesystem, wobei Individuelle Faktoren (Alter, Geschlecht, Nationalität) keinen Einfluss zu haben schienen. Von Bedeutung schienen jedoch die Art des Erstkontaktes und die Symptombelastung der Betroffenen zu sein. So hatten sich Ratsuchende, die in stärkerem Maße an Symptomen einer PTSD litten, signifikant häufiger zuerst an medizinische Institutionen gewandt. Sie hatten im Mittel mit 4,19 (SD=2,19) eine signifikant höhere Anzahl an Vorkontakten. Betroffene von Beziehungsgewalt - Migranten signifikant häufiger (50% vs. 26%) – nutzten als erste Anlaufstelle deutlich häufiger die Polizei. Ein Großteil der Ratsuchenden (79%) gab an, sich bei der Opferhilfe Hamburg in vollem Umfang „verstanden und gut aufgehoben“ gefühlt zu haben. Etwa die Hälfte der Ratsuchenden mit Empfehlung für eine Therapie hatte diese auch in Anspruch genommen (58%) und sie zumeist als „sehr hilfreich“ wahrgenommen (78%). Für eine verzögerte Kontaktaufnahme zur Opferhilfe schien fehlendes Wissen um Hilfsangebote kaum von Bedeutung zu sein. Neben einer allgemeinen Hilflosigkeit könnte dieser Punkt allerdings bei Opfererfahrungen im Kindes- und Jugendalter eine Rolle spielen.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass eine hohe Symptombelastung von Menschen mit Opfererfahrung mit einer höheren Anzahl an Kontakten zum Hilfesystem und vor allem einer stärkeren Nutzung medizinischer Institutionen einhergeht. Bei den häufig stark belasteten Ratsuchenden zeigte sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der Opferhilfe und den weiterführenden Hilfen. Die Ergebnisse unterstreichen außerdem die speziellen Bedürfnisse verschiedener Subgruppen von Ratsuchenden, etwa von Migranten oder Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen.

Inhaltsverzeichnis

<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>vii</i>
1. EINLEITUNG	1
1.1 Fragestellung.....	1
1.2 Die Bedeutung von Opferhilfeberatungsstellen	1
1.3 Typen von Opferhilfe und Opferberatung.....	2
1.4 Die Opferhilfe Hamburg	3
1.5 Forschungsstand	4
1.5.1 <i>Belastung und Diagnosen bei Opfern von traumatisierenden Ereignissen</i>	4
1.5.2 <i>Zugang von Betroffenen zum psychosozialen Hilfesystem</i>	9
1.5.3 <i>Grundlagen der Evaluationsforschung</i>	13
1.5.4 <i>Opferbefragungen als Forschungsmethode der Viktimologie</i>	14
1.5.5 <i>Patientenzufriedenheitsbefragungen</i>	15
1.5.5 <i>Selbstevaluation der Opferhilfe Hamburg</i>	18
1.6 Ziele der Untersuchung	20
2. METHODEN	22
2.1 Forschungsdesign	22
2.2 Merkmalsbereiche	22
2.3 Benutzte Datenquellen	23
2.4 Operationalisierungen	25
2.4.1 <i>Basisdokumentation der Opferhilfe</i>	25
2.4.2 <i>Erstfragebogen</i>	25
2.4.3 <i>Interviewleitfaden zur Nachbefragung</i>	26
2.4.3.1 <i>Vorkontakte zu Institutionen des Hilfesystems</i>	26
2.4.3.2 <i>Bewertung der Opferhilfe Hamburg</i>	27
2.4.4 <i>Psychometrische Instrumente</i>	28
2.4.4.1 <i>Die „Posttraumatic Symptom Scale“</i>	29
2.4.4.2 <i>Die „Symptom-Check-Liste SCL-14“</i>	30
2.4.4.3 <i>Die „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-79)</i>	31
2.5 Stichprobenansatz.....	32
2.6 Vorgehen bei der Datenerhebung.....	33
2.7 Datenanalyse	34
3. ERGEBNISSE	35
3.1 Stichprobenumfang und Teilnahmequote	35

3.2 Charakteristika der Stichprobe.....	35
3.2.1 <i>Geschlecht und Alter</i>	35
3.2.2 <i>Migrationshintergrund und Muttersprache</i>	36
3.2.3 <i>Partnerschaft und Kinder</i>	36
3.2.4 <i>Schulbildung und Erwerbsstatus</i>	37
3.2.5 <i>Umfang der Inanspruchnahme der Opferhilfe Hamburg</i>	38
3.3 Delikt und Hilfesuchverhalten	39
3.3.1 <i>Deliktstruktur</i>	39
3.3.2 <i>Täter-Opfer-Beziehung und Anzeigeverhalten</i>	39
3.3.3 <i>Zeitraum zwischen Delikt und Beratung</i>	40
3.3.4 <i>Subjektive Gründe für eine verzögerte Kontaktaufnahme</i>	41
3.3.5 <i>Vorkontakte zu Institutionen des Hilfesystems</i>	41
3.3.6 <i>Erste Anlaufstelle im Hilfesystem</i>	48
3.3.7 <i>Zugangswege zur Opferhilfe Hamburg</i>	51
3.3.8 <i>Erfahrungen der Ratsuchenden mit dem Hilfesystem</i>	53
3.4 Psychische Belastung und Selbstwirksamkeit	64
3.4.1 <i>Posttraumatischer Stress</i>	64
3.4.2 <i>Globale Symptomatik</i>	65
3.4.3 <i>Selbstwirksamkeit</i>	66
3.5 Subjektive Bewertung der Beratung	66
3.5.1 <i>Positive Erfahrungen im Kontakt zur Opferhilfe</i>	66
3.5.2 <i>Negative Erfahrungen im Kontakt zur Opferhilfe</i>	68
3.5.3 <i>Umsetzung empfohlener Anschlussmaßnahmen</i>	69
4. DISKUSSION	72
4.1 <i>Eingesetzte Methoden</i>	72
4.2 <i>Wege im Hilfesystem</i>	73
4.3 <i>Psychische Belastung und Selbstwirksamkeit</i>	79
4.4 <i>Evaluation der Arbeit der Opferhilfe Hamburg</i>	80
4.5 <i>Zusammenfassende Diskussion und Ausblick</i>	81
5. LITERATURVERZEICHNIS	85
6. ANHANG	92
6.1 <i>Anschreiben an die Ratsuchenden</i>	92
6.2 <i>Erstfragebogen</i>	93
6.3 <i>Interview-Leitfaden der telefonischen Nachbefragung</i>	98

DANKSAGUNG	106
LEBENS LAUF	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG.....	107

Tabellenverzeichnis

Tab 1: Traumabezogene Diagnosekategorien	5
Tab 2: Merkmalsbereiche und Operationalisierungen	23
Tab 3: Partnerschaftsstatus	36
Tab 4: Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder	37
Tab 5: Schulbildung	37
Tab 6: Deliktstruktur	39
Tab 7: Gesamtzahl der aufgesuchten Hilfsangebote und erster Anlaufstelle	42
Tab 8: Gesamtzahl der aufgesuchten Hilfsangebote und Symptombelastung	43
Tab 9: Vorkontakte in den letzten 12 Monaten vor Beratung	47
Tab 10: Vorkontakte und Symptombelastung	48
Tab 11: Erste Anlaufstelle im Hilfesystem	49
Tab 12: Zugangsweg zur Opferhilfe Hamburg	52
Tab 13: Vorkontakte wurden als hilfreich empfunden	57
Tab 14: Vorkontakte wurden als belastend empfunden	63
Tab 15: Screening auf PTBS zu t1 (anhand der Cut-Scores der PTSS-10)	64
Tab 16: Globale Symptombelastung (SCL-14)	65
Tab 17: Selbstwirksamkeit (HEALTH-79; Modul D)	66
Tab 18: Positive Aspekte des Kontaktes zur Opferhilfe	68
Tab 19: Negative Aspekte des Kontaktes zur Opferhilfe	69

1. Einleitung

1.1 Fragestellung

Die Wahrscheinlichkeit mindestens einmal im Leben ein psychisches Trauma im Sinne der Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 (Dilling et al. 2008) bzw. DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) zu erleiden – z.B. Opfer körperlicher Gewalt, sexueller Übergriffe oder eines schweren Unfalls zu werden – ist hoch. Epidemiologische Studien zeigen, dass bis zu zwei Drittel der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens einem potenziell traumatisierenden Ereignis ausgesetzt sind (Green 1994). Bevor spezifische Therapieangebote in Anspruch genommen werden, scheint ein Großteil der Betroffenen dabei Kontakt zu anderen Einrichtungen des Versorgungs- und Hilfesystems aufzunehmen, etwa dem hausärztlichen Bereich oder psychosozialen Beratungsstellen (z.B. Roediger 2004). Zu den Wegen, die traumatisierte Personen durch das Hilfesystem nehmen, bevor Sie spezialisierte Hilfen erhalten, liegen bislang für den deutschsprachigen Raum keine empirischen Befunde vor. Für die vorliegende Untersuchung ergaben sich somit folgende Fragestellungen:

- 1 Von welchen Vorkontakten zu Institutionen des Hilfesystems (hausärztlicher Bereich, med. Einrichtungen, Beratungsstellen etc.) berichten Personen mit Opfererfahrung, die sich an eine spezialisierte Beratungs- und Therapieeinrichtung für Traumaopfer wenden?
- 2 Welche Erfahrungen schildern die Befragten in Bezug auf diese Vorkontakte?
- 3 Lassen sich hinsichtlich der Art und Anzahl der Vorkontakte Unterschiede in Abhängigkeit von individuellen Faktoren identifizieren (z.B. Art der Opfererfahrung, soziodemographische Variablen, Psychopathologie)?
- 4 Welche weiteren Hilfsangebote werden nach Abschluss der Beratung in der Opferhilfe Hamburg im Verlauf der folgenden sechs Monate in Anspruch genommen und lassen sich hierbei relevante Einflussfaktoren identifizieren?

1.2 Die Bedeutung von Opferhilfeberatungsstellen

Opfer von Gewalttaten leiden nach der Tat unter gesundheitlichen und sozialen Folgen, die von der Gesellschaft in ihrem Ausmaß immer noch unterschätzt werden. In der Vergangenheit diskutierten Experten darüber, ob die akute Belastungsreaktion der Opfer als vorübergehende, normale psychische Reaktion auf ein traumatisches Ereignis gesehen werden sollte oder ob ihr der Status einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung zukommt. Einigkeit besteht

darüber, dass Menschen mit einer akuten Belastungsreaktion eine Beobachtung und in den meisten Fällen auch eine Behandlung benötigen (vgl. Rothbaum und Foa 1992). So wurden in einer Studie von Kessler et al. (1995) Patienten beobachtet, bei denen nach einer Gewalt-Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS/ PTSD) diagnostiziert wurde. Hatten diese Personen professionelle Hilfe in Anspruch genommen, so lag die durchschnittliche Symptombdauer bei 36 Monaten und war damit deutlich verkürzt im Vergleich zu 64 Monaten bei Personen ohne Behandlung.

Zur Behandlung und Bewältigung der mit der Tat einhergehenden physischen und psychischen Verletzungen und materiellen Schäden sowie zur Vorbeugung sogenannter sekundärer Viktimisierung werden professionelle Opferhilfeberatungsstellen als wichtiger Bestandteil angesehen. Ihre Arbeit wird verstanden als „eine methodisch reflektierte problemzentrierte Interaktion, durch die Wissen vermittelt, Stabilisierung ermöglicht und Entscheidungshilfen gegeben werden“. Besonders eine qualifizierte Ausbildung der Mitarbeiter wird für den Therapieerfolg als wichtig erachtet (Hartmann et al. 2010).

Personen mit Opfererfahrungen benötigen Beratungs- und Behandlungsangebote, die ihren komplexen Bedürfnissen möglichst umfassend gerecht werden. Im Interesse einer kontinuierlichen Verbesserung und Qualitätssicherung war es deshalb eines der Ziele der vorliegenden Untersuchung, die subjektive Zufriedenheit Ratsuchender mit dem Angebot der Einrichtung Opferhilfe Hamburg (vgl. Kap. 1.3) zu erfassen. Des Weiteren sollten die psychische Belastung der Ratsuchenden, die Inanspruchnahme weiterführender Beratungs- und Behandlungsangebote und die Zufriedenheit mit den empfohlenen weiterführenden Angeboten untersucht werden.

1.3 Typen von Opferhilfe und Opferberatung

Auf dem Gebiet der Opferhilfe werden nach Hartmann et al. (2010) unterschiedliche Typen der Beratung unterschieden:

- *Allgemeine Opferhilfe* für Opfer jeglicher Delikte, deren Angehörige und Zeugen von Straftaten
- *Zielgruppenspezifische Opferhilfe*, z.B. für Betroffene von häuslicher Gewalt
- *Zeugenbetreuung* zur Unterstützung von Opferzeugen oder von Zeugen einer Straftat vor Gericht

- *Täter-Opfer-Ausgleich* in Kooperation mit Opferhilfeeinrichtungen zur Unterstützung einer außergerichtlichen Konfliktregelung und Wiedergutmachung
- *Integrierte Opferhilfe*, z.B. in Form eines Sozialarbeiters, der an einer Schule tätig ist und im Bedarfsfall Opferhilfe leisten kann
- *Ehrenamtliche Opferhilfe* durch Laienhelfer

Opferhilfeeinrichtungen sind nach Hartmann et al. (2010) in unterschiedlichen Trägerschaften organisiert:

- *Freie Trägerschaften* (privatrechtliche gemeinnützige Vereine)
- *Staatliche Einrichtungen* (Justiz und Gericht)
- *Stiftungen*

1.4 Die Opferhilfe Hamburg

Die Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg besteht seit dem Jahr 1986. Eine bundesweite Vernetzung dieser und anderer professionell beratenden Opferhilfeeinrichtung in Deutschland erfolgt durch den Dachverband „Arbeitskreis der Opferhilfe in Deutschland e. V.“, der im Jahr 1988 gegründet wurde (vgl. Hartmann et al. 2010). Bei der Opferhilfe Hamburg handelt es sich um eine Einrichtung der allgemeinen Opferhilfe, die eine Krisenberatungsstelle für Menschen darstellt, die aktuell oder in ihrer Vergangenheit Opfer von Gewalt geworden sind. Angehörige können das Beratungsangebot der Opferhilfe ebenfalls in Anspruch nehmen. Die Opferhilfe bietet niederschwellig Beratungsgespräche an. Die Möglichkeit einer schnellen Terminvergabe wird von den Mitarbeitern der Beratungsstelle als wichtiges Angebot für die Ratsuchenden gesehen (vgl. Giese et al. 2000). Sie ist in freier Trägerschaft organisiert, wobei Träger der Einrichtung der gemeinnützige Verein „Opferhilfe Hamburg e.V.“ ist. Jährlich wenden sich über 800 Ratsuchende, zu etwa 75% Frauen und 25% Männer, an die Einrichtung. Insgesamt sind seit Gründung der Opferhilfe über 14.000 Menschen beraten worden (Stand: 2011). Da die Beratungsleistung für die Ratsuchenden kostenlos ist, erfolgt die Finanzierung größtenteils aus Zuwendungen des Haushaltes der *Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz*. Ein kleinerer Teil der Kosten wird über Zuweisungen von Bußgeldern durch die Gerichte gedeckt (vgl. Giese et al. 2003), deren Höhe jedoch in den letzten Jahren rückläufig ist. Zusätzlich ist die Opferhilfe Hamburg auf die Finanzierung durch Spenden angewiesen, die teilweise auch durch die Betroffenen selbst erfolgen (Thetz et al. 2006). Im Jahre 2002 erhielt die Opferhilfe Hamburg auch erstmals

Gelder aus Stiftungen (Giese et al. 2003). Insgesamt handelt es sich jeweils um unsichere und kurzfristige Finanzierungen. Seit ihrer Gründung ist die Opferhilfeberatungsstelle darum bemüht, Ratsuchenden mit Gewalterfahrungen ein Angebot zur Verfügung zu stellen, das ihren Bedürfnissen in möglichst vielen Aspekten gerecht werden soll. Neben einer zeitnahen Beratung betrifft dies unter anderem die Art der Kontaktgestaltung sowie die räumliche Lage und Atmosphäre in der Opferhilfeberatungsstelle (Thetz et al. 2006). So gehört zum Beratungsangebot der Opferhilfe Hamburg, eine zeitnahe und niedrigschwellige professionelle Hilfe bereit zu stellen (vgl. Giese et al. 2000). Nach Ansicht der Mitarbeiter der Beratungsstelle könne dies von anderen Anlaufstellen des Hamburger Versorgungssystems, etwa niedergelassenen Psychologen, Ärzten und Klinikambulanzen, auf Grund mangelnder zeitlicher Ressourcen (lange Wartezeiten) oder personeller Ressourcen (Fehlen von Traumatherapeutischen Kenntnissen bei den Behandlern) häufig nicht geleistet werden (vgl. Thetz et al. 2006). Das Beratungsangebot der Opferhilfe reicht dabei von niedrigschwelliger Telefonberatung bis zu psychotherapeutischen Kurzzeitbehandlungen mit bis zu zehn psychotherapeutischen Gesprächen, bei denen auch Trauma spezifische Verfahren zum Einsatz kommen (vgl. Thetz et al. 2006). Sollte eine Langzeitbehandlung notwendig sein, erfolgt eine Weitervermittlung an andere Behandlungsangebote im ambulanten und stationären Bereich. Die Opferhilfe Hamburg, die auf Bundes- und Landesebene mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt ist, setzt sich außerdem für die Interessen der Menschen mit Opfererfahrung in der Öffentlichkeit, bei Behörden und in der Politik ein. Sie sind weiterhin aktiv vertreten im multiprofessionellen Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“ (Reusch et al. 2010).

1.5 Forschungsstand

1.5.1 Belastung und Diagnosen bei Opfern von traumatisierenden Ereignissen

Weltweite Studien haben gezeigt, dass 50 bis 90 Prozent aller Menschen, abhängig von der Region, in der sie leben, mindestens einmal in ihrem Leben von einem traumatischen Ereignis betroffen sind (vgl. Reddemann 2006). Diese können sowohl außerfamiliär verursacht sein, z.B. durch Naturkatastrophen, Gewalt und sexuelle Übergriffe von außen, Unfälle, chronische Krankheiten, medizinische Eingriffe oder traumatische Verluste, als auch innerfamiliäre Ursachen haben, z.B. sexuelle Übergriffe innerhalb der Familie, körperliche Gewalt oder Vernachlässigung, Beziehungsgewalt, Mord, Suizide oder Erkrankungen von Familienmitgliedern. Innerfamiliäre Traumata werden auf Grund ihrer Folgen für die

Entwicklung der Familienmitglieder als schwerwiegender eingeschätzt (vgl. Hanswille et al. 2010). Auch das indirekte Erleben von traumatischen Ereignissen oder die verbale Vermittlung dieser Ereignisse kann eine posttraumatische Belastungsreaktion hervorrufen und bereits Klein- und Vorschulkinder können eine solche ausbilden (vgl. Steil et al. 2009). In Tabelle 1 werden Trauma bezogene Diagnosekategorien dargestellt.

Tabelle 1: Traumabezogene Diagnosekategorien

DSM-IV-TR	ICD-10
Akute Belastungsstörung (308.3)	Akute Belastungsreaktion (F43.0)
Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	Andauernde Persönlichkeits-veränderung nach Extrembelastung (F62.0)

Quelle: DSM-IV-TR (Saß et al. 2003), ICD-10 (Dilling et al. 2008)

Eine *akute Belastungsstörung* (DSM-IV-TR) bzw. eine *akute Belastungsreaktion* (ICD-10) tritt definitionsgemäß unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis auf. Während mit der akuten Belastungsstörung nach DSM-IV-TR ein vorübergehendes Syndrom nach einem Trauma bezeichnet wird, beschreibt die akute Belastungsreaktion nach ICD-10 eine posttraumatische Reaktion mit deutlichem Krankheitswert ohne Chronifizierung. Sie tritt innerhalb von vier Wochen (DSM-IV-TR) bzw. innerhalb von Minuten (ICD-10) nach dem Trauma auf und klingt innerhalb von 4 Wochen (DSM-IV-TR) bzw. von Stunden oder Tagen (ICD-10) wieder ab. Nach DSM-IV-TR treten bei einer akuten Belastungsreaktion mindestens drei der folgenden Symptome während oder nach dem Ereignis auf: 1) *Gefühl von emotionaler Taubheit* oder *Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit*, 2) *Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt*, etwa als Gefühl von „betäubt sein“, 3) *Derealisationserleben*, 4) *Depersonalisationserleben* sowie 5) *Dissoziative Amnesie* in Form von fehlender Erinnerung an wichtige Details des Ereignisses. Das Trauma wird auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: 1) *Wiederkehrende Gedanken, Illusionen, Bilder oder Träume*, 2) *schnell einschließende*, an das Ereignis erinnernde *Wahrnehmungen, Flashbacks*, 3) *Eindruck, das traumatische Ereignis wieder zu erleben* sowie 4) *ausgeprägtes Leid bei Reizen, die an das Trauma erinnern*.

Betroffene einer *akuten Belastungsstörung* bzw. *Belastungsreaktion* zeigen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gegenüber Gedanken, Orten, Personen und Aktivitäten, die an das

Ereignis erinnern. Außerdem treten Symptome von Angst oder eine psychovegetative Übererregung in Form von Konzentrationsstörungen, gesteigerter Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen sowie motorischer Unruhe auf. Durch die genannten Symptome sind die Betroffenen in allen Funktionsbereichen beeinträchtigt und in einigen Fällen kaum in der Lage, sich Unterstützung im sozialen Nahraum zu suchen (vgl. Wöller et al. 2004).

Prädiktoren für einen negativen Verlauf einer *akuten Belastungsstörung* bzw. *Belastungsreaktion* sind nach Foa & Rothbaum (1989) das Erleben des traumatisierenden Ereignisses als unkontrollierbar und unvorhersehbar sowie das Auftreten von Stupor und Gefühle von „eingefroren sein“ oder Selbstaufgabe. Nach Marmar et al. (1994) scheint eine peritraumatische Dissoziation ein Prädiktor für die Ausbildung einer PTBS zu sein.

In Folge des traumatisierenden Erlebnisses kann sich über die oben beschriebene akute Symptomatik hinaus eine *Posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS) entwickeln. Eine PTBS liegt vor, wenn die Symptomatik innerhalb von 6 Monaten (ICD-10) oder auch mehr als 6 Monate nach dem Trauma einsetzt (verzögerter Beginn nach DSM-IV-TR) und für mindestens 4 Wochen anhält. Es können folgende allgemeine Symptome auftreten: (1) *Formen des Wiedererlebens*, z.B. als Intrusionen im Wachzustand oder in Träumen bzw. Flashbacks/subjektive Eindrücke, das Trauma aktuell zu erleben, (2) *psychische/psychovegetative Symptome bei Konfrontation mit Dingen, die an das Trauma erinnern*, (3) *übermäßiges Vermeidungsverhalten hinsichtlich Situationen, die an das Trauma erinnern*, (4) *Gleichgültigkeit, Freudlosigkeit und emotionale Taubheit*, erkennbar an einem deutlich geringeren Interesse an Dingen, die vor dem Trauma von Bedeutung waren und (5) *psychovegetative Übererregung*, erkennbar an übermäßiger Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Affektintoleranz, Schlafstörungen sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen (ICD-10).

Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS soll bei 2-7% liegen, subsyndromale Störungsbilder sollen wesentlich häufiger auftreten (vgl. Flatten et al. 2004). Stein et al. (2000) berichten in ihrer Studie von einer Prävalenz in der Gesamtbevölkerung der USA von 2-5%. Die Lebenszeitprävalenz für Jugendliche und junge Erwachsene liegt laut Giaconia et al. (1995) in den USA bei insgesamt 6,3% (2,1% bei den männlichen und 10,5% bei den weiblichen Studienteilnehmern). Elklit (2002) beschreibt für Dänemark eine höhere Prävalenz von 9%,

allerdings wertete diese Studie auch eine Ehescheidung als mögliche Ursache einer Traumatisierung.

Zur Frage, inwieweit psychisch belastende Erfahrungen mehr oder weniger folgenlos bleiben, zu einer vorübergehenden akuten Belastungsstörung bzw. Belastungsreaktion bzw. zu nicht Trauma spezifischen psychiatrischen Störungen führen, oder ob die gravierende Form einer PTBS eintritt, gibt es zahlreiche Forschungsansätze und Untersuchungen. Bei einem Drittel aller Betroffenen von traumatischen Erfahrungen scheinen sich die Symptome ohne zusätzliche Unterstützung zurückzubilden. Betrachtet man die Selbstheilungsrate jedoch in Abhängigkeit von der Art des Traumas, so scheint sich die Symptomatik bei höchstens 25% der Opfer von sexualisierter Gewalt, bei Betroffenen von Folter hingegen fast nie ohne fremde Hilfe zurückzubilden (Reddemann 2006). Es kann also im Verlauf sowohl zu einer Bewältigung des Erlebten und damit zu einer Restitution aber auch zu einer Chronifizierung kommen. So zeigte sich in Studien von Helzer et al. (1987), McFarlane (1988) und Shore et al. (1989), dass das Risiko einer Chronifizierung bei einem Anhalten der Symptome von mehr als drei bis sechs Monaten sehr hoch ist. Bei 57% der Teilnehmer einer Studie von Breslau & Davis (1992) war eine Persistenz der Symptome von über einem Jahr nachgewiesen worden. Nach einer Studie von Kessler et al. (1995) persistierten Symptome einer PTBS 64 Monate bei Personen, die keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen hatten. Die Wahrscheinlichkeit, nach zwei Jahren ohne therapeutische Unterstützung symptomfrei zu sein, lag dieser Studie zufolge bei 50%. Ein Drittel der Teilnehmer litten unabhängig von einer Behandlung, auch nach vielen Jahren noch an einer PTBS-Symptomatik (Kessler et al. 1995). Zur Frage, wie groß der Anteil derjenigen Personen ist, die nach einer Gewalterfahrung tatsächlich eine PTBS entwickeln, finden sich unterschiedliche Angaben. Während z.B. nach US-Angaben nur etwa 1% der Betroffenen von Gewalt eine PTBS entwickeln (vgl. The Merck Manual of Medical Information 1997), weisen andere epidemiologische Studien auf einen wesentlich höheren Anteil hin (Krausenek et al. 2005). 13,8% von untersuchten Tumorpatienten entwickelten laut Schmitt (2000) eine PTBS. In einer dänischen Studie (vgl. Elklit 2002) litten 12,1% der untersuchten Jugendlichen im Alter von 13-15 Jahren unter eine PTBS.

Während das Risiko für Männer höher ist, ein traumatisches Ereignis zu erleben, erkranken Frauen in der Folge eines Traumas häufiger an einer PTBS. Dies trifft sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche zu (vgl. Steil und Rosner 2009). Auch Switzer et al. (USA 1999) kamen in ihrer Studie an städtischen Klienten einer US-amerikanischen psychiatrischen Ambulanz zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, bei Frauen im Vergleich zu den Männern leicht erhöht war. Die Dauer der Symptomatik war bei Frauen im Vergleich zu Männern signifikant erhöht, ebenso wie die Anzahl der erfüllten Kriterien für eine Chronifizierung der PTBS in der Folge.

Ein besonders hohes Risiko für das Erleben traumatischer Ereignisse und ein damit einhergehendes 2- bis 4-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PTBS konnten Wittchen et al. (2012) bei im Ausland (z.B. Afghanistan) eingesetzten deutschen Soldaten nachweisen. Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer PTBS liege damit bei dieser Personengruppe deutlich über dem Risiko der deutschen und europäischen Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts. Die Autoren weisen außerdem auf das Auftreten von zusätzlichen „klinisch relevanten psychischen Einsatzfolgestörungen in erheblichem Umfang“ hin (vgl. Wittchen et al.). Die besondere Belastung ergibt sich nach Meinung von Hauffa et al. (2007) durch die häufig lange Trennung von der Familie, das Erleben von Leid und traumatischen Ereignissen in dem Einsatzland, das Leben in Feldlagern und die erhöhte Arbeitsbelastung.

Nicht Trauma spezifische Störungen im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen wurden von verschiedenen Autoren beschrieben. Studien haben gezeigt, dass Opfer von Traumatisierungen nicht zwangsläufig eine PTBS entwickeln, sondern auch depressive Störungen (vgl. Briere und Runtz 1990; Joraschky 2000), dissoziative Störungen (vgl. Putmann 1989; Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004; Reddemann et al. 2003), Somatisierungs- bzw. Konversionsstörungen (Drossmann 1995; Scheidt und Hoffmann 2000; Nijenhuis 1999), somatoforme Schmerzstörungen (Egle und Nickel 2000), Persönlichkeitsstörungen, vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Sachsse 1995; Gast 2000), Essstörungen, vor allem die Bulimia nervosa (Matsunaga et al. 1999), Angsterkrankungen (Arnold und Joraschky 2000), Substanzmissbrauch (Kulka et al. 1990) sowie somatische Erkrankungen (Felitti et al. 1998) entwickeln. Sie unterscheiden sich in Hinblick auf die Chronizität und Schwere, aber auch im Hinblick auf die Art des auslösenden Traumas. Weiterhin haben Studien gezeigt, dass Menschen, die als Soldaten in

Kriegsgebieten eingesetzt waren, nach Beendigung ihres Einsatzes an sexuellen Dysfunktionen leiden, ohne dass eine sexuelle Gewalterfahrung gemacht wurde oder Symptome einer PTBS vorlagen (vgl. Arbanas 2010). Im Zusammenhang mit Traumatisierungen auftretende Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind in der Regel Folge chronischer personaler Traumatisierungen im frühen Lebensalter.

