



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Sekundäre Traumatisierung bei
FlüchtlingshelferInnen“

verfasst von / submitted by

Christina Schneyder

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna 2018

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

A 992 242

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Risikoprävention und Katastrophenmanagement

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Juen

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, im August 2018

Christina Schneyder

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis	viii
A Theoretischer Teil.....	1
1 Einleitung	1
2 Humanitäre Hilfe	3
3 Arbeit mit Flüchtlingen	6
3.1 Begriffsdefinitionen	6
3.1.1 Ablauf des Asylverfahrens in Österreich	7
3.1.2 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF).....	10
3.2 Traumatisierung im Kontext von Flucht.....	10
3.3 Herausforderungen in der Arbeit mit Flüchtlingen.....	13
4 Sekundäre Traumatisierung.....	19
4.1 Psychisches Trauma.....	19
4.2 Differenzierung zwischen Primärer und Sekundärer Traumatisierung	22
4.3 Konzepte der Sekundären Traumatisierung	24
4.3.1 Compassion Fatigue (Mitgefühlerschöpfung).....	24
4.3.2 Vicarious Traumatization	26
4.3.3 Traumatoid States.....	28
4.3.4 Neurologisches Modell der Sekundären Traumatisierung	29
4.4 Erscheinungsbild einer Sekundären Traumatisierung.....	31
4.5 Risiko und Schutzfaktoren	34
4.6 Abgrenzung Burnout und Sekundäre Traumatisierung	37
4.7 Forschungsergebnisse.....	38
B Empirischer Teil.....	42
5 Fragestellung und Hypothesen	42
5.1 Hypothesen.....	43
6 Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrumente	46
6.1 Datenerhebung	46
6.2 Verfahrensbeschreibung.....	46
6.2.1 Impact of Event Scale - revidierte Form (IES-R).....	46
6.2.2 Maslach Burnout Inventory (MBI).....	47
6.2.3 Soziodemografischer Fragebogen	49
7 Beschreibung der Einzelfälle	50
7.1 Einzelfall 1: Sozial- und Rechtsberatung	50
7.2 Einzelfall 2: Grundversorgung.....	51
7.3 Einzelfall 3: Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge	51
8 Auswertungsmethoden	53
8.1 Übersicht der verwendeten Skalen	53
9 Stichprobenbeschreibung	55
9.1 Verteilung und Rücklauf.....	55
9.2 Alter und Geschlecht.....	55
9.3 Schulausbildung	56
9.4 Beschäftigungsdauer und Dienstverhältnis.....	58

