

Projektbericht

EVALUATION DER TRAUMAAMBULANZEN IN NRW

Münster, im Mai 2010

Dipl.-Psych. Ivonne Schürmann

Vorwort

Der vorliegende Projektbericht ist die Zusammenfassung verschiedener Arbeitsstränge:

Ursprüngliche Antriebsfeder war 2006 der Wille des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), sein innovatives Projekt der Vertragsabschlüsse zwischen Versorgungsverwaltung und kompetenten Anbietern von Traumaambulanzen einer wissenschaftlichen Überprüfung zu unterziehen. Initial wurde die Projektleitung angesiedelt im damaligen Landesversorgungsamt, Abteilung 10 der Bezirksregierung Münster.

Der damit angestoßene Forschungswille schloss freilich unmittelbar einen erheblichen Arbeitsaufwand in den beteiligten Kliniken ein, denn hier findet das eigentliche Geschehen statt, das es zu überprüfen galt. Konkret bedeutete dies nicht nur einen organisatorischen Aufwand, um die verabredeten Forschungsstrategien im Ambulanzalltag zu etablieren, sondern auch - und dies über die Zeitspanne von rund 1,5 Jahren - einen erheblichen Zusatzaufwand für die Abwicklung der „Traumaambulanz-Fälle“ sowie die Übermittlung und Nachfassung der erhobenen Daten. Dies vor dem Hintergrund des ohnehin zunehmend angespannten Arbeitsalltags in deutschen Kliniken zu bewältigen, ist alles andere als eine Selbstverständlichkeit. Es ist deshalb an dieser Stelle den mitwirkenden Traumaambulanzen in Nordrhein-Westfalen großer Dank und Wertschätzung auszusprechen.

Mit dem Zweiten Gesetz zur Straffung der Behördenstruktur in Nordrhein-Westfalen (BstrStraffG) geriet das Projekt mit Ablauf des Jahres 2007 in eine Zwangspause, die erst durch eine Projektzuwendung durch das MAGS im Sommer 2009 beendet werden konnte. Für diesen Projektabschnitt konnte Frau cand. Dipl.-Psych. Kirsten Bollmann gewonnen werden, die die Evaluation zum Thema ihrer Diplomarbeit im Fach Psychologie machte. Ein Großteil dieses Projektberichtes ist dieser Diplomarbeit entnommen oder entspringt zumindest dem wertvollen Mitwirken von Frau Bollmann in der Auswertungsphase des Projektes. Auch ihr gebührt daher an dieser Stelle großer Dank und Anerkennung für ihr Engagement.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1 Einleitung	13
1.1 Hintergrund.....	13
1.2 Das Projekt „Traumaambulanzen“.....	15
1.3 Trauma und Traumafolgestörungen.....	17
1.3.1 Akute Belastungsreaktion.....	18
1.3.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	19
1.3.3 Anpassungsstörung	19
1.4 Frühinterventionsmethoden und ihre Effektivität.....	20
1.4.1 Debriefing.....	21
1.4.2 EMDR als Frühintervention	23
1.4.3 Kognitiv-behaviorale Frühintervention.....	24
1.5 Ableitung der Fragestellung.....	26
2 Methoden	27
2.1 Beschreibung der Stichprobe.....	27
2.2 Beschreibung der Instrumente für Personen unter 14 Jahren.....	28
2.2.1 Die Subjective Units of Disturbance Skala (SUD), 0-13 Jahre.....	28
2.2.2 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern u. Jugendlichen (CBCL).....	28
2.2.3 Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern (CDC), 0-7 Jahre.....	29
2.2.4 Die Revised Child Impact of Event Skala (CRIES), 8-13 Jahre.....	30
2.2.5 Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), 8-13 Jahre.....	30
2.2.6 Skala für dissoziative Erfahrungen von Jugendlichen (A-DES-8), 8-13 Jahre.....	31
2.3 Beschreibung der Instrumente für Personen ab 14 Jahren.....	32
2.3.1 Die Impact of Event Skala – revidierte Form (IES-R).....	32
2.3.2 Das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V).....	33

2.3.3 Die Symptom-Checkliste-27 (SCL-27).....	33
2.3.4 Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	34
2.2.5 Der Kölner Risiko-Index (KRI).....	35
2.3 Untersuchungsablauf.....	36
2.4 Datenanalyse.....	37
3 Ergebnisse.....	40
3.1 Deskriptive Statistiken.....	40
3.2 Subgruppenanalyse.....	46
3.3 Effekte der Behandlung.....	50
3.3.1 Behandlungseffekte in der Gruppe der Kinder bis 13 Jahren.....	50
3.3.2 Varianzanalysen mit Messwiederholung.....	54
3.3.3 T-Tests und Effektstärken	55
3.3.4 Klinische Signifikanz.....	56
4 Diskussion.....	59
4.1 Einordnung der Ergebnisse.....	59
4.2 Einschränkungen.....	60
4.3 Ausblick	62
Literaturverzeichnis.....	65
Anhang A:	
Rundbrief Nr. 2.....	73
Anhang B:	
Auswertungsbogen 1 (incl. KRI) + 2 f. Pers. > 13 Jahren.....	76
Anhang C:	
Auswertungsbogen 1 + 2 f. Pers. 8-13 Jahre	79
Anhang D:	
Auswertungsbogen 1 +2 f. Pers. < 8 Jahre.....	81
Anhang E:	
Erhebungsinstrumente für Personen ab 14 Jahren.....	83
Anhang F:	
Erhebungsinstrumente für Personen unter 14 Jahren.....	86

Zusammenfassung

Wer Opfer einer Gewalttat wird, erleidet – je nach Art der Gewalterfahrung – mit einer Wahrscheinlichkeit von bis zu 56 % dauerhafte Einschränkungen in seiner Gesundheit. Ein Großteil dieser Traumafolgestörungen lassen sich als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) beschreiben, aber auch Depressionen, Ängste, Abhängigkeitserkrankungen und Anpassungsstörungen aller Art kommen in der Folge von Psychotraumatisierung durch Gewalt vor.

- ☞ Wie bei körperlichen Verletzungen: Der Seele muss auch sofort geholfen werden!
 - ☞ Schnelle Hilfe ist gute Hilfe!
 - ☞ Soforthilfe ist das Mittel der Wahl!
 - ☞ Je eher, desto besser!
 - ☞ Verpasst man den Zeitpunkt, kann später nicht mehr viel gerettet werden.
 - ☞ Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben!

Solche und ähnliche intuitive Vorstellungen prägen dabei die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, Traumafolgestörungen wirksam entgegen zu wirken.

Dabei trifft dieses unmittelbar einleuchtende Wissen auf den 1. Blick auch durchaus zu. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass man mit psychologischen Sofortmaßnahmen nach sog. Großschadensereignissen Gutes bewirken kann.

Aber auf den 2. Blick jedoch stellt sich das Bild differenzierter dar und Selbstverständlichkeiten scheint es nicht zu geben:

Es lassen sich im Wesentlichen drei Gruppen von frühen Interventionen nach (Psycho-)Traumatisierung unterscheiden:

- ✓ Debriefing
- ✓ Kognitiv-behaviorale Frühintervention
- ✓ EMDR als Frühintervention

Zur **kognitiv-behavioralen Frühintervention** gibt es zwar einige ermutigende Studien, aber das Behandlungskonzept wird von Betroffenen häufig als zu starr wahrgenommen.

nommen und oft nicht gut akzeptiert. Darüber hinaus ist ein solches Angebot nicht flächendeckend verfügbar.

Zum **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als Frühintervention gibt es noch weniger Studien. Einzelne Ergebnisse zeigen zwar zunächst einen Effekt der Behandlung. Dieser verliert sich aber offenbar nach wenigen Monaten wieder. Problematisch ist darüber hinaus, dass die Intervention eine gute und stabile Therapeut-Klient-Beziehung voraussetzt und z.B. ein Schock eine Kontraindikation darstellt.

Umfangreicher dagegen die Erkenntnisse zum **Debriefing** und seinen diversen Fortentwicklungen. Jedoch lässt sich der aktuelle Forschungsstand hierzu folgendermaßen zusammenfassen (Roberts et al., 2009): Manchmal hilft es, manchmal hilft es nichts, **aber**: manchmal hat es sogar einen gegenteiligen Effekt! In bestimmten Gruppen, die Debriefing bekommen hatten, war es nämlich häufiger zu PTBS-Erkrankungen gekommen als in unbehandelten Gruppen.

Jede Frühintervention muss demnach nicht nur nachweisen, dass sie das Befinden der Betroffenen zu verbessern vermag, sondern es muss ebenfalls sichergestellt werden, dass es durch ihren Einsatz nicht zu negativen Wirkungen bzw. Verschlechterungen kommt.

Die in den Verträgen zwischen Versorgungsverwaltung und Traumaambulanzen geregelten 5 + 10 „schnellen“ Sitzungen stellen eine völlig neue Form der Frühintervention dar. Die Unterschiedlichkeit der Personen, denen dieses Angebot dienen soll, erfordert eine maximale Flexibilität in der Ausgestaltung dieser Sitzungen. Die eingesetzten Behandlungselemente stammen zwar aus nachgewiesenermaßen wirksamen Traumatherapieverfahren, sind aber hinsichtlich ihrer Wirkung (und evtl. Nebenwirkungen?) im Rahmen einer „maßgeschneiderten“ Frühintervention bis dato keiner wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen worden.

In dieser Situation entschloss sich 2006 das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS), den Auftrag zu erteilen, die Arbeit der Traumaambulanzen zu evaluieren.

Hierzu wurden die Traumaambulanzen, die damals bereits vertraglich mit der Versorgungsverwaltung verbunden waren, gebeten, alle Patienten, die im Jahr 2007 zu

ihnen kommen, in die verabredete Untersuchung einzubeziehen. Auf diese Weise konnten insgesamt 266 Personen aus 17 Traumaambulanzen in die Studie aufgenommen werden. Beteiligt waren sowohl Traumaambulanzen aus dem Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe als auch aus dem Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland. Aus beiden Regionen wirkten sowohl Einrichtungen der Kinder- und Jugendversorgung als auch Ambulanzen für Erwachsene mit.

Der jüngste Studienteilnehmer war 2 Jahre alt, der älteste 81 Jahre.

Bezüglich der Geschlechtsverteilung in der untersuchten Gruppe fällt ein übergroßer Anteil weiblicher Patienten in der Altersgruppe ab 14 Jahren auf, während Mädchen und Jungen < 14 Jahren noch weitgehend gleichverteilt sind. Dies ist bemerkenswert, weil in der Polizeilichen Kriminalitätsstatistik Männer in der überwiegenden Zahl Opfer von Gewaltdelikten sind.

Eine Erklärung dafür findet sich durch einen Blick auf die Deliktarten, die im Vorfeld der Traumaambulanzbehandlung erlitten wurden. Hier zeigt sich ein sehr großer Anteil von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (fast 40 Prozent), während diese Deliktgruppe in der Polizeistatistik gerade mal 2,4 % ausmachen. Frauen sind in diesem Deliktbereich überproportional betroffen: In der Untersuchungsgruppe waren von den Opfern dieser Deliktgruppe 83 % Frauen, in der Polizeilichen Kriminalitätsstatistik lag der Anteil sogar bei 92 %.

Um nun die Effektivität der Traumaambulanzbehandlung untersuchen zu können, wurden die Kliniken gebeten, an 3 Messzeitpunkten ihre Patienten zu untersuchen, und zwar ein erstes Mal vor der 1. Sitzung (Prä), ein zweites Mal nach der letzten Behandlungssitzung (Post) sowie ein drittes Mal ½ Jahr nach Beendigung der Behandlung in der Traumaambulanz (Katamnese).

Die Messinstrumente, die hierfür eingesetzt wurden, waren von der Altersgruppe abhängig. D.h. es wurde natürlich nicht der 2-Jährige genauso untersucht wie die 80-Jährige, sondern es wurden drei Altersgruppen gebildet, für die entsprechend passendes Instrumentarium ausgewählt wurde. Die drei Altersgruppen waren zunächst die sehr kleinen Kinder im Alter von bis zu 7 Jahren (1), dann die etwas älteren Kinder zwischen 8 und 13 Jahren (2) und schließlich alle Personen mit einem Alter von mindestens 14 Jahren (3), weil ab diesem Alter Messinstrumente der Erwachsenenklasse von den Personen verstanden werden und handhabbar sind.

84 % der Untersuchungsgruppe entfallen dabei auf die 3. Altersgruppe, so dass die Erkenntnisse zu den Behandlungsverläufen bei Kindern zwangsläufig recht dünn ausfallen, sich die Analysen daher weitestgehend auf die 3. Altersgruppe (≥ 14 Jahre) konzentriert haben.

Die eingesetzten Untersuchungsinstrumente sollten den möglichen Effekt der Behandlung auf folgenden Dimensionen abbilden können:

1. Eine effektive psychotraumatologische Frühintervention sollte in der Lage sein, die Belastung der Patienten durch typische Symptome einer Traumafolgestörung zu vermindern. Typische Symptome sind intensive Erinnerungen/Flashbacks (Intrusionen), Verhaltenseinengung oder Gefühlstaubheit (Vermeidung) sowie Schlafstörungen, Rastlosigkeit, Nervosität (Übererregung). Solche Symptome können mit der Impact of Event-Scale (IES), einem Fragebogen zur Selbsteinschätzung, erfasst werden.
2. Eine effektive Frühintervention sollte auch andere, unspezifische Beschwerden positiv beeinflussen können, z.B. Minderwertigkeitsgefühle, Übelkeit, Gefühl ausgenutzt oder abgelehnt zu werden. Diese lassen sich durch sog. Symptomchecklisten erfassen (SCL-27).
3. Weiter ist es wichtig, die Entwicklung depressiver Beschwerden zu beobachten, denn von Depressionen ist bekannt, dass es einen großen Überlappungsbereich zur PTBS gibt bzw. Depressionen zusammen oder anstatt einer PTBS infolge einer Psychotraumatisierung auftreten können (Fragebogen: Beck-Depressionsinventar, BDI)
4. Um einen Abgleich zwischen der Selbsteinschätzung des Betroffenen und der Beurteilung des professionellen Helfers zu gewinnen, ist zusätzlich eine Therapeuteneinschätzung des Funktionsniveaus des Patienten sinnvoll (Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus, GAF).

Ergebnisse:

Es konnte gezeigt werden, dass sich die Beschwerden/Symptome in der Untersuchungsgruppe im Behandlungszeitraum zurückbildeten, während das Funktionsniveau anstieg. Dabei war die Differenz der Gruppenmittelwerte „Vor der Behandlung - Nach der Behandlung“ hochsignifikant, d.h. statistisch sehr bedeutsam und so ausgeprägt, dass sie nicht durch Zufall oder Messfehler erklärbar ist. Dies gilt sowohl im Hinblick auf einzelne Messinstrumente, also einzelne Gruppen von Symptomen, als

auch im Hinblick auf einen Gesamtwert, der alle erfassten Symptome zusammenfasst. Unerheblich war dabei, ob nach der Selbsteinschätzung der Patienten gefragt wurde (Fragebögen) oder das Urteil des Behandlers als Maßstab herangezogen wird: beide Perspektiven spiegeln gleichermaßen eine reduzierte Symptombelastung und ein angestiegenes Funktionsniveau am Ende der Behandlung wieder.

Die Messwerte veränderten sich nicht wesentlich, wenn man $\frac{1}{2}$ Jahr später untersucht, d.h. die erzielte Verbesserung ist stabil über die Zeit.

Im Hinblick auf die Stärke dieses Veränderungseffektes ergeben sich – je nach Symptomskala - mittlere bis große Effekte (Cohen's d). Betrachtet man unter dieser Perspektive nur diejenigen Personen, die zu Beginn der Behandlung auch erhebliche Symptombelastungen aufwiesen, erhöhen sich die Effekte nochmals auf große bis sehr große Werte. Dies erklärt sich dadurch, dass in der Gesamtgruppe auch Personen waren, die zu Beginn der Behandlung wenig oder keine Beschwerden berichtet hatten. Solche Personen können natürlich von der Behandlung weniger profitieren, weil sie keine große Veränderungsmöglichkeit in Richtung Symptomreduzierung haben (sog. Deckeneffekt). In der Gruppenbetrachtung führt dies dann dazu, dass der Effekt insgesamt kleiner erscheint als er sich für stärker beeinträchtigte Patienten darstellt.

Betrachtet man nicht die Gruppe als Ganzes, sondern die Verläufe der einzelnen Personen, stellen sich die Ergebnisse folgendermaßen dar:

Je nach Instrument (=Symptomgruppe) erreichten 50 – 75 % der Personen, die zunächst eine hohe Symptombelastung hatten, eine so große Reduzierung ihrer Belastung, dass dies nicht durch Zufall oder Messfehler erklärbar ist (Reliable-Change-Index). Die durchschnittliche Besserungsrate liegt hier bei 62 %.

Betrachtet man weiter, ob das Individuum, welches sich bedeutsam verbessert hat, anschließend als gesundet zu bezeichnen ist, weil es sich nicht mehr wesentlich von den Menschen unterscheidet, die man als „gesund“ bezeichnen würde, konnten Raten von 25 – 56 % erzielt werden. Der durchschnittliche Anteil (über alle Instrumente) beträgt hier 41 %. Diese Personen, haben also beide Voraussetzungen erfüllt: individuell bedeutsame Verbesserung und Vergleichbarkeit mit „Gesunden“.

Im Hinblick auf mögliche Verschlechterungen ist festzustellen, dass solche kaum vorgekommen sind. Mit Ausnahme der Vermeidungsskala der Impact of Event Scale liegen die Anteile an „Verschlechterten“ zwischen 0 - 4,2 %. Die Vermeidungsskala, die mit einem Prozentsatz von 6,9 % die höchste Verschlechterungsquote aufweist, ist als Symptomskala nicht unproblematisch. Denn ein gewisses Vermeidungsverhalten ist nicht unbedingt als pathologisch zu werten und ein Gewaltopfer ist unter Umständen gut beraten ist, zunächst einmal bestimmte Handlungen zu unterlassen oder Situationen zu vermeiden. Beispielsweise handelt ein Überfallopfer sicherlich nicht „pathologisch“, wenn es etwa in den ersten Wochen nach einem Überfall bewusst vermeidet, Nachrichten oder gewaltbezogene Reportagen im Fernsehen anzuschauen.

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse, dass die Behandlung in den Traumaambulanzen erfolgreich war. Trotz einiger Einschränkungen ließen sich statistisch und klinisch signifikante positive Behandlungseffekte nachweisen, die auch ein halbes Jahr nach dem Ende der Therapie noch stabil waren; die Symptomatik der Patienten konnte nachhaltig gebessert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei den meisten Behandelten die Entstehung oder Chronifizierung einer Traumafolgestörung verhindert werden konnte, da sich ein großer Teil der Patienten bezüglich der traumaspezifischen Maße signifikant besserte. Nur ein sehr kleiner Teil der untersuchten Gruppe erfuhr eine Verschlechterung. Sowohl die Effektstärken als auch die Werte zur Klinischen Signifikanz sind vergleichbar mit Befunden aus der klinischen Wirksamkeitsforschung.

Die Arbeit der Traumaambulanzen ist somit als erfolgreich zu bewerten, und das, obwohl sehr unterschiedliche Personen mit

sehr unterschiedlichen Beschwerden nach

sehr unterschiedlichen Erlebnissen und nach

sehr unterschiedlicher Zeitspanne in die TA kommen und dort

unterschiedlich lang mit

unterschiedlichen Methoden behandelt werden.

Aber welcher **Aufwand** ist erforderlich, um diesen positiven Effekt zu erzielen?

Ein wesentlicher Aspekt hinsichtlich des Aufwandes ist die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen. Hier stellte sich heraus, dass der überwiegende Anteil der Personen mit bis zu 5 Sitzungen behandelt wurde. Nur etwa 1/3 der Personen benötigt weitere Sitzungen, wobei der Durchschnittswert bei 5,5 Sitzungen liegt.

Die Erfahrungswerte der vergangenen Jahre zeigen, dass in NRW jährlich zwischen 400 und 500 Menschen, die einen OEG-Antrag stellen, das Angebot der Traumaambulanzen in Anspruch nehmen. Das entspricht in NRW in etwa jedem 10. bis 15. OEG-Antragsverfahren. Legt man die aktuellen Kostenvereinbarungen zugrunde, ergibt sich hier bei einem durchschnittlichen Kostenaufwand von unter 500,00 €/Fall ein Gesamtjahresvolumen von 200-250.000,00 €. Dem gegenüberzustellen ist der Gesamtaufwand des Landes NRW für alle Leistungen nach dem OEG, der in den vergangenen Jahren zwischen 40 und 50 Millionen Euro/Jahr betrug.

Darüber hinaus sind positive Effekte und Einsparungen im Verwaltungsverfahren dem Kostenaufwand für die Traumaambulanzen gegenüber zu stellen. Hier ergibt sich z.B. bei der Betrachtung der Widerspruchsquoten ein deutlicher Hinweis darauf, dass sich diese durch den Einsatz von Traumaambulanzen in etwa halbieren lassen (16,8 % vs. 7,3 % Widerspruchsquote Erstanträge). Dieses Ergebnis kann zudem als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Traumaambulanzen auch in ihrer Funktion als Mittler zwischen der oftmals anonym bleibenden Behörde und dem Gewaltopfer selbst einen positiven Effekt haben. Entscheidungen, die ein Bürger erhält, der zuvor zu einer Traumaambulanz Kontakt hatte, finden häufiger Akzeptanz als die Erstentscheidungen im OEG insgesamt.

Ein ebenso erfreulicher Effekt zeigt sich im Hinblick auf die erteilten Bescheide. Die Bescheidart „folgenlos abgeheilt“ bedeutet im vorliegenden Zusammenhang, dass Personen, die Opfer einer Gewalttat geworden sind und zunächst eine erhebliche Symptomatik entwickelten, zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung keine fassbaren Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit mehr aufwiesen. Wenn Traumaambulanzen in der Lage sind, den Anteil der OEG-Bescheide in dieser Rubrik nennenswert zu erhöhen, ist das als positiver Effekt auf das Verwaltungsverfahren zu werten. Hier konnte gezeigt werden, dass in der Traumaambulanz-Gruppe etwa 10 % häufiger diese Bescheidart erteilt wurde als in der Gesamt-OEG-Gruppe.

Die Bescheide zu Schädigungsfolgen mit einem GdS unter 25 v.H. waren in der Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Gesamtgruppe halbiert (bei etwa gleichem

Anteil an „Zahlfällen“), auch dies ein Hinweis auf die effektive Vermeidung von Chronifizierungen durch die Traumaambulanzbehandlung.

Insgesamt ist damit im Ergebnis festzuhalten, dass mit den Kooperationsverträgen zwischen Versorgungsverwaltung und Traumaambulanzen ein effektives Angebot für Opfer von Gewalt geschaffen wurde, das mit vergleichsweise geringem Aufwand einen großen Nutzen erzielt.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Personen, die durch eine Straftat körperliche Verletzungen davongetragen haben, sofortige medizinische Hilfe zu gewähren, ist eine Selbstverständlichkeit. Anders sieht es hingegen bei seelischen Verletzungen aus: Hier waren die Opfer oftmals auf sich selbst gestellt und mussten sich auf eigene Initiative Hilfe suchen. Doch ist es nicht immer einfach, kurzfristig psychotherapeutische Unterstützung zu bekommen: So betragen die Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz im Jahr 2000 durchschnittlich 4.6 Monate (Zepf, Mengele und Hartmann, 2003). Hinzu kommt, dass die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht grundsätzlich gewährleistet ist, sondern nur bei psychischen Störungen mit „Krankheitswert“ und bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung („BDP - Psychologie - Was ist Psychotherapie?“, o. J.). Zudem werden von den Kassen nur bereits bestehende Störungen behandelt, nicht aber psychologische Interventionen zur Prävention psychischer Störungen.

Die Kosten, die von psychischen und Verhaltensstörungen verursacht wurden, lagen 2006 an dritter Stelle mit 11 % der gesamten Krankheitskosten der Bundesrepublik Deutschland. Beim Arbeitsausfall lagen psychische Erkrankungen 2006 sogar erstmals an zweiter Stelle: Sie verursachten einen Arbeitsausfall von rund 638000 Erwerbstätigkeitsjahren, das sind 16 % des gesamten Arbeitsausfalls im Jahr 2006 (Statistisches Bundesamt, 2008; vgl. auch Kessler und Frank, 1997). Zu verhindern, dass sich psychische Störungen überhaupt erst entwickeln, oder sie wenigstens in einem frühen Stadium zu behandeln, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist also auch von wirtschaftlicher Relevanz.