1.5.2 Zugang von Betroffenen zum psychosozialen Hilfesystem

Ob und wie Menschen mit Opfererfahrungen Hilfe suchen, hängt stark von unterschiedlichen Faktoren ab. Kulturelle Vorstellungen und Normen sowie individuelle Faktoren beeinflussen, ob sich Personen überhaupt aus eigenem Antrieb Unterstützung im psychosozialen Hilfesystem suchen. Zum Beispiel untersuchten Goto et al. (2002) japanische Opfer einer Naturkatastrophe. Vor allem jüngere und weibliche Opfer suchten häufiger Hilfe bei Familie, Partner, Freunden sowie im sozialen Nahraum, wohingegen männliche oder ältere Opfer häufiger Hilfe bei professionellen Unterstützungsangeboten wie Ärzten, Krankenschwestern, Psychotherapeuten, Beratern, der Telefonseelsorge, Sozialarbeitern, Priestern und Mönchen suchten. Besonders das Thema Scham spielte nach Goto et al. eine Rolle für das Hilfesuchverhalten der untersuchten japanischen Opfer mit PTBS und Depressionen.

Laut einer australischen Studie von Steel et al. (2006) wurden im Durchschnitt vor dem ersten Kontakt zu spezialisierten Einrichtungen drei unspezifische Institutionen konsultiert. Bei der Suche nach professioneller Unterstützung spielten Allgemeinmediziner eine zentrale Rolle. Sie wurden von 53% der Befragten aufgesucht. Im Durchschnitt dauerte es sechs Monate, bis psychiatrische oder psychologische Behandlungszentren aufgesucht worden waren, sofern die Befragten nicht bereits wegen anderer bekannter psychiatrischer Störungen in Behandlung waren. Es wurde bei der Studie bei unterschiedlichen Personengruppen sowohl die Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme als auch der Umfang der Nutzung von Hilfsangeboten untersucht. Keinen Einfluss auf eine verzögerte Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfeinrichtungen schienen individuelle Faktoren wie Geschlecht, Sozialstatus, ethnische Herkunft und Englischkenntnisse zu haben. Jedoch war die ethnische Herkunft assoziiert mit einer geringeren Nutzung von entsprechenden Institutionen. Bei Menschen mit bereits diagnostizierten psychischen Erkrankungen scheinen soziale und kulturelle Faktoren die

Häufigkeit des Aufsuchens professioneller Hilfe zu beeinflussen, sie spielten jedoch keine Rolle für eine verzögerte Vorstellung bei einer Einrichtung für psychische Behandlung. Generell korrelierte ein größeres Ausmaß an psychischer Belastung wie etwa dem Vorliegen einer PTBS oder einer isolierten Depressionen mit einem verstärkten Aufsuchen von Medizinern unterschiedlicher somatischer Fachgebiete, nicht jedoch von Psychologen oder Psychiatern. Eine höhere Korrelation fand sich diesbezüglich bei Opfern aus Kulturkreisen, in denen möglicherweise Scham und die Angst vor Selbstoffenbarung bei emotionalem Stress problematisch sind.

Die von Wittchen et al. (2012) durchgeführte Untersuchung an im Ausland eingesetzten deutschen Soldaten hatte gezeigt, dass von diesen nur etwa jeder zweite von PTBS-Symptomen Betroffene professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatte. Die Autoren Schulte-Herbrüggen und Heinz (2012) vermuten, dass ein unzureichendes Wissen um Hilfsangebote und die Angst vor negativen Folgen für die berufliche Karriere Gründe hierfür sein könnten. Nach Meinung von Hoge et al. (2004) würden die Angst vor Stigmatisierung und negativen Konsequenzen für die berufliche Entwicklung sowie die Unkenntnis über Behandlungsangebote ein hohes Risiko für dissimulierendes Verhalten der betroffenen Soldaten einhergehen.

Auch eine von Gloor et al. (2004) durchgeführte Befragung von Patientinnen einer Schweizer Frauenklinik ergab, dass sich weibliche Opfer von häuslicher Gewalt häufiger an somatische Mediziner als an spezialisierte psychiatrisch-psychotherapeutische Institutionen wenden, um psychosomatische Symptome als Folgen rezidivierender Gewalterfahrungen behandeln zu lassen. Studien von Kimerling und Calhoun (1994) und Koss, Koss und Woodruff (1991) konnten eine steigende Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von weiblichen Kriminalitätsoffern im Folgejahr nach stattgehabtem Ereignis nachweisen.

Untersuchungen haben weiterhin gezeigt, dass Patienten häufig aufgrund von schwerwiegenden körperlichen Symptomen, die mit einer PTBS einhergehen, in Institutionen der somatischen Medizin vorstellig werden (vgl. Gillock et al. 2005; Gray et al. 2004; Kangas et al. 2002; Schelling et al. 1998; Bryant et al. 1999; Butterfield et al. 2002; Gebhart et al. 1996; Staab et al. 2001; Resnick et al. 1997). Eine von Schnyder et al. (1996) in der Schweiz durchgeführte Befragung von Ärzten (Allgemeinmediziner und Psychiater) zu ihren Erfahrungen mit Patienten mit PTBS ergab, dass jeder zweite Arzt von Menschen mit

Symptomen einer PTBS, meist in Folge von sexualisierter Gewalt oder Unfällen, aufgesucht worden war. Während Allgemeinmediziner meist Patienten mit einer akuten Belastungsstörung behandelten, wurden Psychiater häufiger von Patienten mit einer PTBS aufgesucht.

Flüchtlinge mit Trauma-Erfahrungen oder Opfer großer Naturkatastrophen werden – wenn sie von sich aus keine professionelle Hilfe suchen – im Idealfall von spezialisierten Therapeuten aufgesucht und betreut (van der Veer 1998).

Iversen et al. (2010) untersuchten Trauma-Opfer unter britischen Soldaten während des Irakkriegs und zeigten, dass lediglich 23% der Betroffenen irgendeine Form von medizinischer Hilfe erhalten hatten. Die Nutzung nicht-medizinischer Angebote (zum Beispiel Seelsorger) war hier weiter verbreitet. Generell wurde hier darauf hingewiesen, dass der überwiegende Teil der betroffenen Soldaten mit psychischen Symptomen keine medizinische Hilfe gesucht hatte und dass Forschungsbedarf hinsichtlich möglicher Zugangsbarrieren besteht.

Zur Nutzung des psychosozialen Hilfesystems durch die Betroffenen kommen erwartungsgemäß unterschiedliche Studien mit verschiedenen Gruppen und Typen von Traumaopfern zu unterschiedlichen Ergebnissen. So wendet sich nach Baurmann und Schädler (1996) der überwiegende Teil der Menschen mit Opfererfahrung zu allererst an Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld, also an Familienmitglieder oder Freunde. Eine Studie von Calhoun et al. (2002) in den USA hingegen hat gezeigt, dass das Vorliegen einer PTBS mit einer beträchtlichen Nutzung von Gesundheitseinrichtungen assoziiert ist.

Switzer et al. (1999) zeigten, dass 94% der Klienten einer psychiatrischen Ambulanz mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben erlebt hatten, 42% davon wiesen Symptome einer PTBS auf. Die Untersuchung zeigte, dass die Studienteilnehmer mit PTBS eine größere Anzahl an verschiedenen Hilfsangeboten aufgesucht hatten, eine größere Anzahl an Kontakten zu diesen Institutionen aufwiesen, mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Klinikaufenthalt hatten und einen höheren Gebrauch an verordneten Psychopharmaka aufwiesen. Sie waren im Vergleich zu den Teilnehmern ohne PTBS seltener zufrieden mit der Versorgung. Männliche Studienteilnehmer glaubten weniger an eine Effektivität der medizinisch-therapeutischen Hilfe als Frauen. Bezüglich der Nutzung ambulanter und

stationärer Angebote oder einer Medikation bestanden ansonsten keine Geschlechtsunterschiede. Im Durchschnitt wurden drei Hilfsangebote aufgesucht, durchschnittlich zwei in den letzten 12 Monaten.

Zugang und Nutzung von Hilfsangeboten bei Opfern von Kriminalität – etwa einer Vergewaltigung – wurde in einer Reihe von Studien untersucht. Amstadter et al. (2010) fanden heraus, dass von 228 befragten US-amerikanischen Studentinnen, die in ihrem Leben Opfer einer Vergewaltigung geworden waren, lediglich 52% überhaupt irgendeine Form von Hilfe in Anspruch nahmen. Von diesen wandten sich 93% an Fachleute für psychische Erkrankungen. 14% suchten kirchliche Beratungsstellen auf.

New und Berliner (2000) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass der Umfang der Inanspruchnahme von Hilfe mit soziodemographischen Merkmalen, Art des Traumas und psychischen Faktoren assoziiert war. So waren beispielsweise sexualisierte Gewalt und eine PTBS-Diagnose sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen mit einer stärkeren Inanspruchnahme psychologischer Hilfen / Psychotherapie assoziiert. Frauen mit PTBS, vor allem alleinstehende und geschiedene Frauen, nahmen mehr Therapiesitzungen in Anspruch als Männer mit PTBS.

McCart et al. (2010) legten eine Übersichtsarbeit zu Studien zum Hilfesuch-Verhalten erwachsener Kriminalitätsoffer unter besonderer Beachtung der Prävalenz der Inanspruchnahme formeller und informeller Hilfe sowie der identifizierten Prädiktoren und Barrieren für die Inanspruchnahme vor. Die Forschungsarbeit lässt darauf schließen, dass nur ein kleiner Anteil von Verbrechenopfern Unterstützung bei professionellen Unterstützungsnetzwerken sucht. Ein Großteil der Betroffenen sucht sich Unterstützung durch informelle Quellen, etwa im sozialen Umfeld.

Nach Gründen für die Nutzung professioneller Hilfe und für die Wahl von entweder verhaltenstherapeutischer oder pharmakologischer Therapien suchten Angelo et al. (2008). Anhand einer qualitativen Studie identifizieren sie vorrangig Gründe, die auf ein Verständnis des Zwecks / der Wirkungsweise der Therapie bei den Patientinnen hindeuten, etwa auf ein Bewusstsein dafür, dass über das Geschehene geredet werden muss.

1.5.3 Grundlagen der Evaluationsforschung

Die Evaluationsforschung ist meist eine Auftragsforschung, die dazu dient, den Erfolg oder Misserfolg einer Intervention zu überprüfen. Häufig wird sie zur Bewertung der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme eingesetzt. Der Auftraggeber formuliert Evaluationsfragen, die mit Hilfe der systematischen Anwendung empirischer Forschungsmethoden möglichst eindeutig und verständlich beantwortet werden müssen. Da sie sich dementsprechend auf sehr spezielle Praxisfragestellungen richten, werden Evaluationsberichte selten publiziert (vgl. Bortz und Döring 2006).

Bei der Durchführung ist die Selbstevaluation von der Fremdevaluation zu unterscheiden. Bei der Selbstevaluation wird die eingeleitete Evaluation von den Mitarbeitern selber durchgeführt. In diesem Falle verfügt der Evaluator über einen Informationsvorsprung gegenüber einem externen Evaluator. Außerdem ist die direkte und kontinuierliche Rückmeldung der Evaluationsergebnisse in die Praxis gegeben. Nachteil ist die fehlende Unvoreingenommenheit, die zu einer zu positiven Evaluation der von den Evaluatoren eingeleiteten Maßnahmen führen kann.

Vorteil einer Fremdevaluation, die durch einen externen Evaluator durchgeführt wird, ist, dass Ergebnisse nicht durch bestehende Eigeninteressen des Untersuchenden beeinflusst werden. Bortz und Döring (2006) merken jedoch an, dass auf Grund eines fehlenden, engen Kontaktes zum ausführenden Organ der untersuchten Einrichtung seltener eine direkte Rückmeldung der Erkenntnisse an die Praxis erfolgen würde.

Die fünf zentralen Funktionen der Evaluationsforschung sind 1) die *Erkenntnisfunktion*, da wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Wirksamkeit der untersuchten Intervention gewonnen werden, 2) die *Optimierungsfunktion*, da gewonnene Erkenntnisse einer Verbesserung der Arbeit einer Institution dienen 3) die *Kontrollfunktion*, die neben der „Effektivität und Effizienz“ der Arbeit einer Einrichtung auch prüft, ob geplante Maßnahmen korrekt umgesetzt werden, 4) die *Entscheidungsfunktion*, die notwendig ist für die Entscheidung, ob eine Einrichtung weiter gefördert werden sollte, und 5) die *Legitimationsfunktion*, da die Evaluation im optimalen Falle die Förderungswürdigkeit der untersuchten Einrichtung mittels öffentlicher Gelder zeigt (vgl. dazu Bortz und Döring 2006).

1.5.4 Opferbefragungen als Forschungsmethode der Viktimologie

Die in dieser Untersuchung durchgeführte Befragung von Menschen zu ihren Opfererfahrungen und deren Bewältigung stellt in der Viktimologie eine wichtige Forschungsmethode zur Ermittlung der Kriminalitätsfurcht, des Anzeigeverhaltens und zur Einschätzung des tatsächlichen Ausmaßes der verschiedenen Delikte dar.

Seit ungefähr 44 Jahren werden Opferbefragungen in den westlichen Ländern durchgeführt. Ziel der Opferbefragungen der ersten Generation, der sogen. „Crime Surveys“, die zwischen 1965 und 1975 durchgeführt wurden, war es, Prävalenzraten für einzelne Deliktarten hochzurechnen, das Ausmaß nicht angezeigter Straftaten und Gründe für eine Nichtanzeige zu ermitteln und bestimmte Einstellungen der Bevölkerung (z.B. Angst bei nächtlichen Ausgängen) zu ermitteln. Aufgrund methodisch ungünstiger Vorgehensweisen war dies jedoch wenig hilfreich und führte oft zu einer Überschätzung der Dunkelziffer (vgl. Killias 1991).

In neueren Opferbefragungen wurden zunehmend auch qualitative Aspekte, wie z.B. die Gründe von Opfersituationen, die Gründe für ein bestimmtes Anzeigeverhalten der Opfer und die Folgen der Straftat und deren Bewältigung aus Sicht des Opfers erhoben. Weitere Variablen, die bei der Anzeigenerstattung eine Rolle spielen, z.B. Bekanntschaft zwischen Täter und Opfer, werden außerdem erhoben.

Zunehmend von Bedeutung in der Viktimologie ist also die Befragung von Verbrechensopfern zu ihren Erfahrungen mit der Viktimisierung, den Reaktionen der Umwelt auf ihr Opferwerden und ihren Bedürfnissen (vgl. Schneider 1994). So wurde beispielsweise in Deutschland im Rahmen von Opferbefragungen untersucht, wie Opfer die psychischen Folgen von Traumatisierungen bewältigen können (vgl. Hagemann 1992; Bilsky, Wetzels, Mecklenburg und Pfeiffer 1995). Weiterhin wurden spezielle Studien veröffentlicht, die sich mit Bewältigungsstrategien von vergewaltigten Frauen beschäftigen (vgl. Burgess und Holmstrom 1975; Santello und Leitenberg 1993; Krahe 1992; Überblick bei Koss 1993). Insgesamt lässt sich jedoch sagen, dass es zum Thema Bewältigung von Opfererfahrungen wenige Forschungsarbeiten gibt.

In einer aktuellen Studie von Schulte-Herbrüggen und Heinz (2012) stellen die Autoren heraus, dass das Leiden der Betroffenen von traumatischen Erfahrungen, nachdem es von der Gesellschaft lange Zeit unbeachtet blieb, jetzt in den Fokus gerückt sei und erste Veränderungen in Richtung Verbesserung der Versorgung der Betroffenen, z.B. in Form von Entschädigungsregelungen oder durch Einrichten von Trauma-Ambulanzen für Gewaltopfer, z.B. in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Bayern und Berlin, in die Wege geleitet seien.

1.5.5 Patientenzufriedenheitsbefragungen

In der Arbeit mit Patienten spielt die Befragung zur Ermittlung der Patientenbedürfnisse, zur Sicherung der Behandlungsqualität (vgl. Hansson 1989) sowie zur Entwicklung effektiver Behandlungsprogramme eine große Rolle (vgl. Kalman 1983). Nach Meinung von O'Regan et al. (2009) könnten durch Patientenbefragungen Faktoren zur Steigerung der Patientenzufriedenheit identifiziert werden. Nach Kalman (ebd.) scheint die Zufriedenheit der Patienten ein wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung, die Compliance in der Therapie und das Gelingen dieser im psychiatrischen Bereich. Obwohl das Thema also von großer Bedeutung ist, kritisiert Kalman das Fehlen standardisierter Methoden zur Messung der Patientenzufriedenheit. Dies sei besonders bei Kindern und Jugendlichen der Fall. Hier finde das Konzept der Patientenzufriedenheit nach Meinung von Biering et al. (2010) in der Forschung nur unzureichend Beachtung und es gebe nur wenige valide Messinstrumente zu deren Prüfung. Auch die Tatsache, dass Erwachsene und Kinder unterschiedliche Bedürfnisse bezüglich einer psychischen Versorgung haben, fand laut Biering et al. in der Forschung bisher zu wenig Berücksichtigung.

In ihrer Übersichtsarbeit zur aktuellen Forschungsliteratur stellten Biering et al. (2010) dar, dass bisher mit Hilfe vorhandener Messinstrumente drei universelle Faktoren für die Zufriedenheit Erwachsener mit psychiatrischer Behandlung ermittelt werden konnten: 1) *Zufriedenheit mit der Umgebung* und der *Organisation des Angebots*, 2) die *Klient-Behandler-Beziehung*, 3) das *Therapieergebnis*.

In einer nachfolgenden Untersuchung beschrieben Biering et al. (2011) wichtige Faktoren für eine qualitativ gute Behandlung, die befragte Erwachsene genannt hatten. Diese waren 1) *sicherer Behandlungsort*, 2) *Zuwendung*, 3) *Solidarität*, 4) *Selbstaussdruck* und 5) *als Mensch behandelt werden*. Als Indikatoren für ein zufriedenstellendes Therapieergebnis wurden eine 1) *zunehmende psychische Gesundheit*, 2) *persönliche Entwicklung*, 3) *Stärkung des Selbst* und 4) *Verbesserung der familiären Beziehungen* beschrieben.

Auch in einer von Haertl et al. (2009) in den USA durchgeführte Befragung von Therapeuten und Patienten einer psychiatrischen Tagesklinik konnten eine geschützte und unterstützende therapeutische Umgebung und eine stabile Patienten-Therapeuten-Beziehung als wichtige Schlüsselfaktoren für die beiderseitige Zufriedenheit identifiziert werden.

Neben dem geschützten Rahmen scheinen die Aufklärung sowie die Einbeziehung der Patienten in die Planung der Therapie ebenfalls von entscheidender Bedeutung zu sein. So waren befragte Frauen einer psychiatrischen Mutter-Kind-Einheit in England insgesamt sehr zufrieden mit dem Angebot. Am unzufriedensten waren sie mit dem Grad der Einbeziehung in die Therapieplanung und der Beteiligung an Entscheidungen über die weitere Betreuung (vgl. Neil et al. 2006).

In der finnischen Studie von Siponen et al. (2003) zeigte sich, dass sich ambulante Psychiatrie-Patienten in einem unbefriedigenden Maße über ihre Erkrankung und deren Behandlung informiert fühlten.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt Hansson (1989) in einer skandinavischen Studie: Während sich die höchste Zufriedenheit in den Bereichen Therapieplanung, Therapieergebnis und Beziehung zum Personal zeigte, waren die ambulanten Psychiatrie-Patienten unzufrieden mit dem Maß an Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Therapie sowie dem vermittelten Maß an Informationen über ihre Erkrankung. Der soziale und psychiatrische Hintergrund schien unabhängig für den Grad der Zufriedenheit zu sein. Patienten mit Langzeittherapie zeigten ein höheres Maß an Zufriedenheit mit der Behandlung. Es war ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Therapieergebnis, der Qualität der Informationen über die Erkrankung sowie dem Grad der Mitbestimmung in der Therapie nachweisbar.

Zwei in Irland durchgeführte Zufriedenheitsbefragungen von Patienten einer psychiatrischen Notaufnahme (O'Regan et al. 2009) und von ambulant versorgten, psychiatrischen Patienten (Jabbar et al. 2011) zeigten jeweils eine hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung. Für die Zufriedenheit der ambulant versorgten Patienten war von Bedeutung, dass 1) der *Psychiater die Behandlung erklärte*, 2) er sich *nicht zu stark auf die Wirkung von Medikamenten verließ* und 3) *Hausbesuche durch Pflegekräfte mit Psychiatrieerfahrung* erfolgten. Die Patienten der psychiatrischen Notaufnahme waren unzufrieden mit 1) der *Wartezeit bis zur Untersuchung*, 2) einem *Mangel an freien Betten*, 3) der *Kommunikation der Angestellten*, 4) einem *Mangel an ambulanten Krisenangeboten* sowie 5) die *unzureichende Vermittlung von Informationen über Krisenangebote*.

Auch die Studie von Siponen et al. (2003) zeigte, dass die Wartezeit auf eine Behandlung eine entscheidende Bedeutung für die Zufriedenheit der Patienten hat. So sorgte eine verlängerte Wartezeit für eine größere Unzufriedenheit der Patienten mit dem Personal und der erhaltenen Hilfe.

Eine Studie von Gray et al. (2004) hat gezeigt, dass PTBS-Patienten, die im Rahmen einer 8-wöchigen Aufklärungs- und Orientierungsgruppe über Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Erkrankung informiert wurden, sehr zufrieden mit ihrer Versorgung waren. Es bestand außerdem ein größeres Bewusstsein über Behandlungsoptionen der PTBS, ein größerer Optimismus bezüglich der Zukunft, eine Symptomverbesserung und eine größere Motivation, die Therapie fortzusetzen.

Auch Eisenman et al. (2008) weisen in ihrer Studie mit Latino Immigranten mit PTBS in den USA auf die Bedeutung von Psychoedukation hin.

Es existieren also eine Reihe von Veröffentlichungen zur Patientenzufriedenheit bei ambulanten sowie stationären psychiatrischen Behandlungen, im Bereich der Traumatherapie liegen jedoch derzeit vor allem im deutschsprachigen Raum kaum Studien vor. Auch Frueh et al. (2002) kritisierten in ihrer Studie, dass es trotz der Schwierigkeiten bei der Entwicklung effektiver Behandlungsmethoden für Patienten mit PTBS nur wenig Forschung zum Thema Patientenzufriedenheit und speziell zur Zufriedenheit von Kriegsveteranen mit der Therapie in den „Veterans Affairs Medical Centers“ gebe. Die an Kriegsveteranen durchgeführte Untersuchung zeigte, dass Betroffene, die eine spezielle Behandlung der PTBS erhielten, ihre psychische Gesundheit und die Erstversorgung durch die „Veterans Affairs Medical Center“

positiv bewerteten. Patienten der „Department of Veterans Affairs“, die an einer psychischen Erkrankung, z.B. einer PTBS, einer Depression, einer Schizophrenie oder einer Abhängigkeitserkrankung litten und diese spezielle Behandlung nicht erhielten, zeigten in einer Studie von Desai et al. (2005) eine signifikant niedrigere Zufriedenheit mit der ambulanten Erstversorgung, als andere Patienten. Besonders unzufrieden waren sie mit dem Zugang zur Erstversorgung und der Gesamtorganisation der Behandlung.

1.5.5 Selbstevaluation der Opferhilfe Hamburg

Zur Sicherung der Qualität ihrer Arbeit und Verbesserung der Zufriedenheit der Ratsuchenden führte die Opferhilfe Hamburg immer wieder Evaluationen durch. Eine Selbstevaluation erfolgte im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Forschungsvorhabens, das von Januar 1989 bis August 1992 von der damaligen Leiterin Maria Nini durchgeführt wurde (vgl. Nini et al. 1994). Ziel der Untersuchung war, eine Reduktion von Gewalt in Partnerschaften zu erreichen. Ein weiteres Ziel war es, die eingesetzten Methoden der Beratung zu identifizieren und das Ausmaß der Erreichung der Beratungsziele, unter anderem die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Handlungskompetenzen der betroffenen Frauen zu prüfen. Zu diesem Zweck wurden mittels Befragung von drei Beraterinnen und einer Verwaltungsfachkraft sowie durch telefonische Nachbefragungen von vier Ratsuchenden qualitative Daten erhoben sowie 168 Protokolle der Einzel- und Gruppenberatungen ausgewertet. Themenschwerpunkte der Befragung waren: 1.) *Anlass der Beratung*, 2.) *wichtigste Erinnerungen an Inhalte und Interventionen* und 3.) *Bewertung der in Anspruch genommenen Beratung*. Anhand der Beratungsprotokolle der Erstgespräche wurde ausgewertet: 1.) *Erster Eindruck der Beraterin vom Ratsuchenden*, 2.) *Anliegen der Ratsuchenden*, 3.) *Wünsche und Erwartungen an die Beratung*, 4.) *Angebote der Beratungsstelle und Vereinbarungen*, 5.) *Ablehnung der Beratung* und 6.) *Art der Beendigung der Beratung*. So wie auch in der vorliegenden Arbeit war der Hauptanteil der Studienteilnehmer Frauen (80%). Zwei Drittel der Frauen waren zwischen 20 und 40 Jahre alt. Als Hauptzugangswege zur Opferhilfe konnten Beratungsstellen, die Polizei, Ärzte und Psychologen identifiziert werden. Die befragten Beraterinnen beurteilten Beratungserfolge an

Hand von „Veränderungen in Form von kleinen Schritten“ (S. 284), z.B. einer regelmäßigen Inanspruchnahme der Beratung, einem Rückgang der körperlichen Symptome sowie der Suizidalität, einem erfolgreichen Beziehungsaufbau zur Ratsuchenden, einer Veränderung der Sichtweise der Klientin, Akzeptanz für kleinschrittige Veränderungen, Aktivierung der Betroffenen und Verbesserung von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserleben sowie der geäußerten Erkenntnis der Ratsuchenden, dass sie ihr Leben nach Abschluss der Beratung selbständig meistern können. Die nachbefragten Ratsuchenden benannten folgende Punkte als positiv in der Beratung: 1.) *Informationsvermittlung*, 2.) *praktische Unterstützung* (z.B. durch Begleitung zur Gerichtsverhandlung), 3.) *Psychoedukation und Unterstützung bei der Entwicklung von Ideen zum weiteren Vorgehen*, 4.) *Reduktion der Angst und Verbesserung der Entspannungsfähigkeit* durch Vermittlung von Entspannungstechniken, 5.) *Aufklärung über eigene Rechte*, 6.) *Befähigung der Betroffenen, über Erlittenes zu sprechen*, 7.) *Aufdecken von Konflikten* und 8.) *Stärkung des Selbstwertgefühls* und 9.) *Verbesserung der Durchsetzungsfähigkeit*. Teilnehmerinnen der Gruppenberatungen benannten folgende Punkte als wichtig und hilfreich: 1.) *Entlastung durch den Austausch mit anderen Betroffenen*, 2.) *Vermittlung von Geborgenheit, Akzeptanz und Ermutigung*, 3.) *Aufbau sozialer Kontakte*, 4.) *Unterstützung bei Bewältigung von Alltagsproblemen* und 5.) *Kontinuität der Gruppe* und 6.) *Individualität bezüglich der Dauer der Teilnahme und des Tempos bezüglich Umsetzung von Veränderungen*. Resümee der Evaluation war, dass die kontinuierliche Nachbefragung der Ratsuchenden zur Sicherung von Erfolgen und Verbesserung der Arbeit der Beratungsstelle fester Bestandteil der Arbeit sein sollte. Da Veränderungen bei Ratsuchenden in „kleinen Schritten“ stattfinden, wäre mehr Flexibilität bezüglich der Bereitstellung von Beratung wünschenswert.

Nachdem im Jahre 1996 eine Kürzungen der finanziellen Mittel erfolgte, die eine Kürzung der Zeit für persönlichen Beratungsgespräche und eine Ausweitung der Telefonberatungszeit zur Folge hatte, führte die Opferhilfe 1997 eine erneute Erhebung der Zufriedenheit der Ratsuchenden mit den persönlichen Beratungsgesprächen durch. An dieser Fragebogenerhebung nahmen 67 Personen teil. Diese waren zu 98% sehr zufrieden mit dem Beratungsangebot, erfuhren zu 81% eine deutliche Entlastung und konnten zu 83% Klarheit über eine mögliche Lösung ihrer Probleme bekommen. Eine Auswertung der telefonischen Kontakte ergab, dass 51% der Anrufer aus fachlicher Sicht unbedingt eine persönliche Beratung benötigten. 43% beurteilten die Telefonkontakte zur Informationsvermittlung, für

eine Kurzberatung oder das Verweisen an andere Einrichtungen als ausreichend (vgl. Giese et al. 2006, S.35-36).

Weitere Befragungen zur Zufriedenheit der Ratsuchenden mit dem Beratungsangebot der Opferhilfe Hamburg wurden in den Jahren 1999 und 2000 durchgeführt. An dieser Evaluation, nahmen insgesamt 213 Ratsuchende teil. Hier zeigte sich, dass ein Großteil der Befragten Symptome einer PTBS aufwies. 50% der Teilnehmer gaben an, sich zuvor wegen ihrer Problematik an andere Einrichtungen gewandt zu haben. Alle Ratsuchenden hielten die Opferhilfe Hamburg für eine geeignete Anlaufstelle für ihre Problematik, erhielten zu einem überwiegenden Teil Klarheit über die nächsten Schritte, fühlten sich entlastet und verstanden. Kritisiert wurde von den Befragten, das geringe Angebot an Beratungsgesprächen. Im selben Zeitraum wurden 336 Fragebögen ausgewertet, die von den Beraterinnen ausgefüllt worden waren. Sie konnten bei dem überwiegenden Teil der Studienteilnehmer eine hohe Belastung durch PTBS-Symptome identifizieren. Themen der Beratung waren Schutz vor Gewalt, Stabilisierung und Verarbeitung der traumatischen Ereignisse, Klärung des weiteren Vorgehens und Informationsvermittlung. Die Beraterinnen schätzten ihre Arbeit als erfolgreich ein. Nur ein Anteil von 5% der Ratsuchenden zeigte im Vergleich zu Behandlungsbeginn keine positiven Veränderungen (vgl. Giese et al. 2006, S. 37).