9.5 Migrationshintergrund und Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen.....	58
9.6 Kerndaten der Arbeitsbedingung.....	60
9.7 Zusammenfassung der deskriptiven Ergebnisse.....	61
9.7.1 Einzelfall 1: Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung	61
9.7.2 Einzelfall 2: Fachbereich Wohngemeinschaft UMF	62
9.7.3 Einzelfall 3: Fachbereich Grundversorgung	62
10 Hypothesenprüfung.....	63
10.1 Ergebnisse der Gesamtgruppen	63
10.1.1 Ausprägung von sekundärer Traumatisierung.....	63
10.1.2 Ausprägung von Burnout.....	65
10.2 Ergebnisse des Gruppenvergleichs.....	65
10.2.1 Gesamtskala sekundäre Traumatisierung und Fachbereiche	65
10.2.2 Gesamtskala Burnout und Fachbereich	66
10.3 Unterschiede der Fachbereiche hinsichtlich der Symptombereiche sekundäre Traumatisierung und Burnout.....	68
10.3.1 Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal.....	68
10.3.2 Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungseinschätzung	69
10.4 Sekundäre Traumatisierung in Abhängigkeit von Kontextvariablen	70
10.4.1 Sekundäre Traumatisierung und Schulbildung.....	70
10.4.2 Sekundäre Traumatisierung und Supervision.....	71
10.4.3 Sekundäre Traumatisierung und Arbeitszeit mit Flüchtlingen	73
10.4.4 Sekundäre Traumatisierung und Fortbildung	74
10.4.5 Sekundäre Traumatisierung und Migrationshintergrund.....	76
10.4.6 Sekundäre Traumatisierung und Beschäftigungsdauer.....	78
10.5 Burnout und sekundäre Traumatisierung	79
10.6 Zusammenfassung.....	82
11 Schlussbetrachtung.....	84
12 Abstract.....	86
Literaturverzeichnis	87
Anhang A	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung nationaler Gesetzesinitiativen (Integrationsbericht 2017: 39).....	5
Tabelle 2: Vergleich der Symptome von PTBS und STBS (Figley 2002a: 49).....	23
Tabelle 3: Einzelsymptome der PTBS (Maercker 2013: 18).....	32
Tabelle 4: Unterschiede Sekundärer Traumatisierung und Burnout (Rießinger 2015: 5).....	37
Tabelle 5: Zuordnung der Items des IES-R zu den einzelnen Skalen.....	46
Tabelle 6: Zuordnung der Items des MBI zu den einzelnen Skalen.....	47
Tabelle 7: Ausprägungsgrade von Burnout (Maslach et al. 1996: 6).....	48
Tabelle 8: Übersicht der verwendeten Skalen.....	53
Tabelle 9: Ergebnisübersicht der Tests auf Normalverteilung.....	54
Tabelle 10: Rücklauf und Stichprobenzuordnung.....	55
Tabelle 11: Alter und Geschlecht der FlüchtlingshelferInnen nach Fachbereich unterteilt.....	56
Tabelle 12: Schulbildung im Vergleich.....	57
Tabelle 13: Beschäftigungsdauer, Fachbereiche.....	58
Tabelle 14: Migrationshintergrund nach Fachbereichen.....	59
Tabelle 15: Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen.....	60
Tabelle 16: Kerndaten der Arbeitsbedingungen.....	61
Tabelle 17: H-Test: Gesamtskala PTBS und Fachbereiche.....	66
Tabelle 18: H-Test: Burnout und Fachbereiche.....	67
Tabelle 19: Rangmittel für H-Test: Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.....	68
Tabelle 20: p-Werte für H-Test: Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal.....	68
Tabelle 21: Rangmittel für H-Test: Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungseinschätzung.....	69
Tabelle 22: p-Werte für H-Test: Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungseinschätzung.....	69
Tabelle 23: Korrelation nach Spearman: Schulbildung.....	70
Tabelle 24: Korrelation nach Spearman: Schulbildung, Symptomkategorien, Fachbereiche.....	71
Tabelle 25: U-Test: Gesamtskala PTBS, Supervision.....	72
Tabelle 26: Rangmittel für U-Test: Supervision, Symptomkategorien.....	72
Tabelle 27: U-Test: Supervision, Symptomkategorien, Fachbereiche.....	72
Tabelle 28: Korrelation nach Spearman: Arbeitsstunden pro Woche.....	73
Tabelle 29: Korrelation nach Spearman: Arbeitsstunden pro Woche, Symptomkategorien, Fachbereiche.....	74
Tabelle 30: Rangmittel U-Test: Gesamtskala PTBS.....	75
Tabelle 31: Rangmittel für U-Test: Fortbildung.....	75
Tabelle 32: U-Test: Fortbildung, Symptomkategorien, Fachbereiche.....	76
Tabelle 33: Rangmittel für U-Test: Gesamtskala PTBS.....	77
Tabelle 34: Rangmittel für U-Test: Migrationshintergrund.....	77
Tabelle 35: U-Test: Migrationshintergrund, Symptomkategorien, Fachbereiche.....	78
Tabelle 36: Korrelation nach Spearman: Beschäftigungsdauer.....	79