Theoretisch „wird nahezu jeder Mensch im Laufe seines Lebens mindestens einmal Opfer einer Straftat“ (Görgen, 2009, S. 249; vgl. auch Fischer et al., 1998). Die Opfergefährdungszahlen¹ zeigen jedoch ein deutlich unterschiedliches Risiko für verschiedene Altersgruppen, Deliktarten und Geschlechter: So war 2007 für junge Männer zwischen 18 und 20 Jahren das Risiko, Opfer eines Körperverletzungsdelikts zu werden, mehr als doppelt so hoch wie für Frauen derselben Altersgruppe (OGZ = 3919.6 für Männer und 1538.7 für Frauen). Deren Risiko, einer Sexualstraftat zum

¹ Opfergefährdungszahl OGZ = Opfer * 100000 / Einwohnerzahl

Opfer zu fallen, war fast 15 Mal so hoch wie das der Männer (OGZ = 129.0 für Frauen und 8.7 für Männer zwischen 18 und 20 Jahren). Ganz allgemein lässt sich sagen, dass das Risiko für eine Viktimisierung bei den 14- bis 20jährigen am höchsten ist und danach stark absinkt, mit Ausnahme von Handtaschenraub bei Frauen über 60 Jahren (Bundeskriminalamt, 2008). Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) bei Verbrechenopfern sind häufig: Aus repräsentativen amerikanischen Untersuchungen geht hervor, dass die Wahrscheinlichkeit, nach einer Vergewaltigung eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, bei 56 % liegt; nach sexueller Belästigung beträgt die Wahrscheinlichkeit 19 %, nach Waffengewaltandrohung 17 % und nach körperlicher Gewalt 12 % (Kessler et al., 1995, zitiert nach Maercker, 1997). In Deutschland fanden Perkonig, Kessler, Storz und Wittchen (2000) für junge Frauen ähnlich hohe bedingte Wahrscheinlichkeiten für die Ausbildung einer PTBS (z. B. 44 % nach Vergewaltigung und 31 % nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit). Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) berichteten bedingte Wahrscheinlichkeiten von 38 % für Vergewaltigungen, 35 % für Kindesmissbrauch und 11 % für körperliche Gewalt. Die mittlere bedingte Wahrscheinlichkeit, nach einem Trauma eine PTBS zu entwickeln, gaben sie mit 12 % an, für partielle Symptome einer PTBS ermittelten sie zusätzlich eine bedingte Wahrscheinlichkeit von 13 %. Zudem sind bei Patienten mit PTBS häufig auch komorbide Störungen anzutreffen (Kessler, 2000). Die Zahlen zeigen zwar, dass nicht alle Gewaltopfer eine Traumafolgestörung ausbilden, jedoch hätten allein in Nordrhein-Westfalen (NRW) bei 53036 Gewalttaten ohne Mord und Totschlag im Jahr 2007 (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen, 2008) bei einer zugrunde gelegten bedingten Wahrscheinlichkeit von 12 % bereits 6364 Personen das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt – mit gravierenden Folgen für die Opfer selbst und die Gesellschaft. Kessler (2000) vertrat daher die Auffassung: „Early and aggressive outreach to treat people with PTSD [post-traumatic stress disorder] could help reduce the enormous societal costs of this disorder“ (Kessler, 2000, S. 4). Dass die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung unbehandelt auch nach Jahren noch persistieren, zeigte die Untersuchung von Schützwohl und Maercker (1997), die Opfer krimineller Gewaltdelikte zwei Jahre nach der Tat untersuchten. Sie diagnostizierten noch bei 27 % eine PTBS, wiesen aber darauf hin, dass auch Personen, die nicht (mehr) alle Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen, noch an Symptomen leiden können und ein entsprechend hoher Leidensdruck besteht.

Frommberger et al. (2002, zitiert nach Dudeck und Freyberger, 2009) fanden nach 15 Jahren bei Vergewaltigungsoptionen noch PTBS-Häufigkeiten von 13 bzw. 17 %. Zusätzlich sei „gegenüber der Normalbevölkerung . . . das Risiko komorbider Störungen zumindest um das 2,5 bis 3,5 fache erhöht“ (Dudeck und Freyberger, 2009, S. 268). Auch sind menschliche Reaktionen auf Traumatisierungen nicht zufällig, sondern vorhersehbar, sowohl was die Art und Weise als auch den zeitlichen Verlauf betrifft, und insofern ist es durchaus sinnvoll, den Folgen vorzubeugen (Ursano, Grieger und McCarroll, 1996). Es gibt also allen Grund, die seelischen Verletzungen von Verbrechenopfern ebenso kurzfristig und effektiv zu behandeln wie die körperlichen. Im Rahmen des Kölner Opferhilfe-Modells (KOM) wurden unter der Leitung von Prof. Dr. Gottfried Fischer an der Universität Köln die traumatischen Erlebnisse von Gewaltopfern analysiert, Unzulänglichkeiten in der bisherigen Opferarbeit verdeutlicht sowie Handlungsalternativen für die Opferhilfe erarbeitet (Fischer et al., 1998). Das Modellprojekt „Traumaambulanzen NRW“ sollte einige dieser neuen Handlungskonzepte umsetzen.

1.2 Das Projekt „Traumaambulanzen“

Das Ziel war, ein niederschwelliges Angebot zur Verfügung zu stellen, das es Opfern von Gewaltdelikten ermöglicht, kurzfristig (d. h. mit Erstkontakt innerhalb von drei Tagen, sofern gewünscht) psychologische Unterstützung zur Vermeidung psychischer Langzeitfolgen zu erhalten; dabei gilt der „Grundsatz ‚Rehabilitation vor Rente‘“ (Heckmann, 2006, zitiert nach Möllering, 2006, S. 391). Als Träger des Gewaltmonopols ist der Staat verpflichtet, seine Bürger vor Verbrechen zu schützen oder zumindest die durch ein Verbrechen entstandenen Schäden möglichst auszugleichen, indem Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden. Dazu heißt es auf der Website des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe: *In Deutschland ist der Staat dafür verantwortlich, Verbrechen zu bekämpfen und die in Deutschland lebenden Menschen vor kriminellen Handlungen zu schützen. Dies gilt insbesondere für Gewalttaten. Wer dennoch Opfer einer Gewalttat wird, hat unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Entschädigung. Diese Voraussetzungen sind im Opferentschädigungsgesetz (OEG) geregelt. Ziel des Opferentschädigungsgesetzes ist es, die leibliche und seelische Gesundheit der Betroffenen so weit wie möglich wiederherzustellen, damit sie wieder in den Beruf und in die Gesellschaft zurückkehren können. Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz werden nach den Vor-*

schriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) gewährt. (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2010)

In Nordrhein-Westfalen sind für die Aufgaben des Sozialen Entschädigungsrechts und mithin des Opferentschädigungsgesetzes die Landschaftsverbände Westfalen Lippe bzw. Rheinland zuständig. Vor der Einrichtung der Traumaambulanzen konnten die Kosten für eine Psychotherapie bei einem Verbrechenopfer von der Versorgungsverwaltung erst übernommen werden, wenn über die Gewährung von Versorgung nach dem OEG (zumindest vorläufig) positiv entschieden worden war. Bei einer durchschnittlichen Laufzeit von neun Monaten (Bewerbungsunterlagen European Public Sector Award, 2007) bedeutete dies sowohl eine erhebliche psychische Belastung für die Opfer als auch finanzielle Folgekosten, die durch Arbeitsausfall und höhere Behandlungskosten einer bereits chronifizierten Störung entstanden. Dazu Reinhard Heckmann, damals Dezernent der Versorgungsverwaltung NRW und zuständig für die Fachaufsicht nach dem Recht der Opferentschädigung:

„Wir sind überzeugt, dass es uns über diese Leistungen gelingt, Chronifizierungen nach psychischen Belastungen zu vermeiden. ... Gerade in Zeiten knapper Haushaltsmittel müssen langfristige hohe Rentenkosten vermieden werden“ (Heckmann, 2006, zitiert nach Möllering, 2006, S. 391).

Die Versorgungsämter schlossen somit im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Verträge mit Kliniken sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Fachkompetenz für die Einrichtung einer Traumaambulanz geeignet waren. Es wurde eine standardisierte Auswertung der Daten aller Personen vereinbart, die im Jahr 2007 in einer Traumaambulanz die Behandlung begonnen und einen OEG-Antrag gestellt hatten (siehe Anhang). Sowohl die Opferschutzbeauftragten der Polizei in NRW als auch der Weiße Ring wurden mit einbezogen und unterstützten das Projekt, z. B. indem sie Gewaltopfer auf die Hilfsangebote hinwiesen. Zuvor waren Gewaltopfer häufig gar nicht über das OEG informiert: In der Untersuchung von Fischer et al. (1998) hatten nur 14 % der Opfer ein Informationsblatt erhalten. Die entsprechenden Broschüren „Opferschutz und Opferhilfe“ (Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, 2007) und „Ratgeber für Opfer von Gewalttaten“ (Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2008) sind erhältlich bei der Polizei, dem Weißen Ring oder den Versorgungsämtern sowie im Internet. Ob eine behandlungsbedürftige Stö-

rung vorliegt, die durch ein Verbrechen bedingt ist, soll in den Traumaambulanzen während der ersten fünf Sitzungen im Rahmen der sogenannten „Sachverhaltsaufklärung“ geprüft werden. Diese fünf Sitzungen, in denen auch schon erste Beratungs- und Behandlungsansätze stattfinden können, werden in jedem Fall vom Versorgungsamt übernommen. Während dieser Phase muss ein Antrag nach dem OEG gestellt werden. Wird ein über fünf Sitzungen hinausgehender Behandlungsbedarf festgestellt, so können bis zu 10 weitere Sitzungen über das Versorgungsamt abgerechnet werden. Die Kosten sind bislang überschaubar: *„Der Gesamtaufwand des Landes NRW für alle Leistungen nach dem OEG beträgt rund 50 Millionen Euro im laufenden Jahr. Der Aufwand für alle Traumaambulanzen zusammen macht davon weniger als 0,5% aus. ... Dieses Geld ist gut investiert“* (Heckmann, 2006, zitiert nach Möllering, 2006, S. 391).

1.3 Trauma und Traumafolgestörungen

Der Begriff „Trauma“ ist dem Griechischen entnommen und bedeutet „Verletzung, Wunde“ (Pfeifer, 1997, S. 1453). Analog zum Gebrauch des Begriffes in der Medizin ist ein Trauma in der Psychologie eine seelische Verletzung, die gekennzeichnet ist durch das „direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat oder die Beobachtung eines [solchen] Ereignisses“ (Saß, Wittchen und Zaudig, 1997, S. 487). In derartigen Situationen ist weder *fight* noch *flight* möglich, was zu extremem Stress und Handlungsunfähigkeit führt (Koch Stoecker, 2010). Traumata können eingeteilt werden nach ihrer Dauer: Kurze, überraschend eingetretene und einmalige Traumatisierungen wie Verkehrsunfälle werden als Typ-I-Traumata bezeichnet, länger dauernde oder wiederholte Traumatisierungen wie Kriegserlebnisse als Typ-II-Traumata. Eine weitere Einteilung lässt sich vornehmen nach der Verursachung: Man unterscheidet zufällige Traumata wie z. B. Naturkatastrophen und absichtliche (*man-made*) Traumata (Maercker und Schützwohl, 1997, zitiert nach Menning und Maercker, 2006). Die Wahrscheinlichkeit, eine Traumafolgestörung zu entwickeln, ist abhängig von beiden Aspekten; am höchsten ist das Risiko bei menschenverursachten Typ-II-Traumata wie beispielsweise bei wiederholtem sexuellem Missbrauch, Geiselnahme oder Kriegsgefangenschaft. Auch prätraumatische Risikofaktoren spielen eine Rolle, wie z. B. frühere Traumatisierungen oder weibliches Geschlecht. Mehr ins Gewicht fallen jedoch

peritraumatische Ereignisfaktoren wie die subjektive Traumabewertung, die wahrgenommene Kontrolle oder das Auftreten von peritraumatischer Dissoziation. Ein vermeidender Bewältigungsstil zählt zu den aufrechterhaltenden posttraumatischen Faktoren. Als Ressourcen wären soziale Unterstützung und gesellschaftliche Anerkennung als Opfer sowie ein offener Umgang mit dem Trauma zu nennen (Maercker, 2009; Maercker und Michael, 2009). Es gibt eine Reihe von möglichen Störungen, die sich kurz- und langfristig als Reaktion auf eine Traumatisierung entwickeln können – als alleinige Störung oder als Komorbidität zu Akuten oder Posttraumatischen Belastungsstörungen. Darunter sind neben körperlichen Symptomen wie Schmerzen oder Herzbeschwerden (Koch-Stoecker, 2010) vor allem diverse Angststörungen, depressive Störungen oder Substanzmissbrauch zu nennen (Menning und Maercker, 2006). Diese Störungen können jedoch auch andere Ursachen als ein Trauma haben, und daher sollen hier vor allem die spezifischen Traumafolgestörungen und ihre Diagnosekriterien nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision) und DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) kurz vorgestellt werden.

1.3.1 Akute Belastungsreaktion

Die Akute Belastungsreaktion (ICD-10-Code: F43.0) bzw. Akute Belastungsstörung (DSM-IV-Code: 308.3) entwickelt sich kurz nach dem Trauma und ist vorübergehender Natur. Die Symptome nach Diagnosekriterien des ICD-10 treten „als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung“ (ICD-10, 2010) auf und reichen von allgemeiner Betäubung, Bewusstseinsminderung und Desorientiertheit bis hin zu Übererregung. Auch körperliche Angstsymptome wie Herzrasen, Erröten oder Schwitzen treten auf. Üblicherweise klingt die Akute Belastungsreaktion innerhalb von Stunden bis maximal drei Tagen ab (ICD-10, 2010). Laut Diagnosekriterien des DSM-IV tritt die hier *Akute Belastungsstörung* genannte Symptomatik innerhalb eines Monats nach dem Trauma für mindestens zwei Tage auf und klingt innerhalb von vier Wochen wieder ab. Ein Trauma ist hier definiert als Ereignis, das „den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen“ beinhaltet, einhergehend mit intensiver „Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ (Saß et al., 1997, S. 495). Ferner müssen für die Diagnosestellung noch folgende Kriterien erfüllt sein: Dissoziative Symptome wie zum Beispiel Empfindungslosigkeit, Losgelöstheit oder

Beeinträchtigung der Wahrnehmung, ständiges Wiedererleben, Vermeidung von traumabezogenen Reizen und Übererregung. Die Funktionsfähigkeit im Alltag muss deutlich eingeschränkt sein. Die Symptome dürfen nicht besser durch andere Störungen, Erkrankungen oder die Einnahme von Substanzen erklärbar sein.

1.3.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist nach ICD-10 (Code: F43.1) definiert als Reaktion auf eine Situation „mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD-10, 2010). Die Symptome sind im Wesentlichen intrusives Wiedererleben, emotionale Taubheit und Teilnahmslosigkeit; Vermeidung traumabezogener Stimuli und Übererregung, z. B. in Form von Schreckhaftigkeit, erhöhter Vigilanz oder Schlafstörungen. Symptome von Angst und Depression können ebenfalls auftreten. Für die Dauer sind keine genauen zeitlichen Kriterien angegeben; dauert die Störung jedoch mehrere Jahre an, geht sie „in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über“ (ICD-10, 2010). Die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung beim DSM-IV (Code: 309.81) entsprechen inhaltlich denen der Akuten Belastungsstörung. Der Unterschied besteht im zeitlichen Verlauf: Bei der PTBS bestehen die Symptome länger als einen Monat. Ferner wird unterschieden in eine akute Form (Auftreten von Symptomen weniger als drei Monate lang) und eine chronische Form (Auftreten von Symptomen länger als drei Monate). Wenn zwischen dem traumatischen Ereignis und dem Auftreten der Symptome mindestens sechs Monate liegen, spricht man von einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit verzögertem Beginn. Die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung ist mit 1–14 % angegeben (Saß et al., 1997), die bedingte Wahrscheinlichkeit bei Risikopopulationen ist entsprechend höher (siehe Kapitel „Hintergrund“).

1.3.3 Anpassungsstörung

Auch Anpassungsstörungen sollen hier noch erwähnt werden, da sie häufig nach Traumatisierungen auftreten, obwohl sie auch nach anderen einschneidenden Lebensereignissen vorkommen können, die nicht die Kriterien eines Traumas erfüllen wie z. B. nach der Einschulung, der Trennung vom Lebenspartner oder dem Eintritt in den Ruhestand. Nach ICD-10 (Code: F43.2) handelt es sich um eine mangelhafte

Bewältigung von Veränderungen, die sich durch Lebensereignisse wie die oben genannten ergeben. Die Symptome sind unterschiedlich, unter anderem können Beeinträchtigungen der sozialen und allgemeinen Funktions- und Leistungsfähigkeit, aber auch depressive und Angstsymptome auftreten. Eine Trauerreaktion fällt laut ICD-10 ebenfalls in die Kategorie der Anpassungsstörungen (ICD-10, 2010). Es können verschiedene Subtypen codiert werden, je nach vorherrschender Symptomatik: „Kurze depressive Reaktion“ (F43.20), „Längere depressive Reaktion“ (F43.21), „Angst und depressive Reaktion gemischt“ (F43.22), „Vorwiegende Beeinträchtigung anderer Gefühle“ (F43.23), „Vorwiegende Störung des Sozialverhaltens“ (F43.24), „Gemischte Störung von Gefühlen und Sozialverhalten“ (F43.25) (Freisen, Schneider und Jobst, 2008, S. 301). Gemäß DSM-IV haben Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen gemeinsam, dass es einen Belastungsfaktor geben muss, ohne den die Störung nicht aufgetreten wäre, wobei die Belastung bei Anpassungsstörungen im Gegensatz zu den Belastungsstörungen nicht extrem sein muss. Auch hier wird die Störung beschrieben als eine Symptomatik, die über die normale Reaktion auf belastende Lebensumstände oder -ereignisse hinausgeht und zu klinisch bedeutsamen Funktionseinschränkungen im Alltag führt. Eine Anpassungsstörung entwickelt sich innerhalb von drei Monaten und dauert höchstens sechs Monate an, es sei denn, der Belastungsfaktor selbst oder die sich daraus ergebenden Folgen dauern ebenfalls noch an. Wie auch bei den Belastungsstörungen dürfen die Symptome nicht besser durch eine andere Störung oder Erkrankung erklärbar sein. Im Gegensatz zu den Diagnosekriterien des ICD-10 wird hier die „Einfache Trauer“ vom Störungsbild explizit ausgeschlossen, solange sie nicht über das normale Maß hinausgeht. Codiert wird die Anpassungsstörung grundsätzlich in Subtypen, die ähnlich wie beim ICD-10 durch deren Hauptsymptome charakterisiert sind, nämlich Anpassungsstörung „Mit Depressiver Stimmung“ (309.0), „Mit Angst“ (309.24), „Mit Angst und Depressiver Stimmung, Gemischt“ (309.28), „Mit Störungen des Sozialverhaltens“ (309.3), „Mit Emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, Gemischt“ (309.4) bzw. „Unspezifisch“ (309.9) (Saß et al., 1997, S. 709).

1.4 Frühinterventionsmethoden und ihre Effektivität

Um Frühintervention gezielt präventiv einsetzen zu können, müssten Personen, die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer PTBS aufweisen, schon vor der Manifesta-

tion der Störung identifiziert werden – schließlich entwickeln nicht alle Traumatisierten eine Traumafolgestörung. Allerdings ist die Identifikation dieser Personen nach wie vor problematisch, da keine Kriterien existieren, die eine schnelle und sichere Vorhersage erlauben (Michael, Munsch und Lajtman, 2006). Das britische *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) empfiehlt daher bei milden Verläufen posttraumatischer Stressreaktionen zunächst „watchful waiting“ (NICE, 2006, S. 123), also das aufmerksame Abwarten bzw. Beobachten, ob sich Symptome entwickeln, die über das normale Maß einer Stressreaktion nach einem traumatischen Ereignis hinausgehen, um dann gezielt mit traumaspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) eingreifen zu können. Nach einem Monat sollte laut NICE in jedem Fall eine Kontrolle stattfinden. Nicht jede Behandlungsmethode, die gut gemeint ist, ist auch gut: Ehlers et al. (2010) wiesen darauf hin, dass Behandlungen für PTBS nur empfohlen und angewendet werden sollten, wenn ihre Effektivität empirisch gesichert ist, und dass es außerdem notwendig ist nachzuweisen, dass sie wirksamer sind als der natürliche Erholungsprozess. Im Folgenden sollen einige Frühinterventionsmethoden und empirische Befunde bezüglich ihrer Wirksamkeit dargestellt werden.

1.4.1 Debriefing

Unter Debriefing, genauer Critical Incident Stress Debriefing (CISD), versteht man ein Kurzprogramm (eine Sitzung mit 1–3 Stunden) für homogene Kleingruppen zur Prävention von Traumafolgestörungen. Als idealer Zeitpunkt für das CISD werden 24 bis 72 Stunden nach dem traumatischen Ereignis angegeben. Es soll keine Psychotherapie ersetzen, sondern durch Psychoedukation den Stress nach einem erlebten Trauma reduzieren helfen und die Rückkehr in den Alltag unterstützen, unter anderem auch, indem über das Erlebte und seine emotionalen Auswirkungen in der Gruppe gesprochen wird. Ursprünglich war CISD gedacht als Teil eines umfassenderen Programms zur Prävention posttraumatischer Belastungssymptome, dem Critical Incident Stress Management (CISM). Idealerweise sollte Debriefing also mit anderen Maßnahmen kombiniert werden, etwa mit einer Einsatzvor- und -nachbereitung und individueller Krisenintervention. Entwickelt wurde das CISD für Einsatzhelfer wie medizinisches Rettungspersonal oder Feuerwehrleute. Mittlerweile wird es aber auch in anderen Kontexten angewendet, so z. B. auch für traumatisierte Einzelpersonen, obwohl betont wird, dass die Methode hierfür nicht geeignet ist (Mitchell, o. J.). Rose, Bisson, Churchill und Wessely (2009) werteten 15 randomisierte bzw. quasi-

randomisierte Studien zum Thema Debriefing aus („single session individual debriefing“, Rose et al., 2009, S. 2). Die Autoren schlossen aus den Ergebnissen, dass diese Form von Debriefing im Vergleich mit Kontrollgruppen weder die Entstehung von Posttraumatischen Belastungsstörungen verhindert noch die allgemeine psychische Belastung reduziert. Eine der untersuchten Studien fand sogar ein erhöhtes Risiko für PTBS nach Debriefing. Auch Mitte, Steil und Nachtigall (2005) führten eine Metaanalyse zum Thema Debriefing durch. Die Autoren fanden in den 22 untersuchten Studien keine signifikanten Unterschiede zwischen Debriefing- und Kontrollgruppe; die mittlere Effektstärke war nicht signifikant von Null verschieden. Ebenso wenig konnten Unterschiede gefunden werden zwischen CISD im Einzelsetting bei traumatisierten Personen und CISD im Gruppensetting bei professionellem Rettungspersonal. Rose, Bisson und Wessely (2003) analysierten 11 randomisierte und kontrollierte Studien, welche die Effektivität von Frühinterventionen untersucht hatten. Von den sieben Studien, in denen mit CISD gearbeitet worden war, fanden fünf keinen Unterschied zwischen Debriefing und Kontrollgruppe, und bei zwei Studien ging es der Debriefing-Gruppe nach 13 Monaten bzw. drei Jahren schlechter als der Kontrollgruppe. Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch und Emmelkamp (2002) untersuchten in einer Metaanalyse sieben Studien zum Vergleich von CISD und anderen Frühinterventionsmethoden. CISD war die am wenigsten effektive Maßnahme: Die mittlere gewichtete Prä-Post-Effektgröße für die Reduktion traumaspezifischer Symptome lag bei $d = 0.13$ für CISD, bei $d = 0.47$ für die Kontrollgruppe und bei $d = 0.65$ für andere Interventionen; allein der Therapieeffekt von CISD war nicht signifikant von Null verschieden. Die Unterschiede *zwischen* den Methoden waren ebenfalls nicht signifikant. Zu ganz anderen Ergebnissen kamen Everly, Boyle und Lating (1999), die 10 Effektivitätsstudien über CISD untersucht und über alle Studien hinweg eine durchschnittliche Effektgröße von $d = 0.54$ berichtet hatten. Everly et al. (1999) hatten aus den Ergebnissen den Schluss gezogen, dass CISD für Gruppen von Notfallhelfern durchaus effektiv sei. McNally, Bryant und Ehlers (2003) gingen schließlich der Frage nach, warum CISD so extrem unterschiedlich bewertet wird. Sie argumentierten, dass die Studien, die CISD stützten, oft methodisch fehlerhaft seien (z. B. keine randomisierte Zuweisung, keine Kontrollgruppe, keine Vorher-Messung von Symptomen etc.). Damit kritisierten sie vor allem die in der Metaanalyse von Everly et al. (1999) enthaltenen Studien. Insgesamt lässt sich sagen, dass Debriefing als Frühinterventionsmethode bei traumatisierten Verbrechenopfern nicht geeignet

ist. Selbst eine Anwendung bei entsprechend vorbereitetem Rettungspersonal ist fraglich, wie die Analyse von Mitte et al. (2005) zeigte. „Es wird davon ausgegangen, dass jegliche Intervention in den ersten 3 Tagen nach Trauma mit dem natürlichen Heilungsprozess interferiert und diesen sogar stört“ (Brewin, 2001, zitiert nach Michael et al., 2006, S. 284). Rose et al. (2003) führten an, dass Debriefing möglicherweise eine Retraumatisierung darstelle und deshalb zu einer Verschlechterung führe.