1.6 Ziele der Untersuchung

Ziel der durchgeführten Evaluationsstudie war zu ermitteln, ob das Beratungsangebot der Opferhilfe den Bedürfnissen der Ratsuchenden gerecht wird. Dazu sollte die Patientenzufriedenheit anhand einer Bewertung der Beratung der Opferhilfe Hamburg durch die Ratsuchenden ermittelt werden. Spezifisch erfragt werden sollten auch die räumliche Erreichbarkeit der Einrichtung und die Wahrnehmung in Bezug auf die Qualität der Beratungsarbeit.

Es sollte außerdem ermittelt werden, welche Institutionen des Hamburger Hilfesystems nach stattgehabtem Trauma aufgesucht wurden, ob diese Kontakte hilfreich oder belastend waren und über welche Zugangswege die Klienten im Anschluss zur Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg gekommen waren.

Bei dem untersuchten Patientenkollektiv sollte der subjektiv wahrgenommene Grad der psychischen Belastung vor dem ersten Beratungsgespräch sowie ein halbes Jahr nach dem letzten Beratungsgespräch erhoben werden.

.

Es sollte außerdem ermittelt werden, ob und welche weiterführenden Beratungs- und Behandlungsangebote in Anspruch genommen worden waren.

2. Methoden

2.1 Forschungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich vorwiegend um eine explorative Untersuchung, da die aktuelle Datenlage eine Ableitung gut begründbarer Hypothesen nicht zulässt. Das Ziel war die Entwicklung neuer Hypothesen in einem relativ unerforschten Untersuchungsbereich (vgl. Bortz & Döring 2006). Weiterhin handelt es sich um eine Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten. Eine erste Datenerhebung fand zum Zeitpunkt des ersten Beratungstermins in der Opferhilfe statt und erfolgte mittels der Basisdokumentation der Beratungsstelle sowie eines zusätzlichen Erstfragebogens (t1). Sechs Monate nach dem letzten Beratungstermin erfolgte eine Nachbefragung in Form eines telefonischen Interviews, das einem Interviewleitfaden folgte (t2). Ratsuchende, die sich innerhalb des Zeitraumes von Februar 2005 bis Februar 2006 an die Opferhilfe Hamburg gewandt hatten, wurden im Rahmen der Studie zu ihren Erfahrungen mit anderen Institutionen des Hamburger Hilfesystems, zu ihren Zugangswegen zur Opferhilfe Hamburg und ihren Erfahrungen mit der Beratungsstelle, zu im Anschluss an die Beratung in Anspruch genommenen Unterstützungsangeboten, zu ihren psychischen und somatischen Symptomen sowie zum Selbstwirksamkeitsempfinden befragt.

2.2 Merkmalsbereiche

Entsprechend den Zielen der Untersuchung wurden neben Charakteristika mit potenziellem Einfluss auf die Bedarfe der Ratsuchenden insbesondere deren subjektive Bewertungen und die Inanspruchnahme weiterer Angebote einbezogen. Ein Überblick über die jeweiligen Merkmalsbereiche findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Merkmalsbereiche und Operationalisierungen

Merkmalsbereiche	Variablen(-gruppen)	Operationalisierungen
1.) Charakteristika der Ratsuchenden	<ul style="list-style-type: none"> • Soziodemographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdokumentation • Erstfragebogen • Interview zur Nachbefragung
2.) Delikt und Hilfesuchverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Deliktstruktur • Täter-Opfer-Beziehung und Anzeigeverhalten • Zeitraum zwischen Delikt und Beratung • Subjektive Gründe für verzögerte Kontaktaufnahme • Vorkontakte zu Institutionen des Hilfesystems • Erste Anlaufstelle im Hilfesystem • Zugangswege zur Opferhilfe Hamburg • Erfahrungen der Ratsuchenden mit dem Hilfesystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdokumentation • Erstfragebogen • Interview zur Nachbefragung
3.) Psychopathologie und Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatischer Stress • Globale Psychopathologie • Selbstwirksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • PTSS-10 • SCL-14 • Health-79 (Modul D)
4.) Bewertung der Opferhilfe Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfreich wahrgenommene Aspekte • Belastend wahrgenommene Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview zur Nachbefragung
5.) Umsetzung empfohlener Folgemaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme weiterer Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview zur Nachbefragung

PTSS-10, „Posttraumatic Symptom Scale“ (Holen et al. 1990); SCL-14, „Symptom-Check-Liste 14“ (Kurzform der SCL-90-R, entwickelt von Harfst et al. 2002); Health-79 (Modul D), „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (Rabung et al. 2006)

2.3 Benutzte Datenquellen

Die im Rahmen dieser Evaluation ausgewerteten Daten stammen aus unterschiedlichen Datenquellen. Es können hier Primär- von den Sekundärdaten unterschieden werden.

Die *Primärdaten* entstammen Quellen, die speziell für dieses Forschungsprojekt entwickelt wurden. Sie wurden erhoben mittels:

- Erstfragebogen
- Interviewleitfaden der telefonischen Nachbefragung
- „Posttraumatic Symptom Scale“ (PTSS-10)
- „Symptom-Check-Liste 14“ (SCL-14)
- „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (Health-79 Modul D)

Weiterhin wurden Daten der Basisdokumentation der Opferhilfe Hamburg zur Auswertung herangezogen. Aus Sicht des Evaluationsprojektes handelt es sich hierbei um *Sekundärdaten*, da sie mit Hilfe von Instrumenten erhoben wurden, die nicht speziell für diese Evaluation entwickelt wurden.

Wie in der empirischen Sozialforschung üblich, wurden auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit qualitative und quantitative Erhebungsarten kombiniert. Im Folgenden sollen beide näher erläutert werden. Ziel der quantitativen Forschung ist das Messen des Beobachteten, also die Quantifizierung und in der Folge die statistische Bearbeitung zur Beschreibung von Merkmalsausprägungen. Hierfür wird eine Urliste benötigt, die eine Auflistung aller individuellen Merkmalsausprägungen enthält. Zur numerischen Beschreibung eines Forschungsgegenstandes werden für Befragungen verschiedene Antwortmöglichkeiten entwickelt und vorgegeben. Die Folge ist eine größere Anonymität bei der Befragung und eine größere Distanz zwischen dem Forscher und dem Untersuchungsobjekt (vgl. Bortz und Döring 2006). In diesem Projekt findet o.g. Methode der quantitativen Forschung bei der Erhebung der psychopathologischer Symptomatik und des Ausprägungsgrades des Selbstwirksamkeitserlebens Anwendung. Außerdem wurde die Ausprägung gezielt erfragter hilfreicher und belastender Faktoren mit Hilfe vorgegebener Antwortmöglichkeiten erhoben. Ziel der qualitativen Forschung ist der Erkenntnisgewinn über Hintergründe und Zusammenhänge des Forschungsgegenstands (vgl. Friedrichs 1976) und die Entwicklung neuer, empirisch begründeter Theorien (Flick 2002). Es gibt keine vorgegebenen Antworten, sondern es werden offene Fragen gestellt. Die Standardisierung der Untersuchungsvorgänge zur Erhebung ist nicht oder nur in geringem Maße notwendig. Für die Erhebung qualitativer Merkmale müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- „*Genauigkeitskriterium*“ (die Kategorien müssen genau definiert werden)
- „*Exklusivitätskriterium*“ (die Kategorien müssen sich gegenseitig ausschließen)

- „*Exhaustivitätskriterium*“ (die Kategorien müssen das Merkmal ausreichend beschreiben)

Qualitative Daten können dichotome Merkmale (z.B. Geschlecht) oder polytome Merkmale (z.B. Blutgruppen) sein.

Werden qualitative Daten im Rahmen eines Interviews erhoben, so ist hierfür eine vertrauensvolle und entspannte Atmosphäre wichtig (vgl. Bortz und Döring, S. 296 ff).

2.4 Operationalisierungen

2.4.1 Basisdokumentation der Opferhilfe

Die Basisdokumentation der Opferhilfe wird von den BeraterInnen im Rahmen des ersten Beratungstermins ausgefüllt. Sie erfasst neben soziodemographischen Daten, etwa dem Geschlecht und dem Aufenthaltsstatus, auch wichtige Eckdaten der Beratung, wie die Deliktart, das Anzeigeverhalten und den Zeitraum zwischen Tat und Anmeldung in der Beratungsstelle. Bezüglich des Täters wird dokumentiert, ob dieser dem Ratsuchenden bekannt war und ob es eine Vorbeziehung zwischen Täter und Opfer gab. Weiter wird festgehalten, über welchen Zugangsweg und mit welchem Anliegen die ratsuchende Person sich an die Opferhilfe gewandt hat. Zur Dokumentation dieser Aspekte stehen der Beraterin entsprechende Items zur Verfügung, von denen eines oder mehrere als zutreffend markiert werden. Bei Bedarf können weitere Informationen als Freitext festgehalten werden.

2.4.2 Erstfragebogen

Für den Zweck der Untersuchung wurden unter Beteiligung von Mitarbeitern der Opferhilfe ein strukturierter Fragebogen („Erstfragebogen“) und ein Interviewleitfaden erstellt („Interview zur Nachbefragung“). Mit Hilfe des Erstfragebogens wurden weitere soziodemographische Angaben erfasst, die in der Basisdokumentation nicht enthalten waren (z.B. Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, Partnerschaft, Muttersprache, höchster erreichter Schulabschluss und Erwerbsstatus). Alle Variablen wurden anhand vorformulierter Items erfasst. Zudem wurde der Hauptgrund für die Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg erfragt. Weiterhin erfasste der Bogen Art und Anzahl der Vorkontakten zu anderen Institutionen des Hilfesystems (z.B. Polizei, Hausarzt, Psychiater, „pro aktiv“, niedergelassene Psychotherapeuten, Psychosomatische/ Psychiatrische Klinik usw.), die in den vergangenen 12 Monaten vor Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg aufgesucht worden waren. Die

Ratsuchenden wurden gebeten, die Reihenfolge der Inanspruchnahme der Institutionen mit Hilfe von Zahlen zu kennzeichnen und die Art der dort angebotenen Maßnahmen anzugeben. Erfasst wurde außerdem, welche Vorkontakte als hilfreich und unterstützend und welche als belastend empfunden wurden. Abschließend wurden die Ratsuchenden nach Wünschen und Zielen für die bevorstehende Beratung in der Opferhilfe befragt.

2.4.3 Interviewleitfaden zur Nachbefragung

Anhand des Interviewleitfadens wurden die Ratsuchenden bei der telefonischen Nachbefragung zu ihren Erfahrungen mit der Opferhilfe und der dort erhaltenen Beratung befragt. Außerdem wurde erfasst, welche Kontakte zu anderen Institutionen des Hilfesystems in den 12 Monaten vor Beratung bestanden hatten und welche weiteren Maßnahmen die Ratsuchenden im Anschluss an die Beratung in der Opferhilfe in Anspruch genommen hatten. Für diese sollte angegeben werden, ob sie als hilfreich empfunden worden waren. Im Interviewleitfaden kamen sowohl Fragen mit vorformulierten Antwort-Alternativen, als auch offene Fragen zur Erhebung qualitativer und quantitativer Daten zum Einsatz. Items zu möglichen hilfreichen bzw. belastenden Aspekten der Beratung wurden anhand dreistufiger Skalen erfasst („trifft gar nicht zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft voll zu“), die den Befragten im Anschluss an jede Frage vorgelesen wurden. Im letzten Abschnitt des Interviews wurde nach der aktuellen Lebenssituation und nach Veränderungen in den letzten sechs Monaten sowie nach neu erschlossenen Ressourcen gefragt. Anhand der im Verlauf dargestellten psychometrischen Instrumente wurde die subjektive wahrgenommene Grad der psychischen Belastung und das Selbstwirksamkeitserleben erhoben. Die einzelnen Themenbereiche des Leitfadens werden in im Folgenden detaillierter dargestellt.

2.4.3.1 Vorkontakte zu Institutionen des Hilfesystems

Im ersten Abschnitt des Telefoninterviews wurde nach den Gründen für die Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg und gegebenenfalls zu anderen Institutionen des Hilfesystems gefragt. Außerdem wurde ermittelt, ob es bei der Kontaktaufnahme Probleme oder Hindernisse gab. Um die Wege der Ratsuchenden im Hilfesystem rekonstruieren zu können, wurde unter zur Hilfenahme des Erstfragebogens gezielt nach Vorkontakten zu Institutionen

des Hilfesystems vor Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg gefragt. Es sollten die Reihenfolge der Inanspruchnahme und die Anzahl der Kontakte zu den genannten Einrichtungen in den vergangenen 12 Monaten vor Beratung in der Opferhilfe sowie die dort erbrachten Leistungen benannt werden. Außerdem wurden die Studienteilnehmer konkret zu hilfreichen und belastenden Erfahrungen im Zusammenhang mit den genannten Einrichtungen befragt. Überleitend zum nächsten Abschnitt wurde nach dem Zugangsweg zur Opferhilfe Hamburg gefragt.

2.4.3.2 Bewertung der Opferhilfe Hamburg

Mit Hilfe offener Fragen wurden die Ratsuchenden zum ersten Eindruck, der Wirkung der Räumlichkeiten und die wahrgenommene Atmosphäre in der Beratungsstelle befragt. Weiterhin wurden die Betroffenen gebeten, Aspekte zu benennen, die ihnen im Kontakt zur Beratungsstelle besonders gut und die ihnen überhaupt nicht gefallen haben.

Im Verlauf wurden den Befragten jeweils 6 Aussagen zu hilfreichen und zu störenden Aspekten der Beratung vorgelesen, die diese jeweils mit den Items *trifft zu*, *trifft teilweise zu* oder *trifft gar nicht zu* beantworten konnten.

Bezüglich hilfreicher Faktoren wurde gefragt nach:

- guten Ratschlägen
- guten Erklärungen im Rahmen der Beratung
- dem Gefühl, in der Beratungsstelle gut aufgehoben zu sein
- Klarheit bezüglich der weiteren notwendigen Schritte bekommen zu haben
- Lösung des ursächlichen Problems durch die Beratung
- Erlangen einer positiveren Sicht auf die Zukunft durch die Beratung

Bezüglich störender Faktoren wurden dem Befragten folgende Aussagen angeboten:

- die (Beratungs-)Zeit war zu kurz
- die Beratung dauerte zu lang
- die Opferhilfe war örtlich schlecht zu erreichen
- die Wartesituation war ungünstig, weil die Wartezeit zu lang war

- die Räumlichkeiten waren zum Warten nicht geeignet
- die Berater schien nicht kompetent genug zu sein

Weiterhin sollte angegeben werden, ob im Anschluss an die Beratung andere, von der Opferhilfe Hamburg empfohlene Hilfsangebote in Anspruch genommen worden waren oder ob dies auf eigene Initiative hin geschah und ob diese nachfolgenden Kontakte hilfreich waren. Falls keine weiteren Hilfsangebote trotz Empfehlung der Opferhilfe in Anspruch genommen worden waren, wurde nach den Gründen gefragt. In der Folge wurden erneut soziodemographische Daten erhoben, wie die aktuelle familiäre/ partnerschaftliche Situation, die aktuelle Wohnsituation und Erwerbsstatus. Es wurde nach Einnahme von Medikamenten und Suchtmitteln vor, während und nach dem traumatischen Ereignis gefragt. Am Ende des Interviews wurden die Ratsuchenden nach Veränderungen im Alltag, nach praktizierten Maßnahmen der Selbstfürsorge, nach genussorientiertem Verhalten sowie nach wieder oder neu entdeckten Ressourcen befragt.

2.4.4 Psychometrische Instrumente

Zur Erfassung von Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung, globaler Psychopathologie und Selbstwirksamkeitserleben kamen etablierte psychometrische Instrumente zum Einsatz. Dabei handelte es sich um die revidierte Form der „*Posttraumatic Symptom Scale*“ (PTSS-10: Høsten 1990; Stoll et al. 1999), eine Kurzform der international eingesetzten „*Symptom-Check-Liste SCL-90-R*“ (SCL-14: Harfst et al. 2002) und das Modul D („*Selbstwirksamkeit*“) der „*Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis*“ (HEALTH-79: Rabung et al. 2007). Sie wurden sowohl bei der Erstbefragung zum Zeitpunkt t1, als auch bei der telefonischen Nachbefragung zum Zeitpunkt t2 eingesetzt.

Während SCL-14 und HEALTH-79 lediglich eine globale Einschätzung erlauben, kann anhand der Cut-Scores der PTSS-10 neben der Symptombelastung die Verdachtsdiagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden.

2.4.4.1 Die „Posttraumatic Symptom Scale“

Die „Posttraumatic Symptom Scale“ (PTSS-10) ist ein diagnostisches Screening-Instrument zur Erfassung typischer Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR). Die Originalpublikation stammt von Weisaeth (1989), der dieses Instrument zur Erfassung der Stressreaktionen Norwegischer Seeleute entwickelte. Die Übersetzung in die deutsche Sprache erfolgte von Maercker (1998). Die hier verwendete Version mit 10 Items wurde von Høsten (1990) aus einer Vorgängerversion mit 12 Items entwickelt, wobei die Items „Konzentrationsschwierigkeiten“ und „beeinträchtigt Gedächtnis“ entfielen. Die Überprüfung der konvergenten und divergenten Validität ergab eine hohe Übereinstimmung mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Høsten 1990).

Høsten (ebd.) konnte für den PTSS-10 eine Reliabilität von $\alpha=0.85$ nachweisen. Bei Stoll et al. (1999) betrug sie $\alpha=0.91$. Die Test-Retest-Reliabilität (1 Jahr) wurde mit $\alpha=0.89$ angegeben (vgl. Maercker 1998).

Eine Validierung der deutschen Version erfolgte durch Stoll et al. (1999), die das Instrument an einer Stichprobe von Patienten einer Intensivstation mit „Acute Respiratory Distress Syndrome“ einsetzten. Im Rahmen dieser Untersuchungen konnte eine Sensitivität von 77% und eine Spezifität von 98% ermittelt werden.

Für folgende Items wird auf einer Skala von 0 (*nie*) bis 6 (*immer*) der aktuelle Grad der Ausprägung angegeben:

- Schlafstörungen
- Alpträume von einem belastenden Ereignis
- Depressionen
- Schreckhaftigkeit (Hypervigilanz)
- Das Bedürfnis, sich von anderen zurückzuziehen
- Gereiztheit
- Stimmungsschwankungen
- Schlechtes Gewissen, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle

- Ängste vor belastenden Erinnerungen
- Muskelverspannungen

Die Auswertung erfolgt durch Bildung eines Summenwertes über alle Items. In der klinischen Praxis hat sich folgende Einteilung bewährt (Holen 1990; Stoll et al.1999):

- 0-23 Punkte: keine PTBS
- 24-35 Punkte: Verdacht auf Vorliegen einer PTBS
- 36 und mehr Punkte: dringender Verdacht auf PTBS

2.4.4.2 Die „Symptom-Check-Liste SCL-14“

Zur Erfassung der psychischen Belastung der Ratsuchenden wurde außerdem die „Symptom-Check-Liste SCL-14“ verwendet, die eine Kurzform der international eingesetzten „Symptom-Check-Liste SCL-90-R“ (Franke 1995) darstellt. Entwickelt wurde diese Kurzform von Harfst et al. (2002) anhand einer Stichprobe von N=6962 Patienten dreier psychotherapeutischer Fachkliniken. Die Konsistenz der drei durch Faktorenanalyse gebildeten Skalen *Depressivität*, *Phobische Angst* und *Somatisierung* liegen in zufriedenstellenden Bereichen zwischen $r=.80$ (Somatisierung) und $r=.87$ (Depressivität). Die interne Konsistenz für den Gesamtbelastungswert beträgt $r=.87$. Auch für die Kriteriumsvalidität zeigten sich in der Untersuchung zufriedenstellende Werte, es war eine gute Differenzierung der spezifischen Diagnosegruppen *Agoraphobie mit bzw. ohne Panikstörung*, *somatoforme Störung* und *depressive Störung* möglich (Harfst et al. 2002). Im Folgenden finden sich die Items, die in diesem Selbstbeurteilungsbogen abgefragt werden.

Für die Dimension *Depressivität*:

- Selbstvorwürfe
- Gefühl, dass es schwer fällt, etwas anzufangen
- Schwermut
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft
- Einsamkeitsgefühle, auch in Gesellschaft

- Gefühl, wertlos zu sein

Für die Dimension *Phobische Angst*:

- Furcht auf offenen Plätzen
- Befürchtungen, alleine das Haus zu verlassen
- Furcht vor Fahrten in Bus oder Bahn
- Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen

Für die Dimension *Somatisierung*:

- Muskelschmerzen
- Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen
- Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen
- Schweregefühl in Armen und Beinen

Beurteilt werden sollte der Grad der Ausprägung der Symptome in den letzten 7 Tagen vor Befragung. Die Angaben erfolgten auf einer Skala von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*).

2.4.4.3 Die „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-79)

Zur Erfassung der Selbstwirksamkeit wurde das Modul D „*Selbstwirksamkeit*“ der „*Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis*“ eingesetzt. Entwickelt wurde dieses Instrument von Rabung, Koch und Schulz (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie) in Zusammenarbeit mit Harfst (Psychotherapeutenkammer Berlin) und Wittchen (Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie). Es umfasst sieben eigenständige Module mit insgesamt 79 Items. Es handelt sich um ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung der psychosozialen Gesundheit. Im Einzelnen beinhaltet der HEALTH-79 folgende Module:

- Modul A Somatoforme Beschwerden (SOM), Depressivität (DEP), Phobische Ängste (PHO)

- Modul B Interaktionelle Schwierigkeiten (INT)
- Modul C Psychisches Wohlbefinden (WOHL)
- Modul D Selbstwirksamkeit (SELB)
- Modul E Lebensqualität (LEBQ)
- Modul F Aktivität und Partizipation (A&P)
- Modul G Soziale Unterstützung (SOZU), Soziale Belastung (SOZB)

Das Modul D *Selbstwirksamkeit* umfasst 12 Items, die auf einer 5-stufigen Rating-Skala von 0 (*stimmt nicht*) bis 4 (*stimmt sehr*) erfassen, wie sehr sich die befragte Person in den vergangenen zwei Wochen (trotz ihrer Beschwerden) in der Lage fühlte, tägliche Aufgaben und Pflichten zu erfüllen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die ihr wichtig sind. Es liegen Normwerte zu Gesunden, psychisch und körperliche Erkrankten vor.

Die Berechnung der statistischen und klinischen Signifikanz für das Modul D „*Selbstwert*“ ergab folgende Werte:

Mittelwert Gesunde (N=2.284): 0,65 (SD 0,67)

Mittelwert psychisch Erkrankte (N=1.523): 2,13 (SD 0,83)

Mittelwert körperlich und/ oder psychisch Erkrankte (N=843): 1,39 (SD 0,91)

In Untersuchungen an großen Stichproben von Patienten der hausärztlichen Versorgung und der medizinischen Rehabilitationen hat sich gezeigt, dass eine gute Differenzierung zwischen gesunden Studienteilnehmern und stationär Behandlungsbedürftigen psychisch erkrankten Studienteilnehmern möglich ist.

Die einzelnen Skalen des HEALTH-79 korrelieren untereinander durchschnittlich mit $r=0,43$ (vgl. Rabung et al. 2007). Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) fällt für alle Skalen des HEALTH-Fragebogens hoch aus. Für das Modul D „*Selbstwert*“ liegt sie bei 0,95 (DETECT-Studie) (vgl. Piper et al. 2005; Wittchen et al. 2005). Die mittlere Trennschärfe, die ebenfalls hoch ausfällt, liegt bei 0,77 (DETECT-Studie) (vgl. Piper et al. 2005; Wittchen et al. 2005).

2.5 Stichprobenansatz

In die Untersuchung wurden alle Ratsuchenden einbezogen, die sich innerhalb des Zeitraumes von Februar 2005 bis Februar 2006 an die Opferhilfe Hamburg gewandt hatten. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Ratsuchenden mindestens einen persönlichen Kontakt in der Opferhilfe-Beratungsstelle wahrnahmen. Ratsuchende, die sich lediglich telefonisch an die Opferhilfe wandten, wurden nicht mit einbezogen. Weiter konzentrierte sich die Befragung auf Personen, die aufgrund von interpersonellen Gewalterfahrungen mit der Opferhilfe in Kontakt getreten waren (Beziehungsgewalt, sexualisierte Gewalt, körperliche Gewalt, Bedrohungsdelikte, Raub, Kriegserfahrungen).

2.6 Vorgehen bei der Datenerhebung

Alle Ratsuchenden, die im Untersuchungszeitraum die oben genannten Kriterien erfüllten (vgl. 2.5), wurden zum Zeitpunkt des ersten persönlichen Kontaktes (t1) um ihre Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Als Teil des Erstfragebogens wurden ihnen dazu schriftliche Informationen über den Hintergrund und den Ablauf des Forschungsvorhabens, die Anonymisierung der Daten und die Freiwilligkeit der Teilnahme ausgehändigt, sowie ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme erbeten. Im Falle einer Teilnahme füllten die Ratsuchenden daraufhin den Erstfragebogen und die psychometrischen Instrumente aus und händigten beides der beratenden Person aus. Im weiteren Verlauf des Erstgesprächs wurde von dieser die Basisdokumentation ausgefüllt. Um die Nachbefragung zu ermöglichen, wurden auf dem Erstfragebogen die Kontaktdaten der Ratsuchenden und die gewünschte Art der Kontaktaufnahme erfragt.

Sechs Monate nach dem letzten Beratungstermin wurden die Ratsuchenden kontaktiert, um einen Termin für die telefonische Nachbefragung zu vereinbaren (t2). Die erste Kontaktaufnahme mit den Ratsuchenden erfolgte in der Regel mittels eines Briefes oder einer Email. In dem Anschreiben wurden die Ratsuchenden über eine telefonische Kontaktaufnahme in den folgenden Tagen zur Vereinbarung eines Termins zur Nachbefragung informiert. Meist erfolgte dann in der darauf folgenden Woche die telefonische Nachbefragung, die in der Regel etwa 1,5 Stunden in Anspruch nahm. Die Befragung folgte dem oben dargestellten Leitfaden. Die Items der psychometrischen Instrumente wurden den TeilnehmerInnen einzeln vorgelesen, einschließlich der jeweiligen Antwortalternativen. Alle Gespräche wurden von der Promovenden B. Harms durchgeführt.

Am Ende der Nachbefragung wurden die Ratsuchenden zu ihrem aktuellen Befinden befragt und darauf hingewiesen, dass bei Bedarf eine erneute Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg möglich sei.

2.7 Datenanalyse

Die Datenauswertung wurde anhand der Software *SPSS for Macintosh* Version 17 durchgeführt. Zur Untersuchung von Gruppenunterschieden wurden der T-Test für unabhängige Stichproben, sowie der Chi-Quadrat-Test verwandt. Zur Betrachtung von Entwicklungen über die Zeit wurde die ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt, sowie die One-Way-ANOVA.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenumfang und Teilnahmequote

Im einjährigen Erhebungszeitraum willigten N=200 in eine Teilnahme an der Untersuchung ein. Eine Teilnahme wurde nur Ratsuchenden angeboten, die zu mindestens einem Beratungstermin persönlich die Beratungsstelle aufgesucht hatten. Im Untersuchungszeitraum war dies bei N=278 Ratsuchenden der Fall. Davon wurden N=12 ausgeschlossen, da sie aufgrund allgemeiner psychosozialer Probleme bzw. psychotischer Erkrankungen die Opferhilfe aufgesucht hatten. Weitere N=40 wurden ausgeschlossen, da der Erstfragebogen während der laufenden Untersuchung durch Einfügen der PTSS-10 optimiert worden war. Im Rahmen der Nachbefragung konnten N=107 der TeilnehmerInnen wiedererreicht werden (67%). Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Personen, die an der Nachbefragung teilnahmen und den restlichen TeilnehmerInnen in Bezug auf Geschlecht ($p=.95$), Migrationshintergrund ($p=.14$) und Symptombelastung ($p=.54$). Die Gruppen unterschieden sich lediglich in Bezug auf ihren Altersdurchschnitt. Mit $M=39,6$ Jahren waren die Teilnehmer der Nachbefragung signifikant älter, als die nicht erreichten Ratsuchenden mit 35,4 Jahren ($p=.049$).

3.2 Charakteristika der Stichprobe

3.2.1 Geschlecht und Alter

Das Geschlechterverhältnis entsprach mit 81% Frauen und 19% Männer in etwa der üblichen Verteilung bei Ratsuchenden der Opferhilfe-Beratungsstelle (ca. 75% Frauen, 25% Männer). Der Altersdurchschnitt lag insgesamt bei $M=38,0$ Jahren ($SD=12,1$; range=16-77), wobei die Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen bei beiden Geschlechtern am stärksten vertreten war (Frauen: 36%, Männer: 30%). In Bezug auf das Alter zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede ($p=.29$).

3.2.2 Migrationshintergrund und Muttersprache

Insgesamt N=133 Personen (83%) waren deutscher Herkunft, N=27 (17%) hatten einen Migrationshintergrund. Das Geschlechterverhältnis in der letztgenannten Gruppe entsprach dabei weitgehend dem in der Gesamtstichprobe (85% Frauen, 15% Männer). Innerhalb dieser Gruppe war der Anteil der Personen mit polnischer und türkischer Muttersprache am höchsten (je N=5). Jeweils N=2 Ratsuchende gaben finnisch und albanisch als ihre Muttersprache an. Als weitere Muttersprachen wurden Englisch, Farsi, Ndebele, Italienisch, Jugoslawisch, Kroatisch, Persisch, Spanisch, Russisch, Slowakisch und Vietnamesisch von jeweils einer Person angegeben.

3.2.3 Partnerschaft und Kinder

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung lebte die überwiegende Anzahl der Ratsuchenden nicht in einer festen Partnerschaft (N=98, 62%). Dies war für weibliche und männliche Ratsuchende in gleichem Maße der Fall (Tabelle 3).

Tabelle 3: Partnerschaftsstatus

	Frauen		Männer		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Feste Partnerschaft	49	38	12	40	62	38
Keine feste Partnerschaft	56	43	15	50	71	45
In Trennung lebend	24	19	3	10	27	17

Anmerkungen: N=159

Der Anteil der in einer festen Partnerschaft lebenden Personen war bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund gleich groß (jeweils 38%). Allerdings befand sich ein Viertel der Ratsuchenden mit Migrationshintergrund in Trennung von ihrem Partner verglichen mit 15% bei den deutschen Ratsuchenden, wobei dieser Unterschied keine statistische Signifikanz erreichte (p=.15).