Tabelle 37: Korrelation nach Spearman: Beschäftigungsdauer, Symptomkategorien, Fachbereiche.....	79
Tabelle 38: Korrelation nach Spearman: Burnout und Symptomkategorien der PTBS.....	80
Tabelle 39: Korrelation nach Spearman: IES-R und Symptomgruppen von Burnout.....	80
Tabelle 40: Korrelation nach Spearman: Burnout, Symptomkategorien PTBS, Fachbereiche.....	81
Tabelle 41: Korrelation nach Spearman: PTBS, Symptomgruppen Burnout, Fachbereiche.....	81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über das österreichische Asylverfahren nach dem Asylgesetz 2015 (Asylkoordination Österreich 2018).....	8
Abbildung 2: Sechs potenzielle traumatische Sequenzen im Kontext von Flucht- und Zwangsmigration (Becker 2006: 192)	12
Abbildung 3: Stellvertretende Traumatisierung in Anlehnung an Frey (2001, zit. nach Frey 2006: 236).....	17
Abbildung 4: Geschlechterverteilung der befragten Personen.....	56
Abbildung 5: Schulbildung der ProbandInnen.....	57
Abbildung 6: Dienstverhältnis	58
Abbildung 7: Migrationshintergrund	59
Abbildung 8: Supervision und Fachbereich.....	60
Abbildung 9: PTBS-Werte Gesamtstichprobe.....	64
Abbildung 10: Mittelwerte Subskalen IES-R	64
Abbildung 11: Mittelwerte Burnout Subskalen	65
Abbildung 12: Mittelwerte IES-R und Fachbereiche	66
Abbildung 13: Mittelwerte Burnout und Fachbereiche	67
Abbildung 14: PTBS und Burnout.....	80

Abkürzungsverzeichnis

BFA	Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMI	Bundesministerium für Inneres
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CSDT	Konstruktivistische Selbstentwicklungstheorie
DSM	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung; APA)
EU	Europäische Union
f	die angegebenen und die folgenden Seiten
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme
IES-R	Impact of Event Scale – revidierte Form
MBI	Maslach Burnout Inventory
NAP	Nationaler Aktionsplan Integration
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
STBS	Sekundär Traumatische Belastungsstörung
UMF	unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children´s Fund
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.T.	zum Teil
zit.	zitiert

A Theoretischer Teil

1 Einleitung

Österreich war im Jahr 2015 von der größten Fluchtbewegung seit dem Zerfall Jugoslawiens 1991 bis 1992 betroffen (BMEIA Integrationsbericht 2016: 23). Das Bundesministerium für Inneres gibt für dieses Jahr an, dass es zu 89.098 Asylanträgen in Österreich kam, wovon 14.413 rechtskräftige Asylansuchen positiv entschieden wurden (BMI Jahresbericht Asylstatistik 2015: 3, 16). Im Zeitraum September 2015 bis Mitte Dezember 2015 haben mehr als 600.000 Flüchtlinge Österreich durchquert (Simsa et al. 2016: 7). Im Jahr 2016 kam es zu 42.285 Asylanträgen und es wurden 22.307 rechtskräftige Asylansuchen positiv entschieden (BMI Jahresbericht Asylstatistik 2016: 4, 39f.). Mehr als die Hälfte der AsylwerberInnen kamen aus folgenden Herkunftsländern: Afghanistan 27,9%, Syrien 20,7% und Irak 6,8% (BMEIA Integrationsbericht 2017: 21). Auch wenn zurzeit weniger Flüchtlinge nach Österreich kommen, bedeutet dies nicht das Zurückgehen der Flüchtlingszahlen. Im Gegenteil: Nach Angaben der UNHCR steigen die Zahlen der Flüchtlinge weltweit weiter an, die Hälfte davon sind Frauen und Kinder (UNHCR 2016: 7f.)

Im Herbst 2015 stand die Erstversorgung von Flüchtlingen im Mittelpunkt, die Österreich vor besondere Herausforderungen stellte, da eine sehr hohe Anzahl an Flüchtlingen betreut, versorgt und untergebracht werden musste. Die Situation konnte durch eine enge Zusammenarbeit zwischen staatlichem Krisen- und Katastrophenmanagement, Ministerien, Ämter der Landesregierung als zuständige Behörde für Feuerwehr, Rettungswesen und Katastrophenschutz, Hilfsorganisationen und der Zivilgesellschaft bewältigt werden (Roth 2017: 6). Nachdem anfänglich, wie bereits erwähnt die Erstversorgung im Mittelpunkt stand, zeigten sich sehr schnell weitere Herausforderungen betreffend der nachhaltigen Integration von Flüchtlingen in Österreich. Es wurden Mittel zur Verfügung gestellt, um die Beratung, Begleitung und Integration von Flüchtlingen zu gewährleisten.