1.4.2 EMDR als Frühintervention

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1989, zitiert nach Rothbaum und Foa, 1997) ist eine Methode zur Therapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Dabei findet in sensu eine Konfrontation mit dem Erlebten statt, während der Patient – dem Finger des Therapeuten folgend – schnelle Augenbewegungen ausführt, bis die Angst nachlässt, die dann durch positive Kognitionen ersetzt werden soll. Dadurch soll eine Verarbeitung und Neubewertung des Traumas ermöglicht werden (Maercker und Michael, 2009; Rothbaum und Foa, 1997). Kontraindikationen sind unter anderem ein akuter Schock oder verminderte körperliche Belastbarkeit, z. B. durch Erkrankungen. Das EMDR erfordert außerdem eine gute therapeutische Beziehung (Bengel, 2003). Die Wirksamkeit des EMDR an sich gilt mittlerweile als erwiesen: Sack, Lempa und Lamprecht (2001) fanden bei ihrer Metaanalyse eine mittlere Prä-Post-Effektstärke (berechnet nach dem Algorithmus von Hartmann und Herzog, 1995, zitiert nach Sack et al., 2001) über 13 Studien von $d = 1.25$. Die Metaanalyse von Van Etten und Taylor (1998) wies für EMDR eine mittlere Effektstärke über alle durch Selbstbeurteilungsinstrumente erfassten traumaspezifischen Symptome von $d = 1.24$ aus. Bradley, Greene, Russ, Dutra und Westen (2005) ermittelten in einer Metaanalyse von 26 Studien zur Effektivität von Psychotherapie bei PTBS für EMDR eine Prä-Post-Effektstärke von $d = 1.43$. Auch Davidson und Parker (2001) führten eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von EMDR durch und fanden eine mittlere Prä-Post-Effektstärke von $r = .64$. EMDR erwies sich hierbei als genauso wirksam wie andere Expositionstherapien und wirksamer als keine Therapie oder Therapien, die nicht mit Exposition arbeiteten (vgl. dazu auch die Metaanalyse von Seidler und Wagner, 2006).

Einige Autoren wiesen darauf hin, dass die Methode ohne Augenbewegungen genauso effektiv funktioniert. Dieser Umstand wird im Allgemeinen darauf zurückge-

führt, dass beim EMDR genau wie bei der kognitiv-behavioralen Frühintervention eine Konfrontation und eine kognitive Umstrukturierung stattfinden, welches die eigentlich wirksamen Komponenten seien (Pitman et al., 1996; Lohr, Tolin und Lilienfeld, 1998; Lohr, Lilienfeld, Tolin und Herbert, 1999; vgl. auch Resick, 2003, zitiert nach Maercker und Michael, 2009).

Die Wirksamkeit von EMDR speziell als Frühinterventionsmethode innerhalb eines Monats nach Traumatisierung hingegen ist nicht belegt; in einer Metaanalyse waren kurzfristige positive Effekte schon nach drei Monaten nicht mehr nachzuweisen, und auch langfristig fand sich kein Unterschied mehr zu Kontrollgruppen (Barth, 2003, zitiert nach Bengel, 2003). Zudem kann sich zu einem so frühen Zeitpunkt kaum schon eine gute therapeutische Beziehung entwickelt haben, die ja gegeben sein sollte.

1.4.3 Kognitiv-behaviorale Frühintervention

Kognitiv-behaviorale Frühintervention umfasst fünf bis zehn Sitzungen (Bengel und Becker, 2009) und setzt in der Regel später an als Debriefing, nämlich erst nach einigen Tagen bis Wochen. Je nach Zeitpunkt des Beginns soll sie entweder die Entstehung einer PTBS oder aber wenigstens deren Chronifizierung in einem frühen Stadium verhindern (Michael et al., 2006). Die Hauptelemente der kognitiv-behavioralen Frühintervention sind Psychoedukation, Konfrontation bzw. Exposition mit dem traumatischen Erlebnis in sensu oder in vivo, kognitive Umstrukturierung und Angstbewältigung, beispielsweise in Form von Entspannungstechniken (Bengel und Becker, 2009). Die Elemente der kognitiv-behaviorale Frühintervention unterscheiden sich „nicht prinzipiell von denen der kognitiven Verhaltenstherapie bei PTBS“ (Bengel und Becker, 2009, S. 176).

Die Wirksamkeit von KVT ist gut belegt: Bisson et al. (2007) führten eine Metaanalyse von 38 Studien durch. Traumaspezifische KVT und EMDR waren beide wirksam und anderen untersuchten Therapien und Wartelisten-Kontrollgruppen überlegen. Daher schlossen die Autoren: „*The first-line psychological treatment for PTSD should be trauma-focused (TFCBT [trauma-focused cognitive behavioral therapy] or EMDR)*“ (Bisson et al., 2007, S. 97). Bradley et al. (2005) fanden in ihrer Metaanalyse für kognitive Verhaltenstherapie Effektstärken von $d = 1.65$. In der Metaanalyse von Van Etten und Taylor (1998) waren EMDR und KVT am wirksamsten und ohne Unter-

schied (Prä Post-Effektstärke für PTBS-Symptomatik bei Selbstbeurteilungsinstrumenten: $d = 1.27$ für CBT, $d = 1.24$ für EMDR; bei Fremdbeurteilung („observer rated“): $d = 1.89$ für CBT und 0.69 für EMDR). In der Metaanalyse von Seidler und Wagner (2006), die sieben Studien zum Vergleich von EMDR und KVT untersucht hatten, ließen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsarten nachweisen.

Auch als Frühinterventionsmethode ist kognitiv-behaviorale Therapie geeignet: Kornør et al. (2008) fanden in ihrer Metaanalyse Belege für die Wirksamkeit von traumaspezifischer KVT im Vergleich zu unterstützender Beratung bezüglich der Prävention chronischer PTBS bei Patienten mit akuter Belastungsstörung. Da sechs der sieben untersuchten Studien jedoch von einer (wechselnden) Gruppe um denselben Forscher stammten (Bryant et al., 1998, 1999, 2003a, 2003b, 2005, 2006; zitiert nach Kornør et al., 2008), ist die Generalisierbarkeit möglicherweise eingeschränkt. Sijbrandij et al. (2007) untersuchten 143 Patienten mit akuter Belastungsstörung (aber bis zu 3 Monaten nach dem Trauma!) und verglichen kognitiv-behaviorale Frühintervention in vier Sitzungen mit einer Wartelisten-Kontrollbedingung. Die KVT-Gruppe hatte nach der Behandlung signifikant weniger PTBS-Symptome als die Kontrollgruppe, doch nach vier Monaten waren die Unterschiede nicht mehr nachzuweisen. Die Autoren schlossen daraus, dass KVT den Heilungsprozess beschleunigt. Zum selben Schluss kamen Foa, Zoellner und Feeny (2006). Auch Michael et al. (2006) fanden in ihrer Übersichtsarbeit eine klare Überlegenheit von KVT-orientierten Frühinterventionsmethoden gegenüber Kontrollbedingungen, sowohl die Reduktion von traumatischen Symptomen betreffend als auch die Prävention chronifizierter PTBS. Die Autoren wiesen darauf hin, dass derzeit noch Unklarheit über den idealen Zeitpunkt für eine solche kognitiv-behaviorale Frühintervention herrscht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass kognitiv-behaviorale Frühintervention nach derzeitigem Forschungsstand die Methode der Wahl ist, wenn es darum geht, Posttraumatische Belastungsstörungen oder deren Chronifizierung zu verhindern. Oftmals ergibt sich jedoch in der praktischen Umsetzung, dass die behavioralen Behandlungskonzepte vom Patienten als zu starr wahrgenommen werden und daher die Compliance sinkt. Darüber hinaus ist eine solche Frühinterventionsstrategie nicht

flächendeckend verfügbar; die meisten klinischen Einrichtungen arbeiten im Schwerpunkt nicht mit verhaltenstherapeutischen Konzepten.

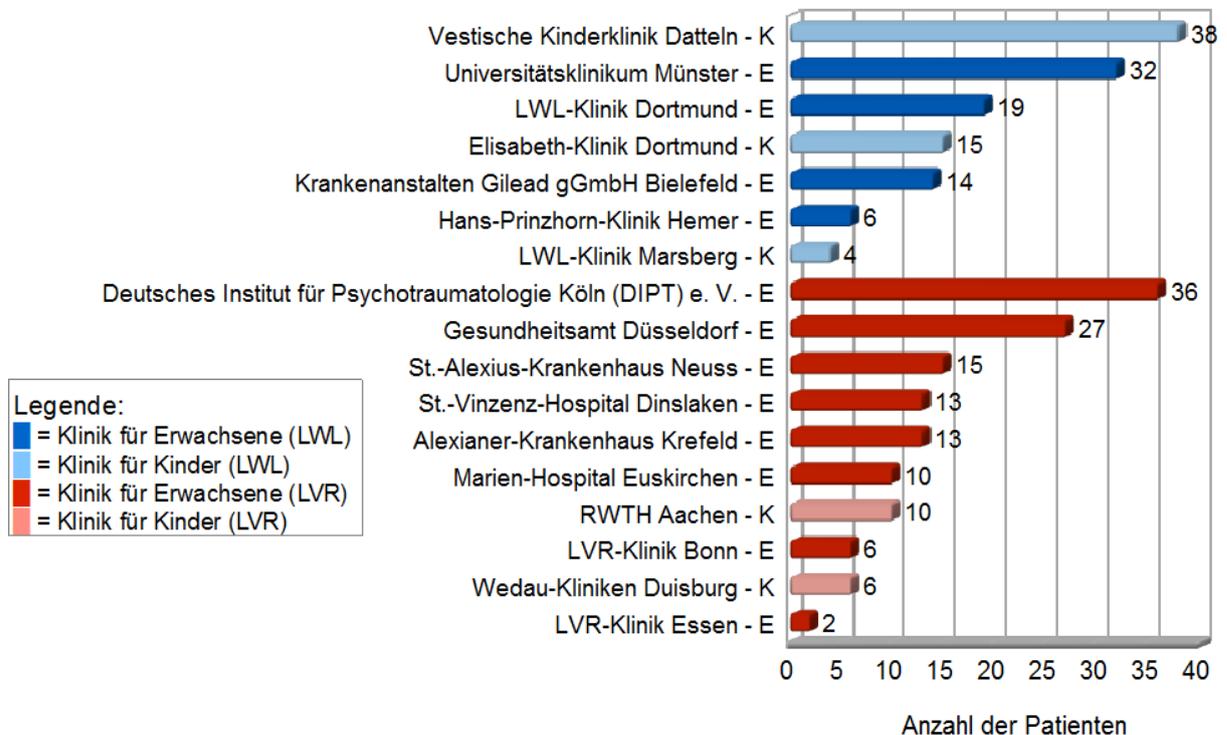
1.5 Ableitung der Fragestellung

Bei einem Modellprojekt wie der Einrichtung der Traumaambulanzen steht letztlich immer die Frage im Raum, ob das Projekt weitergeführt und somit zu einer festen Institution wird oder nicht. Es geht außerdem darum, im Erfolgsfall ein solches Modell auch in anderen Bundesländern einzuführen. Im Rahmen des Projektes Evaluation sollten daher folgende Fragen geklärt werden:

- ✓ War die Behandlung in den Traumaambulanzen wirksam bzw. ging es den Patienten nach der Behandlung klinisch signifikant besser?
- ✓ Waren die Behandlungsergebnisse auch nach einem halben Jahr noch stabil?
- ✓ Ist die Wirksamkeit der Behandlung in den Traumaambulanzen vergleichbar mit Befunden aus der klinischen Forschung? • Konnte dadurch die Entstehung oder Chronifizierung psychischer Erkrankungen wirkungsvoll verhindert werden?
- ✓ In welchem Verhältnis stehen Kosten und Nutzen zueinander?

2 Methoden

2.1 Beschreibung der Stichprobe



N = 266 Fälle
aus 17 Traumaambulanzen

Abbildung 1. Fallaufkommen aus den teilnehmenden Traumaambulanzen

In die vorliegende Untersuchung konnten insgesamt 266 Personen eingeschlossen werden (Abb. 1). Die Daten stammen aus 17 Traumaambulanzen in Nordrhein-Westfalen, die jeweils zwischen 2 und 34 Fälle psychisch traumatisierter Gewaltopfer dokumentiert hatten.

199 Frauen (75 %) und 65 Männer (24 %) nahmen an der Evaluation teil, bei zwei Teilnehmern lag keine Information über das Geschlecht vor (1 %).

Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag zu Beginn der Behandlung bei 30 Jahren ($SD = 17.32$); der jüngste Patient waren 2, die älteste Patientin 81 Jahre alt. Die Verteilung der Personen auf die 3 Alterskategorien ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Untersuchungsteilnehmer in den 3 Alterskategorien

	<u>Häufigkeit</u>	<u>Prozent</u>	<u>Gültige Prozente</u>
Kind bis 7 Jahre	16	6,0	6,2
Kind 8-13 Jahre	27	10,2	10,4
Erwachsener/Jugendlicher ab 14 J.	216	81,2	83,4
Gesamt	259	97,4	100,0
Fehlend	7	2,6	
Gesamt	266	100,0	

2.2 Beschreibung der Instrumente für Personen bis 13 Jahren

2.2.1 Die Subjective Units of Disturbance Skala (SUD), 0-13 Jahre (SUD)

Bei der SUD-Skala (Anhang F) handelt es sich um eine auf Joseph Wolpe (1958) zurückgehende Skala mit den Werten 0 bis 10, auf denen sich der Proband hinsichtlich des Ausmaßes seiner Beeinträchtigung einschätzen kann, in der vorliegenden Untersuchung jeweils hinsichtlich der Dimensionen Angst, Wut und Trauer.

Ein Wert von 10 bezeichnet dabei die intensivste Form der Beeinträchtigung auf der jeweiligen Dimension, während der Wert 0 für einen Zustand von Friedlichkeit und vollständiger Abwesenheit jeglicher Missemphindungen steht (Wikipedia, Subjective Units of Distress Scale, 28.05.2010).

Es handelt sich hier um eine Subjektivskala; Normwerte und Testgütekriterien liegen daher naturgemäß nicht vor.

2.2.2 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL), 0-7 Jahre

Der von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998) ins Deutsche übersetzte Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) erfasst die Einschätzung von Eltern zu den Kompetenzen und Probleme ihrer Kinder im Alter von 4 bis 18 Jahren. Im ersten Teil des Fragebogens werden Kompe-

tenzen (Aktivität, Soziale Kompetenz, Schule) des Kindes/Jugendlichen erfragt, der zweite Teil besteht aus 8 Skalen mit insgesamt 120 Items, in denen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten beschrieben werden. Die Itemformulierung ist möglichst einfach gehalten, der Fragebogen kann daher auch von Eltern mit geringem Bildungsniveau beantwortet werden.

Die internen Konsistenzen der *Kompetenzskalen* sind nach Döpfner et al. (1994) überwiegend unbefriedigend. Lediglich die Gesamtskala *Kompetenzen* erreicht Werte, die für gruppenstatistische Auswertungen noch ausreichend sind. Für die *Gesamtauffälligkeit* und die übergeordneten Skalen *Internalisierte Störungen* und *Externalisierte Störungen* wurden gute bis sehr gute interne Konsistenzen von $r_{tt} > .85$ festgestellt. Die Skalen *Aggressives Verhalten*, *Delinquentes Verhalten*, *Aufmerksamkeitsstörungen* und *Angst/Depressivität* zeigen in den einzelnen Stichproben der Reliabilitätsanalysen der Arbeitsgruppe um Manfred Döpfner gute Reliabilitäten, überwiegend zwischen $r_{tt} = .80$ und $r_{tt} = .90$. Die Reliabilitäten der Skalen *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden* und *Soziale Probleme* liegen überwiegend zwischen $r_{tt} = .70$ und $r_{tt} = .80$ und sind damit zufriedenstellend. Für die Individualdiagnostik unbefriedigende Werte von $r_{tt} < .70$ werden dagegen für die Syndromskala *Schizoid/Zwanghaft* ermittelt. Die Konsistenz der Zusatzskala *Sexuelle Auffälligkeiten* ist unzureichend.

Eine Normierung des Instrumentes an einer für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe steht bislang noch aus. Feldstichproben sprechen allerdings dafür, dass zwischenzeitlich die amerikanische T-Wert-Normierung ohne die Gefahr größerer Verfälschungen auch im deutschen Sprachraum angewendet werden kann (Döpfner et al., 1994).

2.2.3 Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern (CDC), 0-7 Jahre

Die vom Kinder Trauma Institut vorgelegte Übersetzung der Child Dissociative Checklist von Putnam et al. (1993) ist ein erprobtes Screening-Instrument für dissoziative Phänomene bei Kindern in der Wahrnehmung der Bezugspersonen (Anhang F). 20 Merkmale werden auf einer dreistufigen Skala (0 = nie, 1 = manchmal, 2 = trifft

ganz sicher zu) dahingehend eingeschätzt, wie zutreffend das Kind jetzt oder innerhalb der letzten 12 Monate hierdurch beschrieben wird.

Ist der Gesamtwert > 12 , gilt dies als bedeutsamer Indikator für ein pathologisches dissoziatives Geschehen. Weitere Testgütekriterien oder Normwerte liegen nicht vor.

2.2.4 Die Revised Child Impact of Event Skala (CRIES), 8-13 Jahre

Mit dem ***Children's Impact of Event Scale (13)*** (Smith et al., 2002) liegt ein diagnostisches Trauma-Screening Instrument vor, das zur Therapieverlaufskontrolle bei Kindern sehr gut geeignet ist (Anhang F). Die Skala besteht aus 4 Items zur Messung von Intrusionen, 4 Items zur Messung von Vermeidung und 5 Items zur Messung von Erregung, die auf vier Stufen von *Niemals* (0 Punkte), *Selten* (1 Punkt), *Manchmal* (3 Punkte) bis *Oft* (5 Punkte) eingeschätzt werden können.

Obwohl der CRIES-13 in 18 Sprachen übersetzt wurde, gibt es bislang wenig Studien zu den Gütekriterien. Die Children and War Foundation (1998) berichtet eine befriedigende interne Konsistenz der Skalen mit Cronbachs Alpha zwischen .60 (Erregung) und .80 (Gesamtskala). Sie empfehlen für Forschungszwecke einen Cut-Off aus den Skalen Intrusion und Vermeidung ≥ 17 zu verwenden. Jenseits dieses Cut-Offs sei die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass das Kind die Diagnose einer PTBS erhält.

2.2.5 Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), 8-13 Jahre

Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche ist ein seit vielen Jahren in der Praxis etablierter Selbsteinschätzungsfragebogen zur Erfassung der Schwere einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen ab der zweiten Klasse. Das Inventar wurde von Stiensmeier-Pelster, Schürmann und Duda (2000) entwickelt. In kindgerechter Form werden alle wesentlichen Symptome der depressiven Störung (Major Depression gemäß DSM-IV) sowie typische Begleiterscheinungen und Folgen erfasst. Jedes der 26 Items des DIKJ verlangt vom Probanden eine Entscheidung zwischen drei vorgegebenen Antwortalternativen, die unterschiedliche Ausprägungen eines Symptomzustands kennzeichnen. Bei einem Wert von Null liegt keine Symptomatik vor, ein Wert von eins beschreibt eine mittelstarke Ausprägung des Symptoms, bei einem Wert von drei geht man von einer starken Ausprägung aus.

Das DIKJ wurde für Kinder und Jugendliche im Alter von acht bis sechzehn Jahren entwickelt. In Ausnahmefällen kann die Altersgrenze nach oben abweichen, abhängig von der kognitiven und psychischen Reife des Jugendlichen. Zum Einsatz des Inventars bei Kindern unter acht Jahren liegen keine Untersuchungen vor.

Der Einsatz kann zur Diagnose, aber auch therapiebegleitend erfolgen. Zu beachten ist, dass der Test keine Auskunft darüber gibt, ob ein Kind oder Jugendlicher depressiv ist oder nicht, sondern nur über den Schweregrad eines depressiven Symptoms, falls ein Symptom vorliegt. Das DIKJ ist jedoch sensibel für Veränderungen im Schweregrad einer depressiven Störung.

In der Neuauflage aus 2000 sind neben neuen Normen umfangreiche Untersuchungsergebnisse zu den psychometrischen Eigenschaften des DIKJ dokumentiert. Der Fragebogen wurde um ein Item, auf nun insgesamt 26 Items, verkürzt. Mit dieser leicht veränderten Fassung wurde eine umfangreiche Neunormierung vorgenommen (T- und Prozentrang-Werte, N = 2.415). Die interne Konsistenz liegt in unselektierten Schülerstichproben zwischen .82 und .85 mit der Tendenz zu höheren Kennwerten bei höherem Alter; bei klinisch auffälligen Kindern und Jugendlichen beträgt sie .91. Verschiedene Studien zeigen, dass das DIKJ über eine gute konvergente und diskriminante Validität verfügt.

Stiensmeier-Pelster et al. (2000) schlagen vor, ab einem Rohwert von 18 von einem auffälligen Wert auszugehen.

2.2.6 Die Skala für dissoziative Erfahrungen von Jugendlichen (A-DES-8), 8-13 Jahre

The Adolescent Dissociative Experience Scale (Anhang F) dient dem Screening von dissoziativen Phänomenen für Kinder und Jugendliche von 10 - 21 Jahren. Entwickelt wurde die Skala von Armstrong et al. (1997) ursprünglich in einer 30 Fragen umfassenden Langversion. Auf einer 11-stufigen Skala (0 = nie, 10 = immer) werden die Aussagen zu dissoziativen Erlebnisweisen eingeschätzt. Liegt der Wert höher als 3 sollte unbedingt eine formale Diagnostik auf dissoziative Störungen vorgenommen werden. Die hier verwendete Kurzform (A-DES 8) weist die gleichen Kennwerte auf wie die Langform (Martinez-Taboas, A., 2004). Mehrere deutsche Übersetzungen liegen vor.

2.3 Beschreibung der Instrumente für Personen ab 14 Jahren

2.3.1 Die Impact of Event Skala – revidierte Form (IES-R)

Bei der revidierten Form der Impact of Event Skala (deutsche Version: Maercker und Schützwohl, 1998) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Abbildung von psychischen Belastungsfolgen nach traumatischen Ereignissen (Anhang E). Es wird erfragt, wie oft bestimmte Symptome innerhalb der letzten Woche aufgetreten sind, nämlich *überhaupt nicht* (0 Punkte), *selten* (1 Punkt), *manchmal* (3 Punkte) oder *oft* (5 Punkte). Insgesamt 22 Aussagen auf drei Subskalen müssen auf diese Weise beurteilt werden. Die drei Subskalen der IES-R repräsentieren drei typische Reaktionen auf traumatische Situationen: *Intrusion* als unkontrolliertes Wiedererleben (Items 1, 3, 6, 9, 14, 16, 20), *Vermeidung* traumabezogener Stimuli (Items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) und *Übererregung*, beispielsweise in Form von Schlaflosigkeit oder Reizbarkeit (Items 2, 4, 10, 15, 18, 19, 21). Mit Hilfe einer von Maercker und Schützwohl (1998) berechneten Regressionsgleichung, die die Summenwerte der drei Subskalen mit unterschiedlichen Gewichten berücksichtigt, lässt sich bestimmen, ob eine Posttraumatische Belastungsstörung wahrscheinlich ist. Dies ist der Fall, wenn der resultierende *Diagnostische Wert X* positiv ist².

Normwerte existieren für die IES-R nicht (Maercker, o. J.). Gleichwohl liegen Werte für die Reliabilität der IES-R vor: Für die englischsprachige Originalversion wurden bei Einsatzhelfern nach Katastrophen interne Konsistenzen von $a = .79$ bis $a = .92$ ermittelt sowie Retest-Reliabilitäten nach 6 Monaten von $r_{tt} = .94$ für Intrusion, $r_{tt} = .89$ für Vermeidung und $r_{tt} = .92$ für Übererregung (Marmar und Weiss, 1997, zitiert nach Maercker und Schützwohl, 1998). Creamer, Bell und Failla (2003) schätzten die interne Konsistenz der Gesamtskala auf $a = .96$, die der Subskalen auf $a = .94$ (Intrusion), $a = .87$ (Vermeidung) und $a = .91$ (Übererregung). Für die deutsche Version der IES-R nahmen Maercker und Schützwohl (1998) an einer Gruppe ehemals politisch Inhaftierter der DDR und an einer Gruppe von Kriminalitätsoptionen Schätzungen der Reliabilität vor. Dabei resultierten ähnlich hohe Werte der internen Konsistenz für Intrusion ($a = .90$), Vermeidung ($a = .71$) und Übererregung ($a = .90$) wie bei der englischsprachigen Originalversion. Für die Inhaftiertengruppe wurden außerdem nach

² Diagnost. Wert X = $-0.02 * \text{Intrusionen} + 0.07 * \text{Vermeidung} + 0.15 * \text{Übererregung} - 4.36$

drei Monaten Retest-Reliabilitäten bestimmt. Hier ergaben sich $r_{tt} = .80$ für Intrusion, $r_{tt} = .66$ für Vermeidung und $r_{tt} = .79$ für Übererregung. Eine Überprüfung der Konstruktvalidität führten Creamer et al. (2003) durch. Sie fanden eine hohe Produkt-Moment-Korrelation ($r = .84$) der IES-R-Gesamtskala mit der PTSD Checklist (PCL). Auch Maercker und Schützwohl (1998) untersuchten die Validität, sowohl mittels einer Faktorenanalyse als auch über Korrelationen mit Außenkriterien. Aus der Faktorenanalyse resultierten vier Faktoren, die gemeinsam 63,8 % der Varianz erklärten, wobei nur ein Faktor eine Subskala genau abbildete (Intrusion). Die konvergente Validität wurde am Diagnostischen Interview psychischer Störungen (DIPS) überprüft, die Korrelationen betragen für die Subskala Intrusion $r = .59$, für Vermeidung $r = .53$ und für Übererregung $r = .72$ (Maercker, o. J.).