Ein Großteil der an der Studie teilnehmenden Männer (N=23, 82%) und mehr als die Hälfte der Frauen (N=84, 66%) lebten zum Zeitpunkt t1 nicht mit Kindern in einem Haushalt zusammen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Keine Kinder	84	66	23	82	107	69
1 Kind	27	21	3	11	30	19
2 Kinder	9	7	2	7	11	7
≥ 3 Kinder	7	6	-		7	5

Anmerkungen: *N*=155

Allerdings zeigte sich, dass in über der Hälfte der Haushalte der Personen mit Migrationshintergrund (58%) mindestens ein Kind lebte. Im Gegensatz dazu war dies nur in etwa einem Viertel der deutschsprachigen Haushalte der Fall (26%; $p=.003$).

3.2.4 Schulbildung und Erwerbsstatus

In Bezug auf das Bildungsniveau machten Personen mit Abitur bzw. Fachabitur die größte Gruppe aus (53%). Allerdings war die betreffende Frage nur von einem Teil der Ratsuchenden beantwortet worden ($N=104$; 65%; Tabelle 5).

Tabelle 5: Schulbildung

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Kein Abschluss	4	5	1	7	5	5
Sonderschule	-	-	-	-	-	
Hauptschule	11	12	3	20	14	14
Mittlere Reife	25	28	6	40	29	30
Abitur/ Fachabitur	49	55	5	33	53	52

Anmerkungen: *N*=104

Von den Ratsuchenden mit Migrationshintergrund hatte ein ähnlich hoher Prozentsatz wie Studienteilnehmer ohne Migrationshintergrund die Schule mit der Mittleren Reife oder dem Abitur abgeschlossen (50% vs. 53%; $p=.97$). Der Anteil der Ratsuchenden mit Abitur war bei Personen mit Migrationshintergrund ebenfalls relativ hoch (31%).

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung waren etwas mehr als die Hälfte der Ratsuchenden erwerbstätig oder befanden sich in Ausbildung (56%). Erwerbslos, erwerbsunfähig oder berentet waren 39%. Zwischen Frauen und Männern fanden sich keine auffälligen Unterschiede in Bezug auf eine Erwerbslosigkeit (33% bzw. 37%) oder andere der genannten Kategorien. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe waren Personen mit Migrationshintergrund deutlich seltener ohne Erwerbseinkommen (15%).

3.2.5 Umfang der Inanspruchnahme der Opferhilfe Hamburg

Der größte Anteil der an der Erstbefragung teilgenommenen Personen hatte lediglich ein Gespräch in der Opferhilfe Hamburg (41%). Im Mittel hatten die Befragten 3,13 (SD=3,11) Gespräche. 59% der Ratsuchenden hatten mehr als eine Beratung in Anspruch genommen. In einem Falle wurden mit einer Ratsuchenden 20 Gespräche geführt. Die weiblichen Ratsuchenden führten im Mittel mehr Gespräche (M=3,26 Gespräche, SD=3,23) als die männlichen Ratsuchenden (M=2,59 Gespräche, SD=2,50).

Die nachbefragten Ratsuchenden der Teilstichprobe 2 hatten im Mittel eine geringfügig höhere Anzahl an Beratungsgesprächen (M=3,52 Gespräche, SD=3,47). 70% der Personen hatten mehr als ein Gespräch geführt. Das Maximum lag auch hier bei 20 Gesprächen.

Der größte Anteil der nachbefragten Frauen, nämlich 36 % (von N=83 Frauen, 4 fehlende Werte) hatten lediglich ein Beratungsgespräch in der Beratungsstelle. 21% der Frauen hatten zwei Beratungsgespräche. Drei Frauen nahmen mehr als elf Gespräche wahr. Die maximale Anzahl an Gesprächen lag bei zwanzig.

Von den nachbefragten Männern (N=19 Männer, 1 fehlender Wert) war der Anteil der Personen, die ein Beratungsgespräch hatten mit 37% ebenfalls am größten, während 5 Männer (26%) zwei Gespräche führten. Auch hier führten die meisten Ratsuchenden insgesamt 1 bis 4 Gespräche. Lediglich ein Mann nahm zehn und ein weiterer elf Beratungstermine wahr.

Ratsuchende mit Migrationshintergrund hatten im Vergleich zu deutschen Ratsuchenden häufiger nur ein Beratungsgespräch in der Opferhilfe Hamburg (58% vs. 38%). Maximal wurden sechs Gespräche geführt. Im Mittel nahmen Ratsuchende mit nicht deutscher

Muttersprache 2,0 (SD= 1,57) und deutsche Ratsuchende 3,4 (SD=3,29) Beratungsgespräche in Anspruch.

3.3 Delikt und Hilfesuchverhalten

3.3.1 Deliktstruktur

Der größte Anteil der Ratsuchenden (N=53, 33%) wendete sich wegen Gewalt in der Partnerschaft bzw. häuslicher Gewalt an die Opferhilfe Hamburg. Hier lag der Anteil mit 38% bei den Frauen höher als bei den Männern (13%).

Von sexualisierter Gewalt (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, sexueller Missbrauch und Vergewaltigung in der Ehe) waren N=48 Befragte (30%) betroffen. Von diesen Delikten waren ratsuchende Männer häufiger betroffen als Frauen (37% vs. 29%, Tabelle 6).

Tabelle 6: Deliktstruktur

	Frauen		Männer		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Beziehungsgewalt/häusliche Gewalt	49	38	4	13	53	33
Sexualisierte Gewalt	37	29	11	37	48	30
Bedrohungsdelikte (inkl. Stalking)	20	15	2	7	22	14
Körperliche Gewalt	17	13	10	33	27	17
Raub	4	3	3	10	7	4
Unfälle/ Naturkatastrophen/ Krieg	3	2	-	-	3	2

Anmerkung: N=160

Ratsuchende mit Migrationshintergrund waren in etwa doppelt so häufig von Beziehungsgewalt betroffen, als Ratsuchende mit deutscher Herkunft (50% vs. 26%; p=.04), während diese in etwa doppelt so häufig von sexualisierter Gewalt (15% vs. 31%; p=.11) und Bedrohungsdelikten, vor allem Stalking, betroffen waren (8% vs. 14%; p=.37). Laut Basisdokumentation waren 34% der Befragten Opfer von mehr als einem Delikt geworden.

3.3.2 Täter-Opfer-Beziehung und Anzeigeverhalten

Bei insgesamt zwei Drittel der Delikte (N=98, 64%) bestand zwischen Täter und Opfer eine verwandtschaftliche Beziehung oder eine Partnerschaft. Neben den Betroffenen von Beziehungsgewalt traf dies auf 68% der Opfer von Bedrohung/ Stalking, auf 63% der Opfer von sexualisierter Gewalt und zu einem Viertel (25%) der Opfer von körperlicher Gewalt zu. Frauen standen wesentlich häufiger als Männer in einer verwandtschaftlichen Beziehung zum Täter (71% vs. 48%; $p=.017$). Passend zu diesem Befund erstatteten Frauen etwas seltener als Männer Anzeige gegen den Täter, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant war (52% vs. 60%; $p=.46$). Keine Unterschiede diesbezüglich zeigten sich zwischen Ratsuchenden mit und ohne Migrationshintergrund (52% vs. 54%).

3.3.3 Zeitraum zwischen Delikt und Beratung

Der größte Anteil der Ratsuchenden hatte entweder zur Zeit der akuten Bedrohung (26%) oder innerhalb von vier Wochen nach der Tat (24%) Kontakt zur Opferhilfe aufgenommen. Etwa ein Viertel der Ratsuchenden (28%) hatte sich erst nach zehn oder mehr Jahren an die Opferhilfe-Beratungsstelle gewandt. Opfer mit Migrationshintergrund hatten sich beinahe doppelt so häufig in Situationen akuter Bedrohung bei der Opferhilfe Hamburg gemeldet (44% vs. 24%).

Insgesamt zeigte sich ein deutlicher Einfluss des Deliktes auf das Hilfesuchverhalten. So nahmen mehr als Dreiviertel der Betroffenen sexualisierter Gewalt (N=19; 42%) erst mindestens zehn Jahre nach dem Vorfall Kontakt zur Opferhilfe auf. Zumeist handelte es sich dabei um Opfer sexuellen Missbrauchs. Lediglich 11% der von diesen Delikten Betroffenen (N=5) meldeten sich in Situationen akuter Bedrohung oder innerhalb von vier Wochen nach dem Ereignis. Im Gegensatz dazu meldeten sich Opfer von Beziehungsgewalt am häufigsten während der akuten Bedrohung (N=21, 44%) oder innerhalb von vier Wochen nach dem Ereignis (N=14, 31%). Opfer von Stalking oder Bedrohung meldeten sich zu 86% (N=18) in der Zeit der akuten Bedrohung oder innerhalb von vier Wochen nach dem Ereignis bei der Opferhilfe Hamburg.

3.3.4 Subjektive Gründe für eine verzögerte Kontaktaufnahme

Im Rahmen der Nachbefragung konnten von N=103 Ratsuchenden Gründe für eine verzögerte Kontaktaufnahme zum Hilfesystem erfragt werden. Von den N=83 Ratsuchenden, die nicht in der Zeit der unmittelbaren Bedrohung Hilfe in Anspruch genommen hatten, gaben N=30 (36%) an, dass sie gehofft hätten, alleine mit den Problemen fertig werden zu können oder diese nicht ernst genommen hätten. Ein weiterer Teil der Ratsuchenden (N=14, 17%) berichtete, dass sie sich aufgrund ihres jungen Alters zum Deliktzeitpunkt hilflos gefühlt hätten und nicht in der Lage gewesen seien, sich an Institutionen des Hilfesystems zu wenden. Weitere, seltener genannte Gründe für eine verzögerte Kontaktaufnahme waren Scham (N=6, 7%), Ambivalenz aufgrund der Beziehung zum Täter (N=6,7%), Angst vor erneuter Gewalt (N=7,8%) oder Rücksichtnahme auf gemeinsame Kinder (N=6,7%). Entsprechend dem höheren Anteil von Beziehungsgewalt bei Ratsuchenden mit Migrationshintergrund wurden die letztgenannten Gründe von diesen im Verhältnis deutlich häufiger genannt. Lediglich 3 Ratsuchende (4%) gaben an, keine ausreichenden Informationen über Hilfsangebote gehabt zu haben.

3.3.5 Vorkontakte zu Institutionen des Hilfesystems

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit war es, die Wege traumatisierter Menschen im Hamburger Hilfesystem darzustellen. Die Daten zur Inanspruchnahme von Institutionen des Hilfesystems wurden sowohl im Rahmen der Erstbefragung als auch im Rahmen der telefonischen Nachbefragung erhoben. Dies bot den Vorteil, dass unvollständige Angaben auf dem Erstfragebogen ergänzt werden konnten. Um die Auswertung zu vereinfachen, wurden die verschiedenen Institutionen des Hilfesystems zu Gruppen zusammengefasst. So wurden unter *spezifische Beratungsstellen* die Beratungsstellen „Männer gegen Männergewalt“, „Biff“, „Notruf“, „FPZ“, „KISS“, „KIT“, „Weisser Ring“ und „pro aktiv“ zusammengefasst. Unter *medizinische Institutionen* sind Allgemein- und Fachärzte sowie Notaufnahmen/Krankenhäuser zusammengefasst. Kontakte zum Landeskriminalamt, Raubdezernat und zum Polizeirevier sind unter *Polizei* zusammengefasst. Unter *Sonstige* sind Kontakte zum Frauenhaus, dem Amt für soziale Dienste und Versorgungsamt, zu juristische Institutionen und sowie Eigenwerbung zusammengefasst. Unter dem Begriff *Internet und print-Medien* sind print-Medien, Internetberatung, Homepage, Branchenbuch, Broschüren, Hörfunk und

Fernsehen kodiert. Für die Auswertung wurden alle Kontakte der Ratsuchenden zum Hilfesystem der letzten 12 Monate vor dem Erstkontakt zur Opferhilfe Hamburg berücksichtigt.

In dem untersuchten Zeitraum wurden von den Ratsuchenden insgesamt 516 Vorkontakte zum Hilfesystem angegeben. Im Mittel hatten die Ratsuchenden (N=160) Vorkontakte zu 3,23 unterschiedlichen Institutionen des Hilfesystems (SD=1,93). Die weiblichen Ratsuchenden hatten eine geringfügig höhere Anzahl an Vorkontakten im Vergleich zu den männlichen Ratsuchenden, der statistisch nicht signifikant war (3,34 vs. 2,73; p=.121). Auch innerhalb der verschiedenen Deliktgruppen, der Altersklassen und der Ratsuchenden mit und ohne Migrationshintergrund zeigten sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Von Bedeutung für die Anzahl der aufgesuchten Institutionen des Hilfesystems war jedoch die erste Anlaufstelle im Hilfesystem. So hatten Ratsuchende, die sich zu allererst an medizinische Institutionen gewandt hatten (N=27), mit im Mittel 4,19 (SD=2,19) eine signifikant höhere Anzahl an unterschiedlichen Vorkontakten, als Ratsuchende, die sich zuerst an andere Institutionen gewandt hatten (M=3,01; SD=1,82; p=.005). Ratsuchende, die sonstige Hilfsangebote, z.B. kirchliche und staatliche Institutionen, in Anspruch genommen hatten, hatten im Mittel 2,61 (SD=2,06) Vorkontakte zum Hilfesystem, während Nutzer des Internets oder Branchenbuches im Mittel weniger als einen Vorkontakt (M=0,43, SD=,787) zum Hilfesystem hatten (Tabelle 7).

Tabelle 7: Gesamtzahl der aufgesuchten Hilfsangebote und erster Anlaufstelle

Erste Anlaufstelle im Hilfesystem	Gesamtzahl der Hilfsangebote					
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>p</i>
Spez. Beratungsstellen/ Interventionsstellen	9	2,70	2,00	1	6	.357
Med. Institutionen	27	4,19	2,19	1	10	.005
Polizei	40	3,68	1,56	1	7	.098
Therapeut.-psychiatrische Institutionen	20	3,20	1,36	1	6	.905
Sonstige	28	2,61	2,06	1	7	.050
Internet/ print-Medien	7	,43	,79	1	2	.000
Familie/ Freunde	3	2,33	,58	2	3	.413

Anmerkung: N=133

Auch Ratsuchende, die in stärkerem Maße an Symptomen einer PTBS litten, wiesen im Mittel eine signifikant größere Anzahl an unterschiedlichen Kontakten zum Hilfesystem auf, als Ratsuchende, die keine oder geringe Symptome einer PTBS aufwiesen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Gesamtzahl der aufgesuchten Hilfsangebote und Symptombelastung

	Gesamtzahl der Hilfsangebote					<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	
Keine PTBS	30	2,50	1,72	0	6	.025
Verdacht auf PTBS	31	3,13	1,97	0	7	
Dringender Verdacht auf PTBS	71	3,61	1,88	1	9	

Anmerkung: *N*=132

Vorkontakte zu medizinischen Institutionen

Die Auswertung zeigte, dass über die Hälfte der Ratsuchenden (*N*=160, 53,1%) in den letzten 12 Monaten vor Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg wegen des Ereignisses Kontakt zu Institutionen des medizinischen Versorgungssystems aufgenommen hatten. Während sich die weiblichen Ratsuchenden häufiger an den Hausarzt gewandt hatten (*N*=128, 41%), meldeten sich die Männer etwas häufiger in Krankenhäusern bzw. in Notaufnahmen (*N*=29, 10%). Fachärzte, z.B. der Zahnarzt nach körperlicher Gewalt mit Verletzungen im Gesicht, wurden wegen spezifischer Beschwerden von Frauen und Männern gleich häufig aufgesucht (7%). Während 9% der Frauen und 26% der Männer lediglich einen Kontakt zum Hausarzt wegen des Ereignisses hatten, suchten 12% der Frauen und 4% der Männer den Arzt dreimal oder häufiger wegen des Problems auf. Eine Ratsuchende hatte bis zu dreißig Kontakte zu ihrem Arzt, ein Ratsuchender hatte bis fünfundzwanzig Kontakte wegen seiner Beschwerden. Lediglich die weiblichen Opfer von Gewalt nutzten außerdem das Betreuungs- und Beratungsangebot der Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt der Rechtsmedizin des UKE (5%). Insgesamt bestand bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Institutionen zwischen männlichen und weiblichen Ratsuchenden kein signifikanter Unterschied (*p*=.550).

Auch zwischen deutschen Ratsuchenden (*N*=73) und Ratsuchenden mit Migrationshintergrund (*N*=12) bestanden keine signifikanten Unterschiede (55% vs. 46%; *p*=.372) bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Institutionen. Am häufigsten wurde von beiden Gruppen der Hausarzt kontaktiert, gefolgt von den Notaufnahmen bzw. Krankenhäusern, den Fachärzten und der Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt der

Rechtsmedizin des UKE. Ebenso gab es keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Deliktgruppen ($p=.456$). Bei Vergleich der Altersklassen ließ sich beobachten, dass besonders die Ratsuchenden mittleren ($N=51$, 57%) und höheren Alters ($N=17$, 68%) im Vergleich zu den jüngeren Betroffenen häufiger medizinische Unterstützung in Anspruch nahmen. Diese Differenz war statistisch jedoch nicht relevant ($p=.064$).

Signifikante Unterschiede bezüglich einer Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zeigten sich jedoch in Abhängigkeit von einer Symptombelastung. So nahmen Personen mit dringendem Verdacht auf Vorliegen einer PTBS signifikant häufiger Kontakt zu medizinischen Institutionen auf als Ratsuchende ohne oder mit geringer PTBS-Symptomatik (62% vs. 37% vs. 39% von $N=132$; $p=.022$) (vgl. Tabelle 11). Bezüglich der Anzahl der Kontakte zur Hausärztin ($M=.88$, $SD=1,50$) oder zu anderen medizinischen Institutionen ($M=1,40$, $SD=4,09$) bestanden zwischen den drei Gruppen jedoch keine signifikanten Unterschiede (HA: $p=.134$, med. Institutionen: $p=.405$).

Vorkontakte zur Polizei

Die Hälfte der Ratsuchenden (51% von $N=160$) gab an, auf Grund ihrer Opfererfahrung Kontakt zur Polizei gehabt zu haben. Dies traf für 16 Männer und 66 Frauen in etwa gleich häufig zu (53% vs. 51%). Etwa ein Fünftel der Ratsuchende ($N=140$, 20%) hatten lediglich einen Kontakt. 21% der Frauen und 27% der Männer hatten zwei oder mehr Kontakte zur Polizei. Auch über alle drei Altersklassen hinweg (42% vs. 56% vs. 48%, $p=.166$) und bei Ratsuchenden mit und ohne Migrationshintergrund (Deutsch 50% vs. nicht Deutsch 58%, $p=.523$) bestanden bezüglich der Anzahl der Ratsuchenden mit mindestens einem Kontakt zur Polizei keine signifikanten Unterschiede. Der Grad der Symptombelastung spielte bei der Inanspruchnahme von Hilfen durch die Polizei ebenfalls keine Rolle. So suchten Menschen ohne PTBS-Symptome in etwa gleich häufig Kontakt zur Polizei auf wie Ratsuchende mit deutlicher Symptombelastung (47% vs. 54%, $p=.482$) (Tabelle 9).

Deutliche Unterschiede bezüglich einer Inanspruchnahme der Unterstützung der Polizei zeigten sich beim Vergleich der Deliktgruppen. So suchten Betroffene von Beziehungsgewalt ($N=48$, 67%), von Bedrohung/ Stalking ($N=21$, 71%), körperlicher Gewalt ($N=30$, 67%) und von sonstigen Delikten ($N=11$, 73%) deutlich häufiger Kontakt zur Polizei, als Betroffene von sexualisierter Gewalt ($N=48$, 19%, $p=.000$).

Vorkontakte zu spezifischen Beratungsstellen

Zu spezifischen Beratungs- und Interventionsstellen („Weisser Ring“, „pro aktiv“, „Männer gegen Männergewalt“) nahmen 40% der Ratsuchenden (von N=160) Kontakt auf. Hierbei handelte es sich zu 42% (N=54) um Frauen und zu 33% (N=10) um Männer (Tabelle 9). Die Interventionsstelle „pro aktiv“ für Opfer von häuslicher Gewalt, wurde lediglich von weiblichen Ratsuchenden genutzt. Ebenso wie der Grad der Symptombelastung, spielten das Alter und die Nationalität keine Rolle bezüglich der Nutzung spezifischer Beratungsstellen. Es zeigte sich jedoch, dass deutsche Betroffene seltener als Betroffene mit Migrationshintergrund Kontakt zur Interventionsstelle „pro aktiv“ hatten. Sie hatten häufiger Kontakt zum „Weissen Ring“ aufgenommen.

Auch hier zeigte sich, dass das Delikt einen deutlichen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten hatte. So gaben zwei Drittel der Betroffenen von Beziehungsgewalt (60% von N=48) an, in den letzten 12 Monaten vor ihrem Erstgespräch in der Opferhilfe Hamburg Kontakt zu einer spezifischen Beratungsstelle gehabt zu haben. Betroffene von sexualisierter Gewalt und Opfer von Raub oder Naturkatastrophen hatten mit etwa einem Viertel (27%, N=48) und 18% (von N=11) deutlich seltener Vorkontakte zu spezifischen Beratungs- oder Interventionsstellen ($p=.004$; $p=.029$). Auch Opfer von körperlicher Gewalt hatten mit 37% (N=30) seltener Vorkontakte zu spezifischen Beratungsstellen, diese Differenz war statistisch jedoch nicht signifikant ($p=.072$), ebenso wie bei Betroffenen von Bedrohung und Stalking (N=21, 38%).

Vorkontakte zu therapeutisch-psychiatrischen Institutionen

Therapeutisch-psychiatrische Institutionen, z.B. ambulante Psychotherapeuten, Psychiater oder psychosomatische/ psychiatrischen Klinik, wurden von 39% der Betroffenen (N=160) vor Kontaktaufnahme zur Opferhilfe aufgesucht bzw. in Anspruch genommen. Insgesamt wurden diese von weiblichen Opfern doppelt so häufig aufgesucht wie von Männern (44% vs. 20%; $p=.054$) (Tabelle 9). Ebenso zeigte der Vergleich der Deliktgruppen ($p=.069$), der Altersklassen ($p=.796$) sowie der Nationalität ($p=.505$) keine signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme.

Einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme psychotherapeutisch-psychiatrischer Institutionen hatte die Symptombelastung der Betroffenen. So suchten Ratsuchende mit hoher Symptombelastung und dringendem Verdacht auf PTBS im Vergleich zu Ratsuchenden mit geringer Symptombelastung oder ohne PTBS-Symptomatik deutlich häufiger solche Institutionen auf (56% vs. 32% vs. 23%, $p=.015$) (Tabelle 10). Während sich 20% der stark belasteten Ratsuchenden in einer ambulanten Psychotherapie mit wöchentlichen Therapiesitzungen befanden, hatten die weniger Belasteten zu 5% wöchentlich und zu 5% alle zwei Wochen ein Gespräch bei einem ambulanten Psychotherapeuten. 5% der Personen mit Verdacht auf PTBS und 6% der Personen mit dringendem Verdacht auf PTBS waren auf der Suche nach einem ambulanten Psychotherapeuten und hatten vor Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg bereits eine oder mehrere probatorische Sitzungen gehabt. 14% der Ratsuchende mit dringendem Verdacht auf PTBS hatten außerdem in den 12 Monaten vor dem Kontakt zur Opferhilfe einen mindestens 3-wöchigen Aufenthalt in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik.

Vorkontakte zu sonstigen Institutionen

61% der Menschen mit Opfererfahrung gaben an, mindestens einen Vorkontakt zu sonstigen Einrichtungen (z.B. Frauenhaus, juristische, staatliche oder kirchliche Institutionen) gehabt zu haben. Der Anteil an Frauen und Männern war diesbezüglich gleich groß ($N=98$, 62% vs. 60%) (Tabelle 8). Auch innerhalb der Deliktgruppen und in Abhängigkeit von der Nationalität gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Nutzung sonstiger Angebote. Ratsuchende mittleren Alters nutzten solche Institutionen zwar häufiger als junge und ältere Betroffene, dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (67% vs. 58% vs. 48%; $p=.082$). Der Grad der Symptombelastung hatte ebenfalls keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme.

Nutzung von Internet und print-Medien

Ein Teil der Ratsuchenden (18% von $N=160$) nutzten das Internet und print-Medien (Branchenbuch, Flyer, Broschüre), um sich über Hilfsangebote zu informieren. So gaben manche an, in speziellen Internetforen Unterstützung erhalten zu haben. Einige Betroffene besuchten die Homepage der Opferhilfe Hamburg. Häufig waren diese Medien bei diesen Ratsuchenden Zugangsweg zur Opferhilfe Hamburg. Männer nutzten diese Angebote nur

etwas häufiger als Frauen (27% vs. 15%; $p=.143$) (Tabelle 9). Es zeigten sich auch keine signifikanten Unterschiede bezüglich einer Nutzung bei Vergleich der Deliktgruppen ($p=.105$) und der Nationalität ($p=.382$).

Deutlich häufiger wurden solche Medien - vor allem das Internet - von jungen Ratsuchenden in Anspruch genommen. Sie nutzten diese signifikant häufiger (31% von $N=45$), als Ratsuchende mittleren Alters (14%, $p=.015$) oder ältere Ratsuchende (8%, $p=.027$). Zwischen den letzten beiden Gruppen gab es bezüglich der Nutzung keine signifikanten Unterschiede ($p=.460$). Außerdem zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der Nutzung dieser Medien in Abhängigkeit vom Grad der Symptombelastung. Ratsuchende ohne Symptome und mit Verdacht auf Vorliegen einer PTBS nutzten das Internet deutlich häufiger, als Menschen mit starker Symptombelastung ($p=.012$) (Tabelle 10).

Vorkontakte zum sozialen Umfeld

8% der Ratsuchenden gaben an, vor ihrem Erstkontakt in der Opferhilfe Hamburg mit Freunden oder der Familie über ihre Probleme gesprochen zu haben. Männern und Frauen taten dies etwa gleich häufig (10% vs. 8%) (Tabelle 10). Auch Betroffenen der verschiedenen Delikt- und Altersgruppen, Personen mit Migrationshintergrund und Menschen mit unterschiedlichem Grad der Symptombelastung wandten sich in gleichem Maße an Freunde oder Familienmitglieder mit ihrem Problem.

Tabelle 9: Vorkontakte in den letzten 12 Monaten vor Beratung

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	%	<i>p</i>
Spez. Beratungsstellen/ Interventionsstellen	54	42	10	33	40	.457
Med. Institutionen	71	55	14	47	53	.330
Polizei	66	51	16	53	51	.550
Therapeut.-psychiatrische Institutionen	57	44	6	20	39	.054
Sonstige	80	62	18	60	61	.872
Internet/ print-Medien	20	15	8	27	18	.143
Familie/ Freunde	10	8	3	10	8	.677

Anmerkung: $N=160$

Tabelle 10: Vorkontakte und Symptombelastung

Vorkontakte	Keine PTBS		V.a. PTBS		Dringender V. a. PTBS		p
	N	%	N	%	N	%	
Therapeut.-psychiatr. Institutionen	7	23	10	32	40	56	.015
Medizinische Institutionen	11	37	12	39	44	62	.022
Internet/ print-Medien	10	33	8	26	7	10	.012

Anmerkung: N=132

Einige Ratsuchende gaben an, schon deutlich früher Kontakt zum Hilfesystem aufgenommen zu haben. So gaben beispielsweise 29 weibliche Ratsuchende (von N=130) an, dass sie wegen ihrer Opfererfahrung erstmals in den Jahren von 1980 bis Anfang 2004 Kontakt zum Hilfesystem aufgenommen hatten. 3 der männlichen Ratsuchenden (von N=30) gaben an, in den Jahren von 1997 bis einschließlich 2002 wegen ihres Problems Institutionen des Hilfesystems aufgesucht zu haben.

Der Anteil der Ratsuchenden Männer und Frauen mit Migrationshintergrund, die bereits vor dem Jahre 2004 Kontakt zum Hilfesystem aufgenommen zu hatten, betrug 7,4%. Besonders die Betroffenen von sexualisierter Gewalt (17,8%) und Beziehungsgewalt (21,3%) hatten bereits deutlich vor dem Jahre 2004 wegen ihrer Probleme Kontakt zum Hilfesystem aufgenommen.

3.3.6 Erste Anlaufstelle im Hilfesystem

Innerhalb der letzten 12 Monate vor Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg nannten mehr als ein Viertel der Betroffenen (30% von N=133) die Polizei als erste Anlaufstelle im Hilfesystem, gefolgt vom Hausarzt (17%) oder anderen medizinischen Institutionen (3%). Sonstige Institutionen des Hilfesystems, wie staatliche und kirchliche Beratungsstellen, der Kinderschutzbund oder Selbsthilfegruppen waren ebenfalls häufig erste Anlaufstelle (21%) (Tabelle 11).

Tabelle 11: Erste Anlaufstelle im Hilfesystem

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	%	<i>p</i>
Spez. Beratungsstellen/ Interventionsstellen	6	8	1	4	8	.459
Med. Institutionen	24	22	3	12	20	.252
Polizei	27	25	13	52	30	.008
Therapeut.-psychiatrische Institutionen	19	18	1	4	15	.087
Sonstige	23	21	5	20	21	.886
Internet/ print-Medien	6	6	1	4	6	.697
Familie/ Freunde	2	2	1	4	2	.515

Anmerkung: *N*=133

Die Hälfte der befragten Männer (52%) nahm wegen ihres Anliegens zuerst Kontakt zur Polizei auf. Die weiblichen Ratsuchenden taten dies mit nur einem Viertel deutlich seltener (25%, $p=.008$). Therapeutische Institutionen wurden häufiger zuerst von weiblichen Opfern aufgesucht (18% vs. 4%), dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant ($p=.087$) (Tabelle 11).