Viele der Flüchtlinge kommen aus Krisengebieten und haben Gewalt, Verfolgung und Terror erfahren. Durch diese Gewalterfahrungen können Menschen mehrfach traumatisiert werden (Gröschel 2008: 16). Daraus ergeben sich besondere Herausforderung in der Arbeit mit Flüchtlingen. Es sind sowohl Einsatzkräfte und KatastrophenhelferInnen mit dem Leiden der Flüchtlinge konfrontiert, als auch Personen, die in der Beratung und Integration von Flüchtlingen tätig sind. Im Rahmen des Integrationsprozesses setzt sich die Arbeitstätigkeit mit geflüchteten Menschen aus sozialpädagogischem (Unterbringung, Integration), beraterischem, psychotherapeutischem Handlungsbedarf sowie asylrechtlichen Bedingungen zusammen (Schneck 2018: 173).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zur Diskussion um die Auswirkungen von sekundärer Traumatisierung und Burnout bei FlüchtlingshelferInnen zu leisten. Dazu wurde eine empirische Erhebung bei drei Fachbereichen in der Flüchtlingshilfe durchgeführt. Die zentrale Forschungsfrage lautet: Inwiefern sind FlüchtlingshelferInnen in den verschiedenen Handlungsfeldern der Flüchtlingshilfe von sekundärer Traumatisierung und Burnout betroffen und welchen Einfluss haben sozio-

demografische und Kontextvariable auf sekundäre Traumatisierung. Die Annahme, dass FlüchtlingshelferInnen sekundärer Traumatisierung ausgesetzt sind, ergibt sich aus der Arbeit mit geflüchteten Menschen, die Gewalt, Kriege und Terror erfahren haben. Zunächst wird humanitäre Hilfe und die Arbeit mit Flüchtlingen nach definitiven Grundlagen erläutert, um zu verdeutlichen, wo in diesem Beruf belastende Faktoren anzutreffen sind. Im Anschluss daran wird ein Überblick über Entstehung und Konzepte sekundärer Traumatisierung gegeben. Im empirischen Teil der Arbeit erfolgt die Hypothesenbildung, eine Beschreibung der Stichprobe und die Ergebnisdarstellung. Die Ergebnisse werden im letzten Kapitel diskutiert und in Bezug zur Theorie gestellt.

2 Humanitäre Hilfe

Nach allgemeiner Auffassung wird humanitäre Hilfe als Reaktion auf humanitäre Notlagen wie Gewaltkonflikte oder Katastrophen verstanden. Bei dem Versuch, eine allgemein gültige Definition des Begriffes humanitäre Hilfe zu finden, stößt man auf eine Vielzahl von Auslegungen. Nach Cutts (1998: 2) kann *„humanitäre Hilfe vielfältige Formen annehmen: neutral oder nicht neutral, unparteiisch oder parteiisch, unabhängig oder „politically aligned“. Sie kann sowohl Hilfe als auch Schutz umfassen, sie kann Nothilfe, Wiederaufbau und Wiedereingliederungshilfe einschließen, ja sogar langfristige Entwicklungsmaßnahmen“*. Da sich eine Vielzahl an Aktivitäten und Zielsetzungen unter dieser Definition subsumieren lassen, wird bezweifelt, ob sie brauchbar ist (Lieser 2013: 12). Wesentlich ist allerdings, dass sich die Definition von humanitärer Hilfe an den humanitären Prinzipien (Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit), wie sie im Code of Conduct verankert sind, orientiert (Lieser 2013: 13). Allerdings würde dies bedeuten, dass die Definition von humanitärer Hilfe auf die Nothilfe und damit auf die humanitäre Hilfe im engeren Sinn begrenzt bleibt. Lieser (2013: 13) versucht einen Brückenschlag zwischen der weit gefassten Definition von Cutts (1998) und der Definition wie sie im Code of Conduct und im humanitären Völkerrecht über die humanitäre Hilfe und anderen einschlägigen Dokumenten verankert sind: *„Humanitäre Hilfe richtet sich an die Menschen, die durch Katastrophen in Not geraten sind, unabhängig von ihrer ethnischen, religiösen und politischen Zugehörigkeit und allein nach dem Maß ihrer Not. Sie hat zum Ziel, Leben zu retten, menschliches Leid zu lindern, die Würde der Betroffenen zu wahren und ihnen zur Wiederherstellung ihrer Lebensgrundlagen zu verhelfen. Sie ist geleitet von den humanitären Prinzipien der Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität und Unabhängigkeit und basiert auf internationalen Rechtsgrundlagen. Sie umfasst sowohl die Bereitstellung von lebenswichtigen Gütern (Nahrung, Wasser, sanitäre Anlagen, Unterkunft, Kleidung, Gesundheitsdienste und psychosoziale Hilfen) als auch Schutz vor Gewalt und Verfolgung sowie die Unterstützung von Bewältigungsstrategien. Sie trägt dazu bei, die Gefährdung der Betroffenen durch künftige Krisen und Katastrophen zu reduzieren.“* Auch Terry (2002: 234) schlägt eine umfassendere Definition vor und sieht in humanitärer Hilfe nicht *„nur eine logistische Leistung, die darin besteht, Nothilfegüter zum richtigen Zeitpunkt an den richtigen Ort zu bringen. Humanitäre Hilfe ist ein vielschichtiges Handlungs- und Politikfeld“*. Herausforderungen in der humanitären Hilfe zeigen sich einerseits an der Vielzahl von mitwirkenden Akteuren und der politischen Einflussnahme, andererseits auch an den veränderten und vielfältigen Anforderungen, wie Zunahme von Naturkatastrophen oder steigende Komplexität von Gewaltkonflikten (Lieser 2013: 24f.). Eine weitere Anforderung an die humanitäre Hilfe sind die steigenden Zahlen an Flüchtlingen, mit denen Staaten aber auch humanitäre Hilfsorganisationen konfrontiert sind (Eberwein 2001: 10). Mit Ende des Jahres 2017 geht die UNHCR (2017: 2) von ungefähr siebzig Millionen Menschen aus, die derzeit auf der Flucht sind. Aufgrund der hohen Anzahl von Flüchtlingen, Asylsuchenden und Binnenvertriebenen hat die UN-Generalversammlung im September 2016 die New Yorker Erklärung (New York Declaration) verabschiedet, in der sich 194 Staaten zu den in der Genfer Flüchtlingskonvention festgelegten Prinzipien zum Schutz und Achtung von Flüchtlingen bekennen. Die New York Erklä-