2.3.2 Das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V)

Das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (Schmitt und Maes, 2000) gehört zum Standard der Selbstbeurteilungsinstrumente bei der Erfassung von depressiven Symptomen (Anhang E). Es umfasst 20 Items, die das gegenwärtige Lebensgefühl der Probanden beschreiben. Die Auftretenshäufigkeit von Symptomen wird auf einer sechsstufigen Skala gemessen (0 = *nie* bis 5 = *fast immer*). Von einer klinisch relevanten Depression ist ab einer Summe von 35 auszugehen (Schmitt, Altstötter-Gleich, Hinz, Maes und Brähler, 2006).

Schmitt und Maes (2000) schätzten die Reliabilität des BDI-V anhand einer Latent-State-Trait-Analyse auf .95, die Traitstabilität über zwei Jahre auf .64 und die interne Konsistenz auf $\alpha = .90$. Auch Schmitt et al. (2003) fanden eine hohe interne Konsistenz von $\alpha = .93$. Hohe Produkt-Moment-Korrelationen ($r \geq .73$) sowohl mit der Originalversion des BDI als auch mit anderen Selbstbeurteilungsmaßen für Depressivität wie zum Beispiel mit der deutschen Version des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), der Allgemeinen Depressionsskala (ADS), der Depressivitätsskala (DS) und der Self-Rating Depression Scale (SDS) belegen die Validität des BDI-V (Schmitt et al., 2003).

2.3.3 Die Symptom-Checkliste-27 (SCL-27)

Das Selbstbeurteilungsmaß SCL-27 ist eine von Hardt und Gerbershagen (2001) verkürzte Form der Symptom-Checkliste SCL-90-R, die in 27 Fragen die Häufigkeit

von Problemen und Beschwerden der letzten sieben Tage auf einer fünfstufigen Skala erfasst (Anhang E). Es ergeben sich hierbei jeweils Werte von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*). Die sechs Subskalen der SCL-27 beschreiben depressive, dysthyme, vegetative, agoraphobe und soziophobe Symptome sowie Symptome von Misstrauen. Zusätzlich kann ein Globaler Schwereindex (GSI) bestimmt werden, der sich als Quotient der Summe aller Werte und der Anzahl der beantworteten Fragen errechnet.

Hardt, Egle, Kappis, Hessel und Brähler (2004) führten an einer Normstichprobe eine z-Transformation des GSI-27 durch, um diese Skala annähernd zu einer Normalverteilung umzuformen. Diese Transformation wurde für Männer und Frauen separat ausgeführt und berücksichtigt so Geschlechterunterschiede in der Verteilung. Für die Subskalen entwickelten die Autoren Cut-offs, die jeweils die 10–15 % der am stärksten belasteten Personen identifizieren. Um für den GSI eine ähnliche Unterscheidung zu erzielen, wurden in der vorliegenden Arbeit transformierte z-Werte > 1 und damit 16 % der am stärksten belasteten Personen als auffällig definiert.

Die Werte für die interne Konsistenz der Subskalen liegen zwischen $\alpha = .71$ und $\alpha = .78$, für den GSI-27 beträgt Cronbach's $\alpha = .93$ (Hardt et al., 2004). Auch Prinz et al. (2008) ermittelten für den GSI-27 eine interne Konsistenz von $\alpha = .93$. Retest-Reliabilitäten liegen für die SCL-27 nicht vor. Die Konstruktvalidität der SCL-27 überprüften Hardt et al., (2004) anhand der Pearson-Korrelation mit mehreren konvergenten Außenkriterien wie zum Beispiel dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU). Die resultierenden Korrelationen von $|r| \leq .37$ waren zwar relativ niedrig, aber durchweg signifikant ($p < .001$). Prinz et al. (2008) fanden eine Korrelation zwischen dem Gesamtwert des Beck-Depressions Inventars (BDI) und der Subskala „depressive Symptome“ der SCL-27 von $r = .74$.

2.3.4 Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der allgemeinen Funktionsfähigkeit im Alltag zum aktuellen Zeitpunkt (Achse V des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen; Saß, Wittchen und Zaudig, 1997). Es kann jeder Wert zwischen 1 und 100 vergeben werden, wobei eine grobe Einteilung in Zehnerschritte die Einordnung erleichtert, z. B. 100–91 = *Optimale Funktion in allen Bereichen*; 10–1 = *Ständige*

Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit (OPD-2, 2006, zitiert nach Wikipedia, 2010). Bei unzureichender Information wird der Wert 0 vergeben.

Die Reliabilität der GAF-Skala ist umstritten. Einige Forscher bescheinigten der Skala überwiegend gute bis sehr gute Interraterreliabilität, zum Beispiel fanden Söderberg, Tungstrom und Armelius (2005) eine Intraclass-Korrelation von $ICC = .81$; Startup, Jackson und Bendix (2002) berechneten $ICC = .89$. T. Vatnaland, J. Vatnaland, Friis und Opjordsmoen (2007) schätzten die Interrater-Reliabilität nur auf $ICC = .39$ bis $ICC = .59$. Hier wurde die Bewertung der Übereinstimmung allerdings zwischen Forschern und klinischem Personal vorgenommen, was das Ergebnis erklären könnte. Die Übereinstimmung unter den Forschern allein war gut ($ICC = .81$ bis $ICC = .85$). Die Übereinstimmung der Fremdbeurteilung mit einer Selbsteinschätzung des Globalen Funktionsniveaus durch die Patienten war ebenfalls gut, hier resultierten Intraclass-Korrelationen zwischen $ICC = .65$ vor der Behandlung und $ICC = .86$ nach der Behandlung (Ramirez, Ekselius und Ramklint, 2008). Die Validität der GAF-Skala sahen Hilsenroth et al. (2000) in einer Faktorenanalyse bestätigt, die außer der GAF-Skala auch die Global Assessment of Relational Functioning Scale und die Social and Occupational Functioning Assessment Scale einbezog. Die GAF-Skala erwies sich hierbei als gutes Maß für die Einschätzung der allgemeinen Funktionsfähigkeit. Die beobachteten Korrelationen mit Außenkriterien wie z. B. dem Global Severity Index der Symptom Checklist 90-R lagen mit $r = -.46$ im mittleren Bereich (Hilsenroth et al., 2000).

2.3.5 Der Kölner Risiko-Index (KRI)

Der Kölner Risiko-Index (Anhang B) entstand im Rahmen des Kölner Opferhilfe-Modells als Fremdbeurteilungsmaß zur Bewertung des Risikos für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Fischer et al., 1998). Anhand von 12 Kriterien werden die Wahrnehmungen einer traumatisierten Person im Zusammenhang mit dem Trauma erfragt und auf unterschiedlichen Skalen bewertet. Neben traumaspezifischen Aspekten wie der Frage nach peritraumatischer Dissoziation fanden beispielsweise auch Fragen nach negativen Erfahrungen mit der Umwelt und Fragen nach der Schulbildung Eingang in den KRI. Ab einem Gesamtwert von 6,4 ist laut Fischer et al. (1998) ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer Posttraumati-

schen Belastungsstörung gegeben. Angaben zur Reliabilität und Validität des Instruments liegen nicht vor.

2.3 Untersuchungsablauf

Im Rundbrief Nr. 2 (Anhang A) ist das vereinbarte Procedere zur Datenerhebung beschrieben. Die Ausgabe der Fragebögen zur Selbstbeurteilung erfolgte in der Regel vor der ersten Sitzung. Hiervon konnte abgewichen werden, wenn das Trauma weniger als eine Woche zurücklag und der Patient außergewöhnlich stark belastet war. In diesem Fall hatte die Stabilisierung des Patienten Vorrang, und die Messung fand im Anschluss an die erste Sitzung statt. Zu diesem Zeitpunkt erfolgten auch die Therapeutenratings, die zusammen mit den Rohwerten der Selbstbeurteilungsinstrumente auf Auswertungsbogen 1 einzutragen waren (Anhänge B, C und D). Alle Instrumente zur Verlaufsmessung wurden während oder nach der letzten Sitzung der Therapie noch einmal erhoben und vom Behandler ebenfalls auf Auswertungsbogen 1 eingetragen. Eine Katamnese Sitzung sechs Monate nach Therapieende sollte Aufschluss über die Stabilität der erzielten Erfolge bringen. Dazu wurde nach Möglichkeit schon in der letzten Therapiesitzung ein Termin vereinbart; andernfalls wurden die Patienten zum entsprechenden Zeitpunkt telefonisch oder schriftlich kontaktiert. Falls eine Katamnese Sitzung nicht möglich oder nicht erwünscht war, wurden die Fragebögen mit frankiertem Rückumschlag an die Patienten verschickt mit der Bitte um Bearbeitung und Rücksendung. Ein Katamnesetermin wurde nach Möglichkeit auch dann vereinbart, wenn in der Traumaambulanz nur eine Sitzung stattgefunden hatte und der Patient ansonsten symptomfrei und klinisch unauffällig war. Es wurde dieselbe Psychometrie angewendet wie zum Ende der Therapie deren Werte dann auf Auswertungsbogen 2 eingetragen wurden (Anhänge B, C und D). Die ausgefüllten Auswertungsbögen wurden zusammen mit dem Abschlussbericht und dem Katamnesebericht dem damaligen Landesversorgungsamt in Münster³ zur weiteren Analyse übersandt. Für die Datenerhebung erhielten die Traumaambulanzen eine Aufwandsentschädigung von 20,00 € pro Fall.

³ damals zuständige Fachaufsichtsbehörde der Versorgungsverwaltung NRW (Umstrukturierung nach dem Zweiten Gesetz zur Straffung der Behördenstruktur in Nordrhein-Westfalen (BstrStraffG) vom 30.10.2007).

2.4 Datenanalyse

Nach Aufbereitung der Rohdaten und einer explorativen Datenanalyse wurden verschiedene Subgruppen der Behandelten auf bedeutsame Unterschiede untersucht. Dies geschah mit Hilfe von einfaktoriellen Varianzanalysen oder im Fall von kategorialen Daten mit χ^2 -Tests. Anschließend wurden die Behandlungseffekte des Konzepts „Traumaambulanzen“ bewertet. Dazu wurden Mittelwertsvergleiche der Symptomvariablen SUD, DIKJ, CRIES, BDI-V, IES-R, SCL-27 GSI und GAF mit verbundenen Stichproben durchgeführt. Da der KRI als prädiktives Maß nichts zur Erklärung der Therapieeffekte beiträgt, wurden mit diesem Instrument keine Berechnungen durchgeführt, sondern dessen Ergebnisse im Rahmen der deskriptiven Datenanalyse aufgeführt. Aufgrund der geringen Zellenbesetzung in den beiden Kinderaltersgruppen waren die meisten statistischen Procedures mit diesem Material nicht sinnvoll, so dass die Analysen zur Effektivität der Behandlung weitestgehend auf die Daten der Altersgruppe ab 14 Jahren (mit den entsprechenden Instrumenten) beschränken musste. Im deskriptiven Teil werden aber auch die jüngeren Studienteilnehmer mit berücksichtigt.

Für alle Auswertungen der Behandlungseffekte wurden nur Fälle aufgenommen, die zum ersten Messzeitpunkt auffällige Werte bei der IES-R hatten, also traumaspezifische Symptome aufwiesen, um Verzerrungen durch symptomfreie Personen und solche, die in erster Linie an anderen Problemen litten, zu vermeiden. Zunächst wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen über alle drei Messzeitpunkte berechnet. Die Anzahl der Patienten mit traumaspezifischer Symptomatik, die alle drei Messungen aufwiesen, war jedoch relativ gering, und da für erheblich mehr Patienten zumindest die ersten beiden Messungen vorlagen, wurde im Anschluss an die Varianzanalyse noch ein T-Test bei abhängigen Stichproben zwischen Prä- und Postmessung durchgeführt. Die Voraussetzungen für die Durchführung von Varianzanalysen wurden jeweils mit dem Levene-Test auf Varianzhomogenität und dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung überprüft. Zur Überprüfung der Sphärizität bei Varianzanalysen mit Messwiederholungen wurde der Mauchly-Test herangezogen. Überprüft wurden auch die Korrelationen der Messwertpaare beim T-Test für abhängige Stichproben. Auf Verletzung der Vorausset-

zungen wird hingewiesen; in diesen Fällen wurden alternative Verfahren bzw. Korrekturen angewendet.

Weiterhin fand eine Berechnung der Effektstärken zwischen Prä- und Postmessung statt. Als Maß für die Effektstärke wurde Cohen's d verwendet. Um nicht nur statistisch signifikante Mittelwertsdifferenzen, sondern auch klinisch signifikante Behandlungseffekte für den Einzelfall nachzuweisen, erfolgte die Berechnung des *Reliable Change Index* (RCI) nach Jacobson und Truax (1991)⁴. Eine klinisch signifikante Veränderung liegt vor, wenn $RCI > 1.96$ (im Fall umgekehrter Skalenpolung muss natürlich $RCI < -1.96$ sein). Da für fast alle Instrumente jeweils mehrere unterschiedliche Angaben zur Reliabilität vorlagen, wurde der RCI in diesen Fällen für zwei extreme Reliabilitätswerte berechnet. Jacobson und Truax (1991) forderten für die Berechnung des RCI ausdrücklich die Verwendung von Retest-Reliabilitäten, die jedoch meist nicht gegeben waren, und so wurden ersatzweise auch andere Reliabilitätsarten wie z. B. Cronbach's α verwendet.

Mit Hilfe des RCI ließ sich auch ermitteln, wie groß der Anteil der Patienten war, die sich im jeweiligen Maß klinisch signifikant verbessert oder verschlechtert hatten. Zusätzlich wurden Cut-offs definiert, deren Überschreiten für jeden Einzelfall das Verlassen der dysfunktionalen Population bzw. den (Wieder-) Eintritt in die funktionale Population anzeigte. Jacobson und Truax (1991) stellten drei Möglichkeiten zur Bestimmung von Cut-offs vor: Cut-off a definiert alle als genesen, die mindestens zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der kranken Population entfernt sind. Ein Überschreiten des Cut-offs a bedeutet demnach, dass die Werte des Einzelnen nach der Behandlung im jeweiligen Maß mindestens zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der dysfunktionalen Population entfernt und somit per definitionem gesund bzw. genesen sind. Cut-off b definiert alle Werte als genesen, die innerhalb von zwei Standardabweichungen um den Mittelwert der gesunden (Norm-) Population liegen. Cut-off c schließlich befindet sich genau zwischen beiden Mittelwerten; als genesen gilt hier, wer den Cut-off in Richtung des Mittelwerts der Gesunden überschritten hat. Um den jeweils berechneten Cut-off als Mittelpunkt wurde ein 95 %-Konfidenzintervall („band of uncertainty“, Jacobson und Truax, 1991, S. 17) gelegt, um mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen zu können, dass sich die Werte

⁴ $RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{diff}}$, wobei $S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$ und $S_E = s_1 \sqrt{1 - r_{tt}}$

tatsächlich jenseits des Cut-offs befinden. Cut-off *a* wurde berechnet, wenn keine Normwerte vorlagen, da sich dieser ausschließlich auf die Verteilungsparameter der dysfunktionalen Population – der hier untersuchten Patienten also – bezieht. Sofern Normwerte vorlagen, wurde Cut-off *c* berechnet. Dieser Wert befand sich bei den vorliegenden Berechnungen immer in der Nähe der instrumentenspezifischen Grenzwerte, die die gesunde von der kranken Population trennen. Cut-off *b* wurde bei keinem der Instrumente angewendet, da er in jedem Fall zu großzügig ausfiel, und Werte als gesund bzw. genesen bezeichnet worden wären, die noch deutlich im auffälligen Bereich des jeweiligen Instruments lagen.

Die Analyse und Auswertung der Daten erfolgte überwiegend mit PASW Statistics 18, Version 18.0.0. Zur Berechnung der Effektstärken und der Konfidenzintervalle um die Cut-offs im Rahmen der Berechnung der Klinischen Signifikanz wurde zudem Microsoft Office Excel 2007 verwendet, ebenso für einige Grafiken. Einzelne χ^2 -Unabhängigkeitstests, beispielsweise zum Vergleich mit der Kriminalstatistik, deren Daten nicht im Original vorlagen, wurden online berechnet (Sklorz, o. J.).

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Statistiken

Die Patienten wurden Opfer verschiedenster Gewaltdelikte (Tabelle 2). Zum größten Teil handelte es sich dabei um *Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung*. Männer wurden mehrheitlich Opfer körperlicher Gewalt.

Tabelle 2

Der Traumatisierung zugrunde liegende Deliktarten

Kategorien der Delikte	Frauen		Männer		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit	48	24	29	45	77	28,9
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	78	39	17	26	96	36,1
Raub und Erpressung	32	16	8	12	40	15,0
Schockschaden	8	4	5	8	13	4,9
kein OEG-Delikt	17	8,5	3	4,5	20	7,5
keine Angabe	16	8	3	4,5	20	7,5
Gesamt	199	100	65	100	266	100

Anmerkung. Da bei einer Person die Angabe zum Geschlecht fehlt, ergeben sich Differenzen bei den Kategorien *Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung* und *Gesamt*.

Opfer von *Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung* wurde gut ein Drittel aller Patienten. Die Vergehen in dieser Kategorie waren sehr vielfältig, unter anderem handelte es sich hier um Vergewaltigungen, sexuelle Nötigung und sexuellen Missbrauch. 39 % der untersuchten Mädchen/Frauen, aber nur 26 % der Jungen/Männer wurden Opfer dieser Straftat. Betrachtet man bei den männlichen Opfern nur diejenigen ab 14 Jahren, geht der Anteil männlicher Opfer von Gewalttaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung auf 7 % zurück, während der Anteil weiblicher Opfer in dieser Kategorie mit 38 % der ab 14-Jährigen fast stabil bleibt.

In die Kategorie *Raub und Erpressung* fielen Überfälle auf Geldinstitute, Spielhallen oder Supermärkte, aber auch Delikte wie Handtaschenraub. Es gab natürlich sowohl bei den Sexualdelikten als auch bei den Raubüberfällen Überschneidungen zur Kategorie der *Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit*, da bei beiden Kategorien Gewalt in der Regel ebenfalls eine Rolle spielte. Die Zuweisung erfolgte in diesen Fällen in die Kategorie, der das Hauptmotiv für das Delikt zuzuordnen war. Für eine Traumatisierung ebenfalls relevant war die Kategorie *Schockschaden*. Hier war der Patient nicht das primäre Ziel des tätlichen Angriffs, sondern erlitt ein Trauma als Augenzeuge einer Gewalttat oder als Angehöriger eines getöteten Gewaltopfers. Bei zwei Patienten war kein Gewaltdelikt, sondern ein Verkehrsunfall Ursache des erlebten Traumas, und in 20 Fällen fehlte eine Angabe über die Art des Delikts.

Die Anteile der in den Traumaambulanzen erfassten Deliktarten entspricht nicht den Grundraten der polizeilich registrierten Delikte der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2007 (Bundeskriminalamt, 2008). So fand sich bei den Patienten der Traumaambulanzen ein überproportional hoher Anteil an Opfern von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, während der Anteil von Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit nur knapp halb so groß war, wie die Kriminalstatistik vermuten ließe (Abbildung 2). Die Unterschiede waren im χ^2 -Unabhängigkeitstest statistisch bedeutsam mit $\chi^2 (2, N = 687954) = 977.064, p < .001$. Dies steht im Zusammenhang mit dem hohen Frauenanteil in den Traumaambulanzen (79 % vs. 40 % in der Kriminalstatistik) und der Tatsache, dass die Opfer von Sexualdelikten in der Regel weiblich sind (in Deutschland laut Kriminalstatistik 92 %, in den Traumaambulanzen 94 %).

Tabelle 3

Vergleich mit der polizeilichen Kriminalstatistik der BRD 2007.

	Kriminalitätsstatistik	Traumaambulanzen
Straftaten gg. die körperlicher Unversehrtheit	89 %	36 %
Straftaten gg. die sexuelle Selbstbestimmung	2 %	45 %
Raub und Erpressung	9 %	19 %

Anm.: Prozentwerte jeweils bezogen auf die Summe der Delikte aller drei dargestellten Kategorien.

Eine einmalige Traumatisierung war für 63 % der Fälle Anlass, die Traumaambulanz aufzusuchen (Typ I), während 25 % der Opfer mehrfach oder länger traumatisiert worden waren (Typ II). Bei 12 % der Patienten gab es keine Information über die Art und Häufigkeit der Traumatisierung. In fast der Hälfte der Fälle war der Täter dem Opfer bekannt oder sogar mit ihm verwandt (46 %). Ein knappes Drittel der Opfer kannte den Täter zuvor nicht (30 %). In 18 % der Fälle lag die Angabe zur Täterbeziehung nicht vor. Bei vier Patienten (1,5 %) gab es keinen Täter, da die Ursache der Traumatisierung kein Gewaltdelikt war. Die Täterbeziehung wurde mittels χ^2 -Unabhängigkeitstest auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern überprüft: Männer kannten den Täter in 50 % der Fälle, Frauen in 60 % der Fälle. Diese Unterschiede waren statistisch aber nicht bedeutsam. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Täterbeziehung konnten jedoch beim Traumatyp festgestellt werden: Patienten mit Typ-I-Traumatisierung war der Täter nur in 45 % der Fälle bekannt, hingegen kannten 89 % der Patienten mit Typ-II-Traumatisierung den Täter, $\chi^2 (1, N = 162) = 26.695, p < .001$.

Betrachtet man die Zeitspanne, die zwischen Traumatisierung und Aufnahme der Behandlung in der Traumaambulanz lag, ergibt sich ein Minimum von 0 Tagen und ein Maximum von 522 Tagen, was etwa 1 Jahr und 5 Monaten entspricht (ohne Ausreißer; sonst: Max.: 3771 Tage). Der Modus lag bei 15 Tagen, der Median bei 22 Tagen und das arithmetische Mittel betrug (ohne Ausreißer) 46 Tage. Eine Frühintervention im engeren Sinne, d.h. mit einem Behandlungsbeginn innerhalb der ersten vier Wochen nach der Traumatisierung, erhielten knapp 2 Drittel der Gesamtgruppe.

Die am häufigsten gestellte Diagnose war die einer Posttraumatischen Belastungsstörung (52 %), gefolgt von der Akuten Belastungsreaktion (19 %). In insgesamt 13 % der Fälle wurden verschiedene andere Störungen diagnostiziert, 2 % waren klinisch unauffällig, und in 14 % der Fälle gab es keine Angabe zur Diagnose. Das gesamte Spektrum der Diagnosen findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4

Häufigkeit der gestellten Diagnosen vor der Behandlung nach ICD-10

Diagnosekategorie	Code	N	%
Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1	131	49,2
Akute Belastungsreaktion	F43.0	55	20,6
Anpassungsstörung	F43.2	7	2,7
Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	F43.8	8	3,0
Beobachtung bei V. a. psych. Krankheiten oder Verhaltensstörungen	Z03.2	5	1,9
Anpassungsstörung: Längere depressive Reaktion	F43.21	2	0,8
Leichte und mittelgradige depressive Episode	F32.0, 32.1	2	0,8
Sonst. Emotionale Störung des Kindesalters	F93.8	1	0,4
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	F90.0	1	0,4
Agoraphobie	F40.0	1	0,4
Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	F41.0	1	0,4
Anpassungsstörung: Kurze depressive Reaktion	F43.20	1	0,4
Anpassungsstörung: Angst u. depressive Reaktion, gemischt	F43.22	1	0,4
Sonstige neurotische Störungen	F48.8	1	0,4
klinisch unauffällig	–	7	2,6
keine Angabe	–	42	15,8
Gesamt		266	100,0

Die Art oder Anzahl der angewandten Interventionen war den Therapeuten freigestellt und variierte daher zwischen den Traumaambulanzen bzw. den Behandlern sowie den Erfordernissen des Einzelfalls. In der Regel kamen mehrere Methoden

parallel zum Einsatz; fast in jedem Fall wurden Psychoedukation, Diagnostik und Stabilisierungsmaßnahmen durchgeführt (Tabelle 5). Bei fünf Personen (2 %) lagen diesbezüglich keine Angaben vor.