Bezüglich des Erstkontakts zum Hilfesystem lassen sich Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede zwischen den verschiedenen Deliktgruppen erkennen. So spielten Polizei und medizinische Institutionen als erste Anlaufstelle in jeder der untersuchten Deliktgruppen eine große Rolle. Von Betroffenen von Beziehungsgewalt, Bedrohung/ Stalking, körperlicher Gewalt oder von Opfern von Raub oder Naturkatastrophen wurde die Polizei etwa gleich häufig und am häufigsten als erste Anlaufstelle genannt (35% vs. 41% vs. 50%) während Opfer von sexualisierter Gewalt sich deutlich seltener (9%, $p=.003$) zuerst an die Polizei gewandt hatten.

Betroffene von sexualisierter Gewalt nannten am häufigsten - nämlich zu einem Viertel (27% von $N=44$) - therapeutischen Institutionen als Erstkontakt vor Beratung in der Opferhilfe. Genauso wie die Betroffenen von Beziehungsgewalt (13% von $N=40$) und Stalking (12% von $N=17$) nutzten sie diese Institutionen signifikant häufiger als Erstansprechpartner, als Betroffene von körperlicher Gewalt oder sonstigen Delikten ($p=.025$). Weiterhin nutzten sie signifikant häufiger das Internet oder print-Medien, um Informationen und Unterstützung zu erhalten (16%, $p=.032$).

Opfer von körperlicher Gewalt oder sonstigen Delikten nannten am zweithäufigsten medizinischen Institutionen (körperliche Gewalt zu 32%, sonstige Delikte zu 38%), wie z.B. den Hausarzt oder die Notaufnahme, als erste Anlaufstelle im Hilfesystem. Im Vergleich zu den anderen Deliktgruppen war dies jedoch statistisch nicht signifikant häufiger ($p=.310$). Die medizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt der Rechtsmedizin des UKE war bei keinem der befragten Ratsuchenden erste Anlaufstelle. Meist gingen diesen Kontakten Untersuchungen im Krankenhaus oder beim Hausarzt voraus.

Innerhalb der verschiedenen Altersklassen zeigten sich bezüglich der ersten Anlaufstelle im Hilfesystem keine signifikanten Unterschiede. So war über alle Altersklassen hinweg die Polizei am häufigsten erste Anlaufstelle im Hilfesystem (25% vs. 30% vs. 32%). Am zweithäufigsten wurden von den jungen Ratsuchenden therapeutische Institutionen (23% von $N=40$), von den Ratsuchenden mittleren Alters sonstige Institutionen (26% von $N=70$) und von älteren Ratsuchenden medizinische Institutionen - meist den Hausarzt (27% von $N=22$) - als Erstkontakt benannt, statistisch signifikant waren diese Unterschiede jedoch nicht ($p=.462$).

Menschen mit Migrationshintergrund ($N=22$) nutzten signifikant häufiger als die deutschsprachigen Betroffenen ($N=111$) das Internet, um Informationen über Hilfsangebote oder Unterstützung in Internet-Foren zu bekommen (16% vs. 4%, $p=.044$). Am zweit- und dritthäufigsten wurde von beiden Gruppen in gleichem Maße sonstige Institutionen (18% vs. 22%) und medizinische Institutionen (18% vs. 21%) als Erstkontakt genannt.

Unterschiede bezüglich der ersten Anlaufstelle im Hilfesystem zeigten sich außerdem in Abhängigkeit vom Grad der Symptombelastung. Betroffene mit dringendem Verdacht auf Vorliegen einer PTBS suchten signifikant häufiger als Menschen mit Verdacht auf PTBS (30% vs. 6%, $p=.017$) oder Menschen ohne PTBS-Symptomatik (30% vs. 12%, $p=.088$) zuerst medizinische Institutionen auf.

Einem Kontakt zum „Weissen Ring“ ging in den meisten Fällen andere Kontakte zum Hilfesystem, z.B. zur Polizei, dem Haus- oder Facharzt, einem Krankenhaus, der Untersuchungsstelle der Rechtsmedizin des UKE, zu juristischen Institutionen oder sonstigen Hilfsangeboten voraus. Zur Interventionsstelle „pro aktiv“ gelangten die Ratsuchende meist über den Vorkontakt zur Polizei, d. h. die Ratsuchenden wurden von einem Mitarbeiter von

„pro aktiv“ angerufen, nachdem sie wegen häuslicher Gewalt Kontakt zur Polizei aufgenommen hatten.

Insgesamt zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Ratsuchenden (54%) zu mindestens einem Arzt - meist zum Hausarzt - Kontakt aufgenommen hatte. Ärzte waren häufig erste oder zweite Anlaufstelle im Hilfesystem.

Die 29 Frauen, die erstmals deutlich früher als 2004 Kontakt zum Hilfesystem aufnahmen, nannten als erste Anlaufstelle ebenfalls am häufigsten die Polizei (28%), gefolgt vom Hausarzt (21%) und sonstigen Hilfsangeboten (10%). Die 3 Männer, die sehr viel früher als 2004 Kontakt zum Hilfesystem aufgenommen hatten, hatten sich jeweils zuerst an einen Psychiater, den niedergelassenen Psychotherapeuten oder an sonstige Institutionen des Hilfesystems gewandt.

3.3.7 Zugangswege zur Opferhilfe Hamburg

Die Auswertung der Basisdokumentation zeigte, dass etwa ein Viertel der Ratsuchenden (28% von N=158), über die Interventionsstelle „pro aktiv“ oder spezifische Beratungsstellen, wie den „Weisse Ring“, zur Opferhilfe Hamburg gelangten waren. In etwa gleich häufig wurden die Betroffenen durch sonstige Institutionen (23%), durch die Homepage/ das Internet (21%) oder medizinische Institutionen (19%) auf die Opferhilfe Hamburg aufmerksam (Tabelle 12).

Weibliche Ratsuchende gelangten etwas häufiger als männliche Ratsuchende über medizinische Institutionen zur Opferhilfe (22% vs. 7%, $p=.066$) während Männer signifikant häufiger als die Frauen über die Homepage oder das Internet auf die Opferhilfe Hamburg aufmerksam wurden (38% vs. 17%, $p=.012$) (Tabelle 12).

Tabelle 12: Zugangsweg zur Opferhilfe Hamburg

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	%	<i>p</i>
Spez. Beratungsstellen/ Interventionsstellen	39	30	5	17	29	.158
Med. Institutionen	28	22	2	7	19	.066
Polizei	5	4	3	10	5	.151
Therapeut.-psychiatrische Institutionen	4	4	2	7	4	.334
Sonstige	31	24	6	21	23	.701
Internet/ print-Medien	22	17	11	38	21	.012

Anmerkung: *N*=158

Betroffene von Beziehungsgewalt (*N*=48) gelangten deutlich häufiger als Betroffenen von sexualisierter Gewalt (*N*=48) (48% vs. 10%, *p*=.000) und Opfer von Raub oder Naturkatastrophen (*N*=11) über spezifische Beratungs- oder Interventionsstellen zur Opferhilfe Hamburg (48% vs. 9%, *p*=.018).

Auch innerhalb der Altersklassen gab es signifikante Unterschiede bezüglich des Zugangswegs zur Opferhilfe Hamburg. So gaben die älteren Ratsuchenden (*N*=25, 36%) häufiger an, über medizinische Institutionen zur Beratungsstelle gekommen zu sein, als junge Ratsuchende (*N*=44, 16%, *p*=.057) und Ratsuchende mittleren Alters (*N*=88, 15%, *p*=.018). Während ein Viertel bis dreißig Prozent der mittelalten und älteren Ratsuchenden auch über sonstige Institutionen zur Opferhilfe gelangt sind, spielten diese bei jungen Ratsuchenden (11%, *p*=.068) eine untergeordnete Rolle als Zugangsweg. Dafür nutzten junge Betroffene signifikant häufiger das Internet als Zugangsweg zur Opferhilfe Hamburg als die älteren Ratsuchenden (34% vs. 4%, *p*=.004).

Betroffene mit Migrationshintergrund gelangten zwar häufiger als deutsche Ratsuchende über die Interventionsstelle „pro aktiv“ zur Opferhilfe Hamburg (42% vs. 25%), dies war jedoch statistisch nicht signifikant (*p*=.101).

Ratsuchende, die keine oder kaum Symptome einer PTBS aufwiesen, gaben signifikant häufiger als Ratsuchende mit dringendem Verdacht auf PTBS an, über das Internet oder print-Medien von der Opferhilfe Hamburg erfahren zu haben (40% vs. 15%, *p*=.005).

Auch die Art des Erstkontaktes hatte Einfluss darauf, wie die Ratsuchenden zur Opferhilfe Hamburg gelangten. So waren beispielsweise Ratsuchende, die spezifische Beratungsstellen oder die Interventionsstelle „pro aktiv“ als erste Anlaufstelle angegeben hatten, deutlich häufiger über diese auch zur Opferhilfe Hamburg gelangt als Ratsuchende, die andere erste Anlaufstellen im Hilfesystem angegeben hatten (56% vs. 22%, $p=.024$). Betroffene, die als erste Kontaktstelle im Hilfesystem die Polizei genannt hatten, waren ebenfalls signifikant häufiger über spezifische Beratungsstellen bzw. die Interventionsstelle zur Opferhilfe Hamburg gekommen, als solche, die vorher keinen Kontakt zur Polizei hatten (46% vs. 15%, $p=.000$).

Ratsuchende, die sich zuerst an medizinische Institutionen, beispielsweise den Hausarzt, gewandt hatten, gelangten über diesen Kontakt deutlich häufiger zur Opferhilfe Hamburg als Ratsuchende mit anderer erster Anlaufstelle (37% vs. 15%, $p=.012$). Betroffene mit Erstkontakt zu therapeutisch-psychiatrischen Institutionen gelangten signifikant häufiger über therapeutische oder medizinische Institutionen zur Opferhilfe, als solche, die keinen therapeutischen Erstkontakt hatten (35% vs. 17%, $p=.021$). Ratsuchende, die sich zuerst im Internet nach Informationen und Unterstützung gesucht hatten, waren auch signifikant häufiger über diesen Weg zur Opferhilfe gelangt, als Betroffene ohne Erstkontakt Internet (71% vs. 19%, $p=.031$). Ebenso gelangten Ratsuchende, die zuerst Kontakt zu sonstigen Hilfsangeboten aufgenommen hatten, über diese auch zur Opferhilfe Hamburg (43% vs. 19%, $p=.010$).

3.3.8 Erfahrungen der Ratsuchenden mit dem Hilfesystem

Hilfreiche Erfahrungen der Ratsuchenden

Sowohl im Rahmen der Erstbefragung als auch im Rahmen der telefonischen Nachbefragung wurden die Ratsuchenden mittels offener Fragen gebeten anzugeben, welche Erfahrungen im Zusammenhang mit den in Anspruch genommenen Institutionen besonders belastend und besonders hilfreich waren.

Allgemein wichtige und hilfreiche Aspekte der Beratung waren für die Befragten die erlebte Stabilisierung und Stärkung durch Beratungsgespräche, eine persönliche Betreuung und die Gewissheit, in der Not nicht alleine zu sein durch eine schnell einsetzende Hilfe, ein

vermitteltes Gefühl von ernst genommen werden, der Austausch mit anderen Betroffenen, die Weitergabe von Adressen anderen Hilfsangebote, die Unterstützung beim Entwickeln eines Verständnisses von Ursachen und Hintergründen der Problematik, die Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstfindung und zur Aufnahme eines selbstbestimmten Lebens.

Etwa die Hälfte der nachbefragten Ratsuchenden (N=53 von N=107) beurteilten außerdem im Rahmen der Nachbefragung, in welchem Maße sie die zuvor aufgesuchten Institutionen als hilfreich oder belastend erlebt hatten (quantitative Auswertung). Männer und Frauen bewerteten ihre Kontakte zu den Institutionen des Hilfesystems als überwiegend hilfreich (Tabelle 13).

Anhand der Auswertung zeigte sich, dass Zweidrittel der Befragten (66% von N=53) den Kontakt zur **Polizei** als gar nicht oder nur teilweise hilfreich empfanden. Dies traf für Frauen und Männer in ähnlich hohem Maße zu (63% vs. 77%) (Tabelle 12). Die Ratsuchenden, die den Kontakt zur Polizei als hilfreich wahrnahmen (Frauen zu 38%, Männer zu 23%) gaben an, sich ernst genommen gefühlt und hilfreiche Gespräche geführt zu haben. Sie erlebten durch die beteiligten Beamten Freundlichkeit und Anteilnahme. In einzelnen Fällen händigte die Polizei Adressen von Hilfsangeboten aus. Es wurde bei häuslicher Gewalt zwischen den Ehepartnern vermittelt und der Kontakt zu einem Anwalt hergestellt. Außerdem wurden die Ermittlung des Täters sowie die Unterstützung bei der Anzeige des Täters als hilfreich erlebt.

Der Kontakt zum **Hausarzt** wurde von Dreiviertel der Männer (75% von N=8) und Zweidrittel der Frauen (64% von N=44) als hilfreich empfunden. Sie gaben an, bei ihrem Hausarzt Interesse und Verständnis für ihre Situation wahrgenommen zu haben. Weitere hilfreiche Maßnahmen waren die Verordnung von Medikamenten gegen Schlafstörungen, Ängste, Depressionen oder Schmerzen sowie die Überweisung zum Therapeuten. Die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde teilweise als erhebliche Entlastung erlebt. Im Einzelfall wurde die Adresse der Opferhilfe Hamburg weiter gegeben.

Zehn von Beziehungsgewalt betroffenen Frauen, die die **Interventionsstelle „pro aktiv“** bewertet hatten, gaben zum überwiegenden Teil (80%) an, diesen Kontakt als hilfreich erlebt zu haben. Gründe hierfür waren die zeitnahen und zuverlässigen Kontaktaufnahme von Seiten der Interventionsstelle, die in vielen Fällen als sehr hilfreich wahrgenommene Beratung durch Spezialisten mit Informationsvermittlung zu deeskalierendem Verhalten in

Konfliktsituationen, die Weitergabe hilfreicher Informationen, z.B. über weitere Hilfsangebote. Ratsuchende gaben an, sich durch die Beratung motiviert gefühlt zu haben, weitere Schritte gegen häusliche Gewalt in die Wege zu leiten. Sie gaben häufig an, sich durch die Mitarbeiter ernst genommen gefühlt zu haben.

Ein Drittel der Männer (29% von N=7) und zwei Drittel der Frauen (64% von N=22) erlebten den Kontakt zum „**Weissen Ring**“ als hilfreich (Tabelle 13). Besonders die Anteilnahme, Freundlichkeit, das Verständnis und der liebevolle Umgang durch die Mitarbeiter wurden von vielen Ratsuchenden als positiv erlebt. Sie fühlten sich ernst genommen und unterstützt durch finanzielle und praktische Hilfen und Informationen.

Drei Viertel der Frauen (75% von N=28) und knapp zwei Drittel der Männer (60% von N=5), die ihre Kontakte zu **staatlichen und kirchlichen Beratungsstellen** bewertet hatten, nahmen diese zumindest teilweise als hilfreich wahr. Positive Erfahrungen machten die Ratsuchenden mit den Beratungsstellen „Aladin“, „Lukas“ und „Allerlei Rau“, dem Diakonischen Werk und der Öffentlichen Rechtsauskunft.

Die Kontakte zu **psychiatrischen/ psychosomatischen Kliniken** wurden nur von Frauen bewertet. Sie gaben zu annähernd drei Viertel (72% von N=18) an, diese als hilfreich erlebt zu haben. Hier wurden sowohl spezifische Traumatherapie (z.B. EMDR) im Gruppen- und Einzelsetting, als auch Psychoedukation, Bewegungstherapien sowie die Vermittlung von Stabilisierungstechniken benannt. Ratsuchende, die Kontakt zur Psychiatrischen Ambulanz des UKE hatten, gaben an, sich ernst genommen gefühlt zu haben. Sie bewerteten die Kompetenz und das Engagement der Therapeuten sehr positiv.

Der Kontakt zu **ambulanten Psychotherapeuten** wurde von 2 Männer und 32 Frauen ebenfalls überwiegend als mindestens teilweise hilfreich (27% von N=34) oder hilfreich (47%) wahrgenommen. Als hilfreich erlebt wurden die Vermittlung von Informationen über Traumatherapie, Psychoedukation über die Posttraumatische Belastungsstörung und die Stabilisierung durch die Therapiegespräche sowie die Unterstützung bei Internet-Recherchen.

Während über die Hälfte der Frauen (52% von N=21) den Kontakt zum **Psychiater** als hilfreich wahrnahmen, war dies bei dem befragten Mann nicht der Fall (Tabelle 13). Dieser empfand den Kontakt als nicht hilfreich. Im Kontakt zum Psychiater empfanden die

Betroffenen die Verordnung stimmungsstabilisierender Medikamente, die Klärung der Problematik, den Eindruck, einen „ersten Halt“ erhalten zu haben und die Hinweise auf andere Hilfsangebote als hilfreich. Eine Ratsuchende empfand es als entlastend, dass der Psychiater Erfahrungen in der Arbeit mit von sexuellem Missbrauch Betroffenen hatte.

Sonstige Hilfsangebote, wie z.B. der Kinderschutzbund Kisdorf, die Heilpraktikerin, Anwälte oder das Gericht, das Amt für soziale Dienste, wurden von jeweils mehr als der Hälfte der betroffenen Männer (56% von N=9) und Frauen (61% von N=1) ebenfalls als hilfreich bewertet. Die vier Frauen, die ihren Kontakt zum Frauenhaus bewertet hatten, nahmen diesen nur zu einem Viertel als hilfreich und zur Hälfte als teilweise hilfreich wahr. Drei Viertel der Frauen nahmen den Aufenthalt im Frauenhaus als belastend wahr. Drei Viertel (72% von N=18) der Ratsuchenden, die Angaben zum Amt für Soziale Dienste machten, gaben an, diesen als teilweise oder voll hilfreich erlebt zu haben. Sie erlebten die Beratungsgespräche und die Maßnahmen zur Erziehung als hilfreich. Ein Großteil (82% von N=17) gaben jedoch an, diesen Kontakt als teilweise oder komplett belastend wahrgenommen zu haben. Im Kontakt zum Gericht erlebten einige Ratsuchende die Klarheit und Sachlichkeit sowie den wahrgenommenen wertfreien Umgang als hilfreich. Im Kontakt zu Anwälten wurde die Beratung und Unterstützung bei Rechtsfragen als hilfreich empfunden.

Durch den Kontakt zu **Freunden** erfuhren Ratsuchende eine Ablenkung von belastenden Themen, vertrauensvolle Gespräche, positive Rückmeldungen mit einer Stabilisierung des Selbstwertes.

Tabelle 13: Vorkontakte wurden als hilfreich empfunden

	Trifft gar nicht zu		Trifft teilweise zu		Trifft voll zu	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Polizei ^a	11 (28)	4 (31)	14 (35)	6 (46)	15 (38)	3 (23)
Hausarzt ^b	5 (11)	2 (25)	11 (25)	-	28 (64)	6 (75)
Med. Institutionen ^c	6 (21)	-	7 (24)	1 (50)	16 (55)	1 (50)
Interventions- stelle „pro aktiv“ ^d	2 (20)	-	-	-	8 (80)	-
„Weisser Ring“ ^e	2 (9)	3 (43)	6 (27)	2 (29)	14 (64)	2 (29)
Staatliche u. kirchliche Beratungsstellen ^f	7 (25)	2 (40)	7 (25)	1 (20)	14 (50)	2 (40)
Psychiatr./psy- chosomatische Klinik ^g	2 (11)	-	3 (17)	-	13 (72)	-
Psychotherapeut ^h	9 (28)	-	8 (25)	1 (50)	15 (47)	1 (50)
Psychiater ⁱ	4 (19)	1(100)	6 (29)	-	11 (52)	-
Sonstige Insti- tutionen ^j	4 (10)	2 (22)	12 (29)	2 (22)	25 (61)	5 (56)

Anmerkung: a N= 53; b N=52; c N=31; d N=10; e N=29; f N=33; g N=18; h N=34; i N=22; j N=50

Bei Vergleich der Betroffenen verschiedener Delikte zeigte sich, dass Opfer von sexualisierter Gewalt den Kontakt zur Polizei signifikant häufiger als die Betroffenen anderer Delikte als nur teilweise hilfreich (83% von N=6) und seltener als hilfreich (17%) erlebten (p=.044). Über die Hälfte der Ratsuchenden, die von körperlicher Gewalt betroffen waren, empfanden die Hilfen der Polizei als überhaupt nicht hilfreich (57% von N=14 vs. 18% von N=39), während diese nur von 7% (vs. 44%) als hilfreich beurteilt wurden im Vergleich zu Betroffenen anderer Delikte (p=.008). Betroffenen von Raub und Naturkatastrophen hingegen waren zum überwiegenden Teil zufriedener mit dem Kontakt zur Polizei und bewerteten diesen als hilfreich (80% von N=5 vs. 29% von N=48). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (p=.065). Bezüglich der Zufriedenheit mit den Kontakten zu den anderen Institutionen des Hilfesystems bestanden keine signifikanten Unterschiede.

Betroffene mit Migrationshintergrund nahmen den Kontakt zum Hausarzt signifikant häufiger als nicht hilfreich (nicht Deutsch: 43% von N=7 vs. Deutsch: 9% von N=45, p=.050) wahr, während ein Großteil der deutschen Ratsuchenden (69% vs. 43%) diesen als hilfreich

einstufte. Bezüglich der Beurteilung der anderen Institutionen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Bei Vergleich der Beurteilung der Wirksamkeit der Vorkontakte in Abhängigkeit von der Symptombelastung zeigten sich kaum signifikante Unterschiede. Betroffene ohne Symptome und mit Verdacht auf Vorliegen einer PTBS beurteilten ihre Kontakte zu medizinischen Institutionen überwiegend als hilfreich (80% von N=5 und 86% von N=7), während Ratsuchende mit dringendem V. a. PTBS diese Kontakte weniger häufig (47% von N=15) als hilfreich wahrnahmen. Diese Differenz war jedoch statistisch nicht signifikant ($p=.272$). Von PTBS-Symptomatik Betroffene nahmen sonstige Angebote signifikant häufiger als hilfreich wahr, als Ratsuchende ohne Symptombelastung (55% von N=36 vs. 7% von N=8, $p=.020$). Auch nahmen belastetere Personen den Kontakt zum „Weissen Ring“ als hilfreicher wahr, als solche ohne oder mit geringer ausgeprägter PTBS-Symptomatik (70% vs. 57% und 43%, $p=.098$).

Belastende Erfahrungen der Ratsuchenden

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Ratsuchenden auch zu belastenden Erfahrungen mit Institutionen des Hilfesystems befragt. Diese Daten wurden ebenfalls qualitativ mittels offener Fragen und quantitativ erhoben.

Als insgesamt belastend nahmen die Ratsuchenden Gespräche über die Ereignisse, z.B. im Rahmen eines Verhörs bei der Polizei oder im Rahmen von Therapiegesprächen, wahr. Im Einzelfall erlebten Ratsuchende dies als eine „Retraumatisierung“. Durch Weiterverweisen an andere Institutionen mussten Schilderungen über die traumatischen Ereignisse mehrfach wiederholt werden. Außerdem wurde es als belastend erlebt, dass es wechselnde Ansprechpartner gab, zu denen Vertrauen aufgebaut werden musste. Belastende Gefühle wie Scham oder Schuld wurden ausgelöst. Teilweise fühlten sich die Ratsuchenden „nicht ernst genommen“, nahmen eine „fehlende Offenheit“ oder ein „voreingenommen sein“ der Helfenden wahr. Einige Ratsuchende hatten den Eindruck, dass zu wenig Zeit für eine umfassende Betreuung vorhanden war. Auch der Wegfall von Angeboten auf Grund von Kürzungen finanzieller Mittel, z.B. die psychologische Betreuung in der Untersuchungsstelle für Gewaltopfer der Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, wurde als sehr belastend wahrgenommen. Häufig wurde von langen Wartezeiten, z.B. beim Arzt, in der

Notaufnahme, bei der Polizei oder Termine beim Psychotherapeuten oder in Beratungsstellen, berichtet.

Mehr als die Hälfte der Ratsuchenden (59% von N=53), die Angaben zu ihrem Kontakt zur **Polizei** machten, bewerteten diesen als belastend (Tabelle 14). So gaben einige Ratsuchende an, „extrem unfreundlich“, „kalt“ und „wenig einfühlsam“ behandelt worden zu sein und sich teilweise „gedemütigt“ gefühlt zu haben. Im Rahmen eines Hausbesuches berichtete eine Ratsuchende von „unfreundlichem, teils aggressivem“ Verhalten. Die Atmosphäre in der Polizeiwache sei sehr unruhig gewesen und die Vernehmung habe teilweise in „Anwesenheit von viel Publikumsverkehr“ stattgefunden. Weiterhin gaben Ratsuchende an, dass die Wartezeit lang gewesen sei. Einige Ratsuchende hatte sich nicht ausreichend über Hilfsangebote, die Konsequenzen einer Anzeige des Täters oder den Stand der Ermittlungen informiert gefühlt. Eine große Belastung stellte für Betroffene außerdem das wiederholte Berichten über den Tathergang sowie die Durchsicht der Fotodatei und das Erstellen eines Phantombildes dar. Eine Ratsuchende, die Kontakt zur Polizei der dominikanischen Republik hatte, berichtete, diesen als bedrohlich wahrgenommen zu haben, da sie den Eindruck hatte, dass die Beamten korrupt gewesen seien und die Täter absichtlich haben entkommen lassen. Vor allem Opfer von Bedrohung und Stalking fühlten sich hilflos und „im Stich gelassen“, da die Polizei ihnen vermittelte, nur einschreiten zu dürfen, wenn es zu körperlicher Gewalt käme. Ein Ratsuchender berichtete davon, verbal angegriffen worden zu sein. Er habe im Kontakt zur Polizei „ausländerfeindliches Verhalten“, „Demütigungen“ und „Diskriminierung“ erlebt.

Der überwiegende Teil der Ratsuchenden (62% der Frauen, 100% der Männer, N=50) gab an, den Kontakt zum **Hausarzt** nicht als belastend erlebt zu haben (Tabelle 14). Weniger als ein Viertel der Frauen nahmen jedoch den Kontakt als teilweise belastend oder belastend wahr (21% vs. 17%, N=16). Eine Ratsuchende gab hierzu an, sich von ihrem Hausarzt zur Trennung vom Partner gedrängt gefühlt zu haben. Außerdem wurden lange Wartezeiten, eine beim Arzt wahrgenommene Hilflosigkeit gegenüber dem Thema (z.B. Stalking, häusliche Gewalt) und eine scheinbare Unfähigkeit zur Unterstützung als belastend empfunden. Einige Studienteilnehmer berichteten, dass die Ärzte sich nicht auf ein Gespräch über die Thematik eingelassen hätten, „unsensibel“ und „sehr verständnislos“ gewesen seien und zu wenig Zeit für intensive Gespräche gehabt hätten. Ihre Kontakte zu anderen medizinischen Institutionen, wie dem Facharzt oder der Notaufnahme eines Krankenhauses, nahmen die hierzu befragten

Studienteilnehmer als belastender war. So nahm die Hälfte der Frauen (50% von N=28) diese als teilweise oder komplett belastend wahr, während die drei Männer, die hierzu Angaben machten, diese als nur teilweise belastend empfanden. Als belastend wurden notwendige somatische Therapien (Medikamente) oder Untersuchungen, Gespräche über traumatische Erfahrungen, wahrgenommene Hilflosigkeit und Unsicherheit bezüglich des Themas Trauma auf Seiten der Ärzte, Bagatellisieren der Vorfälle, ein „wenig einfühlsamer“, teilweise „respektloser Umgang“ mit den Betroffenen, lange Wartezeiten sowie eine fehlende psychologische Betreuung, z.B. in der Notaufnahme, empfunden. Mehrfach berichteten die Ratsuchenden, sich mit ihren Problemen und Beschwerden „alleine gelassen“ gefühlt zu haben.

Der Kontakt zur Interventionsstelle „**pro aktiv**“ war für den Großteil der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen (78% von N=9) nicht belastend (Tabelle 14). Eine Ratsuchende fühlte sich überfordert mit dem Rat, den Wohnort zu wechseln. Eine weitere Ratsuchende empfand die Aussage, dass von Seiten der Interventionsstelle keine Handlungsmöglichkeiten bestünden, wenn keine körperliche Gewalt gegen die Betroffene ausgeübt worden sei, als sehr belastend.

Der Kontakt zum „**Weissen Ring**“ wurde von mehr als der Hälfte der Frauen als nicht belastend wahrgenommen, während mehr als die Hälfte der Männer diesen Kontakt als belastend bewerteten (62% von N=21 vs. 57% von N=7, Tabelle 14). Als belastende Aspekte wurden eine fehlende Geduld von scheinbar überlasteten, „übellaunigen“ Mitarbeitern, ein Mangel an Zeit, Ausbleiben eines vereinbarten Rückrufs, keine bezirksübergreifende Betreuung, die Aussage „Es wird noch mehr auf Sie zukommen, nehmen Sie sich einen Anwalt“, fehlende Hinweise auf andere Beratungsangebote, eine fehlende „Nachbetreuung“, das Einstellen der Hilfen bei fortbestehendem Täterkontakt, eine wahrgenommene fehlende Gesprächsbereitschaft über die Problematik sowie die Betreuung durch einen männlichen Berater genannt. Ein Betroffener gab an, sich nicht ernst genommen gefühlt zu haben.

Auch bei den **kirchlichen und staatlichen Beratungsstellen** war zu beobachten, dass mehr als die Hälfte der Frauen (56% von N=27) diese Kontakte nicht als belastend wahrnahmen, während die Hälfte der Männer (50% von N=6) belastende Faktoren benannten (Tabelle 14).