Tabelle 5

Durchgeführte Interventionen (Mehrfachantworten)

Methoden	N	% der Fälle
Psychoedukation	211	80
Diagnostik	212	80
Stabilisierung	167	63
Beratung bezüglich einer geeigneten Behandlungsform	75	28
Kognitive Umstrukturierung	60	23
Vermittlung in eine andere Therapie	54	20
Gespräch mit einer Bezugsperson	73	27
EMDR	42	16
Sonstiges Therapieverfahren	16	6
Exposition	16	6
Konsiliarische Untersuchung	8	3
Spieltherapie	4	1,5
Familientherapeutische Maßnahmen	4	1,5

Die Anzahl der in der Traumaambulanz wahrgenommenen Sitzungen schwankte zwischen 1 und 23 Sitzungen, mit einem Mittelwert von 5,633 Sitzungen ($SD = 4.9$) und einem Modus von 5 Sitzungen. Die meisten Kontakte (63,5 %) konnten während der sogenannten „Sachverhaltsaufklärung“ (1-5 Sitzungen) abgeschlossen werden; ein knappes Drittel der Patienten nahmen bis zu 15 Sitzungen in Anspruch (27 %). Obwohl der Vertrag mit den Traumaambulanzen maximal 15 vom Versorgungsamt bezahlte Sitzungen in der Traumaambulanz vorsah, fanden bei drei Personen (1 %)

mehr als 15 Sitzungen statt. Bei 22 Personen (8 %) fehlte die Information über die Anzahl der Sitzungen.

Betrachtet man die Erstbescheide, die im OEG-Antragsverfahren in der Untersuchungsgruppe verwaltungsseitig erteilt wurden, ergibt sich die in Abbildung 2 dargestellte Verteilung.

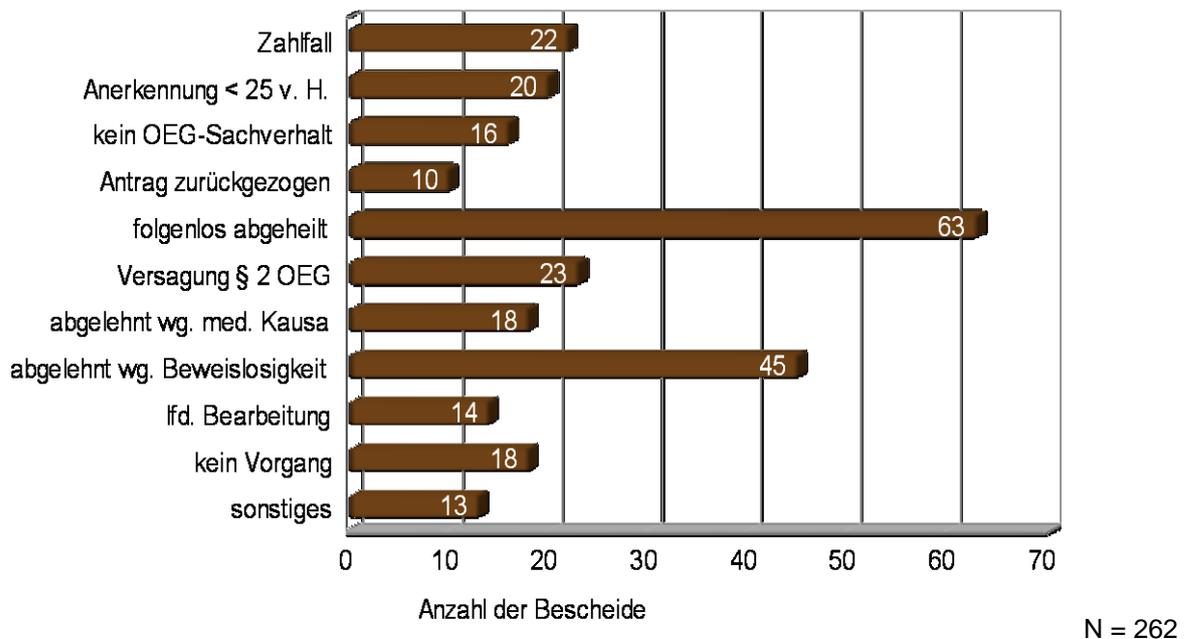


Abbildung 2. OEG-Erstbescheide in der Untersuchungsgruppe

Setzt man diese Bescheidverteilung in Beziehung zu den 2525 Erstbescheiden, die im Bereich Westfalen 2008 im Antragsverfahren nach dem OEG erlassen wurden, ergibt sich in der Kategorie „Folgenlos abgeheilt“ ein Verhältnis von 24 % in der Untersuchungsgruppe zu 14,6 % insgesamt. Da diese Kategorie Situationen beschreibt, in denen nach einem Gewaltereignis im Sinne des § 1 OEG zunächst eine Gesundheitsstörung bestanden hat, die zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung nicht mehr medizinisch fassbar war, ist hierin ein Hinweis auf ein erfolgreiches Wirken der Traumaambulanzen zu sehen. Bei Personen, die nicht durch eine Traumaambulanz unterstützt wurden, werden weniger Bescheide dieser Kategorie erlassen. Hinsichtlich der Anerkennung von Schädigungsfolgen in nicht rentenberechtigendem Ausmaß (< 25 v.H.) ergibt sich hier ein Verhältnis von 8 % (20) zu 15 % (Gesamt), also in etwa einer Halbierung, und dies bei gleichem Verhältnis in den Erstbescheiden der Kategorie „Zahlfall“ (TA: 8,5 %, Gesamt: 7,5 %).

3.2 Subgruppenanalyse

Da es bei der Subgruppenanalyse um mögliche Unterschiede geht, die sich mit Hilfe der psychometrischen Instrumenten abbilden lassen, betrachten wir hier nur die Personen, die ein Alter von mindestens 14 Jahren hatten, weil nur hier Psychometrie in ausreichendem Umfang vorliegt.

Frauen und Männer unterschieden sich in ihrer Anfangsbelastung nur wenig (Tabelle 6). Eine durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse ergab nur für die Variable BDI-V einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen mit $F(1,207) = 6.67, p = .011$. Für die Variablen *Alter* und *Zeit bis Behandlung* waren auf den ersten Blick ebenfalls Mittelwertsdifferenzen zu erkennen, z. B. waren Männer im Durchschnitt 5 Jahre älter und warteten knapp drei Wochen länger, bevor sie eine Traumaambulanz aufsuchten. Keiner der Unterschiede war jedoch statistisch signifikant. Von allen 211 Patienten waren 57 % bei der Erstvorstellung traumaspezifisch belastet, d. h. der berechnete Diagnostische Wert X der IES-R war positiv. 41 % waren in der Erstmessung der IES-R nicht auffällig. Für drei Patienten (1 %) lag die Information nicht vor, d. h. bei ihnen fehlte die erste Messung der IES-R. 61 % der Gesamtgruppe waren klinisch relevant depressiv, und 76 % hatten eine erhöhte Symptombelastung im SCL-27 GSI.

Tabelle 6

Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Erstmessung

Variable	Frauen			Männer			gesamt		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
IES-R Gesamt ^a	0.2	1.4	164	-0.1	1.7	42	0.1	1.5	206
IES-R Intrusion	23.0	8.6	164	20.9	9.4	42	22.6	8.8	206
IES-R Vermeidung	20.8	8.3	164	20.1	9.1	42	20.6	8.5	206
IES-R Übererregung	23.4	7.8	164	21.8	9.7	42	23.1	8.3	206
BDI-V	44.5	21.4	166	35.1	20.4	43	42.6	21.5	209
SCL-27 GSI ^b	1.8	1.0	156	1.9	1.3	41	1.9	1.0	197
GAF	61.6	13.6	151	64.9	14.6	42	62.3	13.9	193
Alter in Jahren	33.0	14.7	166	38.1	16.7	43	34.1	15.2	209
Sitzungen	6.2	5.2	154	6.3	5.2	41	6.2	5.2	195
Zeit bis Behandlung ^c	34.8	45.4	87	54.1	67.3	28	39.5	51.9	115

^a Es wurde der berechnete diagnostische Wert X verwendet (Maercker und Schützwohl, 1998).

^b Es wurden die mit Hilfe der Formel von Hardt et al. (2004) transformierten Werte verwendet.

^c Zeitspanne zwischen Traumatisierung und Behandlungsbeginn im ersten Jahr (ohne Ausreißer)

Von den Patienten, die traumaspezifisch belastet waren, hatten wiederum 72 % ebenfalls auffällige Werte im BDI-V und 93 % beim SCL-27 GSI. Die traumaspezifisch belasteten Patienten unterschieden sich von den nicht traumaspezifisch Belasteten auch in allen anderen Symptomvariablen signifikant (Tabelle 7), nicht aber bezüglich des Alters oder der Anzahl der Sitzungen. Allerdings wurde der Levene-Test für die Variablen IES-R (Gesamt und alle Subskalen) und SCL-27 GSI signifikant, d. h. hier kann nicht von Varianzhomogenität ausgegangen werden. Eine Überprüfung mit einem nichtparametrischen Verfahren, dem Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben, erbrachte jedoch dasselbe Ergebnis wie die Varianzanalyse, d. h. die Unterschiede zwischen den Gruppen waren für die Variablen IES-R, BDI-V, SCL-27 GSI und GAF hochsignifikant ($p < .001$), für die Variablen Alter und Sitzungen nicht.

Tabelle 7

Einfaktorielle Varianzanalyse: Unterschiede zwischen traumaspezifisch belasteten und anderen Patienten in der Erstmessung

Variable	IES-R auffällig			IES-R unauffällig			F (df)	p
	M	SD	N	M	SD	N		
IES-R Gesamt ^a	1.1	0.6	121	-1.3	1.0	87	455.65 (1, 206)	< .001
IES-R Intrusion	26.9	6.0	121	16.5	8.6	87	105.86 (1, 206)	< .001
IES-R Vermeidung	24.9	6.1	121	14.8	7.8	87	108.11 (1, 206)	< .001
IES-R Übererregung	28.6	3.8	121	15.4	6.3	87	353.28 (1, 206)	< .001
BDI-V	49.5	20.9	121	33.1	18.4	87	34.75 (1, 206)	< .001
SCL-27 GSI ^b	2.2	0.8	112	1.3	1.1	82	48.27 (1, 192)	< .001
GAF	58.4	13.0	111	67.4	13.3	81	21.79 (1, 190)	< .001
Alter in Jahren	34.9	15.6	121	32.9	14.8	87	0.89 (1, 206)	.346
Sitzungen	6.4	5.2	113	5.8	5.1	80	0.56 (1, 191)	.456

^a Es wurde der berechnete diagnostische Wert X verwendet (Maercker und Schützwohl, 1998).

^b Es wurden die mit Hilfe der Formel von Hardt et al. (2004) transformierten Werte verwendet.

Geprüft wurde außerdem, ob sich Patienten, die nach der ersten Messung ohne Therapie die Behandlung in der Traumaambulanz beendet hatten, von Patienten unterschieden, die weitere Sitzungen in Anspruch genommen und daher auch die Abschluss und evtl. die Katamnesemessung durchlaufen hatten. Wie aus Tabelle 8 ersichtlich, gab es zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Differenzen. Auch wenn man nur die Gruppe der traumaspezifisch Belasteten betrachtet, ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Patienten, die nur eine Messung hatten und denjenigen, die mehrere Messungen hatten.

Tabelle 8

Einfaktorielle Varianzanalyse: Unterschiede in der Anfangsbelastung zwischen Fällen, die nur die erste Messung aufweisen und den anderen.

Variable	nur Erstmessung			andere			F (df)	p
	M	SD	N	M	SD	N		
IES-R Gesamt ^a	0.3	1.3	62	0.0	1.5	146	2.29 (1, 206)	.132
IES-R Intrusion	22.9	8.3	62	22.5	9.0	146	0.10 (1, 206)	.750
IES-R Vermeidung	22.3	7.9	62	20.0	8.6	146	3.33 (1, 206)	.069
IES-R Übererregung	23.9	7.5	62	22.7	8.5	146	0.96 (1, 206)	.328
BDI-V	41.4	22.9	62	42.1	20.8	149	0.26 (1, 209)	.612
SCL-27 GSI ^b	1.7	1.1	54	1.9	1.0	143	1.36 (1, 195)	.245
GAF	59.9	13.8	53	63.2	13.7	142	2.31 (1, 193)	.130
Alter	31.1	15.6	62	35.3	15.0	149	3.39 (1, 209)	.067

^a Es wurde der berechnete diagnostische Wert X verwendet (Maercker und Schützwohl, 1998).

^b Es wurden die mit Hilfe der Formel von Hardt et al. (2004) transformierten Werte verwendet.

Da die Zeitspanne zwischen Traumatisierung und Behandlung sehr stark variierte, war von Interesse, ob sich Personen, deren Trauma schon länger zurücklag, von Personen unterschieden, die recht schnell die Traumaambulanz aufgesucht hatten. Eine Trennung in *Frühintervention* (Behandlung innerhalb eines Monats nach dem Trauma) und *andere* (Behandlung später) erschien am sinnvollsten. Es konnten in der Varianzanalyse jedoch keinerlei signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen festgestellt werden, weder hinsichtlich der Symptomvariablen noch hinsichtlich der Anzahl der Sitzungen oder des Alters (Tabelle 9). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es auch hier wieder eine große Zahl an fehlenden Werten gab: bei 92 Personen (44 %) lag die Angabe zum Tatzeitpunkt nicht vor, sodass auch die Zeitspanne zwischen Trauma und Behandlung nicht ermittelt werden konnte.

Tabelle 9

Einfaktorielle Varianzanalyse: Unterschiede in der Anfangsbelastung zwischen Fällen, deren Traumatisierung maximal einen Monat (Frühintervention) oder länger zurückliegt.

Erstmessung der Variable	Zeit seit Traumatisierung						F (df)	p
	weniger als 1 Monat			mehr als 1 Monat				
	M	SD	N	M	SD	N		
IES-R Gesamt ^a	-0.1	1.3	67	0.0	1.7	49	0.014 (1, 114)	.905
IES-R Intrusion	22.5	8.2	67	21.8	9.8	49	0.134 (1, 114)	.715
IES-R Vermeidung	18.7	7.6	67	19.7	9.5	49	0.337 (1, 114)	.563
IES-R Übererregung	22.9	7.8	67	22.7	9.1	49	0.034 (1, 114)	.855
BDI-V	39.5	22.2	68	41.2	22.4	51	0.162 (1, 117)	.688
SCL-27 GSI ^b	1.8	1.0	65	1.8	1.3	50	0.000 (1, 113)	.984
GAF	63.7	13.9	64	64.0	13.3	50	0.016 (1, 112)	.900
Alter	36.2	15.4	68	37.3	17.1	51	0.145 (1, 117)	.704
Sitzungen	6.2	5.2	67	6.2	5.1	49	0.000 (1, 114)	.994

^a Es wurde der berechnete diagnostische Wert X verwendet (Maercker und Schützwohl, 1998).

^b Es wurden die mit Hilfe der Formel von Hardt et al. (2004) transformierten Werte verwendet.

3.3 Effekte der Behandlung

3.3.1 Behandlungseffekte in der Gruppe der Kinder bis 13 Jahre

Wegen der geringen Stichprobengröße (N = 43), die sich zudem noch auf 2 Altersgruppen mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten verteilte, sind Aussagen zu den Behandlungseffekten bei Kindern allenfalls als erste Hinweise auf die Wirksamkeit der Traumambulanzbehandlung für diese Altersgruppen zu verstehen. Unter Berücksichtigung dieser Limitierung sind folgende Ergebnisse zu berichten:

Aus den SUD-Messungen ergaben sich die in Abbildung 3 dargestellten Verlaufswerte.

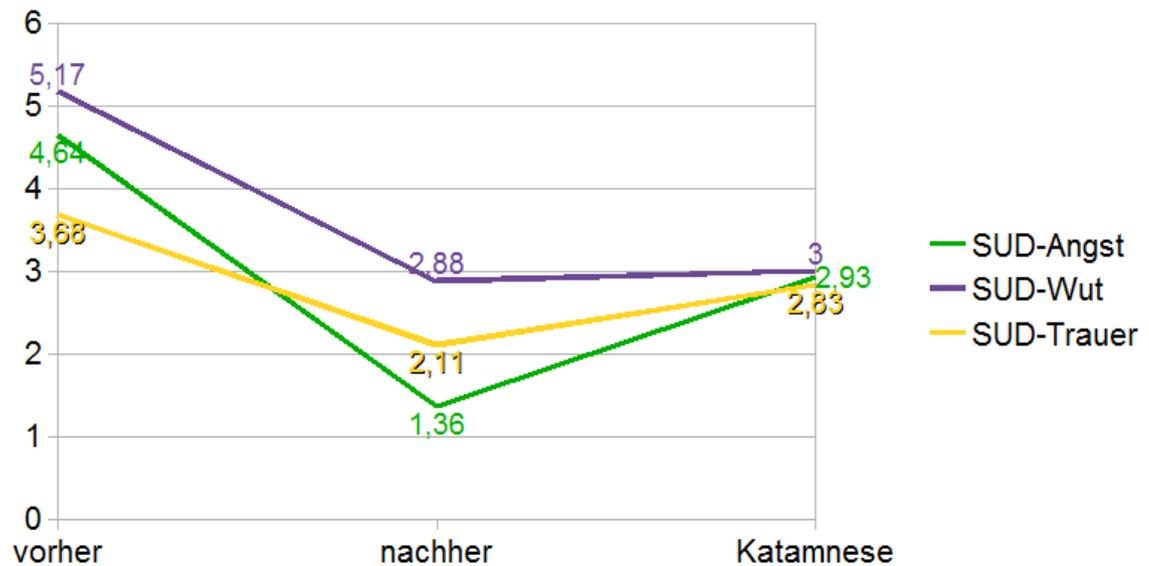


Abbildung 3. Mittelwerte der SUD (Subjective Units of Disturbance)

Für die Prä-Post-Messungen lagen nur $N = 21$ Messwertpaare vor. Die Differenz der Mittelwerte (T-Test) war dennoch signifikant. Hinsichtlich der Effektstärke ergaben sich folgende Werte für die einzelnen Subskalen:

Cohen's d Angst = 1.29

Cohen's d Wut = .73

Cohen's d Trauer = .59

Für die Katamnese lagen nur noch 14 Werte vor. Es ist dennoch erkennbar, dass hier der Effekt über die Zeit stabil geblieben ist.

Für die Altersgruppe bis 7 Jahre wurde der Elternfragebogen Child Behavior Checklist (CBCL) eingesetzt. Diese Checkliste eignet sich nicht für die Verlaufskontrolle (keine Postmessung). Als Katamnese messung wurden nur 8 Listen, zum Teil auch sehr lückenhaft, vorgelegt. Damit konnte eine statistische Analyse der Daten nicht sinnvoll erfolgen und ist deshalb mangels Masse unterblieben.

Die Child Dissoziative Checklist (CDC) wurde in der Altersgruppe bis 7 Jahren ebenfalls nur als Prä-Messung eingesetzt und als solche in 11 Fällen bearbeitet. Der Mittelwert lag bei 5,81 und der Median bei 4. Der kritische Wert von 12 wurde in 2 Fällen überschritten, was klinisch den Einsatz weiterer Maßnahmen zur diagnostischen Abklärung dissoziativer Störungen rechtfertigen würde.

In der Gruppe der 8- bis 13-Jährigen konnte zu 13 Verläufen (Katamnese: 8) die Child Revised Impact of Event Scale (CRIES) ausgewertet werden. Die Veränderung der Mittelwerte ist in Abbildung 4 zu sehen.

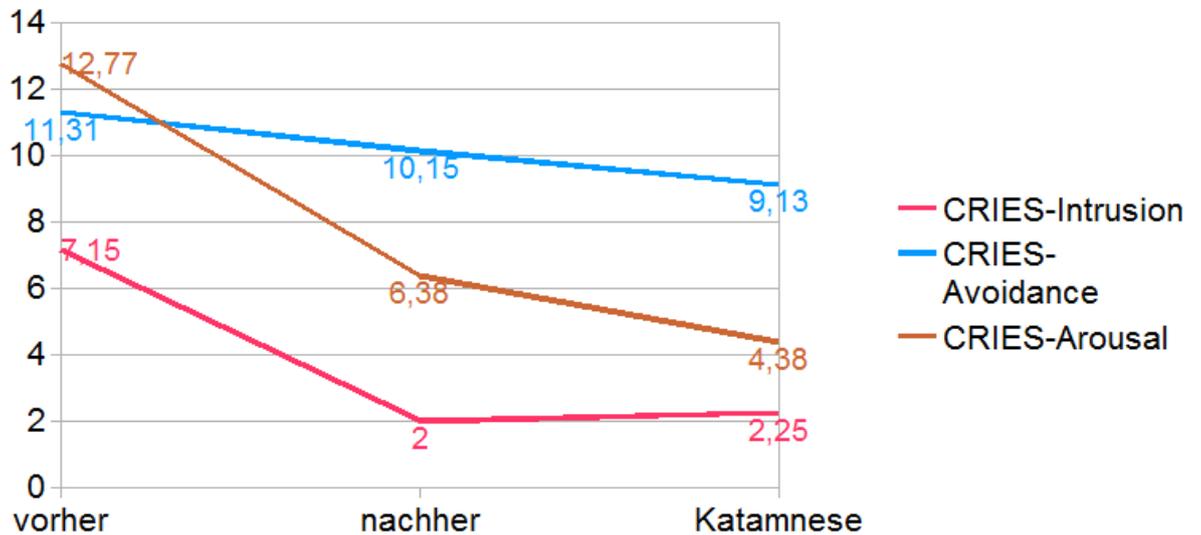


Abbildung 4. Mittelwerte CRIES (Child Revised Impact of Event Scale)

Hier waren die Mittelwertunterschiede (T-Test) in den Skalen Intrusion und Erregung signifikant. Die Veränderung auf den 3 Unterskalen erreichte folgende Größen:

Cohen's d Intrusion: 1.28

Cohen's d Vermeidung: .16

Cohen's d Arousal: .76

Im Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) erreichten nur 3 Personen einen auffälligen Ausgangswert von > 18. Für die Vorher-Nachher-Messung lagen 12 Messwertpaare vor. Die Werte sind in Abbildung 5 dargestellt.

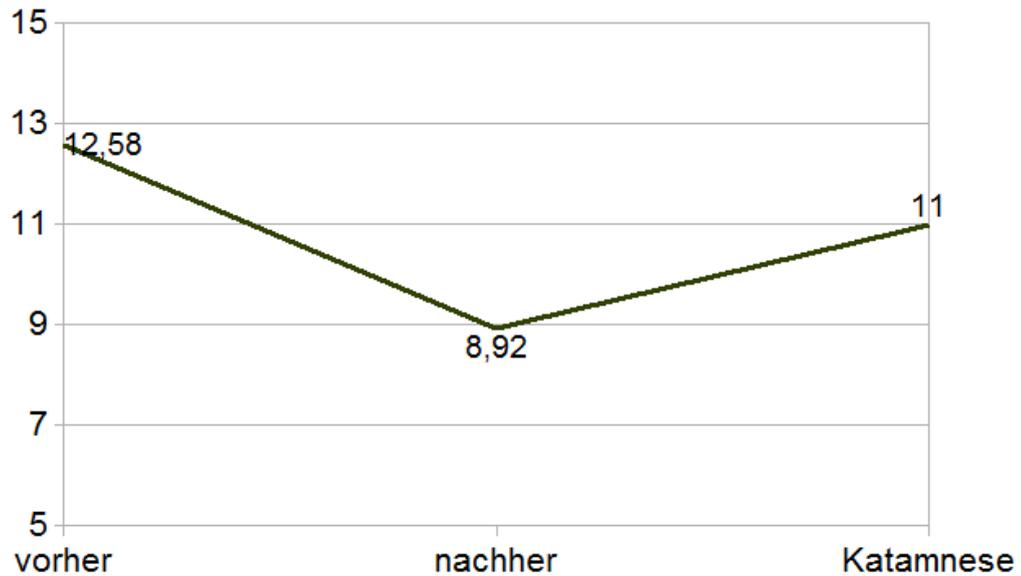


Abbildung 5. Mittelwerte im DIKJ

Wohl aufgrund der geringen Fallzahl wurde hier die Differenz der Mittelwerte (T-Test) nicht signifikant. Die Effektstärke Cohen's d lag nur bei .41. Die Katamnese-messung ($N = 8$) ergab auch ein leichtes Ansteigen der Werte.

Die Werte in der Skala für dissoziative Erfahrungen bei Jugendlichen (A-DES-8) sind in Abbildung 6 dargestellt. Hier wurden in 23 Prä-Messungen der Altersgruppe 8-13 Jahre in 6 Fällen der kritische Wert von 3 erreicht bzw. überschritten, was eine weitere Diagnostik im Bereich dissoziativer Störungen gerechtfertigt hätte.

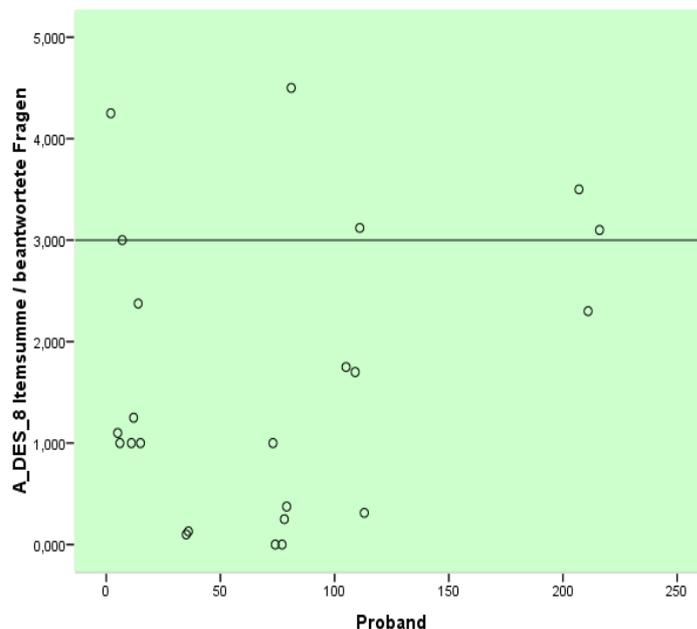


Abbildung 6. Prä-messungen der A-DES-8

Alle weiteren Analysen beziehen sich auf Personen im Alter ab 14 Jahren.

3.3.2 Varianzanalysen mit Messwiederholung

Wenn man nur Fälle berücksichtigt, die zu Beginn eine traumaspezifische Symptomatik aufwiesen, blieben für die Varianzanalyse mit Messwiederholung lediglich zwischen 34 und 40 Patienten, bei denen im jeweiligen Instrument alle drei Messungen vorlagen. Trotzdem ließen sich für alle Symptomvariablen bedeutsame Unterschiede nachweisen (Tabelle 9). Die paarweisen Vergleiche ergaben für alle Skalen hochsignifikante Mittelwertsdifferenzen zwischen Prä- und Post- bzw. Prä- und Katamnese-messung ($p < .001$), und zwar im Sinne einer deutlichen Symptomreduktion. Die Differenzen zwischen Post- und Katamnese-messung waren ausnahmslos nicht signifikant ($p > .525$).

Tabelle 9

Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung bei Fällen mit traumaspezifischer Symptomatik

Skala	Prä		Post		Katamnese		F (df)	p	N
	M	SD	M	SD	M	SD			
IES-R Gesamt ^a	1.1	0.5	-0.6	1.7	-1.0	1.9	31.44 (2, 78)	< .001	40
IES-R Intrusion	28	5.1	16.5	9.6	17.3	10.3	42.00 (2, 78)	< .001	40
IES-R Vermeidung	24.7	5.8	20.2	8.3	18.1	10.4	10.01 (1.7, 66.8) ^c	< .001	40
IES-R Übererregung	28.5	3.4	17.8	10.3	16.6	9.8	34.24 (2, 78)	< .001	40
BDI-V	51.1	17.5	36.1	22.5	36.2	22.0	15.23 (2, 76)	< .001	39
SCL-27 GSI ^b	2.3	0.7	1.4	1.2	1.5	1.1	21.16 (2, 76)	< .001	39
GAF	62.0	12.9	76.3	15.9	75.0	14.9	29.51 (1.6, 54.0) ^c	< .001	34

Anmerkung. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

^a Es wurde der berechnete diagnostische Wert X verwendet (Maercker und Schützwohl, 1998).

^b Es wurden die mit Hilfe der Formel von Hardt et al. (2004) transformierten Werte verwendet.

^c Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser aufgrund von Sphärizitätsverletzungen.

3.3.3 T-Tests und Effektstärken

Auch bei den T-Tests mit abhängigen Stichproben zeigten sich durchweg hochsignifikante Mittelwertsunterschiede: Den Patienten ging es nach der Behandlung bedeutend besser (Tabelle 10). Für die Effektgröße Cohen's d zwischen Prä- und Postmessung gilt laut Cohen (1988), dass $d = 0.2$ einen kleinen, $d = 0.5$ einen mittleren und $d = 0.8$ einen großen Effekt anzeigt. Die hier gefundenen Effektstärken waren demnach bis auf die der IES-R-Subskala Vermeidung alle hoch. Über alle Instrumente gemittelt ergab sich eine durchschnittliche Effektstärke von $d = 1.04$ ($SD = 0.28$), wobei die Effektstärke der IES-R-Gesamtskala, nicht aber die der Subskalen verwendet wurde, und die Effektstärke der GAF-Skala wegen der umgekehrten Skalenpolung als Betrag einging. Das 95%-Konfidenzintervall [0.77; 1.31] schließt die Null nicht ein, d. h. es kann davon ausgegangen werden, dass der gefundene mittlere Effekt signifikant von Null verschieden ist (Brandstätter, 1999; Faller, 2004).

Tabelle 10

T-Test für abhängige Stichproben und Effektstärken bei Fällen mit traumaspezifischer Symptomatik

Skala	Prä		Post		t (df)	p	Cohen's d	N
	M	SD	M	SD				
IES-R Gesamt ^a	1.2	0.5	-0.7	1.8	9.28 (71)	< .001	1.46	72
IES-R Intrusion	27.4	5.7	16.6	10.2	10.23 (71)	< .001	1.31	72
IES-R Vermeidung	25.0	5.8	18.7	9.7	5.64 (71)	< .001	0.78	72
IES-R Übererregung	28.9	3.3	17.6	10.2	9.59 (71)	< .001	1.49	72
BDI-V	51.0	18.4	33.3	21.6	8.04 (70)	< .001	0.88	71
SCL-27 GSI ^b	2.3	0.7	1.4	1.3	7.28 (66)	< .001	0.89	67
GAF	59.0	13.3	73.7	17.7	-9.26 (72)	< .001	-0.94 ^c	73

^a Es wurde der berechnete diagnostische Wert X verwendet (Maercker und Schützwohl, 1998).

^b Es wurden die mit Hilfe der Formel von Hardt et al. (2004) transformierten Werte verwendet.

^c negativ aufgrund der umgekehrten Skalenpolung.

Betrachtet man die Veränderung der Werte über alle Instrumente, indem die Messwerte mittels einer linearen Transformation zu einem Gesamtbelastungs-Index zusammengezogen werden, ergibt sich ebenfalls, dass die Belastungswerte über die Behandlungszeit hochsignifikant abnehmen, diese Veränderung eine hohe bis sehr hohe Effektstärke aufweist und zudem über die Zeit stabil bleibt. Eine solche Berechnung ist in Abbildung 7 dargestellt.



Nur Fälle mit auffälliger IES-R in der Erstmessung

Vorher- u. Nachher-Messung: N = 73; Katamnese: N = 40

Differenz der Mittelwerte (T-Test) hochsignifikant

Effektstärke Cohen's d = 1.411. Alle Fälle: Cohen's d = .838

Abbildung 7. Mittelwerte Gesamtbelastung

3.3.4 Klinische Signifikanz

Betrachtet man nur die traumaspezifischen Symptome, gemessen durch die IES-R, so ergab sich über alle Subskalen gemittelt ein Anteil von 67 % der Patienten, denen es nach der Behandlung klinisch signifikant besser ging; 42 % der Patienten konnten sogar als genesen bezeichnet werden. 4 % der Patienten ging es nach der Behandlung schlechter als vorher. Über alle Instrumente gemittelt, resultierte eine durchschnittliche Besserungsrate von 62 %; 41 % der Untersuchten konnten als genesen bezeichnet werden und knapp 3 % ging es nach der Behandlung schlechter. Die detaillierten Ergebnisse der Berechnungen zur klinischen Signifikanz sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11

Klinische Signifikanz der Behandlungseffekte bei Fällen mit traumaspezifischer Symptomatik

Instrument	Gebesserte	„Gesunde“	Cut-off	Verschlechterte	von N *
BDI	47,6 %	40,5 %	c	0 %	84
IES-R Intrusion	75,0 %	45,8 %	a	1,4 %	72
IES-R Vermeidung	50,0 %	25,0 %	a	6,9 %	72
IES-R Übererregung	75,0 %	55,6 %	a	4,2 %	72
SCL-27 GSI	62,5 %	37,5 %	c	1,9 %	104

* Nur Fälle, die im jeweiligen Instrument bei der Erstmessung auffällig waren

Anmerkung. „Gesunde“ bezeichnet den Anteil an Patienten, deren Werte sich nach der Behandlung signifikant verbessert hatten *und* jenseits des gewählten Cut-offs lagen (Teilmenge von „Gebesserte“).

Eine grafische Darstellung zur klinischen Signifikanz der IES-R-Gesamtskala findet sich in Abbildung 8. Das Streudiagramm bildet alle 130 Fälle ab, die bei der IES-R sowohl Prä- als auch Postmessung aufwiesen. So kann auch die klinische Veränderung der nicht traumaspezifisch belasteten Patienten ($x \leq 0$) nachvollzogen werden: Hier hatten sich 19 % der Patienten signifikant verschlechtert (gegenüber 7 % der traumaspezifisch Belasteten). Die Unterschiede waren im χ^2 -Unabhängigkeitstest statistisch signifikant mit $\chi^2(1, N = 130) = 4.301, p < .05$. 14 % derjenigen, die vorher nicht traumaspezifisch belastet waren, hatten sich so sehr verschlechtert, dass sie nach der Behandlung als auffällig eingestuft wurden ($x \leq 0$ und $y > 0$).

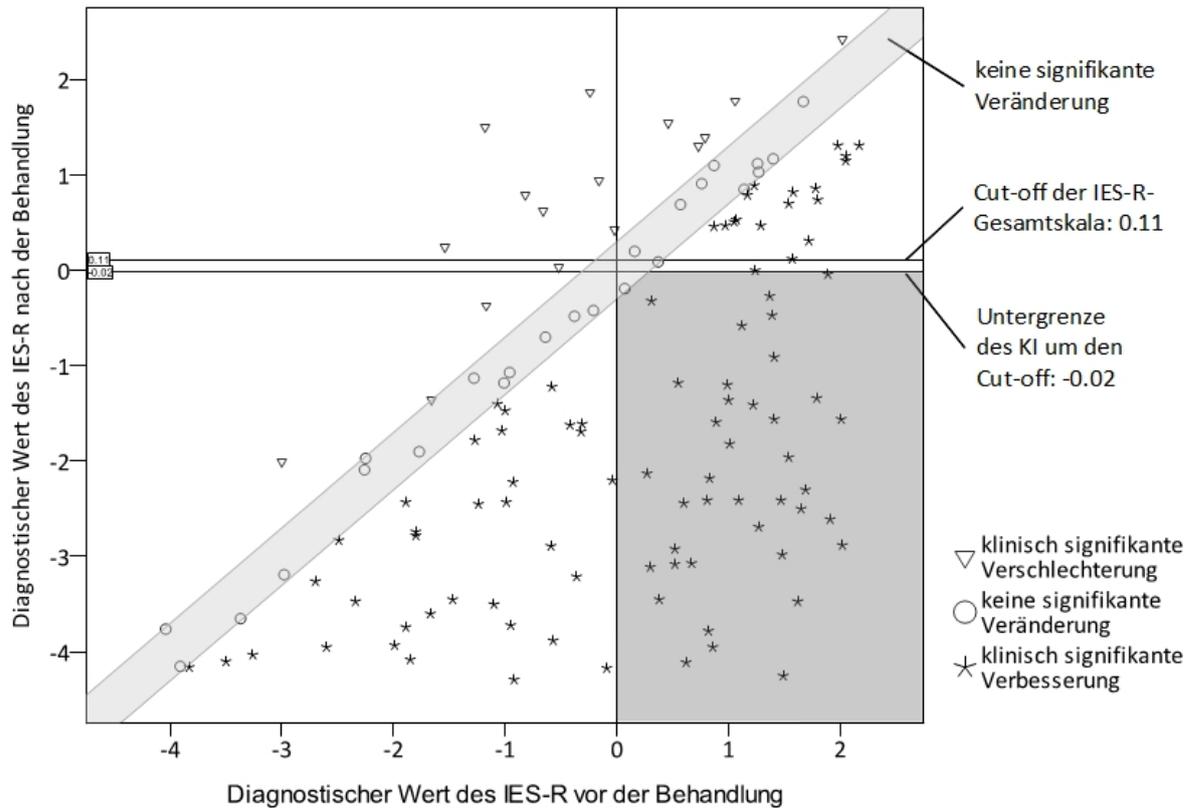


Abbildung 8. Grafische Darstellung der Klinischen Signifikanz bei der IES-R (N=130).

KI = Konfidenzintervall. Der dunkelgrau unterlegte Bereich umfasst die Fälle der Kategorie „genesen“, also alle Fälle, deren IES-R-Werte bei der Erstmessung auffällig waren ($x > 0$), sich nach der Behandlung klinisch signifikant verbessert hatten und unter der Untergrenze des Konfidenzintervalls um den Cut off lagen ($y < -0.02$). Die hellgrau unterlegte Fläche schließt diejenigen Fälle ein, deren Werte sich durch die Behandlung nicht signifikant verändert haben (Kategorie „gleich“). Cut-off der IES-R Gesamtskala: 0.11 Untergrenze des KI um den Cut-off: -0.02 keine signifikante Veränderung

4 Diskussion

4.1 Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung konnten bestätigen, dass die Behandlung in den Traumaambulanzen erfolgreich war. Trotz einiger Einschränkungen ließen sich statistisch und klinisch signifikante positive Behandlungseffekte nachweisen, die auch ein halbes Jahr nach dem Ende der Therapie noch stabil waren; die Symptomatik der Patienten konnte nachhaltig gebessert werden. Auch aus Patientensicht sind die Traumaambulanzen ein voller Erfolg: Die Patienten sind mit diesem Angebot äußerst zufrieden (Koch-Stoecker, 2010). Es kann davon ausgegangen werden, dass bei den meisten Behandelten die Entstehung oder Chronifizierung einer Traumafolgestörung verhindert werden konnte, da sich ein großer Teil der Patienten bezüglich der traumaspezifischen Maße signifikant besserte. Nur ein sehr kleiner Teil der untersuchten Gruppe erfuhr eine Verschlechterung.

Im Vergleich mit Effektivitätsstudien in der Literatur lagen die hier gefundenen Effektstärken im mittleren Bereich: Die durchschnittlichen Prä-Post-Effektstärken, die in Metaanalysen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen über unterschiedliche Therapieverfahren hinweg ermittelt wurden, lagen bei $d = 0.52$ (Sherman, 1998), $d = 1.43$ (Bradley, Greene, Russ, Dutra und Westen, 2005) und $d = 1.17$ bei Selbstbeurteilungsmaßen bzw. $d = 1.51$ bei Fremdbeurteilung (Van Etten und Taylor, 1998). Ganz ähnliche Therapieeffekte wie in den Traumaambulanzen fanden sich bei Beck, Palyo, Winer, Schwagler und Ang (2007), die für virtuelle Expositionstherapie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen nach Unfällen Effektstärken von $d = 0.60$ für depressive Symptome und $d = 0.79$ bis $d = 1.49$ für traumaspezifische Symptome ermittelten. Sehr starke Effekte konnten Gillespie, Duffy, Hackmann und Clark (2002) nachweisen: Sie fanden $d = 2.47$ bei der Behandlung von Traumatisierten mit kognitiv-behavioraler Therapie nach der Explosion einer Autobombe in Nordirland 1998. Brewin et al. (2008) führten ein „Gesundheitsprogramm“ zur Prävention psychischer Störungen nach den Bombenanschlägen von London 2005 durch und fanden Effektstärken zwischen $d = 1.04$ und $d = 2.53$. Auch Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand und Dolatabadi (2004) ermittelten hohe Prä-Post-Effektgrößen von $d = 0.71$ bis $d = 2.80$ beim Vergleich von kognitiv-behavioraler Therapie und EMDR bei sexuell

missbrauchten iranischen Mädchen. Eher niedrige Werte zeigten sich bei Schnurr et al. (2007) in ihrer Studie zum Vergleich verschiedener kognitiv-behavioraler Therapieformen bei Frauen mit Posttraumatischer Belastungsstörung. Hier lagen die Effektstärken zwischen $d = 0.01$ und $d = 0.80$, je nach Therapieform und Messinstrument.

Nur wenige Studien waren zu finden, in denen das Konzept der klinischen Signifikanz nach Jacobson und Truax (1991) auf dieselbe Weise angewendet wurde wie in der vorliegenden Analyse. Zum Beispiel untersuchten Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen und Nielsen (2009) anhand des OQ-45 Veränderungsraten bei Psychotherapien an einer universitären Beratungsstelle mit Archivdaten von 4676 Patienten. Sie ermittelten bei ihrer Analyse einen Prozentsatz von 42 % signifikant gebesserter Patienten, die vor der Behandlung klinisch auffällig waren. Söderberg und Tungström (2007) bewerteten Therapieerfolge in der ambulanten Psychiatrie anhand von GAF-Werten: Insgesamt verbesserten sich 35 % der 11966 Patienten klinisch signifikant, 28 % konnten als genesen bezeichnet werden. Mullin, Barkham, Mothersole, Bewick und Kinder (2006) erstellten mit dem CORE-OM Referenzwerte für den Erfolg von Beratungen und Psychotherapien und werteten dafür Daten von 11953 Patienten aus. Sie fanden Besserungsraten von 72 %; genesen waren 54 % und verschlechtert hatten sich 2 % der behandelten Patienten. Mit diesen Ergebnissen lassen sich die Therapieerfolge in den Traumaambulanzen durchaus vergleichen.

4.2 Einschränkungen

Da es sich hierbei nicht um eine randomisierte und kontrollierte, sondern um eine naturalistische Studie handelt, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Ohne Kontrollbedingung ist keine Aussage darüber möglich, welcher Teil der Traumatisierten sich auch ohne Behandlung erholen würde. Laut DSM-IV erfährt etwa die „Hälfte der Fälle innerhalb von 3 Monaten eine vollständige Remission“ (Saß, Wittchen und Zaudig, 1997, S. 490). Zumindest für diejenigen, die bereits relativ kurz nach dem traumatischen Ereignis die Traumaambulanz aufsuchten, ist dies zu bedenken.

Des Weiteren gefährdet die geringe Stichprobengröße gerade zum Katamnesezeitpunkt die Gültigkeit der Ergebnisse, da keine Information darüber vorliegt, warum

bei einem Teil der Patienten die Katamnesemessung nicht durchgeführt werden konnte. Möglicherweise ging es diesen Patienten wieder so gut, dass sie eine weitere Untersuchung nicht für nötig erachteten. Ebenfalls möglich, wenn auch weniger wahrscheinlich, wäre jedoch, dass eine Verschlechterung eintrat. Doch gerade dann wäre zu erwarten gewesen, dass die Patienten einen weiteren Termin bereitwillig wahrnehmen. Allerdings kann nicht beurteilt werden, ob die Patienten zusätzliche oder weitergehende Behandlungen in anderen Einrichtungen in Anspruch nahmen. Dasselbe gilt für Patienten, die bereits nach der ersten Messung die Behandlung abgebrochen hatten. Möglicherweise hätten Unterschiede in der Anfangsbelastung Aufschluss über die Gründe des Ausscheidens geben können. In der Symptomschwere unterschieden sich diese jedoch nicht von Patienten, welche auch die Abschluss- und Katamnesemessung aufwiesen, daher ist es unwahrscheinlich, dass es ihnen so gut oder so schlecht ging, dass sie die Behandlung in der Traumaambulanz nicht hätten fortführen können.

Darüber hinaus erlaubte die kleine Stichprobe keine detailliertere Analyse, z. B. zum Vergleich der Effektivität einzelner Behandlungsmethoden oder einzelner Traumaambulanzen, da die Untergruppen zu klein gewesen wären. Inwieweit die relativ große Zahl der Ambulanzen und damit unterschiedlicher Behandlungsansätze zu einer Verzerrung der Gesamtergebnisse geführt hat, lässt sich daher nicht ermes- sen. Bei den meisten Patienten fehlte jegliche Information über möglicherweise schon vor dem Trauma bestehende komorbide Erkrankungen oder andere Faktoren, die zur Symptomatik beigetragen haben könnten. Die Tatsache, dass nicht alle Pati- enten traumatypische Symptome zeigten, wohl aber erhöhte Belastungen beim SCL- 27 GSI und „leichte Beeinträchtigungen“ im Globalen Funktionsniveau, könnte evtl. ein Indiz dafür sein, dass das erlebte Trauma nicht bei allen Patienten die einzige Belastung war, der sie ausgesetzt waren. Dass sowohl Patienten mit als auch ohne traumaspezifische Symptome fast die gleiche Anzahl an Sitzungen in Anspruch nahmen, könnte ebenfalls darauf hinweisen.

Die Tatsache, dass es bei Patienten, die zunächst keine traumaspezifischen Symp- tome aufwiesen, nach der Behandlung häufiger zu einer signifikanten Verschlech- terung kam, bedarf gleichfalls einer Erklärung. Eventuell handelte es sich hier um das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit verzögertem Beginn. Bei allen Verschlechterungen muss aber grundsätzlich auch an Belastungsfaktoren ge-

dacht werden, die erst nach Beginn der Therapie auftraten, wie etwa eine Retraumatisierung der Patienten durch erneute Konfrontation mit dem Täter vor Gericht oder das Wegbrechen von sozialer Unterstützung aus dem privaten Umfeld, die in der ersten Zeit nach dem Trauma noch gegeben war.

Weiterhin ist unbekannt, ob es systematische Unterschiede gab zwischen Gewaltopfern, die eine Traumaambulanz aufsuchten, und solchen, die dies nicht taten. Die in der Einleitung genannten Opferzahlen aus 2007 lassen im Zusammenhang mit den bedingten Wahrscheinlichkeiten vermuten, dass es wesentlich mehr Personen gegeben haben muss, die nach einem erlebten Gewaltdelikt Belastungssymptome entwickelt haben. Warum trotz Aufklärungsarbeit seitens der Polizei und der Hilfsorganisationen wie dem Weißen Ring so wenige Personen in den Traumaambulanzen Hilfe gesucht haben, und ob bzw. worin sich diese von den anderen unterscheiden, ist unklar.

Die Berechnungen zur klinischen Signifikanz liegen zwar in einem Bereich, der mit Befunden aus der allgemeinen klinischen Forschung vergleichbar ist, ein Problem stellt jedoch das Fehlen von Normwerten dar, wie es bei der IES-R und der GAF-Skala der Fall ist. Dadurch ist kein objektiver Bewertungsmaßstab gegeben, da sämtliche Berechnungen ausschließlich auf der Verteilung der dysfunktionalen Population basieren. Cut-offs waren hier zwar berechenbar, sollten aber mit Bedacht interpretiert werden. Auf diese Probleme wiesen auch Lambert und Ogles (2009) hin. Eine gewisse Validierung des Cut-offs ist zumindest bei der IES-R-Gesamtskala durch den Diagnostischen Wert X gegeben, der mit dem ermittelten Cut-off fast genau übereinstimmt.

4.3 Ausblick

Auffällig war der große Frauenanteil in den Traumaambulanzen. Dieser könnte erklärt werden durch ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Frauen und Männern, was Psychotherapie und Hilfsangebote im Allgemeinen betrifft. Von Männern wird immer noch erwartet, psychische Probleme entweder gar nicht erst zu haben oder aber sie selbst zu bewältigen; gerade Gefühle von Angst und Hilflosigkeit, wie sie für Gewaltopfer typisch sind, entsprechen nicht dem männlichen (Selbst-) Bild, und somit ist die Inanspruchnahme von Hilfe für viele tabu (Ingenberg, 2003;

Pieper und Maercker, 1999). Männer neigen dazu, traumatische Erfahrungen anders zu kompensieren, beispielsweise durch Somatisierung oder erhöhten Alkoholkonsum, was langfristig ihre Probleme verschlimmert und außerdem zu höheren Folgekosten durch Arbeitsausfall, Frühberentung o. ä. führt (Pieper und Maercker, 1999). In den Opferschutzbroschüren sind zwar sowohl männliche als auch weibliche Opfer gemeint, jedoch ergibt sich aus den dort beispielhaft genannten Zusammenhängen (häusliche Gewalt, Sexualstraftaten) oft die Assoziation, die Opfer seien eigentlich ausschließlich Frauen. Männer werden meist nur als Täter erwähnt. Da Männer aber laut Kriminalstatistik (Bundeskriminalamt, 2008) weit häufiger Opfer von (anderen!) Gewalttaten werden als Frauen, gleichzeitig aber mehr Hemmungen haben, Hilfsangebote anzunehmen, sollten in diesen Broschüren neben weiblichen und jugendlichen auch männliche Opfer explizit angesprochen werden. Es muss vermittelt werden, dass auch bei männlichen Opfern posttraumatische Belastungssymptome weder eine Seltenheit noch eine Schwäche sind, sondern eine „normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“ (Ehlers, 1999, zitiert nach Kröger, 2006, S. 110).