Maßnahmen **therapeutischer Institutionen**, wie z.B. der Psychotherapeuten oder psychosomatische Kliniken, wurden von einem Drittel (Psychotherapeut zu 36% von N=28) und einem Viertel (Psychiatrische Klinik zu 26%, Psychiater zu 24%) der Frauen als belastend wahrgenommen. Die männlichen Ratsuchenden (nur jeweils 1-2 Männer) nahmen diese Kontakte als nicht oder nur teilweise belastend wahr. Im Kontakt zum Psychotherapeuten wurden vor allem das Ablehnen der Behandlung, das lange Warten auf einen Therapieplatz, die oft vergebliche Suche nach einem Platz, Gespräche mit verschiedenen Therapeuten sowie das wiederholte Schildern der traumatischen Ereignisse als belastend empfunden. Einige Ratsuchende berichteten, sie hätten dadurch eine Art „Retraumatisierung“ erlebt. Weiterhin wurde die lange Behandlungsdauer, die teilweise von eigenem Geld bezahlt werden musste, als belastend wahrgenommen.

In **psychiatrischen/ psychosomatischen Kliniken** fühlten sich einige Ratsuchende durch die hohe Anzahl an Mitpatienten belastet. In zwei Fällen fühlten sich Ratsuchende durch diese bedroht oder waren stark verunsichert. In psychosomatischen Kliniken wurde die Konfrontation mit belastenden Themen und Gefühlen und die Bearbeitung der Probleme im Rahmen der Gruppentherapie als belastend wahrgenommen. Wiederholt berichteten Ratsuchende, dass sie sich „alleine gelassen“ gefühlt und „nicht ernst genommen“ gefühlt hätten. Einige Ratsuchende berichteten, ihnen sei gesagt worden, sie seien „nicht therapiefähig“, „nicht stabil genug“ für eine Traumatherapie oder ihre Probleme seien „zu schwerwiegend“.

Von den 14 weiblichen Ratsuchenden, die ihre Erfahrungen mit dem **Amt für Soziale Dienste** beurteilten, gaben annähernd zwei Drittel (64%) an, dass sie diesen Kontakt als belastend wahrnahmen, 21% empfanden den Kontakt als teilweise belastend (Tabelle 14). Als belastende Faktoren wurden als uneffektiv wahrgenommene Gespräche, eine ablehnende Haltung gegenüber Klienten, Passivität der Mitarbeiter, Empfehlung zur Anzeige Angehöriger, mangelndes Eingehen auf die Bedürfnisse der Betroffenen, belastende Zustände in Jugendwohngruppen, Weiterverweisen an einen Anwalt auf Grund mangelnder Handlungsmöglichkeiten, den Eindruck, „nicht ernst genommen“ zu werden, mangelnde Aufklärung über rechtliche und finanzielle Möglichkeiten, Ablehnung eines Gespräches gemeinsam mit den Kindern und fehlende Betreuung im Verlauf genannt.

Dreiviertel (75% von N=4) der befragten Frauen, die ihre Kontakte zum **Frauenhaus** bewerteten, nahmen diese als belastend wahr. Als belastend wurden das Wohnen auf sehr engem Raum, eine fehlende Privatsphäre, der telefonische Notdienst und die Konfrontation mit anderen schweren Schicksalen benannt.

Im Kontakt zu **juristischen Institutionen** (Anwälte und Richter) empfanden einige Ratsuchende den „sachlichen Umgang“ und ein wahrgenommenes, „mangelndes Verständnis“ als belastend. Manche Betroffene fühlten sich vor Gericht „bloß gestellt“ und „zum Täter gemacht“. Weiterhin stellte die Konfrontation der Betroffenen mit dem Täter vor Gericht eine enorme Belastung dar. Mehrere Ratsuchende, die an einem „Täter-Opfer-Ausgleich“ teilnahmen, fühlten sich „alleine gelassen“, da ihnen keine Ansprechpartner zugewiesen worden seien. Sie fühlten sich mit der Situation überfordert.

Bezüglich der Beurteilung der Belastung durch die Vorkontakte zeigten sich zwischen männlichen und weiblichen Ratsuchenden keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Vorkontakte wurden als belastend empfunden

	Trifft gar nicht zu		Trifft teilweise zu		Trifft voll zu	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Polizei ^a	9 (23)	5 (36)	6 (15)	2 (14)	24 (62)	7 (50)
Hausarzt ^b	26 (62)	8 (100)	9 (21)	-	7 (17)	-
Med. Institutio-nen ^c	14 (50)	-	5 (18)	3 (100)	9 (32)	-
Interventions- stelle „pro aktiv“ ^d	7 (78)	-	1 (11)	-	1 (11)	-
„Weisser Ring“ ^e	13 (62)	3 (43)	3 (14)	-	5 (24)	4 (57)
Staatliche u. kirchliche Beratungsstellen ^f	15 (56)	1 (17)	7 (26)	2 (33)	5 (19)	3 (50)
Psychiatrische/ Psychosomat. Klinik ^g	7 (37)	-	7 (37)	-	5 (26)	-
Psychotherapeut ^h	7 (25)	1 (50)	11 (39)	1 (50)	10 (36)	-
Psychiater ⁱ	9 (43)	1 (100)	7 (33)	-	5 (24)	-
Sonstige Insti- tutionen ^j	16 (40)	2 (20)	15 (38)	4 (40)	9 (23)	4 (40)

Anmerkung: a N= 53; b N=50; c N=31; d N=; e N=28; f N=33; g N=19; h N=30; i N=22; j N=50

Bei Vergleich der Deliktgruppen zeigte sich, dass Betroffene von sexualisierter Gewalt den Kontakt zur Polizei als belastender wahrnahmen, als die übrigen Ratsuchenden (100% von N=6 vs. 53% von N=47, p=.091). Außerdem schätzten diese den Kontakt zum Hausarzt (36% vs. 6%) sowie zu sonstigen Institutionen (65% vs. 24%) signifikant häufiger als belastend (p=.014) bzw. teilweise belastend (p=.019) ein. Mehr als die Hälfte der Betroffene von Stalking oder Bedrohung nahmen Kontakte zu sonstigen Institutionen ebenfalls als belastend wahr (56% von N=9 vs. 20% von N=41, p=.055). Betroffene von körperlicher Gewalt nahmen die Kontakte zu medizinischen Institutionen signifikant häufiger als teilweise belastend wahr (60% von N=10 vs. 5% von N=20, p=.003).

Bei Vergleich der Altersklassen zeigte sich lediglich bezüglich der Beurteilung der medizinischen Vorkontakte ein signifikanter Unterschied. So nahmen die Hälfte der Ratsuchenden im Alter von 16 bis 30 Jahren diese Kontakte als belastend wahr, während das bei den Ratsuchenden im Alter von 31 bis über 60 Jahren nur bei einem Drittel der Fall war (50% von N=4 vs. 29% von N=27, p=.031).

Während eine Ratsuchende mit Migrationshintergrund den Kontakt zum Frauenhaus nicht als belastend wahrnahm, gaben drei deutsche Ratsuchende den Kontakt als belastend an ($p=.046$).

Außerdem zeigte sich, dass Ratsuchende mit V. a. oder dringendem V. a. PTBS die Kontakte zu staatlichen oder kirchlichen Beratungsstellen signifikant häufiger als nicht belastend wahrnahmen (63% von $N=8$ u. 67% von $N=15$ vs. 14% von $N=7$), während Ratsuchende ohne PTBS-Symptomatik die Kontakte als belastend beurteilten (57% vs. 25%, $p=.022$).

3.4 Psychische Belastung und Selbstwirksamkeit

3.4.1 Posttraumatischer Stress

Angaben zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung waren beim Erstkontakt von insgesamt $N=152$ Ratsuchenden zu erhalten. Anhand der Cut-Scores der PTSS-10 bestand bei $N=120$ Personen (79%) der Verdacht auf eine PTBS, darunter $N=80$ (53%) bei denen der dringende Verdacht auf die Störung bestand. Bei Frauen bestand häufiger der Verdacht (82%) bzw. dringende Verdacht (57%) als bei Männern (67% bzw. 33%; Tabelle 14). Ratsuchende, die ein verwandtschaftliches oder partnerschaftliches Verhältnis zum Täter hatten, waren belasteter (V. a. PTBS: 61% vs. 39%, dringender V. a. PTBS: 73% vs. 27%, $p=.05$).

Tabelle 15: Screening auf PTBS zu t1 (anhand der Cut-Scores der PTSS-10)

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Keine PTBS	23	18	9	33	32	21
Verdacht auf PTBS	31	25	9	33	40	26
Dringender Verdacht auf PTBS	71	57	9	33	80	53

Anmerkung: $N=152$

Auch in Bezug auf die Summenscores der PTSS-10 zeigten sich die genannten Geschlechtsunterschiede. Frauen wiesen zu beiden Erhebungszeitpunkten einen höheren Score auf als Männer, wobei dieser Unterschied lediglich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung statistische Signifikanz erreichte ($t1: 35\%$ vs. 30% , $p=.08$; $t2: 27\%$ vs.

19%, $p=.02$). Angaben zu beiden Zeitpunkten lagen von $N=101$ Ratsuchenden vor. Dabei fand sich über die Gesamtgruppe hinweg ein signifikanter Abfall im zeitlichen Verlauf ($p=.00$). Dies traf auf alle Deliktgruppen gleichermaßen zu (z.B. Beziehungsdelikte: $p=.00$; Sexualisierte Gewalt: $p=.00$; Bedrohung $p=.01$).

Allerdings lag bei 58% der Frauen und 20% der Männer auch bei der Nachuntersuchung noch der Verdacht bzw. dringende Verdacht auf eine PTBS vor (Frauen 26% bzw. 32%; Männer jeweils 10%). In Bezug auf Personen mit und ohne Migrationshintergrund zeigten sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede ($t1: p=.31$; $t2: p=.40$).

3.4.2 Globale Symptomatik

Auch in Bezug auf die globale Symptombelastung, gemessen anhand der SCL-14, wiesen Frauen zu beiden Zeitpunkten höhere Werte auf, allerdings erreichten diese Unterschiede keine statistische Signifikanz (Tabelle 16).

Tabelle 16: Globale Symptombelastung (SCL-14)

		Frauen ^a	Männer ^b	Signifikanz
SCL-14	t1	$M=22,7$ $SD=11,9$ $range=1-48$	$M=18,9$ $SD=13,0$ $range=0-52$	$p=.17$
	t2	$M=15,4$ $SD=11,6$ $range=0-49$	$M=11,2$ $SD=7,9$ $range=0-29$	$p=.06$

Anmerkungen: $at1: N=106$; $t2: N=83$; $bt1: N=23$; $t2: N=20$

Keine Unterschiede in Bezug auf die globale Belastung zeigten sich für Personen mit oder ohne Migrationshintergrund ($t1: p=.06$; $t2: p=.67$). Bei Opfern aller Deliktgruppen zeigte sich ein signifikanter Rückgang der Belastung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (z.B. Beziehungsdelikte: $p=.01$; Sexualisierte Gewalt: $p=.00$; Bedrohung $p=.03$). Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte einen signifikanten Einfluss des Zeitfaktors ($p=.00$), wohingegen das Geschlecht keinen Einfluss hatte und sich auch keine Interaktionseffekte zeigten ($p=.99$).

3.4.3 Selbstwirksamkeit

Ähnliche Befunde zeigten sich in Bezug auf die erlebte Selbstwirksamkeit. Wie sich anhand der abnehmenden Werte des Moduls D des HEALTH-79 zeigte, nahm diese sowohl bei Frauen als auch bei Männern bis zur Nachuntersuchung zu (Tabelle 17).

Tabelle 17: Selbstwirksamkeit (HEALTH-79; Modul D)

		Frauen ^a	Männer ^b	Signifikanz
HEALTH-79 (Modul D)	t1	M=25,1 SD=8,8 range=3-45	M=24,2 SD=10,1 range=0-47	p=.68
	t2	M=17,6 SD=11,1 range=0-46	M=14,8 SD=10,5 range=0-31	p=.31

Anmerkungen: at1: N= 110; t2: N=82; bt1: N=26; t2: N=20

Auch hier zeigte eine Varianzanalyse mit Messwiederholung einen signifikanten Zeiteffekt (p=.00), ohne Geschlechtsinteraktion (p=.64) und ohne Effekt der Variable Migrationshintergrund (p=.51). Eine Zunahme des Selbstwirksamkeitserlebens zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, der sich anhand der abnehmenden Werte im HEALTH-79 zeigte, fand sich über alle Deliktgruppen hinweg (z.B. Beziehungsdelikte: p=.00; Sexualisierte Gewalt: p=.00; Bedrohung p=.01).

3.5 Subjektive Bewertung der Beratung

3.5.1 Positive Erfahrungen im Kontakt zur Opferhilfe

Auf die offene Frage nach positiven Erfahrungen im Kontakt zur Opferhilfe wurden verschiedene Aspekte besonders hervorgehoben. Dies betraf die hellen, wohnlichen und Sicherheit vermittelnden Räumlichkeiten und die in der Beratungsstelle herrschende ruhige, freundliche und persönliche Atmosphäre. Zahlreiche Ratsuchende hoben hervor, dass sie sich respektvoll behandelt und mit ihrer Problematik ernst genommen gefühlt hätten. Die

Mitarbeiter der Beratungsstelle wurden als freundlich, interessiert, professionell und einfühlsam beschrieben. Einige Ratsuchende berichteten, dass sie deshalb bereits durch den ersten Telefonkontakt zur Beratungsstelle eine Stabilisierung erlebt hätten. Weiter wurde die Flexibilität und Erreichbarkeit der Beraterinnen und Berater hervorgehoben. Dies betraf die zeitnah und „unbürokratisch“ vergebenen Beratungstermine, aber auch die Flexibilität, mit der die Mitarbeiter die jeweilige Lebenssituation der Ratsuchenden berücksichtigten. So sei es möglich gewesen, Kinder in die Beratungsstelle mitzubringen oder Partner mit in das Beratungsgespräch einzubeziehen. Als entlastend und unterstützend wurde auch die Erreichbarkeit der Opferhilfe im Falle einer Krise erlebt, insbesondere die zeitnah erfolgenden Rückrufe durch die Beraterinnen und Berater.

Anhand der quantitativen Anteile des Interviews zeigte sich, dass sich die Mehrheit der Ratsuchenden beiderlei Geschlechts (Frauen 77%, Männer 85%) in erheblichem Maße „verstanden und gut aufgehoben“ gefühlt hatte (Tabelle 18). Jeweils etwa drei Viertel der Befragten berichtete, dass sie gute Erklärungen und Tipps für den Umgang mit ihrer jeweiligen Problematik erhalten zu hätten. So berichteten viele Ratsuchende eine Entlastung durch die im Rahmen des Gesprächs erfahrene Psychoedukation, aber auch weitere konkrete Informationen, etwa zu rechtlichen Fragen oder zum Ablauf einer Traumatherapie, erfahren zu haben. Als sehr positiv und hilfreich wurde die Vermittlung von konkreten Strategien, etwa zum Umgang mit Ängsten oder aggressiven Partnern empfunden. All dies führte bei annähernd allen Ratsuchenden dazu (Frauen 88%, Männer 90%), dass zumindest teilweise weitere Schritte bei der Lösung ihrer Probleme klar wurden. Jeweils etwa die Hälfte der Ratsuchenden (Frauen 53%, Männer 50%) gaben an, dass ihre Probleme zumindest teilweise gelöst worden seien und für einen bedeutsamen Anteil (Frauen 72%, Männer 85%) wurde zumindest in Ansätzen ein positiver Blick in die Zukunft möglich.

Tabelle 18: Positive Aspekte des Kontaktes zur Opferhilfe

	Trifft gar nicht zu		Trifft teilweise zu		Trifft voll zu	
	Frauen ^a	Männer ^b	Frauen ^a	Männer ^b	Frauen ^a	Männer ^b
	N (%)					
Verstanden und gut aufgehoben gefühlt	6 (7)	-	14 (16)	3 (15)	67 (77)	17 (85)
Gute Tipps	8 (9)	2 (10)	14 (16)	4 (20)	65 (75)	14 (70)
Gute Erklärungen	9 (10)	-	12 (14)	5 (25)	66 (76)	15 (75)
Weitere Schritte wurden klar	11 (13)	2 (10)	25 (29)	9 (45)	51 (59)	9 (45)
Probleme wurden gelöst	41 (47)	10 (50)	38 (44)	7 (35)	8 (9)	3 (15)
Positiver Blick in die Zukunft	24 (28)	3 (15)	27 (31)	7 (35)	36 (41)	10 (50)

Anmerkung: ^aN= 87; ^bN=20

3.5.2 Negative Erfahrungen im Kontakt zur Opferhilfe

Neben den positiven Aspekten wurden die Ratsuchenden gebeten auch Faktoren zu benennen, die sie im Kontakt zur Beratungsstelle als störend oder belastend wahrgenommen hatten. Bei der Auswertung zeigte sich, dass der größte Anteil an Ratsuchenden den sechs vorgegebenen negativen Aussagen überhaupt nicht zustimmen konnte (Tabelle 19). Die meiste Zustimmung erhielt die Aussage, dass die Beratungszeit zu kurz gewesen sei. Zumindest teilweise stimmt die Hälfte der Männer (50%) und ein Viertel der Frauen (27%) dieser Aussage zu. In den Interviews wurde deutlich, dass einige Ratsuchende die Beratungsgespräche an sich als zu kurz empfanden, während andere beklagten, dass die Anzahl der Beratungsgespräche auf 10 Termine begrenzt war und eine längerfristige Betreuung oder Psychotherapie nicht möglich gewesen sei. Den Hinweis der Berater, dass aufgrund der begrenzten Zeit nur eine Krisenintervention möglich sei und nicht alle belastenden Themen bearbeitet werden könnten, empfanden nicht wenige Ratsuchende als belastend und enttäuschend. Teilweise gaben die Betroffenen an, dass sie sich aus diesem Grunde in den Gesprächen nicht richtig hätten öffnen können.

Auch andere Angaben bezogen sich auf die Grenzen des Angebots der Opferhilfe. So gaben 15% der Frauen und 20% der Männer an, sich eine noch bessere Erreichbarkeit gewünscht zu haben. Weiter wurde die Wartesituation im Flur und Eingangsbereich der Beratungsstelle von einem kleineren Teil der weiblichen Ratsuchenden (15%) als belastend erlebt. Mehrere davon gaben an, dass sie sich einen ruhigen, geschützteren Wartebereich gewünscht hätten, in dem die Intimsphäre besser gewahrt bliebe.

Tabelle 19: Negative Aspekte des Kontaktes zur Opferhilfe

		Trifft gar nicht zu		Trifft teilweise zu		Trifft voll zu	
		Frauen ^a	Männer ^b	Frauen ^a	Männer ^b	Frauen ^a	Männer ^b
		N (%)					
Beratungszeit	zu	64 (74)	10 (50)	10 (12)	4 (20)	13 (15)	6 (30)
	kurz						
Beratungszeit	zu	81 (93)	18 (90)	1 (1)	1 (5)	5 (6)	1 (5)
	lang						
Opferhilfe schlecht		74 (85)	16 (80)	7 (8)	3 (15)	6 (7)	1 (5)
	erreichbar						
Wartezeit zu lang		80 (92)	20 (100)	5 (6)	-	2 (2)	-
Kein geeignetes		74 (85)	18 (90)	5 (6)	2 (10)	8 (9)	-
	Wartezimmer						
BeraterInnen nicht		73 (84)	19 (95)	7 (8)	1 (5)	7 (8)	-
	kompetent						

Anmerkung: ^aN= 87; ^bN=20

3.5.3 Umsetzung empfohlener Anschlussmaßnahmen

Bei der Nachbefragung gaben 67% der weiblichen und 70% der männlichen Ratsuchenden an, dass ihnen empfohlen worden sei, weitere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Am häufigsten war dies bei Opfern von Bedrohung und Stalking (79%), sexualisierter Gewalt (78%) und körperlicher Gewalt (71%) der Fall. Ihnen war am häufigsten (68%) der Beginn einer Psychotherapie empfohlen worden. Dies war bei 80% der Opfer körperlicher Gewalt, 79% der Opfer sexualisierter Gewalt und 56% der Opfer von Beziehungsgewalt der Fall. In drei Fällen hatten die Berater eine stationäre Therapie empfohlen. Andere häufige Empfehlungen betrafen ambulante psychiatrische Behandlungen, die Kontaktaufnahme zu Anwälten, zum „Weissen Ring“ oder zu anderen Beratungsstellen.

Von den 72 Ratsuchenden (N=58 Frauen und N=14 Männer), denen Empfehlungen ausgesprochen wurden, gaben 57% an, diesen nachgekommen zu sein (52% der Frauen und 79% der Männer). Von diesen nahmen insgesamt 43% eine ambulante oder stationäre Psychotherapie in Anspruch. In den meisten Fällen handelte es sich um eine Traumatherapie, die in einzelnen Fällen auch von Mitarbeitern der Opferhilfe Hamburg durchgeführt wurde. In Einzelfällen wurden Angebote zur Stabilisierung und Entspannung oder die Behandlung durch einen Psychiater wahrgenommen. Auch Beratungen durch Rechtsanwälte und den „Weissen Ring“ oder Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung wurden in Anspruch genommen.

Etwa ein Viertel (28%) der weiblichen Ratsuchenden und 10% der männlichen Ratsuchenden suchten sich auf eigene Initiative weitere Unterstützung. Dazu gehörte die Teilnahme an Kursen zu Entspannungsverfahren, Tanztherapie, Selbstverteidigung oder Meditation. Am häufigsten suchten sich Betroffene selbst einen Psychotherapieplatz. Außerdem spielte die Kontaktaufnahme zu verschiedenen Beratungsstellen („Kajüte“, „LUKAS“, „kirchliche Beratungsstelle St. Petri“, „Aladin“) oder die Kontaktaufnahme zum Arbeitsamt eine Rolle. Weitere unterstützende Maßnahmen, die auf eigene Initiative hin erfolgten, waren die Kontaktaufnahme zu Anwälten, zur Polizei, zum Gericht und zum „Weissen Ring“, Gespräche mit dem Partner, ein Wohnungswechsel, die Kontaktaufnahme zur Untersuchungsstelle der Rechtsmedizin des UKE, zum Psychiater oder zum Hausarzt.

Die 38% der weiblichen und 35% der männlichen Ratsuchenden, die im Verlauf keine weiteren Hilfsangebote in Anspruch genommen hatten, benannten als Hauptgrund einen fehlenden Bedarf an weiterer Unterstützung (Frauen: 40%, Männer: 57%). Andere Gründe waren Zeitmangel (z.B. auf Grund von Berufstätigkeit) und ein Mangel an ambulanten Psychotherapieplätzen. Einzelne Ratsuchende empfanden die von der Opferhilfe vorgeschlagenen Maßnahmen auch als ungeeignet. Sie berichteten, dass sie aufgrund ihrer psychischen Verfassung nicht dazu in der Lage gewesen seien, diese Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Andere berichteten, dass sie sich vor erneuter Gewalt durch den Täter gefürchtet hätten.

Mehr als drei Viertel der Betroffenen nahmen die von der Opferhilfe Hamburg empfohlenen Hilfsangebote als „sehr hilfreich“ wahr (78%). Dies traf besonders bei den Opfern von

sexualisierter und körperlicher Gewalt zu (jeweils 80%). Nur wenige Ratsuchende (N=5, 12%) nahmen die auf Empfehlung der Opferhilfe in Anspruch genommenen Angebote als überhaupt nicht hilfreich oder sogar als belastend wahr. Im Gegensatz dazu empfand lediglich etwas mehr als die Hälfte (60%) der insgesamt 47 Ratsuchenden die im Anschluss an die Beratung auf eigene Initiative in Anspruch genommenen Angebote als „sehr hilfreich“. Dies betraf Opfer unterschiedlicher Deliktgruppen in ähnlichem Ausmaß (z.B. Beziehungsgewalt 50%, körperliche Gewalt 55%, sexualisierte Gewalt 60%).

4. Diskussion

4.1 Eingesetzte Methoden

In der vorliegenden Untersuchung wurden Ratsuchende, die während eines Jahres persönliche Gespräche in der Opferhilfe Hamburg in Anspruch genommen hatten, zu ihren Vorkontakten zum Hilfesystem und Erfahrungen mit diesen, zu ihrer Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der spezifischen Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg, sowie zu ihrer Symptombelastung und der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen befragt. Dabei konnte eine für die untersuchte Personengruppe relativ hohe Teilnahmequote von 60% erreicht werden. Dennoch müssen mögliche Stichprobeneinflüsse bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. So wies ein vergleichsweise hoher Anteil der Befragten das Abitur oder einen vergleichbaren Schulabschluss auf. Auch der mit 15% auffallend geringe Anteil erwerbsloser Migrant*innen könnte darauf hin deuten, dass Personen mit geringerer Schulbildung bzw. schlechterer psychosozialer Integration unter den Befragten unterrepräsentiert waren. Kaum Unterschiede zeigten sich hingegen zwischen allen Befragten und den Teilnehmern der Nachbefragung, die im Mittel zwar älter waren, sich aber in Bezug auf Geschlecht, Migrationshintergrund und Symptombelastung nicht unterschieden.

Als methodisches Hauptproblem der hier vorliegenden Untersuchung zu den Wegen von Menschen mit Opfererfahrung im Hilfesystem, den Folgen von Viktimisierungserfahrungen und den Bedürfnissen der Opfer ist anzusehen, dass ausschließlich Betroffene untersucht wurden, die bereits Kontakt zu einer spezialisierten Beratungsstelle, der Opferhilfe Hamburg, aufgenommen hatten und die mindestens ein Beratungsgespräch erhalten hatten. Eine solche Selektion der Stichprobe birgt das Risiko einer Verfälschung der wirklichen Verhältnisse (vgl. Richter 1993). Es ist anzunehmen, dass sich überwiegend Menschen, die unter einem hohen Leidensdruck stehen, an eine Opferberatungsstelle wenden. Studien haben gezeigt, dass es eine relativ hohe Anzahl an schwach bis mäßig belasteten Menschen gibt, die keine Beratungsangebote in spezialisierten Opferhilfeeinrichtungen in Anspruch nehmen (vgl. Wetzels 1995).

Aus forschungsethischen Gesichtspunkten war die im Vorwege stattgefundenene Kontaktaufnahme zur Opferhilfe Hamburg von Vorteil, da die Teilnehmer im Falle einer erneuten Destabilisierung in Folge der Befragung wieder an diese verwiesen werden konnten.

Bezüglich der Erhebung der Vorkontakte zum Hilfesystem war die Reihenfolge der Inanspruchnahme der Hilfsangebote nicht von jedem Ratsuchenden auf dem Erstfragebogen angegeben worden. Der Versuch, diese im Rahmen der telefonischen Nachbefragung zu rekonstruieren, war auf Grund des teilweise langen Zeitraumes zwischen der ersten Kontaktaufnahme zum Hilfesystem und dem Telefoninterview für die Studienteilnehmer nicht immer möglich.

Bei Auswertung der Studie war außerdem aufgefallen, dass die Zahl der fehlenden Werte im Modul „Selbstwert“ mit 11,3% sehr hoch war. Dies lässt sich auf die Formulierung „Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage....“ zu Beginn jedes Items erklären. Dadurch konnten diese von sich beschwerdefrei fühlenden Probanden nicht sinnvoll beantwortet werden. Auch bei der telefonischen Nachbefragung sorgte diese Formulierung auf Seiten einiger Ratsuchender für Verunsicherung, so dass der einleitende Satz in solchen Fällen durch die Interviewerin umformuliert werden musste.

4.2 Wege im Hilfesystem

Die Ergebnisse zeigten, dass Menschen mit Opfererfahrung im Mittel 3,23 unterschiedliche Institutionen des Hilfesystems aufsuchten, bevor sie die spezifische Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg erreichten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der australischen Studie von Steel et al. (2006) sowie der Untersuchung von Switzer et al. (USA 1999). Bezüglich der Anzahl an Vorkontakten zum Hilfesystem zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von individuellen Faktoren wie Geschlecht, Nationalität, Alter oder Delikt. Wie bei Switzer et al. (1999) zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung keine oder nur geringe Geschlechtsunterschiede bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens von Hilfsangeboten.

Im Gegensatz zu den Vermutungen von Schulte-Herbrüggen & Heinz (2012) sowie Hoge et al. (2004) spielte ein Mangel an Informationen über geeignete Hilfsangebote in der vorliegenden Untersuchung als Grund für eine verzögerte Inanspruchnahme von Hilfsangeboten oder längere Wege im Hilfesystem nur eine untergeordnete Rolle (3% der Befragten).

Entscheidende Unterschiede bezüglich der Gesamtanzahl an Vorkontakten zeigten sich in Abhängigkeit von der ersten Anlaufstelle im Hilfesystem. So hatten Ratsuchende, die sich wegen ihrer Probleme zuerst an **medizinische Institutionen** gewandt hatten, mit im Mittel 4,19 Anlaufstellen signifikant mehr Vorkontakte im Hilfesystem als Betroffene, die sich zuerst an andere Einrichtungen gewandt hatten (vgl. Kap. 3.3.5). Hierbei handelte es sich überwiegend um Ratsuchende, bei denen ein dringender Verdacht auf PTBS vorlag. Für sie waren medizinische Institutionen meist nicht nur erste Anlaufstelle, sondern sie hatten signifikant häufiger Kontakt zu diesen im Vergleich zu den weniger belasteten Studienteilnehmern. Diese Ergebnisse stützen die Erkenntnisse verschiedener internationaler Studien von Steel et al. (2006), Gloor et al. (2004), Gillock et al. (2005), Gray et al. (2004), Kangas et al. (2002), Bryant et al. (1999), Butterfield et al. (2002), Gebhart et al. (1996) Staab et al. (2001), Resnick et al. (1997), Kimerling & Calhoun (1994), Koss, Koss & Woodruff (1991) sowie Calhoun et al. (2002), die ebenfalls zeigten, dass ein höheres Maß an psychischer Belastung und daraus resultierenden körperlichen Symptomen mit einem verstärkten Aufsuchen medizinischer Institutionen korreliert.

Insgesamt berichteten mehr als die Hälfte der Ratsuchenden (53%) von Vorkontakten zu medizinische Einrichtungen. Dies deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen der Studie von Steel et al. (ebd.) bei der sich zeigte, dass 53% der Studienteilnehmer den Allgemeinmediziner wg. ihrer Probleme aufsuchten. Neben Ratsuchenden mit ausgeprägter Belastung durch PTBS-Symptome zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung, dass auch Ratsuchende mittleren und höheren Lebensalters deutlich häufiger medizinische Institutionen aufsuchten. Während weibliche Ratsuchende vor allem den Hausarzt kontaktierten, suchten Männern nach dem auslösenden Ereignis häufiger ein Krankenhaus bzw. die Notaufnahme auf. Ein etwas größerer, jedoch nicht statistisch signifikanter, Anteil an weiblichen Ratsuchenden gelangte über die medizinischen Vorkontakte zur Opferhilfe Hamburg. Für knapp ein Fünftel (20%) der Menschen mit Opfererfahrung und von 32% der Betroffenen von körperlicher Gewalt stellten medizinische Institutionen die erste Anlaufstelle im Hilfesystem dar (vgl. Kap. 3.3.6). Ebenfalls knapp ein Fünftel (19%) gelangten über diese medizinischen Vorkontakte zur Opferhilfe Hamburg. Dies traf etwas häufiger für weibliche und ältere Ratsuchende zu.

Die Kontakte zu medizinischen Institutionen, vor allem zum Hausarzt, wurden von 75% der Männer und 64% der Frauen als hilfreich wahrgenommen. Sie fühlten sich entlastet durch

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Medikamente gegen Schlafstörungen, Schmerzen oder Depressionen. Außerdem fühlten sie sich in vielen Fällen verstanden und angenommen. Als belastend im Kontakt zu medizinischen Institutionen wurden eine wahrgenommene Hilflosigkeit gegenüber dem Thema Trauma, lange Wartezeiten in Praxis und Notaufnahme, eine fehlende psychologischen Betreuung im Krankenhaus sowie die notwendigen somatischen Untersuchungen und teilweise schmerzhafte Therapien genannt (vgl. Kap. 3.3.8).

Die vorliegende Arbeit zeigt weiterhin, dass Institutionen der medizinischen Versorgung häufig zu den ersten Anlaufstellen im Hilfesystem zählen und damit eine wichtige Lotsenfunktion für Menschen mit Opfererfahrung im Hilfesystem haben (vgl. dazu Wetzels 1995; Seifert et al. 2010).

Der Tatsache, dass medizinische Institutionen häufig von Menschen mit Opfererfahrung, die oft auch an Symptomen einer PTBS leiden, aufgesucht werden, sollte Rechnung getragen werden. Dies könnte durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Institutionen der ersten Hilfe und den Spezialisten für psychische Gesundheit geschehen (vgl. Calhoun et al. 2002). Um in Hamburg die Versorgung von Menschen, die Opfer von Beziehungsgewalt wurden, zu verbessern, wurde die multiprofessionelle Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ von der Ärztekammer Hamburg gegründet. Sie entwickelte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf einen Behandlungsleitfaden mit Dokumentationsbögen für Verletzungen sowie Adressen von Beratungsstellen. Schnyder et al. berichteten bereits 1996 in ihrer Untersuchung von dem Wunsch Schweizer Allgemeinmediziner nach einem interdisziplinären Austausch zur Therapie von Patienten mit einer PTBS mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung traumatisierter Patienten. Weiterhin wäre ein von Switzer et al. (1999) und Samson et al. (1999) vorgeschlagenes Screening nach PTBS, besonders bei Risikogruppen, sinnvoll, um eine zeitnahe Diagnosestellung und eine gezielte Therapie der PTBS zu ermöglichen. Ebenso wäre die Vermittlung von Wissen zum Thema Gewalt und PTBS im Rahmen von Curricula im Medizin-Studium sinnvoll.

Weiterhin zeigte sich, ebenso wie bei New & Berliner (2000), dass über die Hälfte der Studienteilnehmer (53%) mit ausgeprägter Belastung durch Symptome einer PTBS signifikant häufiger Kontakte zu **therapeutisch-psychiatrischen Institutionen** hatten. Teilweise befanden sie sich in ambulanter Psychotherapie oder waren in den letzten 12

Monaten vor dem Kontakt zur Opferhilfe Hamburg stationär in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken behandelt worden. Für etwa ein Viertel (27%) der Betroffenen von sexualisierter Gewalt stellten therapeutisch-psychiatrische Institutionen die erste Anlaufstelle im Hilfesystem dar (vgl. Kap. 3.3.6). Ratsuchende mit therapeutisch-psychiatrischem Erstkontakt gelangten signifikant häufiger über diesen auch zur Opferhilfe Hamburg (vgl. Kap. 3.3.7).

Kontakte zu therapeutisch-psychiatrischen Institutionen wurden von etwa der Hälfte bis drei Viertel der Ratsuchenden (47%, ambulante Psychotherapeuten; 52%, Psychiater, 72% psychiatrische oder psychosomatische Kliniken) als hilfreich wahrgenommen. Als hilfreich wurden verschiedene Traumatherapieansätze, Vermittlung von Informationen über Traumatherapie, Psychoedukation über PTBS, Erfahrungen des Personals mit dem Thema Traumatisierungen, Stabilisierung durch Gespräche sowie die verordneten Medikamente und Hinweise auf weitere Hilfsangebote genannt. Ein Drittel (36% ambulanter Psychotherapeut) und ein Viertel (26% psych. Kliniken; 24% Psychiater) der Studienteilnehmer empfanden die Kontakte zu therapeutische-psychiatrischen Institutionen als belastend auf Grund der langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz, das Ablehnen der Behandlung, das wiederholte Schildern der traumatischen Ereignisse, die Konfrontation mit belastenden Themen und Gefühlen sowie das „sich Öffnen“ in Psychotherapiegruppen (vgl. Kap. 3.3.8).

Nutzer des **Internet** wiesen mit meist nur einem Vorkontakt, beispielsweise zur Homepage der Opferhilfe Hamburg, deutlich weniger Vorkontakte auf, als die übrigen Ratsuchenden. Hierbei handelte es sich deutlich häufiger um junge Ratsuchende und solche, die gar nicht oder nur in geringerem Maße an Symptomen einer PTBS litten. Auch Ratsuchende mit Migrationshintergrund nannten das Internet signifikant häufiger als erste Kontaktstelle, um Informationen über Hilfsangebote zu erhalten. Dies könnte womöglich mit kulturell bedingter Scham oder Angst vor Selbstoffenbarung zusammen hängen (vgl. Steel et al. 2006). Knapp ein Viertel (21%) der Ratsuchenden gelangten über das Internet bzw. die Homepage zur Opferhilfe Hamburg. Dies war signifikant häufiger bei Männern, jungen Ratsuchenden und Betroffenen mit nur geringer Belastung an PTBS-Symptomen der Fall.

Die Hälfte der Ratsuchenden hatte vor ihrer Beratung in der Opferhilfe Kontakt zur **Polizei** (51%) aufgenommen. Betroffene von sexualisierter Gewalt taten dies deutlich seltener, als Betroffene der anderen Delikte (Beziehungsgewalt und körperliche Gewalt zu 67%,

Bedrohung/ Stalking zu 71%). Für den größten Teil der Studienteilnehmer (30%) war die Polizei die erste Kontaktstelle im Hilfesystem. Dies galt vor allem für Betroffene von Beziehungsgewalt. In diesen Fällen bahnte die Polizei durch Weitergabe der Kontaktdaten der Betroffenen den Weg zu „**pro aktiv**“, einer Interventionsstelle für häusliche Gewalt. Diese wiederum nahm in der Folge aktiv Kontakt zu den Betroffenen auf. So hatten Opfer von häuslicher Gewalt deutlich häufiger als die übrigen Ratsuchenden Kontakt zur Interventionsstelle „pro aktiv“. Ebenso hatten sie deutlich häufiger Kontakt zu spezifischen Beratungsstellen, wie dem „Weissen Ring“ oder „Männer gegen Männergewalt“, wobei Betroffene mit Migrationshintergrund etwas häufiger Kontakt zu „pro aktiv“ und deutsche Ratsuchende häufiger zum „Weissen Ring“ hatten. Für mehr als ein Viertel der Ratsuchenden stellten die **spezifischen Beratungsstellen** oder die Interventionsstelle „pro aktiv“ den Zugangsweg zur Opferhilfe Hamburg dar. Die Polizei, die von etwa der Hälfte der Ratsuchenden in den 12 Monaten vor ihrem Erstgespräch in der Opferhilfe Hamburg mindestens einmal aufgesucht wurde und die für ein Drittel der Ratsuchenden (30%) die erste Anlaufstelle im Hilfesystem darstellte, wurde nur im Einzelfall als Zugangsweg zur Opferhilfe Hamburg genannt (vgl. Kap. 3.3.7).

Während ein Großteil der Ratsuchenden den Kontakt zu spezifischen Beratungs- und Interventionsstellen auf Grund der zeitnahen und zuverlässigen Kontaktaufnahme zu den Betroffenen, der kompetenten Beratung, der Vermittlung von Informationen sowie einer schnellen, unbürokratischen finanziellen und praktischen Unterstützung als hilfreich erlebten, nahm ein Großteil der Befragten den Kontakt zur Polizei als gar nicht oder nur teilweise hilfreich wahr. Dies war deutlich häufiger bei Betroffenen von körperlicher Gewalt der Fall. Etwa zwei Drittel der Ratsuchenden (59%) bezeichneten den Kontakt sogar als belastend. Als belastende Faktoren wurden eine unruhige Atmosphäre auf der Wache während des Verhörs und lange Wartezeiten genannt. Ein Teil der Befragten fühlte sich „wenig einfühlsam“ und sogar „unfreundlich“ behandelt und beklagte, nur unzureichende Informationen über den Stand der Ermittlungen, die Konsequenzen einer Anzeige oder weitere Hilfsangebote erhalten zu haben. Belastend war für die Betroffenen auch das Berichten über den Tathergang sowie das Identifizieren des Täters anhand einer Fotodatei. Vor allem Stalking-Opfer empfanden die Aussage als sehr belastend, dass ein Eingreifen von Seiten der Polizei nur nach erfolgter körperlicher Gewalt durch den Täter möglich sei (vgl. Kap. 3.3.8).

Auf Grund der großen Bedeutung als erste Anlaufstelle im Hilfesystem für Menschen mit Opfererfahrungen wäre es also wünschenswert, dass die Polizei die Bedürfnisse dieser Personengruppe bei ihrer Arbeit in stärkerem Maße berücksichtigen würden. So könnten beispielsweise Polizeibeamte in stärkerem Maße für den Umgang mit traumatisierten Menschen geschult werden. Weiterhin wäre das Einrichten ruhiger, geschützter Warte- und Verhörzimmer sehr hilfreich. Außerdem sollten in jeder Polizeidienststelle Informationen und Adressen über Hilfsangebote für Opfer von Gewalttaten für Betroffene sichtbar ausgelegt oder unaufgefordert ausgehändigt werden.

Entgegen der Ergebnisse von Goto et al. (2002) und Wetzels (1995) hatte sich nur ein geringer Teil der Ratsuchenden (8%) mit ihren Problemen an die **Familie oder an Freunde** gewandt. Ursache hierfür könnte die Tatsache sein, dass zwei Drittel der Studienteilnehmer Opfer von häuslicher Gewalt oder sexualisierter Gewalt geworden war und dass die Täter häufig aus dem nahen sozialen Umfeld stammten (vgl. Kap. 3.3.2). Nach Wöller et al. (2004) kann auch eine starke Funktionsbeeinträchtigung durch Symptome einer PTBS dazu führen, dass die Betroffenen kaum in der Lage sind, sich Unterstützung im sozialen Nahraum zu suchen. Einige Studienteilnehmer berichteten, dass sie ihre Freude oder Familie „nicht unnötig mit den Problemen belasten“ wollten oder Angst vor Ablehnung hatten.

Als wichtige Faktoren für die Zufriedenheit mit der Beratung benannten die Studienteilnehmer eine persönliche Betreuung, das Gefühl, ernst genommen zu werden, die Gewissheit, in der Not einen Ansprechpartner zu haben, die Weitergabe von Informationen über Hilfsangebote sowie Unterstützung bei der Entwicklung eines Verständnisses der Ursachen und Hintergründe der eigenen Problemsituation. Auch die Hilfe zur Selbsthilfe wurde als wichtiger Faktor benannt.

Als belastend im Kontakt zu den Institutionen des Hilfesystems wurden das wiederholte Sprechen über die traumatischen Erfahrungen (z.B. im Rahmen eines Verhörs), ein Weiterverweisen werden an andere Institutionen und damit wechselnde Ansprechpartner, das Gefühl „nicht ernst genommen“ zu werden, ein Mangel an Zeit für die Betreuung sowie lange Wartezeiten genannt.

Diese Ergebnisse decken sich in vielen Punkten mit Ergebnissen der internationalen Forschungsliteratur zur Patientenzufriedenheit. So konnten Studien von Biering et al. (2011),

Neil et al. (2006) sowie Haertl et al. (2009) die Bedeutung eines sicheren Behandlungsortes aufdecken. Siponen et al. (2003) konnten in ihrer finnischen Studie die Bedeutung der Länge der Wartezeit für die Zufriedenheit von Patienten herausstellen, ebenso wie O'Reagan et al. (2009) und Jabbar et al. (2011). Dass eine Informationsvermittlung über Entstehung und Aufrechterhaltung einer Erkrankung bei PTBS-Patienten für Zufriedenheit mit der Behandlung sorgt, konnten Gray et al. (2004) feststellen. Ebenso weisen Studien von Hansson (1989), Neil et al. (2006), Jabbar et al. (2011), O'Regan et al. (2009) und Siponen et al. (2003) auf die Bedeutung von Aufklärung und Informationsvermittlung für die Zufriedenheit von Patienten mit der Behandlung hin. Die Bedeutung der Informationsvermittlung über Hilfsangebote für die Zufriedenheit von Patienten stellten O'Regan et al. (2009) und Jabbar et al. (2011) in ihren Untersuchungen heraus.

4.3 Psychische Belastung und Selbstwirksamkeit

Anhand der eingesetzten Instrumente wurde eine hohe Symptombelastung bei den Ratsuchenden deutlich. So wurde anhand der PTSS-10 bei knapp 80% aller Ratsuchenden der Verdacht auf eine akute Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gestellt und bei etwa der Hälfte der Ratsuchenden (53%) der dringende Verdacht auf Vorliegen einer PTBS. Dies deckt sich mit Ergebnissen zur Symptombelastung der Ratsuchenden, die bereits in der Vergangenheit von der Opferhilfe Hamburg im Rahmen von Zufriedenheitsbefragungen ermittelt worden waren (vgl. Giese et al. 2006).

In der vorliegenden Studie waren Frauen signifikant häufiger von PTBS-Symptomen betroffen als Männer. Auch waren Studienteilnehmer, die in verwandtschaftlichem oder partnerschaftlichem Verhältnis zu dem Täter standen, belasteter. Bereits Wetzels hatte in seinem Bericht zur 1995 durchgeführten, bundesweiten Opferbefragung dargestellt, dass Personen, die Opfer von Gewalt durch Täter aus dem sozialen Umfeld wurden, signifikant häufiger Symptome einer psychischen Belastung zeigten.

Über beide Geschlechter hinweg reduzierte sich der Anteil von Personen mit dringendem Verdacht auf eine PTBS bis zur Nachuntersuchung auf etwa ein Drittel (35%). Auch die globale Belastung der Ratsuchenden ging – unabhängig von Geschlecht, Deliktgruppe und Migrationshintergrund – signifikant zurück. Weiter zeigte sich eine signifikante Zunahme des Selbstwirksamkeitserlebens.

Ein Rückgang der psychopathologischen Symptomatik kann jedoch nicht in einen direkten Zusammenhang mit der Beratungsarbeit und anderen unterstützenden Leistungen der Opferhilfe Hamburg gebracht werden, da die Studienteilnehmer im untersuchten Zeitraum in ihrem jeweiligen Lebensumfeld vielen anderen unterstützenden und belastenden Faktoren ausgesetzt waren.

4.4 Evaluation der Arbeit der Opferhilfe Hamburg

Die Ergebnisse weisen insgesamt auf eine hohe Zufriedenheit der Ratsuchenden mit dem Beratungsangebot der Opferhilfe Hamburg hin. So gaben knapp 80% der Ratsuchenden an, sich in vollem Umfang „verstanden und gut aufgehoben“ gefühlt zu haben. Immer wieder wurden die gute Erreichbarkeit der Opferhilfe, die Flexibilität des Angebotes und die angenehme Atmosphäre in der Beratungsstelle positiv hervorgehoben. Bei etwa der Hälfte der Ratsuchenden (52%) führte die Beratung in der Opferhilfe dazu, dass ihre Probleme zumindest teilweise gelöst wurden und für 88% der Befragten wurden weitere Schritte in diese Richtung deutlich. Dieses positive Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen von Zufriedenheitsbefragungen der Opferhilfe Hamburg in den Jahren 1989, 1996, 1999 und 2000 (vgl. Giese et al. 2006; Nini et al. 1994).

In Bezug auf negative Aspekte der Beratung trat insbesondere hervor, dass die Beratungszeit als zu kurz empfunden wurde. Zumindest teilweise stimmten 50% der Männer und 27% der Frauen der entsprechenden Aussage bei der Nachbefragung zu. Wie sich in den qualitativen Angaben während der Interviews zeigte, bezog sich dies sowohl auf die Anzahl der Termine als auch auf die Dauer der einzelnen Beratungsgespräche. In den Jahren 1999 und 2000 wurde ein zu geringes Angebot an Beratungsgesprächen bemängelt (vgl. Giese et al. 2006).

Etwa einem Drittel der Ratsuchenden (32%) war seitens der Opferhilfe nicht die Empfehlung einer Anschlussbehandlung ausgesprochen worden. Ein großer Teil der Ratsuchenden, denen weiterführende Angebote empfohlen worden waren, nahmen diese nicht in Anspruch (42%). Fast die Hälfte dieser Personen (43%) gab an, dass keine weiteren Hilfen notwendig gewesen seien. Wo empfohlene Hilfen in Anspruch genommen wurden, waren diese vom größten Teil der Ratsuchenden als sehr hilfreich empfunden worden (78%).

Bedeutsame Unterschiede zeigten sich in Bezug auf die Situation ratsuchender Migranten. Wie bereits Untersuchungen von Seifert et al. (2010) und Schaak (2006) gezeigt hatten war diese Personengruppe deutlich häufiger und in der vorliegenden Untersuchung etwa doppelt so häufig von Beziehungsgewalt betroffen, als Ratsuchende mit deutscher Herkunft (50% vs. 26%). Weiter zeigte sich, dass in über der Hälfte der Haushalte der Personen mit Migrationshintergrund (58%) mindestens ein Kind lebte, während dies nur bei einem Viertel der deutschsprachigen Haushalte der Fall war (26%). Keine Unterschiede zeigten sich hingegen in Bezug auf andere soziodemographische Merkmale und das Anzeigeverhalten.

4.5 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Neben einer Überprüfung der Arbeit der Opferhilfe Hamburg zur Sicherung der Qualität und kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit der Beratungsstelle hatte die vorliegende Arbeit das Ziel, die Symptombelastung der Ratsuchenden zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle und im Verlauf sowie deren Kontakte zu anderen Institutionen des Hilfesystems und die Zufriedenheit mit erhaltenen Hilfen darzustellen.

Wie bereits bei den in der Vergangenheit durchgeführten Ratsuchendenbefragungen konnte in der vorliegenden Untersuchung erneut eine hohe Zufriedenheit der Ratsuchenden mit dem Beratungsangebot der Opferhilfe Hamburg nachgewiesen werden (vgl. Giese et al. 2006). Im Rahmen der Nachbefragung wurde deutlich, dass die Beraterinnen der Opferhilfe Hamburg wichtige Aspekte für die Zufriedenheit von Betroffenen, wie ein geschützter Rahmen, zugewandte Berater und ein respektvoller Umgang mit den Ratsuchenden (vgl. Biering et al. 2011; Haertl. et al. 2009; Neil et al. 2006) sowie ein Einbeziehen in die Therapie (vgl. Hansson 1989; Neil et al. 2006) und Informationsvermittlung über die Symptomatik und aufrechterhaltende Faktoren der Problematik (vgl. Gray et al. 2004; Eisenmann et al. 2008) berücksichtigen. Kritisiert wurde von etwa der Hälfte der Ratsuchenden, dass sowohl die Anzahl als auch die Dauer der Beratungsgespräche zu gering gewesen seien.

Die Ratsuchenden wiesen zum Zeitpunkt des Erstkontaktes eine hohe Symptombelastung auf. So bestand bei einem Großteil der Studienteilnehmer der Verdacht auf eine Posttraumatische Belastungsstörung auf, bei knapp der Hälfte lag sogar ein dringender Verdacht auf eine PTBS vor. In früheren Untersuchungen der Opferhilfe Hamburg wiesen die Betroffenen ebenfalls eine ausgeprägte Belastung durch psychische und körperliche Symptome auf (vgl. Giese et al. 2006). Frauen, die häufiger Opfer von Tätern aus dem sozialen Nahraum waren, waren

signifikant häufiger betroffen (vgl. auch Wetzels 1995). Sowohl die PTBS-Symptomatik als auch die globale Belastung der Ratsuchenden war im Verlauf rückläufig bei einem signifikanten Anstieg des Selbstwirksamkeitserlebens. Aufgrund der zahlreichen möglichen Einflussfaktoren muss offen bleiben, welchen genauen Anteil die Beratung bzw. Therapie in der Opferhilfe an den genannten Verbesserungen hatte. Offensichtlich konnte jedoch bereits durch deren Angebot einem erheblichen Teil der Ratsuchenden effektiv geholfen werden und die empfohlenen Hilfen wurden, wenn sie in Anspruch genommen worden waren, als hilfreich erlebt.

Die Ergebnisse der Befragung zu den Vorkontakten im Hilfesystem stützen Forschungsergebnisse von Steel et al. (2006), die ebenfalls nachweisen konnten, dass dem Kontakt zu einer spezifischen Beratungsstelle im Mittel Kontakte zu drei unspezifische Institutionen vorausgehen. Auch in der vorliegenden Untersuchung spielten dabei medizinische Institutionen und besonders der Hausarzt eine bedeutende Rolle, ebenso wie die Polizei, die für viele Menschen mit Opfererfahrung die erste Anlaufstelle im Hilfesystem darstellt. Auch spezifische Beratungsstellen wie der „Weisse Ring“ oder die Interventionsstelle „pro aktiv“ wurden häufig vor Kontakt zur Opferhilfe Hamburg aufgesucht.

Unterschiede bezüglich der Art und der Anzahl an Vorkontakten zeigten sich weniger in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren als in der Art der Opfererfahrung und dem Grad der Belastung durch Symptome einer PTBS. So wiesen Menschen mit einem höheren Grad an Symptombelastung eine größere Anzahl an Vorkontakten zum Hilfesystem, insbesondere zu medizinischen und therapeutisch-psychiatrischen Institutionen auf. Die Tatsache, dass Studienteilnehmer mit Symptomen einer PTBS verstärkt ambulante und stationäre Institutionen der medizinischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung aufsuchten, deutet darauf hin, dass die von Switzer et al. (1999) empfohlene Einführung eines PTBS-Screenings für Risikogruppen zur schnellen Diagnosestellung und zeitnahe Beginn einer adäquaten Therapie auch für den deutschsprachigen Raum eine Rolle spielt. Auch Samson et al. (1999) schlugen in ihrer Arbeit die Einführung von Screening-Fragen in der medizinischen Erstversorgung vor, um Ärzten die Diagnostik einer PTBS zu erleichtern.

Weiterhin schien die Art der Opfererfahrung einen bedeutenden Einfluss auf die Art der Vorkontakte zu haben. So hatten Betroffene von Beziehungsgewalt häufiger zuerst Kontakt zur Polizei, die durch Weitergabe der Adressen der Betroffenen den Weg zur Interventionsstelle „pro aktiv“ bahnte. Auch für Opfer von Bedrohung/ Stalking, Eigentumsdelikten oder körperlicher Gewalt stellte die Polizei die erste Anlaufstelle im Hilfesystem dar. Betroffene von sexualisierter Gewalt, in der vorliegenden Untersuchung überwiegend Opfer von sexuellem Missbrauch in der Kindheit, hatten deutlich häufiger Vorkontakte zu therapeutisch-psychiatrischen Institutionen. Sie befanden sich teilweise in ambulanter Psychotherapie und hatten häufig bereits stationäre Therapien in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken erhalten.

Interessante Befunde ergaben sich in Bezug auf die Gründe einer verzögerten Kontaktaufnahme zu Hilfsangeboten. So schienen bei Personen, die erst mit zeitlicher Verzögerung Hilfe in Anspruch genommen hatten, kein genereller Mangel an Informationen zu Hilfsangeboten zu bestehen. Vielmehr wurde besonders bei Opfererfahrungen im Kindes- und Jugendalter berichtet, dass Betroffene sich hilflos gefühlt hatten und nicht in der Lage gewesen waren zum Zeitpunkt der Opfererfahrung entsprechende Angebote in Anspruch zu nehmen. Besonders in Bezug auf Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter erscheint es daher sinnvoll zu prüfen, wie Betroffene noch besser erreicht und Hilfen niedrigschwelliger möglich werden können.

Bezüglich ihrer Erfahrungen mit Institutionen des Hilfesystems berichtete der überwiegende Teil der Ratsuchenden, dass angebotene Maßnahmen hilfreich waren. Dabei waren ein respektvoller Umgang, die zeitnahe Vergabe von Terminen, ein geschützter Rahmen und Informationsvermittlung von großer Bedeutung. Als belastend wurden dementsprechend ein Gefühl von „nicht ernst genommen werden“, eine unruhige Atmosphäre, wenig Zeit für den Betroffenen und lange Wartezeiten empfunden. Im Kontakt zu medizinischen Institutionen aber vor allem zur Polizei spielten diese belastenden Faktoren häufig eine Rolle, so dass besonders der Kontakt zur Polizei von dem überwiegenden Teil der Ratsuchenden als wenig hilfreich oder meist sogar als belastend bewertet wurde. Von Seiten einiger Betroffener wurde der Wunsch nach separaten Räumen zur Betreuung von Menschen mit Opfererfahrung sowie spezielle Schulungen der Beamten im Umgang mit traumatisierten Menschen gewünscht. Hier ergibt sich also weiterer Verbesserungs- und Forschungsbedarf.

Im Anschluss an die Beratung in der Opferhilfe Hamburg wurde dem überwiegenden Teil der Ratsuchenden auf Grund der Symptombelastung und der Problematik zu weiterführenden Maßnahmen – meist einer Traumatherapie – geraten. Etwas weniger als die Hälfte der Betroffenen folgte diesen Empfehlungen nicht. Ein Grund hierfür war die vergebliche Suche nach einem Therapieplatz.

Abschließend bleibt festzustellen, dass zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Opfererfahrungen weitere Forschungsarbeiten durchgeführt werden sollten. Die Autoren Schulte-Herbrüggen et al. (2012) heben diesbezüglich die Notwendigkeit hervor, nach wie vor unterversorgte Gruppen, wie Soldaten, stärker zu berücksichtigen, die gezielte Therapieangebote und spezielle Behandlungsleitlinien zu benötigen scheinen.

5. Literaturverzeichnis

- Arbanas G (2010) Does post-traumatic stress disorder carry a higher risk of sexual dysfunctions? *J Sex Med* 7:1816-1821.
- Arnold S, Joraschky P (2000) Angsterkrankungen. In: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, New York, 179-190.
- Amstadter AB, Zinzow HM, McCauley JL, Strachan M, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG (2010) Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims. *J Anxiety Disord* 24(8):900-902.
- Angelo FN, Miller HE, Zoellner LA, Feeny NC (2008) „I need to talk about it“: a qualitative analysis of trauma-exposed women´s reasons for treatment choice. *Behav Ther* 39(1):13-21.
- Baurmann MC, Schädler W (1996) Opferbedürfnisse und Opfererwartungen. In: Das Opfer und die Kriminalitätsbekämpfung. Bundeskriminalamt (Hrsg.) BKA-Forschungsreihe Bd. 36, Wiesbaden.
- Berkow R, Beers MH, Fletcher AJ, Merck Research Laboratories et al. (1997) *The Merck Manual of Medical Information*. Whitehouse Station, N.J.: Home ed.
- Bilsky W, Wetzels P, Mecklenburg E, Pfeiffer, C (1995) Subjektive Wahrnehmung von Kriminalität und Opfererfahrung. In: Kriminologische Opferforschung- Neue Perspektiven und Erkenntnisse. Kaiser G, Jehle J-M (Hrsg.) Teilband 2: Verbrechensfurcht und Opferwerdung- Individualopfer und Verarbeitung von Opfererfahrungen. Kriminalistik Verlag, Heidelberg, 73-106.
- Biering P (2010) Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Hlt* 17(1):65-72.
- Biering P, Jensen VH (2011) The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric care: a qualitative study. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 24(1):3-10.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung an der Universität Bielefeld.
- Bortz J, Döring N (2002) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin [u.a.] Springer, 676.
- Breslau N, Davis GC (1992) Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48:216-222.
- Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, Baguley IJ, Gurka JA (1999) Interaction of posttraumatic stress disorder and chronic pain following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 14(6):588-594.
- Burgess AW, Holmstrom LL (1979) Adaptive strategies and recovery from rape. *Am J Psych* 136:1278-1282.
- Butterfield MI, Becker ME (2002) Posttraumatic stress disorder in women. *Prim Care Clin Office Pract* 29(1):151-170.
- Calhoun PS, Bosworth HB, Grambow SC, Dudley TK, Beckham JC (2002) Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *Am J Psych* 159(12):2081-2086.
- Desai RA, Stefanovics EA, Rosenheck RA (2005) The role of psychiatric diagnosis in satisfaction with primary care: data from the department of veterans affairs. *J Med Care* 43(12):1208-1216.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2008) *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

- Drossman DA (1995) Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Scand J Gastroenterol Suppl* 208:90-96.
- Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (2004) *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. Stuttgart, New York. Schattauer.
- Egle UT, Nickel R (2000) Somatoforme Schmerzstörungen. In: *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, New York, 225-245.
- Eisenman DP, Meredith LS, Rhodes H, Green BL, Kaltman S, Cassells A, Tobin JN (2008) PTSD in Latino patients: illness beliefs, treatment preferences and implications for care. *J Gen Intern Med* 23(9):1386-1392
- Elklit A (2002) Victimization and PTSD in a danish national youth probability sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(2):174-180.
- Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999) Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 27:37-45.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Mark S (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14:245-258.
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER (2004) *Posttraumatischen Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. 2. Auflage. Aus der Reihe Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- Flick U (2002) *Qualitative Sozialforschung-Eine Einführung*. 6. Aufl., Rowohlt-Verlag, Reinbek.
- Foa EB, Rothbaum BO (1989) Behavioral psychotherapie for posttraumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry* 1:219-226.
- Franke G (1995) *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis-Deutsche Version*. Göttingen. Beltz.
- Friedrichs J (1976) *Methoden empirischer Sozialforschung*. Rowohlt-Verlag, Reinbek.
- Frueh BC, Pellegrin KL, Elhai JD, Hamner MB, Gold PB, Magruder KM, Arana GW (2002) Patient satisfaction among combat veterans receiving specialty PTSD treatment. *J Psychiatry Pract* 8(5):326-332.
- Gast U (2000) *Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In: *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, New York, 271-304.
- Gebhart RJ, Neeley FL (1996) Primary care and PTSD. *Clin Q* 6(4):72-94.
- Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E (1995) Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a community population of older adults. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 34:1369-1380.
- Giese P, Kloth J, Krause G, Reinberger J, Schrand H. (2000) *Arbeitsbericht: Neue Ansätze in der ambulanten Traumatherapie*, Fachtagung April 2000. Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg e.V..
- Giese P, Kloth J, Krause G (2003) *Arbeitsbericht Traumabehandlung, Unfallopferprojekt, Gewaltschutzgesetz*. Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg e.V..
- Giese P, Göttmann B, Kloth J, Reinberger J, Sedelies S (2006) *20 Jahre Opferhilfe-Beratungsstelle. Blick zurück nach vorn*. Festschrift zum 20jährigen Jubiläum der Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg e.V..
- Gillock KL, Zayfert C, Hegel MT, Ferguson RJ (2005) Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *Gen Hosp Psychiatry* 27:392-399.
- Gloor D, Meier H (2004) *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum – Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie*. Zürich. Edition Soziothek.