Bei der Suche nach Anschlusstherapien gibt es Engpässe (Koch-Stoecker, 2010). Die Traumaambulanzen haben neben der Akutversorgung psychisch Traumatisierter auch die Funktion, Betroffene möglichst nahtlos an kompetente Therapeuten oder Einrichtungen weiter zu verweisen, falls die Behandlung in der Traumaambulanz nicht innerhalb von 15 Sitzungen abgeschlossen werden konnte. Dazu wäre ein flächendeckendes Angebot an Psychotherapieplätzen notwendig. Derzeit ist ein solches Angebot nicht gegeben (siehe Kapitel „Einleitung“); hier besteht also noch Handlungsbedarf. Wie die in der Einleitung erwähnten Befunde gezeigt haben, ist es nicht sinnvoll, pauschal alle zu therapieren, die ein Trauma erlebt haben. Die Vorstellung, nach einem Trauma in jedem Fall sofort eine Therapie beginnen zu müssen, ist falsch. Der natürliche Erholungsprozess sollte nicht behindert werden. Wichtig ist jedoch, traumatisierte Personen frühzeitig aufzufangen, Unterstützung anzubieten und Therapieangebote zu schaffen, die jederzeit in Anspruch genommen werden können, falls die posttraumatische Stressreaktion ein normales Maß übersteigt. Diese Angebote wurden mit den Traumaambulanzen geschaffen.

Um die Stabilität der Ergebnisse auch langfristig beurteilen zu können, wäre eine Follow-up-Untersuchung in zwei oder drei Jahren vorteilhaft. Die gute Akzeptanz und die positiven Behandlungsergebnisse sprechen allerdings schon jetzt dafür, das

Konzept auch bundesweit einzuführen. Das Interesse der übrigen Bundesländer am Projektverlauf und insbesondere den Ergebnissen aus NRW ist groß. Hinsichtlich des notwendigen Aufwandes, der zur Erzielung der positiven Effekte betrieben werden muss, kann Entwarnung gegeben werden: Die Patientenzahlen bleiben weit unter den Antragszahlen zurück, nur etwa jeder 12. Antragsteller nach dem OEG lässt sich auch in einer Traumaambulanz behandeln. Dabei beträgt die durchschnittliche Behandlungsdauer 5,5 Sitzungen, so dass nach den derzeit geltenden Vereinbarungen pro Fall ein Kostenaufwand von unter 500,00 € zu veranschlagen ist. Demgegenüber ergeben sich konkrete Hinweise auf Einsparungen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens, etwa durch eine halbierte Widerspruchsquote, eine Erhöhung des Anteils von Bescheiden mit dem Tenor „folgenlos abgeheilt“ sowie den durch die Fallpauschale quasi nebenbei mit eingekauften, qualifizierten Befundbericht aus der Traumaambulanz. Über den nicht-monetären „Gewinn“ des Projektes Traumaambulanzen können nur Mutmaßungen angestellt werden. Die Signale der Netzwerkpartner und der Betroffenen selber sprechen hier jedoch eine eindeutige Sprache: Traumaambulanzen erfüllen vielfältige Funktionen und sind ein wichtiger Bestandteil in einer modernen und umfassenden Hilfe für Gewaltopfer.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bolte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: *Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik*.
- Armstrong, J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z. & Smith, S.R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation. The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A. & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 203-211. doi: 10.1037/a0015235
- BDP – Psychologie – Was ist Psychotherapie? (o. J.). Abgerufen 29. März 2010, von <http://www.bdp-verband.org/psychologie/psytherapie.shtml>
- Beck, J. G., Palyo, S. A., Winer, E. H., Schwagler, B. E. & Ang, E. J. (2007). Virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms after a road accident: An uncontrolled case series. *Behavior therapy*, 38(1), 39-48.
- Bengel, J. (2003). Notfallpsychologische Interventionen bei akuter Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (2. Aufl., S. 187-200). Berlin: Springer.
- Bengel, J. & Becker, K. (2009). Psychologische Frühinterventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl., S. 163-185). Berlin: Springer.
- Bewerbungsunterlagen European Public Sector Award (2007). Versorgungsverwaltung NRW, unveröffentlichtes Manuskript.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.214
- Brandstätter, E. (1999). Konfidenzintervalle als Alternative zu Signifikanztests. *Methods of Psychological Research Online*, 4(2), 2-17.
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P. & Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 3-8. doi: 10.1002/jts.20310
- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2008). Polizeiliche Kriminalstatistik 2007: Bundesrepublik Deutschland. Abgerufen von http://www.bka.de/pks/pks2007/download/pks_jb_2007_bka.pdf

- Children and War Foundation (1998). www.childrenandwar.org
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, Second Edition* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Creamer, M., Bell, R. & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale–Revised. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(12), 1489-1496. doi: 10.1016/j.brat.2003.07.010
- Davidson, P. R. & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(2), 305-316. doi: 10.1037/0022-006X.69.2.305
- Döpfner, M., Schmeck, K. & Berner, W. (1994). Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: *Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend und Familien-diagnostik*.
- Dudeck, M. & Freyberger, H. J. (2009). Psychische Folgeschäden bei Delinquenzopfern. In H. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie 4: Kriminologie und Forensische Psychiatrie* (S. 265- 286). Berlin: Springer.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., ... Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 269-276. doi: 10.1016/j.cpr. 2009.12.001
- van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M. & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, *360*(9335), 766-771. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09897-5
- Everly, G. S. J., Boyle, S. H. & Lating, J. M. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: a meta-analysis. *Stress Medicine*, *15*(4), 229-233. doi: 10.1002/(SICI)1099-1700(199910)15:4<229::AID-SMI818>3.0.CO;2-M
- Faller, H. (2004). Signifikanz, Effektstärke und Konfidenzintervall. *Rehabilitation*, *43*(03), 174-178.
- Fischer, G., Hofmann, A., Düchting, C., Albert, S., Marland, A., Visse, A., ... Schneider, I. (1998). Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM). Versorgungsverwaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.).
- Foa, E. B., Zoellner, L. A. & Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(1), 29.
- Freisen, A., Schneider, F. & Jobst, D. (2008). Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). In F. Schneider (Hrsg.), *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 294-303). Berlin: Springer.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. & Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(4), 345–357.

- Görgen, T. (2009). Viktimologie. In H. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie 4: Kriminologie und Forensische Psychiatrie* (S. 236-265). Berlin: Springer.
- Hardt, J. & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 5(2), 187-197. doi: 10.1053/eujp.2001.0231
- Hardt, J., Egle, U. T., Kappis, B., Hessel, A. & Brähler, E. (2004). Die Symptom-Checkliste SCL-27: Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54(5), 214-223.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., ... Holdwick, D. J. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *50 Literaturverzeichnis American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1858-1863. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1858 ICD-10. (2010). *ICD-10-GM-2010 Code Suche*. Abgerufen 1. April 2010, von <http://www.icd-code.de/>
- Ingenberg, B. (2003). „Gut, gibt es das für uns auch.“ Erfahrungen mit männlichen Opfern. *Psychoscope*, 24(4), 12-13. Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2007). Opferschutz und Opferhilfe. Abgerufen von http://www.polizei-nrw.de/im/stepone/data/downloads/6d/02/00/opferschutz_opferhilfe.pdf
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O. & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 358-368. doi: 10.1002/cpp.395
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-14.
- Kessler, R. C. & Frank, R. G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological medicine*, 27(04), 861-873.
- Koch-Stoecker, S. (2010). *Schnelle Hilfe durch die Traumaambulanz*. Vortrag, gehalten auf der Veranstaltung: "Schnelle Hilfe für Opfer von Gewalttaten" am 20. April 2010.
- Kornør, H., Winje, D., Ekeberg, Ø., Weisæth, L., Kirkehei, I., Johansen, K. & Steiro, A. (2008). Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 8(1), 81. *51 Literaturverzeichnis*
- Kröger, C. (2006). Ein Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung – ein Diskussionsbeitrag. *Psychotherapeutenjournal*, 5(2), 108-115.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19(4), 493. doi: 10.1080/10503300902849483

- Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2008). Polizeiliche Kriminalstatistik Nordrhein-Westfalen 2007. Abgerufen von http://www.polizei-nrw.de/lka/Zahlen_und_Fakten/kriminalstatistik/
- Landschaftsverband Rheinland & Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.). (2008). Ratgeber für Opfer von Gewalttaten. Abgerufen von http://www.lwl.org/lwl-versorgungsamt/download/Antraege_und_downloads/Ratgeber_OEG.pdf
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2010). *Opferentschädigung*. Abgerufen 29. März 2010, von <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/versorgungsamt/Opferentschaedigung/>
- Lohr, J. M., Lilienfeld, S. O., Tolin, D. F. & Herbert, J. D. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: An Analysis of Specific versus Nonspecific Treatment Factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 185-207.
- Lohr, J. M., Tolin, D. F. & Lilienfeld, S. O. (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29(1), 123-156. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80035-X
- Maercker, A. (o. J.). Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R). *Psychopathologie und Klinische Intervention*. Abgerufen 19. Januar 2010, von <http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/ForschungTools/Fragebogen/pdf.pdf>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577-586. doi: 10.1007/s00115-008-2467-5 52 *Literaturverzeichnis*
- Maercker, A. (1997). Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* (S. 3-49). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2009). Psychologische Modelle. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl., S. 33-49). Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2: Störungen des Erwachsenenalters* (3. Aufl., S. 105-124). Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44(3), 130- 141.
- Martinez-Taboas, A. et al. (2004). The psychometric properties of a shortened version of the Spanish adolescent dissociative experience scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (4), 33-54.
- McNally, R. J., Bryant, R. A. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological science in the public interest*, 4(2), 45.
- Menning, H. & Maercker, A. (2006). Diagnostik von Traumafolgestörungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 7(04), 376-381.

- Michael, T., Munsch, S. & Lajtman, M. (2006). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Frühinterventionsverfahren nach Traumatisierung: Übersicht und Evaluation. *Verhaltenstherapie*, 16(4), 283-292. doi: 10.1159/000096165
- Mitchell, J. T. (o. J.). *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*. Abgerufen von <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/mitchellCriticalIncidentStressDebriefing.pdf>. Mitte, K., Steil, R. & Nachtigall, C. (2005). Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(1), 1-9. 53 Literaturverzeichnis
- Möllering, A. (2006). Traumaambulanzen: Versorgungskonzept bei psychischer Traumatisierung in NRW. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 7(04), 387-392.
- Mullin, T., Barkham, M., Mothersole, G., Bewick, B. M. & Kinder, A. (2006). Recovery and improvement benchmarks for counselling and the psychological therapies in routine primary care. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 6(1), 68. doi: 10.1080/14733140600581515
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Hrsg.). (2006). CG26 Post-traumatic stress disorder (PTSD): full guideline, including appendices 1-13. Abgerufen von <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10966/29772/29772.pdf>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Pfeifer, W. (1997). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen: Über 8000 Einträge*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Pieper, G. & Maercker, A. (1999). Männlichkeit und Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit nach berufsbedingten Traumata (Polizei, Feuerwehr, Rettungspersonal). *Verhaltenstherapie*, Posttraumatische Belastungsstörungen, 9(4), 222-229. doi: 10.1159/000030703
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poiré, R. E. & Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 419-429. doi: 10.1016/S0010-440X(96) 90025-5
- Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C. & Andreas, S. (2008). Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 18(06), 337-343. 54 Literaturverzeichnis
- Putnam, F.W., Helmers, K. & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociative scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731-741.
- Ramirez, A., Ekselius, L. & Ramklint, M. (2008). Axis V - Global Assessment of Functioning Scale (GAF), further evaluation of the self-report version. *European Psychiatry*, 23(8), 575-579. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.05.001
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Bisson, J. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Da-*

tabase of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD006869. DOI: 10.1002/14651858.CD006869.pub2.

- Rose, S., Bisson, J. & Wessely, S. (2003). A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions ('Debriefing') following Trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 176-184.
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews (Online)*.
- Rothbaum, B. O. & Foa, E. B. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie für posttraumatische Belastungsstörungen. Formen und Wirksamkeit. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* (S. 103-121). Berlin: Springer.
- Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP)*, 51(9/10), 350-355.
- Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1997). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitt, M., Altstötter-Gleich, C., Hinz, A., Maes, J. & Brähler, E. (2006). Normwerte für das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 52(2), 51-59.
- Schmitt, M., Beckmann, M., Dusi, D., Maes, J., Schiller, A. & Schonauer, K. (2003). Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica*, 49(4), 147-156. doi: 10.1026//0012-1924.49.4.147
- Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46(1), 38-46. doi: 10.1026//0012-1924.46.1.38 55 *Literaturverzeichnis*
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., ... Bernardy, N. (2007). Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 297(8), 820-830. doi: 10.1001/jama.297.8.820
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1997). Posttraumatische Belastungsreaktionen nach kriminellen Gewaltdelikten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(4), 258- 268.
- Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 36(11), 1515-1522. doi: 10.1017/S0033291706007963
- Sherman, J. J. (1998). Effects of Psychotherapeutic Treatments for PTSD: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 413-435. doi: 10.1023/A:1024444410595
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., de Vries, M. H. & Gersons, B. P. (2007). Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive

Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 82-90. doi: 10.1176/appi.ajp.164.1.82

Sklorz, H. (o. J.). Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest. Abgerufen 15. März 2010, von http://vilespc01.wiwi.uni-oldenburg.de/cgi-bin/viles2/chi/make_chi_table.pl

Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. & Yule, W. (2002) Principal components analysis of the Revised Children's Impact of Event Scale (CRIES-13) with children in war. *Personality and Individual Differences*.

Söderberg, P., Tungstrom, S. & Armelius, B. A. (2005). Special Section on the GAF: Reliability of Global Assessment of Functioning Ratings Made by Clinical Psychiatric Staff. *Psychiatric Services*, 56(4), 434-438. doi: 10.1176/appi.ps.56.4.434

Söderberg, P. & Tungström, S. (2007). *Outcome in psychiatric outpatient services: reliability, validity and outcome based on routine assessments with the GAF 56 Literaturverzeichnis scale* (Dissertation). Abgerufen von <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:145230>

Startup, M., Jackson, M. C. & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 417-422.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2008). Krankheitskosten 2002, 2004 und 2006. Abgerufen von <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1022497>

Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000). Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Handanweisung (2., überarb. u. neunorm. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

Ursano, R. J., Grieger, T. A. & McCarroll, J. E. (1996). Prevention of Posttraumatic Stress. Consultation, Training, and Early Treatment. In *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (1. Aufl., S. 441-462). New York: The Guilford Press.

Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(3), 126-144.

Vatnaland, T., Vatnaland, J., Friis, S. & Opjordsmoen, S. (2007). Are GAF scores reliable in routine clinical use? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 326-330. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00925.x

Wikipedia. (2010). *Global Assessment of Functioning* — *Wikipedia, Die freie Enzyklopädie*. Abgerufen 17. April 2010, von http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Global_Assessment_of_Functioning&oldid=72000161

Wikipedia (2010). *Subjective units of distress scale* – *Wikipedia, Die freie Enzyklopädie*. Abgerufen 28.05.2010, von http://en.wikipedia.org/wiki/Subjective_units_of_distress_scale

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. California: Stanford University Press, 53-62

Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psych Med*, 53(03/04), 152-162. 57

Anhang A: Rundbrief Nr. 2

Bezirksregierung Münster,
Abteilung 10, Landesversorgungsamt,
Dezernat 102.3,
im Dezember 2006

Rundbrief

Nummer 2

an alle vertraglichen Traumaambulanzen für Gewaltopfer im Lande NRW

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns an dieser Stelle noch einmal für die zahlreiche Teilnahme und die konstruktive Diskussion an unserem 1. Arbeitstreffen am 9. November in Gelsenkirchen. Wir freuen uns, dass das verabschiedete Konzept einen breiten Konsens gefunden hat, auch wenn es in einigen Aspekten sogar über den von uns eingebrachten Vorschlag hinausgeht. Dennoch sind wir überzeugt, dass der Arbeitsaufwand letztendlich überschaubar geblieben ist und gleichzeitig alle wichtigen und interessanten Fragestellungen berücksichtigt.

Wie vereinbart, wollen wir Ihnen heute eine Zusammenfassung der dort getroffenen Absprachen nebst Materialanhang übermitteln.

1. Genereller Ablauf der Evaluation

Vor der ersten Sitzung:

- Ausgabe der Fragebögen an Ihre Patienten bzw. deren Eltern.
- Ausnahme: Falls Erstvorstellung des Pat. innerhalb 7 Tage nach Trauma und Belastung des Pat. außergewöhnlich groß, Ausgabe der Fb erst nach der Erstsitzung.

Während/nach der ersten Sitzung:

- Therapeutenratings (GAF, KRI) bitte direkt im Anschluss an 1. Sitzung auf Auswertungsbogen 1 vermerken.
- für Kinder < 14 Jahre: SUD in der Sitzung durchführen und auf Auswertungsbogen 1 eintragen.

während/nach der letzten Sitzung:

- Ausgabe der Fragebögen an Ihre Patienten.
- Ausnahme: nicht CBCL für Kinder < 8 Jahren, da dieses Instrument Symptome der letzten 6 Monate erfasst und somit zu diesem Messzeitpunkt noch keine Änderungen erfassen würde
- für Kinder < 14 Jahre: SUD in der Sitzung durchführen und auf Auswertungsbogen 1 eintragen.
- GAF Fremdeinschätzung direkt nach der Sitzung
- Vereinbarung eines Katamnesetermins in 6 Monaten (auch bei nur 1 Sitzung in Traumaambulanz).
- Auswertung der Fragebögen durch Sie, Eintrag auf dem Auswertungsbogen 1.
- Übersendung des Auswertungsbogens 1 mit dem Abschlussbericht an das Versorgungsamt und nachrichtlich an uns (Adresse: Bezirksregierung Münster, Dez. 102.3, Albrecht-Thaer-Str. 9, 48147 Münster).

6 Monate nach Ende der Therapie:

- Ausgabe der Fragebögen an die Patienten bzw. Eltern vor der Katamnesesitzung.
- Durchführung des SUD in der Sitzung
- GAF Fremdeinschätzung direkt nach der Sitzung
- Ausnahme: Sollte der Katamnesetermin nicht zustande kommen, schriftlich Kontakt aufnehmen. Diesem Schreiben sollen die Fragebögen beiliegen (bitte mit adressiertem Freiumschlag) mit der Bitte um Rücksendung, auch wenn keine weitere Sitzung gewünscht ist.
- Auswertung der Fragebögen durch Sie und Eintrag auf Auswertungsbogen 2.
- Übersendung des Auswertungsbogens 2 (ggf. incl. kurzem Bericht über Katamnesesitzung) an das Versorgungsamt und nachrichtlich an uns, auch wenn keine Rückmeldung des Patienten erfolgt ist.

2. Psychometrische Instrumente im Bereich Erwachsene u. Jugendliche ab 14 Jahren

Messzeitpunkt	Instrumente
Vor der 1. Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> • IES-R: Impact of Event Scale revised (nach Marmar & Weiß, deutsch: Maercker & Schützwohl, 1998) • SCL-27: Symptom Checklist (Kurzform der SCL-90 Hardt et al., 2003) • BDI-V: Beck-Depressionsinventar (Modifikation Schmitt et al., 2006)
Nach der 1. Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> • GAF: Skala zur globalen Erfassung des Funktions-niveaus • KRI (Kölner Risiko Index, Rückseite Auswertungsbogen 1)
Therapieende	<ul style="list-style-type: none"> • IES-R • SCL-27 • BDI-V • GAF
Katamnese	<ul style="list-style-type: none"> • IES-R • SCL-27 • BDI-V • GAF

3. Psychometrische Instrumente im Bereich Kinder

Altersgruppe	Messzeitpunkt	Instrumente
< 8 Jahre	Vor der 1. Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL (Child Behavior Checklist) als Elternfragebogen • CDC (Child Dissociative Checklist) als Elternfragebogen
	In 1. Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> • SUD-Skala (Subjective Units of Disturbance Scale)
	Therapieende	<ul style="list-style-type: none"> • SUD
	Katamnese	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL als Elternfragebogen • SUD (wenn Sitzung stattfindet)
8 – 14 Jahre	Vor der 1. Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> • CRIES (Rev. Child Impact of Events Scale) • DIKJ (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche) • A-DES-8 (Skala f. dissoziative Erfahrungen von Jugendlichen)**
	In 1. Sitzung	<ul style="list-style-type: none"> • SUD
	Therapieende	<ul style="list-style-type: none"> • CRIES • DIKJ • SUD
	Katamnese	<ul style="list-style-type: none"> • CRIES • DIKJ • SUD

* Die Altersgruppeneinteilungen gelten für normal begabte, deutschsprachige und nicht anderweitig beeinträchtigte oder entwicklungsverzögerte Kinder. Bei anderer Zuordnung bitte Kommentierung auf Auswertungsbogen.

** Der A-DES-8 ist eine Kurzform der Skala dissoziativen Erlebens aus dem HDI

4. Sonstige Absprachen

Teilnehmer der Studie sollen alle Personen sein, die zwischen dem 1.1.2007 und dem 31.12.2007 in Ihrer Traumaambulanz die Behandlung begonnen und einen OEG-Antrag gestellt haben. Daraus ergibt sich, dass der Datenerhebungszeitraum sich einschließlich der Katamnese-sitzung bis zum Ende des 3. Quartals 2008 erstrecken wird.

Die Datenaufbereitung und –zusammenführung verläuft parallel in der Bezirksregierung Münster, beginnend mit den ersten eintreffenden Auswertungsbögen.

Den teilnehmenden Kliniken werden nach Abschluss des Projektes sowohl eine Gesamtauswertung der Daten wie auch eine klinikbezogene Einzeldarstellung zur Verfügung gestellt.

Als Aufwandsentschädigung werden pro Patient 20,- € gewährt; abzurechnen als „Evaluationszuschlag“. Ebenso gelten die Katamnesesitzungen, die im üblichen Geschäftsbetrieb nur auf besondere Anforderung des Versorgungsamtes abrechnungsfähig sind, für den Evaluationszeitraum als vorab genehmigt und sind vertragsgemäß mit 36,00 € abzurechnen.

Die auf die Evaluation bezogenen Sonderabsprachen und Vereinbarungen sind in Form einer Vertragsergänzung zusammengefasst und diesem Schreiben beigelegt.

Für Rückfragen stehen Ihnen nachfolgend aufgeführte Personen aus dem Dezernat 102.3 gern zur Verfügung:

- Herr Niehues, Telefon: 0251-411-3805, Peter.Niehues@brms.nrw.de
- Herr Leismann, Telefon: 0251-411-3816, Ulrich.Leismann@brms.nrw.de
- Frau Schürmann, Telefon: 0251-411-2888, Ivonne.Schuermann@brms.nrw.de
- Herr Heckmann, Telefon: 0251-411-3819, Reinhard.Heckmann@brms.nrw.de.

Mit den besten Wünschen für das bevorstehende Weihnachtsfest und den Jahreswechsel verbleiben wir

mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Jutta Hannig

Ivonne Schürmann

Anlagen

Erwachsene Jugendliche ab 14 Jahren

- Auswertungsbogen Erwachsene 1 (incl. KRI)
- Auswertungsbogen Erwachsene 2
- IES-R, BDI-V, SCL-27
- GAF

Kinder 8-14 Jahre

- Auswertungsbogen (8-14 Jahre) 1
- Auswertungsbogen (8-14 Jahre) 2
- CRIES
- A-DES-8
- DIKJ
- DIKJ-Auswertungsschablone
- SUD

Kinder bis 8 Jahre

- CDC
- SUD
- CBCL (wird nachgeliefert)
- CBCL–Auswertungsbogen und Schablone (wird nachgeliefert)
- Auswertungsbogen (bis 8 Jahre) 1
- Auswertungsbogen (bis 8 Jahre) 2

Literatur

- Literatur CRIES
- Literatur CRIES-13
- Literatur BDI-V
- Literatur SCL-27
- Literatur IES-R

- Vertragsergänzung

Anhang B: Auswertungsbogen 1 (incl. KRI) + 2 f. Pers. > 13 Jahren

Evaluation Traumambulanzen – **Auswertungsbogen 1** (ab 14 Jahren)

Name d. Pat.: _____

Name der Traumambulanz: _____

	Vor 1. Sitzung	Nach der letzten Sitzung
BDI (Summe aller Items)*		
IES-R *		
Subskala Intrusion (Summe der Items 1,3,6,9,14,16,20)	_____	_____
Subskala Vermeidung (Summe der Items 5,7,8,11,12,13,17,22)	_____	_____
Subskala Übererregung (Summe der Items 2,4,10,15,18,19,21)	_____	_____
SCL-27 GSI (Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der beantworteten Items (27- missing data))		
GAF		

* Bitte Anzahl der nicht beantworteten Fragen in Klammern notieren!