- Goto T, Wilson JP, Kahana B, Slane S (2002) PTSD, depression and help-seeking patterns following the Miyake Island volcanic eruption. *Int J Emerg Ment Health* 4(3):157-171.
- Gray MJ, Elhai JD, Frueh BC (2004) Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: patient education as a fundamental component of PTSD treatment. *Psychiatry Q* 75(4):321-332.
- Green BL (1994) Psychosocial research in traumatic stress: an update. *J Trauma* 7:341-362.
- Haertl K, Behrens K, Houtujec J, Rue A, Ten Haken R (2009) Faktoren influencing satisfaction and efficacy of services at a free-standing psychiatric occupational therapy clinic. *Am J Occup Ther* 63(6):691-700.
- Hagemann O (1992) Wohnungseinbrüche und Gewalttaten: Wie bewältigen Opfer ihre Verletzungen. Cantaurus, Pfaffenweiler.
- Hansson L (1989) The quality of outpatient psychiatric care. A survey of patient satisfaction in a sectorised care organization. *Scand J Cring Sci* 3(2):71-82.
- Hanswille R, Kissenbeck A (2010) Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg.
- Harfst T, Dirmaier J, Koch U, Kurtz von Aschoff C, Nutzinger DO, Rüdell H, Hessel A, Brähler E, Schulz H (2010) Entwicklung und Validierung einer Kurzform der SCL-90-R. Exposé für ein geplantes Manuskript zur Einreichung bei der Z Diagnostica.
- Harfst T, Koch U, Kurtz von Aschoff C, Nutzinger DO, Rüdell H, Schulz H (2002) Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. *DRV-Schriften* 33:71-73.
- Hartmann J, ado e.V. (2010) Perspektiven professioneller Opferhilfe: Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfelds. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Hauffa R, Brähler E, Biesold KH, Tagay S. (2007) Psychische Belastungen nach Auslandseinsätzen: Erste Ergebnisse einer Befragung von Soldaten des Einsatzkontingentes ISAF VII. *Psychother, Psychosom, Med Psychol* 57:373-378.
- Helzer JE, Robins LN, McEnvoy L (1987) Post-traumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 317:1630-1634.
- Hoge CW, Castro CA, Messer SC et al. (2004) Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *N Engl J Med* 351:13-22.
- Holen A (1990) A long-term outcome study of survivors form a disaster: The Alexander L. Kielland Disaster in perspective. Universität Oslo: Unpublished Doctoral Dissertation.
- Iversen AC, van Staden L, Hughes JH, Browne T, Greenberg N, Hotopf M, Rona RJ, Wessely S, Thornicroft G, Fear NT (2010) Help-seeking and receipt of treatment among UK service personnel. *Br J Psychiatry* 197(2):149-155.
- Jabbar F, Casey P, Schelten SL, Kelly BD (2011) What do you think of us? Evaluating patient knowledge of and satisfaction with a psychiatric outpatient service. *Ir J Med Sci* 180(1):195-201.
- Joraschky P, Egle UT (2000) Depression. In: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart, New York, 191-201.
- Kalman TP (1983) An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Hosp Community Psychiatry* 34(1):48-54.
- Kangas M, Henry JL, Bryant RA (2002) Posttraumatic stress disorder following cancer: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 22:499-524.
- Kessler RC, Sonnega A, Bormet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048-1060.

- Killias M (1991) Zur Relevanz von Opferbefragungen für die Opferhilfe, Jahrestagung des European Forum for Victim Services 1991 in Mainz. WEISSER RING Gemeinnützige Verlags-GmbH, Mainz.
- Kimerling R, Calhoun KS (1994) Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 62:333-340.
- Köllner V, Hoyer J, Maercker A et al. (2001) Posttraumatische Belastungsstörung nach Herzoperationen. In: *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*. Maercker A, Ehlert U (Hrsg.) Band 19, Hogrefe & Huber, Göttingen.
- Koss MP (1993) Rape. Scope, impact, interventions and public policy response. *Am J Psychol* 48:1062-1069.
- Koss MP, Koss PG, Woodruff W (1991) Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Int Med* 151:342-357.
- Krahé B (1992) Coping with rape: A social psychological perspective. In: *Life crisis and experiences of loss in adulthood*. Montada L, Filip S-H, Lerner MR (Hrsg.) Erlbaum, Hillsdale, 477-496.
- Krauseneck T, Rothenhäusler H-B, Schelling G, Kapfhammer H-P (2005) Posttraumatische Belastungsstörungen bei somatischen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 73:206-217.
- Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RJ, Jordan BK, Marmar CR, Weiss DS (1990) Trauma and the Vietnam War generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Brunner & Mazel, New York.
- Kultalahti T, Rosner R (2008) Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 17(4):210-218.
- Kury H, Dörmann U, Richter H, Würger M (1992) Opfererfahrungen und Meinungen zur inneren Sicherheit in Deutschland. Wiesbaden. Bundeskriminalamt.
- Maercker A (1998) PTSS-10 – Posttraumatische-Stress-Skala-10. Kurznachweis. Dresden: Technische Universität, Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ (1995) The Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire. In: Wilson JP, Keane TM (eds) *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners*. Guilford, New York, 412-428.
- Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Stein D (1999) Psychopathological characteristics of recovered bulimics who have a history of physical or sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 187:472-477.
- McCart MR, Smith DW, Sawyer GK (2010) Help seeking among victims of crime: a review of empirical literature. *J Trauma Stress* 23(2):198-206.
- McFarlane AC (1988a) The longitudinal course of posttraumatic morbidity. *J Nerv Ment Dis* 176:30-39
- McFarlane AC (1988b) The phenomenology of posttraumatic stress disorder following a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 176:22-29.
- Neil S, Sanderson H, Wieck A (2006) A satisfaction survey of woman admitted to a Psychiatric Mother and Baby Unit in the northwest of England. *Arch Womens Ment Health* 9(2):109-112.
- New M, Berliner L (2000) Mental Health Service Utilization by Victims of Crime. *J Trauma Stress* 13(4):693-707.
- Nini M, Bentheim A, Firlé M, Nolte I, Schneble A (1994) Abbau von Beziehungsgewalt als Konfliktlösungsmuster- Abschlußbericht- 1994. Opferhilfe Hamburg e.V. in Zusammenarbeit mit MÄNNER GEGEN MÄNNER-GEWALT e.V., Hamburg. Schriftreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 102:201-289.

- O'Regan C, Ryan M (2009) Patient satisfaction with an emergency department psychiatric service. *Int J Health Care Qual Assur* 22(5):525-534.
- Piper L, Wittchen H-U, Glaesmer H et al. (2005) Kardiovaskuläre Hochrisikokonstellationen in der primärärztlichen Versorgung: DETECT Studie 2003. *Bundesgesundheitsblatt* 12:1374-1382.
- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U (2000) Traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiat Scand* 101:46-59.
- Pitman RK, Gilbertson MW, Gurvits TV, May FS, Lasko NB, Metzger LJ, Shenton ME, Yehuda R, Orr SP (2006) Clarifying the origin of biological abnormalities in PTSD through the study of identical twins discordant for combat exposure. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071:242-254.
- Putnam FW (1989) *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- Rabung S, Harfst T, Koch U, Wittchen H-U, Schulz H (2006) „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstrumentes zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Z Phys Med Rehab Kuror* 2007 17:133-140. ISSN 0940-6689. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, New York.
- Rabung S, Harfst T, Kawski S, Koch U, Wittchen H-U, Schulz H (2009) Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Z Psychosom Med Psychother* 55:162-179. ISSN 1438-3608. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG..
- Raphael R, Lundin T, Weisaeth L (1989) A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. In: *Acta Psychiat Scand* 353(88), deutsche Bearbeitung W. Schüffel, Klinik für Psychosomatik, Zentrum für Innere Medizin, Baldingerstraße, 35033 Marburg/ L., Tel. 06421/2864012.
- Reddemann L (2006) *Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten*. Deutscher Ärzte-Verlag. ISBN 3-77691-0462-5, ISBN 978-3-7691-0462-2. www.aerzteverlag.de
- Reddemann L, Hofmann A, Gast U (2003) *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Thieme, Stuttgart, New York.
- Resnick HS, Acierno R, Kilpatrick G (1997) Health impact of interpersonal violence 2: medical and mental health outcomes. *Behav Med* 23(2):65-78.
- Reusch M, Zinke M, Krüger A, Köttgen C, Heinemann A, Dettmeyer R (2010) Leitfaden „Häusliche Gewalt“, Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Ärztekammer Hamburg. www.aerztekammer-hamburg.de, www.kvvh.de
- Richter H (1993) Bewältigung krimineller Viktimisierung. In: Kaiser & Jehle (Hrsg.): *Kriminologische Opferforschung- Neue Perspektiven und Erkenntnisse* 2:229-244. Neue Kriminologische Gesellschaft e.V., KriminalistikVerlag, Heidelberg.
- Roediger E (2004) Behutsamer Umgang mit sexuell missbrauchten Patientinnen. *Dtsch Arztebl* 101:A 42:2825–2829.
- Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W (1992) A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress* 5(3):455–475.
- Sachsse U (1995) Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. Ein Entwurf. *Forum Psychoanal* 11:50-61.
- Samson AY, Bensen S, Beck A, Price D, Nimmer C (1999) Posttraumatic stress disorder in primary care. *J Fam Pract* 48(3):222-227.
- Santello MD, Leitenberg H (1993) Sexual aggression by an acquaintance: methods of coping and later psychological adjustment. *Violence Vict* 8:91-104.

- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (Dt. Bearb.) (2003) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Schaak T (2006) Evaluation der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt „pro-aktiv“ in Hamburg. Endbericht. Im Auftrag der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Hansestadt Hamburg.
- Scheidt CE, Hoffmann SO (2000) Konversionsstörungen. In: Sexueller Missbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart, New York, 213-224.
- Schelling G, Stoll C, Haller M, Briegel J, Manert W, Hummel T, Lenhart A, Heyduck M, Polasek J, Meier M, Preuß U, Bullinger M, Schuffel W, Peter K (1998) Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med* 26(4):651-659.
- Schmitt A (2000) Posttraumatische Belastungsstörungen bei Krebserkrankungen. *Z Psychosom Med* 46:35-56.
- Schneider HJ (1994) Schwerpunkte und Defizite im viktimologischen Denken der Gegenwart. In: Kriminologische Opferforschung- Neue Perspektiven und Erkenntnisse. Neue Kriminologische Gesellschaft e.V., Kriminalistik Verlag, Heidelberg, 1:23-24.
- Schnyder U, Valach L (1996) Psychotraumatologie in der ärztlichen Praxis-eine Umfrage. *Z Ärztl Fortbild (Jena)* 90(4):347-354.
- Schulte-Herbrüggen O, Heinz A (2012) Psychological trauma in soldiers - a challenge for the German armed forces (Bundeswehr). *Dtsch Arztebl* 109(35-36):557-558.
- Seifert D, Heinemann A, Anders S, Püschel K (2010) Opfer häuslicher Gewalt – die Rolle der Ärzte. In: Häusliche Gewalt - Hamburger Leitfaden für Arztpraxen 9-15. Hamburg: Arbeitskreis Häusliche Gewalt der Ärztekammer Hamburg.
- Shore JH, Vollmer WM, Tatum EL (1989) Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis* 177:681-685.
- Siponen U, Valimäki M (2003) Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10(2):129-135.
- Staab JP, Datto CJ, Weinrieb RM, Gariti P, Rynn M, Evans DL (2001) Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am* 85(3):579-596.
- Steel Z, McDonald R, Silove D, Bauman A, Sandford P, Herron J, Minas IH (2006) Pathways to the first contact with specialist mental health care. *Aust N Z J Psychiatry* 40(4):347-354.
- Steil R, Rosner R (2009) Posttraumatische Belastungsstörung. Aus der Reihe Leitfaden der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Band 12, Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, Lenox R, McCahill ME (2000) Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 22(4):261-269.
- Stoll C, Kampfhammer HP, Rothehäusler HB, Haller M, Briegel J, Schmidt M, Krauseneck T, Durst K, Schelling G (1999): Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. *Intensive Care Med* 25(7):697-704.
- Switzer GE, Dew MA, Thompson K, Goycoolea JM, Derricott T, Mullins SD (1999) Posttraumatic Stress Disorder and Service Utilization Among Urban Mental Health Center Clients. *J Trauma Stress* 12(1):25-39.
- Thetz S, Lütge B, Schuster N, Sude C (2006) 20 Jahre Opferhilfe-Beratungsstelle, Blick zurück nach vorn (Festschrift zum 20-jährigen Jubiläum der Opferhilfe Hamburg). Druckerei Zollenspieker Kollektiv GmbH, Hamburg.
- Van der Veer G (1998) Counselling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma: Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression. John Wiley (Hrsg.) Chichester and New York.

Weisath L (1989) Torture of Norwegian ship's crew. The torture, stress reactions and psychiatric after-effects. *Acta Psychiat Scand* 355:63-72.

Wessa M, Flor H (2006) Psychobiologische Perspektiven und Therapiekonsequenzen. In: A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.) *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Thieme, Stuttgart, 18-24.

Wetzels P. (1995) Über die Nutzung von Opferhilfeeinrichtungen - Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Opferbefragung. *Forschungsberichte des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V.* 49:3-29.

Wittchen HU, Glaesmer H, März W et al. (2005) Cardiovascular Risk Factors in Primary Care: Methods and Baseline Prevalence Rates. The DETECT Program. *Curr Med Res Opin* 21:619-629.

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2011. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:655-679.

Wittchen HU, Schönfeld S, Kirschbaum C, Thurau C, Trautmann S, Steudte S, Klotsche J, Höfler M, Hauffa R, Zimmermann P (2012) Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in soldiers following deployment abroad: how big is the hidden problem? *Dtsch Arztebl Int* 109(35-36):559-568.

6. Anhang

6.1 Anschreiben an die Ratsuchenden



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Frau/ Herr X

**Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie**
Prof. Dr. Dieter Naber
Geschäftsführender Direktor
der Klinik

Zentrum für Psychosoziale
Medizin, Psychiatrie und

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 42803-9290
Telefax: (040) 42803-8351
Email: i.schaefer@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. I. Schäfer
Cand. med. B. Harms

Hamburg, 02.06.2006

Telefonische Befragung im Anschluss an Ihre Beratung durch die Hamburger Opferhilfe

Sehr geehrte Frau/ Herr X,

vor einem halben Jahr haben Sie sich in der Opferhilfe-Beratungsstelle Hamburg Altona Rat und Unterstützung geholt.

Freundlicherweise haben Sie sich zu der Zeit bereit erklärt, an einer Befragung zum Angebot der Hamburger Opferhilfe-Beratungsstelle teilzunehmen.

Wie damals angekündigt, möchten wir jetzt erneut auf Sie zukommen, um einen Termin für diese Nachbefragung, die notwendig ist, um die bereits erhobenen Angaben sinnvoll nutzen zu können, zu vereinbaren.

Zu diesem Zweck wird Frau Birte Harms, die diese Befragung durchführen wird, in den kommenden Tagen telefonisch Kontakt zu Ihnen aufnehmen.

Damit dies möglich ist, möchten wir Sie bitten, Ihre Telefonnummer unter der oben genannten Tel.-Nr. oder unter der Nr. **040/21979965** zu hinterlassen.

Wir danken Ihnen schon vorab für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Birte Harms

Dr. med. I. Schäfer

6.2 Erstfragebogen

Ratsuchendenummer: _____ 2

Zunächst möchten wir für die statistische Auswertung einige persönliche Daten erfragen. Auf den nächsten Seiten finden Sie einige Fragebögen, auf denen wir Sie bitten, das für Sie Zutreffende anzukreuzen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten! Für Fragen stehen wir Ihnen im Gespräch selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Ich bin _____ Jahre alt. In meinem Haushalt leben _____ Kinder.

Ich lebe in einer festen Partnerschaft:

- ja nein in Trennung

Meine Muttersprache ist:

- deutsch andere, nämlich: _____

Mein höchster erreichter Schulabschluss ist:

- Sonderschulabschluss Hauptschulabschluss Realschulabschluss
 Fachabitur/Abitur polytechnische Oberschule andere, nämlich:
 kein Schulabschluss

Ich bin:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> Schüler/in/Auszubildende/Student/in |
| <input type="checkbox"/> erwerbslos | <input type="checkbox"/> Arbeiter/in |
| <input type="checkbox"/> einfache/r Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in |
| <input type="checkbox"/> mittlere/r Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Beamter/in |
| <input type="checkbox"/> leitende/r Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Rentner/in |
| <input type="checkbox"/> Selbständig als _____ | |

Was ist das Hauptproblem, das Sie in die Opferhilfe-Beratungsstelle führt?

Welche der folgenden Stellen haben Sie wegen dieses Problems während des letzten Jahres um Hilfe gefragt? Bitte geben Sie im Kästen die Reihenfolge an (1,2,3). Notieren Sie bitte wie viele Kontakte/Termine Sie mit den jeweiligen Stellen in den letzten 12 Monaten hatten.

	Reihenfolge	Anzahl der Kontakte/Termine in den letzten 12 Monaten
Polizei	<input type="checkbox"/>	
HausarztIn	<input type="checkbox"/>	
PsychiaterIn	<input type="checkbox"/>	
Pro Aktiv	<input type="checkbox"/>	
Niedergelassenen Psychotherapeuten/in	<input type="checkbox"/>	
Psychosomatische/Psychiatrische Klinik	<input type="checkbox"/>	
Amt für Soziale Dienste/Jugendamt	<input type="checkbox"/>	
Frauenhaus	<input type="checkbox"/>	
Weißer Ring	<input type="checkbox"/>	
Andere Beratungsstelle, nämlich:	<input type="checkbox"/>	

Ratsuchendenummer: _____ 3

Sonstiges:

Vor dem Kontakt zur Opferhilfe habe ich keine anderen Hilfen in Anspruch genommen

Bitte beschreiben Sie hinter den von Ihnen aufgesuchten Stellen kurz, welche Maßnahmen bzw. Hilfen Ihnen dort angeboten wurden:

Angebotene Maßnahmen und Hilfen

Polizei:

HausärztIn:

PsychiaterIn:

Pro Aktiv:

Niedergelassenen Psychotherapeuten/in:

Psychosomatische/Psychiatrische Klinik:

Amt für Soziale Dienste/Jugendamt:

Frauenhaus:

Weißer Ring:

Andere Beratungsstelle, nämlich:

Sonstiges:

Welche Erfahrungen waren mit diesen Einrichtungen besonders hilfreich (bitte für jede Einrichtung angeben und mit jeweiliger Nummer kennzeichnen)?

Welche Erfahrung war mit diesen Einrichtungen besonders belastend/schwierig (bitte für jede Einrichtung angeben und mit jeweiliger Nummer kennzeichnen)?

Ratsuchendenummer:

4

SKALA ZUR ERFASSUNG VON REAKTIONEN NACH BELASTUNGEN

(POSTTRAUMATIC SYMPTOM SCALE, 10 ITEMS (PTSS-10))

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr momentanes Befinden und auf typische Reaktionen, die bei vielen Menschen nach Belastungen auftreten können. Markieren Sie bitte die Zahl, die das ausdrückt, was für Sie am ehesten zutrifft. Markieren Sie bitte die 0, wenn der Zustand nicht aufgetreten ist, die 1, wenn andeutungsweise, bis hin zur 6, wenn Sie immer mit dem Problem zu tun haben, und dies für Sie sehr belastend ist.

In den **letzten 7 Tagen** habe ich ...**1. Schlafstörungen**

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

2. Alpträume von einem belastenden Ereignis
Welches Ereignis?

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

3. Depressionen, fühle mich bedrückt

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

4. Schreckhaftigkeit, d.h. ich erschrecke leicht, wenn ich plötzliche Geräusche höre oder plötzliche Bewegungen wahrnehme

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

5. das Bedürfnis, mich von anderen zurückzuziehen

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

6. Gereiztheit, d.h. ich werde schnell gereizt oder ärgere mich

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

7. Stimmungsschwankungen

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

8. ein schlechtes Gewissen, mache mir Selbstvorwürfe, habe Schuldgefühle

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

9. Angst vor Stellen und Situationen, die mich an das belastende Ereignis erinnern könnten

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

10. Muskelverspannungen

Nie *immer*
 0 1 2 3 4 5 6

RAPHAEL, R., T. LUNDIN, L. WEIS/ETH: "A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster" In: Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. No.353, Vol. 88, 1989, deutsche Bearbeitung W. Schöffel, B. Schade, Klinik für Psychosomatik, Zentrum für Innere Medizin, Baldingerstraße, 35033 Marburg/L., Tel. 06421/2864012

Ratsuchendenummer: _____

5

SCL-14

Sie finden nachstehend eine Liste von **Problemen und Beschwerden**, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1 Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
2 Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
3 Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				
4 dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
5 Schwermut	<input type="checkbox"/>				
6 Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				
7 Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>				
8 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
9 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
10 Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
11 Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/>				
12 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				
13 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
14 der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				

Ratsuchendenummer: _____

6

Selbstwirksamkeitsfragebogen:

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sein.**
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage für Sie **zutrifft.**

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1	... die meisten meiner Aufgaben im Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	... mich aus einem Stimmungstief wieder herauszuholen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	... mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	... meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	... schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	... viele Dingen zu tun, die mir Spaß machen (z.B. meine Hobbys, Freizeitaktivitäten)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	... meiner Arbeit nachzugehen (z.B. Hausarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	... meine Kontakte zu Freunden und Bekannten für mich sinnvoll zu gestalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9	... von meinen alltäglichen Belastungen abzuschalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10	... meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11	... mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12	... mich mit anderen Menschen auseinander zu setzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Welche Wünsche und Ziele haben Sie für die Beratung hier in der Opferhilfe Beratungsstelle?

Welche Hilfsangebote haben Sie in Anspruch genommen bevor Sie sich an die HH Opferhilfe gewandt haben (z.B. Angebote im Stadtteil)?

**Reihenfolge der
Inanspruchnahme**

**Angebotene Maßnahmen
u. Hilfen**

- Polizei
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Hausärztin
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Psychiater
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Pro Aktiv
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Niedergel. Psychotherapeut
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Psychosomat. psychiatr. Klinik
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Amt für Soziale Dienste/ Jugendamt
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Frauenhaus
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Weißer Ring
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Andere Beratungsstellen, nämlich:
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

- Sonstiges:
Anzahl d. Kontakte in d.
letzten 12 Monaten:

Fällt Ihnen noch eine andere Einrichtung ein, an die Sie sich gewandt haben?

5. War das Geschlecht der Person, die Sie beraten hat, für Sie von Bedeutung?
6. Was haben Sie bei diesen rückblickend als hilfreich empfunden ? (Für jede der genannten Einrichtungen)
7. Was war überhaupt nicht hilfreich oder sogar eher belastend?
8. Welche Art von Erleichterung/ Unterstützung hätten Sie sich zu der Zeit gewünscht? Was hat Ihnen gefehlt?

- 9. Wie haben Sie von der HH Opferhilfe erfahren?
- 10. Wie war Ihr erster Eindruck von der Opferhilfe Hamburg?
- 11. Wie wirkten die Räume auf Sie?
- 12. Wie wirkte die Atmosphäre dort auf Sie?
- 13. Gab es etwas, das Ihnen besonders gut gefallen hat?
- 14. Gab es etwas, das Sie gestört hat?

<p>15. Was war für Sie hilfreich am Angebot der Hamburger Opferhilfe?</p> <p style="text-align: center;">Trifft zu trifft teilweise zu trifft gar nicht zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gute Tipps • gute Erklärungen • ich fühlte mich verstanden u. gut aufgehoben
<ul style="list-style-type: none"> • die weiteren Schritte wurden mir klar • meine Probleme wurden gelöst • ich konnte wieder positiver auf mein Leben/ in die Zukunft schauen
<p>16. Was hat Sie gestört?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeit war zu kurz • Dauerte zu lang • Opferhilfe schlecht zu erreichen
<p>wartesituation ungünstig, weil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu lange Wartezeit • Räumlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Die BeraterInnen schienen nicht kompetent genug zu sein

20. Wie geht es Ihnen jetzt?

SKALA ZUR ERFASSUNG VON REAKTIONEN NACH BELASTUNGEN

(POSTTRAUMATIC SYMPTOM SCALE, 10 ITEMS (PTSS-10))

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr momentanes Befinden und auf typische Reaktionen, die bei vielen Menschen nach Belastungen auftreten können.

In den **letzten 7 Tagen** habe ich ...

1. Schlafstörungen

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

2. Alpträume von einem belastenden Ereignis

Welches Ereignis?.

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

3. Depressionen, fühle mich bedrückt

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

4. Schreckhaftigkeit, d.h. ich erschrecke leicht, wenn ich plötzliche Geräusche höre oder plötzliche Bewegungen wahrnehme

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

5. das Bedürfnis, mich von anderen zurückzuziehen

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

6. Gereiztheit, d.h. ich werde schnell gereizt oder ärgere mich

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

7. Stimmungsschwankungen

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

8. ein schlechtes Gewissen, mache mir Selbstvorwürfe, habe Schuldgefühle

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

9. Angst vor Stellen und Situationen, die mich an das belastende Ereignis erinnern könnten

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

10. Muskelverspannungen

Nie						immer
0	1	2	3	4	5	6

RAPHAEL, R., T. LUNDIN, L. WEISÆTH: "A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster" in: Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. No.353, Vol. 88, 1989, deutsche Bearbeitung W. Schüffel, B. Schade, Klinik für Psychosomatik, Zentrum für Innere Medizin, Baldingerstraße, 35033 Marburg/L., Tel. 06421/2884012

SCL- 14

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?						
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
1	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
2	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
3	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
4	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4

5	Schwermut	0	1	2	3	4
6	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
7	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
8	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
9	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
10	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
11	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
12	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
13	dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
14	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4

Selbstwirksamkeitsfragebogen

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sein.**
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage für Sie zutrifft.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1	... die meisten meiner Aufgaben im Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	... mich aus einem Stimmungstief wieder herauszuholen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	... mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	... meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	... schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	... viele Dingen zu tun, die mir Spaß machen (z.B. meine Hobbys, Freizeitaktivitäten)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	... meiner Arbeit nachzugehen (z.B. Hausarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	... meine Kontakte zu Freunden und Bekannten für mich sinnvoll zu gestalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9	... von meinen alltäglichen Belastungen abzuschalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10	... meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11	... mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12	... mich mit anderen Menschen auseinander zu setzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

19. Was hat sich geändert?

20. Was konnten Sie im Alltag anders machen als bisher?

(z.B. gehe freundlicher mit mir um und belohne mich für Dinge, die ich gemacht habe)

21. Welche Fähigkeiten haben Sie stärken oder neu entdecken können?

Fällt Ihnen jetzt noch etwas wichtiges ein, dass ich nicht gefragt habe?

Haben Sie noch Fragen an mich?

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Mitarbeit und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag Abend!

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt den vielen Betroffenen von Gewalt, die mir ihr Vertrauen geschenkt haben und bereit waren, an dieser Studie teilzunehmen und sich erneut ihren belastenden Erfahrungen auseinander zu setzen. Sie haben das Entstehen dieser Arbeit erst möglich gemacht.

Weiterhin danke ich den Mitarbeitern der Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg. Sie haben mich sehr freundlich aufgenommen und mich sowohl bei der Entwicklung des Fragebogens als auch bei der Datenerhebung unterstützt.

Herrn Dr. med. Ingo Schäfer möchte ich für die Überlassung des Themas und sowie die Unterstützung bei der Umsetzung danken.

Weiterhin danke ich Herrn Sascha Milin. Er war eine große Unterstützung bei Fragen und Problemen.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie, meinen Freunden (besonders Susanne und Inga) und meinem Partner André von Herzen für die Geduld sowie der moralische Unterstützung während der Promotion danken.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

(Birte Harms)