Anzahl der Sitzungen: _____

Art der Behandlung (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik | <input type="checkbox"/> Beratung bzgl. einer geeigneten Behandlungsform |
| <input type="checkbox"/> Psychoedukation | <input type="checkbox"/> konsiliarische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> EMDR | <input type="checkbox"/> Vermittlung von Stabilisierungstechniken |
| <input type="checkbox"/> Exposition | <input type="checkbox"/> Kognitive Umstrukturierung |
| <input type="checkbox"/> Gespräch mit Bezugspersonen | <input type="checkbox"/> Vermittlung in andere Therapie |

Sonstiges: _____

Bemerkungen:

Kölner Risiko Index – Checkliste für Gewaltopfer – Version 2.0/99

Einflussgröße	Kriterien	Mögliche Werte	Wert
Deliktart	Bei allen Deliktarten/Vorfällen mit schwerer körperlicher und/oder seelischer Verletzung (z.B. Bedrohung/Angriff mit einer Waffe, Vergewaltigung, Geiselnahme, Überfall mit schwerer Körperverletzung) = 1; sonst = 0	0 oder +1	
Lebensbedrohlichkeit	Bei objektiv lebensbedrohlicher Situation und/oder bei subjektiv erlebter Todesangst = 2, sonst = 0	0 oder +2	
Peritraumatische Dissoziation	Bei Anzeichen dissoziativen Erlebens während der traumatischen Situation. Beispiele: Bei einer starken Diss.-Erfahrung = 1; bei verschiedenen Diss.-Erfahrungen, die aber alle nicht so stark waren = 2; bei mehreren verschiedenen stark ausgeprägten Diss.-Erfahrungen = 3; bei extremem Dissoziieren auf mehr als zwei Arten = 4	0 bis +4	
Mehrfachtraumatisierung	Bei Hinweisen auf weitere traumatische Erfahrungen (egal, wie lange zurückliegend). Bei einer weiteren Erfahrung = 0,3; bei zwei weiteren Erfahrungen = 0,6. Bei sehr schweren früheren Erfahrungen und wenn diese in auffälliger Weise reaktiviert sind, bis zu 2 Punkte	0; +0,3; +0,6 usw. bis +2	
Schwere der traumatischen Situation	Hier kann eine Einschätzung der „objektiven“ Schwere des Vorfalls erfolgen. Werte zwischen 0 und 1 (durchaus eine Zusammenfassung der anderen Situationsfaktoren der Liste außer Dissoziation und Mehrfachtraumatisierungen)	0 bis +1	
Dauer der traumatischen Situation	Reale Dauer der traumatischen Situation. Bei sehr langen traumatischen Situationen (über 30 Minuten) = 1; sonst = 0	0 oder +1	
Negative Erfahrungen mit Funktionsträgern	Bei negativen Erfahrungen mit Polizei, Gericht, Behörden etc. = 0,5; waren diese besonders belastend (werden z.B. immer wieder erwähnt) = 1; sonst = 0	0; +0,5; +1	
Negative Erfahrungen in der sozialen Umwelt	Z.B. bei Äußerungen wie „man solle sich nicht so anstellen“ und bei Opferbeschuldigung = 1; sonst = 0	0 oder +1	
Schwere der Verletzung	Bei sehr schweren Verletzungen, insbesondere wenn bleibende körperliche und/oder seelische Beeinträchtigungen (z.B. Narben im Gesicht, Berufsunfähigkeit) zu erwarten sind = 1; sonst = 0	0 oder +1	
Bekanntheit des Täters	Wenn der Täter bekannt ist oder Gewalt innerhalb von Beziehungen (Partnerschaft, Familie) vorliegt = 1; sonst = 0	0 oder +1	
Arbeitslosigkeit	Bei Arbeitslosigkeit des Opfers = 1; sonst = 0	0 oder +1	
Schulbildung	Bei mittlerer Schulbildung (etwa Realschule) = -1, bei Abitur o.Ä. = -2	0, -1, -2	
Auswertung: Addition aller Punktwerte außer des Punktwertes bei „Schulbildung“, letzterer wird subtrahiert. Bei einer Gesamtsumme ab 6,4 = erhöhtes PTBS-Risiko.		Summe	

Zusatzinformationen:

Gab es psychiatrische Behandlungen vor dem aktuellen belastenden Ereignis?	Ja	Nein	Nicht zu sagen
Stand die Person vor dem belastenden Ereignis durch sonstige Lebensumstände unter Stress (z.B. familiär, finanziell bedingt etc.)?	Ja	Nein	Nicht zu sagen

(bitte diese Seite mit dem Auswertungsbogen 1 versenden)

Evaluation Traumambulanzen – **Auswertungsbogen 2** (ab 14 Jahre)

Name d. Pat.: _____

Name der Traumambulanz: _____

Katamnese Sitzung hat stattgefunden ja nein

Falls nein:
Hat Pat. die Fragebögen zurückgesendet? ja nein

BDI (Summe aller Items)*	
IES-R *	
Subskala Intrusion (Summe der Items 1,3,6,9,14,16,20)	_____
Subskala Vermeidung (Summe der Items 5,7,8,11,12,13,17,22)	_____
Subskala Übererregung (Summe der Items 2,4,10,15,18,19,21)	_____
SCL-27 GSI (Summe aller Werte geteilt durch die Anzahl der beantworteten Items (27- missing data))	
GAF	

* Bitte Anzahl der nicht beantworteten Fragen in Klammern notieren!

Bemerkungen:

Anhang C: Auswertungsbogen 1 + 2 f. Pers. 8-13 Jahre

Evaluation Traumambulanzen –Auswertungsbogen (8-13 Jahre) 1

Name d. Pat.:

Name der Traumambulanz:

	Vor bzw. in 1. Sitzung	In/nach letz- ter Sitz.
SUD (0 – 10) – Angst		
SUD (0 – 10) – Wut		
SUD (0 – 10) – Trauer		
CRIES* Gar nicht = 0 Selten = 1 Manchmal = 3 Oft = 5		
Subskala Intrusion (Summe der Items 1,4,8,9)	_____	_____
Subskala Avoidance (Summe der Items 2,6,7,10)	_____	_____
Subskala Arousal (Summe der Items 3,5,11,12,13)	_____	_____
DIKJ* Summe der Items		
A-DES-8 Summe der Items : Anzahl der beantworteten Fragen		

* Bitte Anzahl der nicht beantworteten Fragen in Klammern notieren!

Anzahl der Sitzungen: _____

Art der Behandlung (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik | <input type="checkbox"/> Beratung bzgl. einer geeigneten Behandlungsform |
| <input type="checkbox"/> Psychoedukation | <input type="checkbox"/> konsiliarische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> EMDR | <input type="checkbox"/> Vermittlung von Stabilisierungstechniken |
| <input type="checkbox"/> Exposition | <input type="checkbox"/> Kognitive Umstrukturierung |
| <input type="checkbox"/> Gespräch mit Bezugspersonen | <input type="checkbox"/> Vermittlung in andere Therapie |
| <input type="checkbox"/> Spieltherapie | <input type="checkbox"/> Familientherapeutische Maßnahmen |

Sonstiges: _____

Bemerkungen:

Evaluation Traumambulanzen –Auswertungsbogen (8-13 Jahre) 2

Name d. Pat.:

Name der Traumambulanz:

Katamnese-sitzung hat stattgefunden

ja

nein

Falls nein:

Hat Pat. die Fragebögen zurückgesendet?

ja

nein

SUD (0 – 10) – Angst	
SUD (0 – 10) – Wut	
SUD (0 – 10) – Trauer	
<p>CRIES* Gar nicht = 0 Selten = 1 Manchmal = 3 Oft = 5</p> <p>Subskala Intrusion (Summe der Items 1,4,8,9)</p> <p>Subskala Avoidance (Summe der Items 2,6,7,10)</p> <p>Subskala Arousal (Summe der Items 3,5,11,12,13)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>DIKJ*</p> <p>Summe der Items</p>	

* Bitte Anzahl der nicht beantworteten Fragen in Klammern notieren!

Bemerkungen:

Anhang D: Auswertungsbogen 1 +2 f. Pers. < 8 Jahre

Evaluation Traumambulanzen –Auswertungsbogen (bis 7 Jahre) 1

Name d. Pat.:

Name der Traumambulanz:

	Vor bzw. in 1. Sitzung	In/nach letz- ter Sitz.
SUD (0 – 10) – Angst		
SUD (0 – 10) – Wut		
SUD (0 – 10) – Trauer		
CBCL (s. separate Auswertungsbögen)		
CDC* Summe der Items		

* Bitte Anzahl der nicht beantworteten Fragen in Klammern notieren!

Anzahl der Sitzungen: _____

Art der Behandlung (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik | <input type="checkbox"/> Beratung bzgl. einer geeigneten Behandlungsform |
| <input type="checkbox"/> Psychoedukation | <input type="checkbox"/> konsiliarische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> EMDR | <input type="checkbox"/> Vermittlung von Stabilisierungstechniken |
| <input type="checkbox"/> Exposition | <input type="checkbox"/> Kognitive Umstrukturierung |
| <input type="checkbox"/> Gespräch mit Bezugspersonen | <input type="checkbox"/> Vermittlung in andere Therapie |
| <input type="checkbox"/> Spieltherapie | <input type="checkbox"/> Familientherapeutische Maßnahmen |

Sonstiges: _____

Bemerkungen:

Evaluation Traumambulanzen –Auswertungsbogen (bis 7 Jahre) 2

Name d. Pat.:

Name der Traumambulanz:

Katamnese-sitzung hat stattgefunden

ja

nein

Falls nein:

Hat Pat. die Fragebögen zurückgesendet?

ja

nein

SUD (0 – 10) – Angst	
SUD (0 – 10) – Wut	
SUD (0 – 10) – Trauer	
CBCL (s. separater Auswertungsbogen)	

Bemerkungen:

Anhang E: Erhebungsinstrumente für Personen ab 14 Jahren

Wie ist Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl?

In diesem Fragebogen geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise erleben. Dabei können Sie Werte zwischen 0 und 5 angeben, wobei der Wert 0 „nie“ und der Wert 5 „fast immer“ bedeutet. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Bitte beantworten Sie jede Frage!

	Nie					Fast immer
1. Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/>					
2. Ich sehe mutlos in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>					
3. Ich fühle mich als Versager(in).	<input type="checkbox"/>					
4. Es fällt mir schwer, etwas zu genießen.	<input type="checkbox"/>					
5. Ich habe Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>					
6. Ich fühle mich bestraft.	<input type="checkbox"/>					
7. Ich bin von mir enttäuscht.	<input type="checkbox"/>					
8. Ich werfe mir Fehler und Schwächen vor.	<input type="checkbox"/>					
9. Ich denke daran, mir etwas anzutun.	<input type="checkbox"/>					
10. Ich weine.	<input type="checkbox"/>					
11. Ich fühle mich gereizt und verärgert.	<input type="checkbox"/>					
12. Mir fehlt das Interesse an Menschen.	<input type="checkbox"/>					
13. Ich schiebe Entscheidungen vor mir her.	<input type="checkbox"/>					
14. Ich bin besorgt um mein Aussehen.	<input type="checkbox"/>					
15. Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	<input type="checkbox"/>					
16. Ich habe Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>					
17. Ich bin müde und lustlos.	<input type="checkbox"/>					
18. Ich habe keinen Appetit.	<input type="checkbox"/>					
19. Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>					
20. Sex ist mir gleichgültig.	<input type="checkbox"/>					
	0	1	2	3	4	5

BDI-V

Im nachstehenden Fragebogenteil finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie während der **vergangenen sieben Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

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

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	stark	Sehr stark
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
Schwermut	<input type="checkbox"/>				
Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Energierlosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>				
Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Ohnmachts- oder Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>				
Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				
Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>				
Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>				
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				
Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>				
Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				
Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>				
Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
Unbehagliches Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
Starke Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>				
Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>				
Ideen oder Anschauungen, die andere mit Ihnen nicht teilen	<input type="checkbox"/>				
Mangelnde Anerkennung ihrer Leistung durch andere	<input type="checkbox"/>				
Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

SCL-27

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das von Ihnen erlebte belastende Ereignis. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen innerhalb der letzten Woche auf Sie zugefallen haben.

	Überhaupt nicht	selten	Manchmal	oft
1. Immer wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich stellte fest, ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit des Ereignisses zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte nicht einschlafen, weil ich immer dieses Ereignis vor mir hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich versuchte, das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Erinnerungen an das Ereignis lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich träumte davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.				
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.				
	0	1	3	5

IES-R

Anhang F: Erhebungsinstrumente für Personen unter 14 Jahren

Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern (CDC, Version 3)

Frank W. Putnam, MD;

Übersetzung: Kinder Trauma Institut (Eva Zaoui, Helga Traub, Thomas Hensel)

Anweisung

In der nachstehenden Liste werden Verhaltensweisen von Kindern beschrieben. Bei jeder Aussage, die Ihr Kind JETZT oder INNERHALB DER LETZTEN 12 MONATE zutreffend beschreibt, kreisen Sie bitte die 2 ein, wenn diese Aussage für Ihr Kind als SEHR RICHTIG zutrifft. Kreisen Sie die 1 ein, wenn die Aussage ETWAS oder MANCHMAL für Ihr Kind zutrifft. Kreisen Sie die 0 ein, wenn die Aussage GAR NICHT auf Ihr Kind zutrifft.

Name _____ Alter/Klasse _____ Geschlecht: M W
Datum _____

0 1 2 1. Das Kind erinnert sich nicht an tatsächlich durchlebte/vorgefallene traumatische oder schmerzhafte Ereignisse, oder es streitet sie ab.

0 1 2 2. Das Kind gleitet manchmal ab in einen Zustand der Benommenheit oder Trance oder wirkt oft "weggetreten". Möglicherweise teilen Lehrer mit, dass es häufig in der Schule "tagträumt".

0 1 2 3. Das Kind zeigt sprunghafte Veränderungen in seinem Verhalten. Es ist zum Beispiel abwechselnd schüchtern und kontaktfreudig, abwechselnd mädchen- und jungenhaft, oder ängstlich und aggressiv.

0 1 2 4. Das Kind ist ungewöhnlich vergesslich oder durcheinander im Hinblick auf Dinge, die es eigentlich wissen sollte. Z. Bsp. vergisst es den Namen von Freunden, Lehrern oder anderen wichtigen Personen, verliert Dinge, die ihm gehören oder ist oft selbst plötzlich verschwunden.

0 1 2 5. Das Kind hat ein sehr schlechtes Zeitgefühl. Sein Zeitverständnis kommt durcheinander, es glaubt möglicherweise am Nachmittag, es sei Morgen, bringt die Tage durcheinander oder weiß nicht mehr, wann etwas geschehen ist.

0 1 2 6. Das Kind verändert sich auffallend von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde in Bezug auf seine Geschicklichkeiten, Kenntnisse, Lieblings Speisen, sportlichen Fähigkeiten. Es hat z. B. eine andere Schrift, ein verändertes Erinnerungsvermögen an zuvor Gelerntes, wie das 1 x 1, die Rechtschreibung oder den Gebrauch von Wörtern. Es geht anders mit Werkzeugen um oder zeigt andere künstlerische Fähigkeiten .

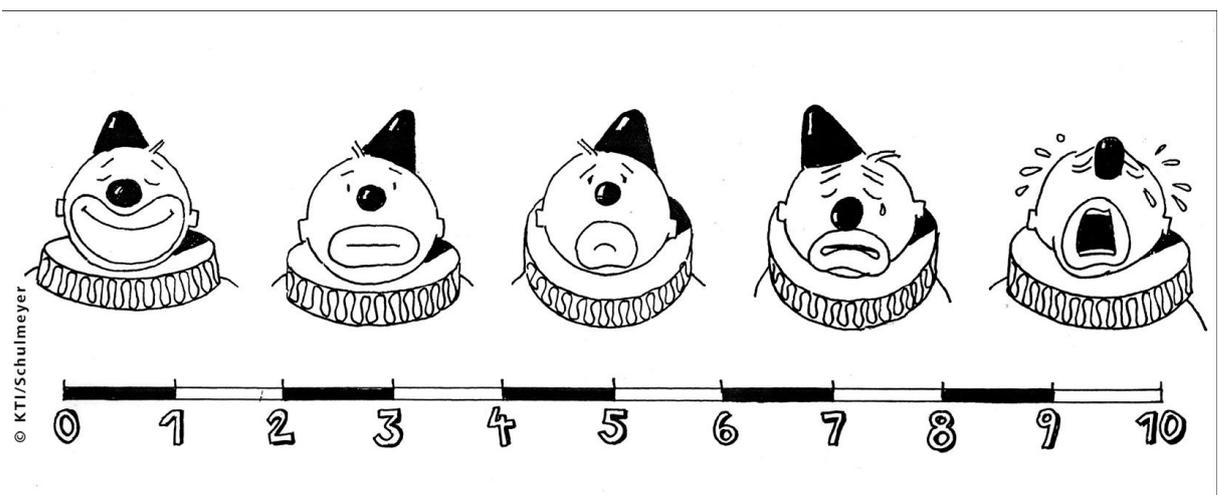
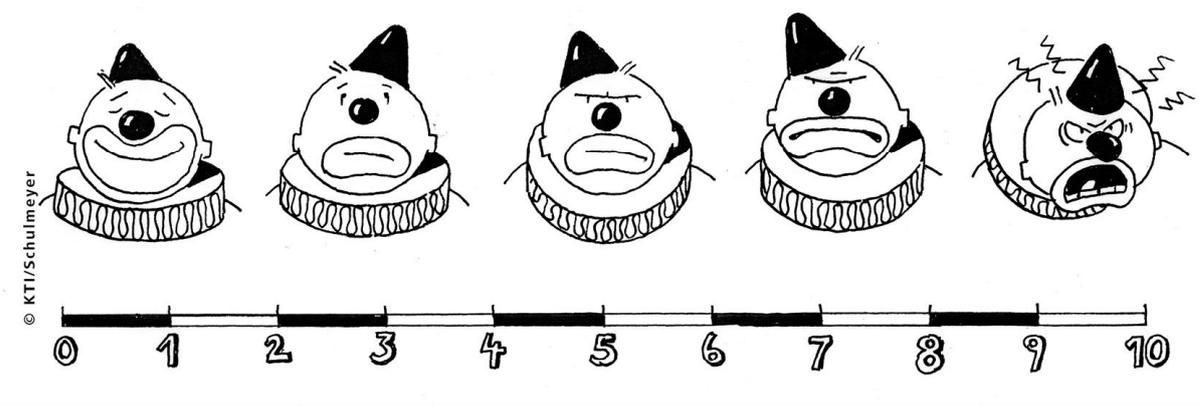
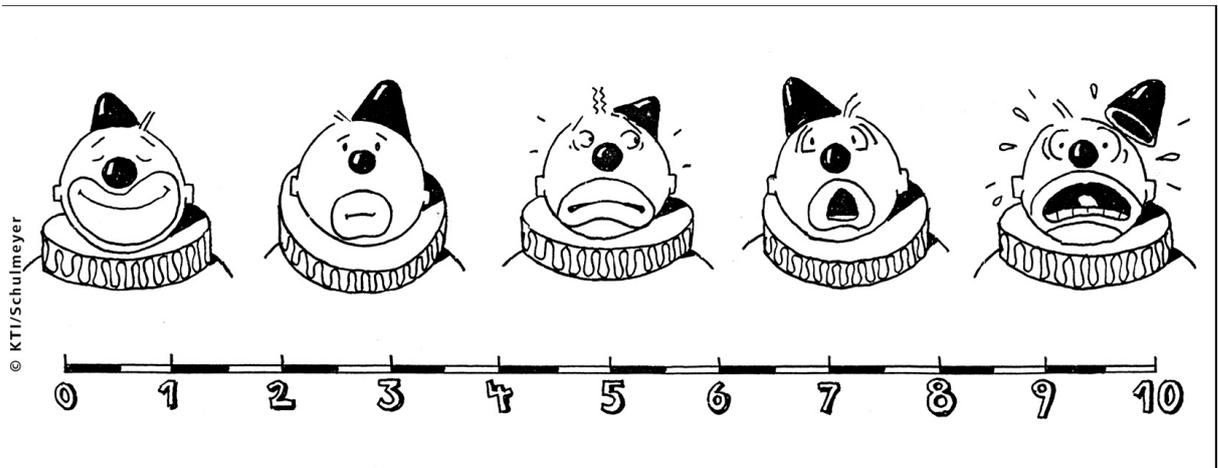
0 1 2 7. Das Kind fällt plötzlich in Verhaltensweisen zurück, die seinem Alter nicht entsprechen, z. B. beginnt ein zwölf Jahre altes Kind die Babysprache zu sprechen, lutscht am Daumen oder zeichnet wie ein vierjähriges Kind.

0 1 2 8. Das Kind hat Schwierigkeiten, aus Erfahrung zu lernen, z. B. verändern Erklärungen, normale Erziehungsmaßnahmen oder Strafen sein Verhalten nicht.

0 1 2 9. Das Kind lügt oder bestreitet ein Fehlverhalten auch dann noch, wenn das ganz offensichtlich ist.

- 0 1 2 10. Das Kind spricht von sich selbst in der dritten Person (z. B. mit "sie" oder "er"), oder es **besteht** manchmal darauf, mit einem anderen Namen angesprochen zu werden. Es behauptet vielleicht, dass Dinge, die es selbst getan hat, in Wirklichkeit einer andere Person passiert sind.
- 0 1 2 11. Das Kind ändert sehr schnell seine Aussagen über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Bauchweh. So klagt es vielleicht in einer Minute über Kopfschmerzen und hat dies in der nächsten schon wieder vergessen.
- 0 1 2 12. Das Kind ist sexuell ungewöhnlich frühreif und zeigt vielleicht, seinem Alter nicht entsprechende sexuelle Verhaltensweisen gegenüber anderen Kindern oder Erwachsenen.
- 0 1 2 13. Das Kind leidet an unerklärlichen Verletzungen oder verletzt sich vielleicht manchmal sogar selbst.
- 0 1 2 14. Das Kind berichtet davon, Stimmen zu hören, die zu ihm sprechen. Die Stimmen können freundlich oder ärgerlich sein und von "imaginären Gefährten" stammen. Sie können sich auch wie die Stimmen von Eltern, Freunden oder Lehrern anhören.
- 0 1 2 15. Das Kind hat einen oder mehrere lebhaft imaginäre Gefährten. Das Kind kann darauf bestehen, dass der/die imaginäre/n Gefährte für Dinge verantwortlich ist, die es getan hat.
- 0 1 2 16. Das Kind hat heftige Wut(Ärger)ausbrüche, oft ohne erkennbaren Grund, und verfügt möglicherweise während dieser Episoden über ungewöhnliche körperliche Kräfte.
- 0 1 2 17. Das Kind schlafwandelt häufig.
- 0 1 2 18. Das Kind hat in der Nacht ungewöhnliche Erlebnisse. Es erzählt vielleicht, "Geister" gesehen zu haben, oder dass nachts Dinge geschehen, für die es nicht verantwortlich ist (z. B. zerbrochenes Spielzeug, unerklärliche Verletzungen).
- 0 1 2 19. Das Kind spricht häufig mit sich selbst, wobei es vielleicht mit einer anderen Stimme redet oder manchmal mit sich selbst schimpft/streitet.
- 0 1 2 20. Das Kind hat zwei oder mehrere unterschiedliche und eigenständige Persönlichkeiten, die die Kontrolle über das Verhalten des Kindes übernehmen.

SUD-Gesichter-Skalen (Angst, Wut, Trauer)



Revised Child Impact of Event Scale – D (CRIES-13-D)

Unten findest du eine Liste mit Aussagen von Leuten, die etwas Belastendes erlebt haben. Bitte kreuze bei jeder Frage an, wie häufig du auf diese Weise reagiert hast *während der letzten sieben Tage*. Wenn das bei dir gar nicht vorkam, dann mache dein Kreuz bitte bei „gar nicht“.

Name: Datum:

	Gar nicht	Selten	Manchmal	Oft
1. Denkst du daran, wenn du das eigentlich gar nicht willst?				
2. Versuchst du, die Ereignisse aus deiner Erinnerung zu streichen?				
3. Hast du Schwierigkeiten, aufmerksam zu sein und dich zu konzentrieren?				
4. Hast du deswegen plötzlich auftretende starke Gefühle?				
5. Erschrickst du leichter oder bist du nervöser als zu der Zeit vor dem Ereignis?				
6. Hältst du dich fern von Dingen, die dich daran erinnern (zum Beispiel von Orten oder Situationen)?				
7. Versuchst du, nicht darüber zu reden?				
8. Kommen dir plötzlich Bilder davon in den Kopf?				
9. Lösen andere Dinge bei dir Gedanken daran aus?				
10. Versuchst du, nicht daran zu denken?				
11. Bist du schnell irritiert und durcheinander?				
12. Bist du besorgt und wachsam, obwohl in dem Moment eigentlich gar kein Grund dafür besteht?				
13. Hast du Schlafprobleme?				

© Children and War Foundation, 1998 Dt. Übersetzung: M. Simons, 2004