zung soll zu einem besseren System der globalen Verantwortungsteilung zum Schutz von Flüchtlingen führen. Ziel ist es, im Jahr 2018 einen Rahmen für den globalen Flüchtlingsschutz (Global Compact on Refugees) sowie für die globale Migration (Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration) zu schaffen. (UNHCR 2018) In der EU wurden im Jahr 2016 insgesamt 1.259.955 Asylanträge gestellt, etwas weniger als im Jahr zuvor (2015: 1.322.825 Anträge). Davon entfielen mit 42.285 Asylanträgen etwas über 3 % auf Österreich. (BMEI 2017: 18f.) 2016 wurden in Österreich etwa halb so viele Asylanträge wie 2015 (88.340) gestellt. Die meisten AsylwerberInnen im Jahr 2016 stammten aus Afghanistan (27,9 %), gefolgt von Syrien (20,7 %) und dem Irak (6,8 %). (Integrationsbericht 2017: 18f.) 9 % aller Asylanträge wurden im Jahr 2016 von unbegleiteten Flüchtlingen unter 18 Jahren gestellt (Österreichischer Integrationsfond 2017: 8). Zu Beginn der Flüchtlingskrise im Jahr 2015 stand Österreich vor großen Herausforderungen wie der Erstversorgung und der Unterbringung der Flüchtlinge. Seither steht die Integration von Flüchtlingen im Mittelpunkt.

Auf politischer Ebene wurde in Österreich 2010 der Nationale Aktionsplan Integration (NAP) zur Förderung der Integration von MigrantInnen, EU-BürgerInnen, Asylberechtigten und subsidiär Schutzberechtigten beschlossen. Als Reaktion auf die Flüchtlingskrise wurde Anfang 2016 die österreichweite Integrationsstrategie durch den 50 Punkte Plan zur Integration von Asylberechtigten und subsidiär Schutzberechtigten definiert. Der 50 Punkte Plan zur Integration umfasst Maßnahmen in den sieben NAP Handlungsfeldern sowie allgemeine strukturelle Maßnahmen. Unter anderem wurde eine Aufstockung des Integrationsbudgets für 2017 um zusätzliche 56 Millionen Euro beschlossen und die Schaffung eines flächendeckenden Angebots von Integrationszentren durch den Österreichischen Integrationsfond. Im Bereich Gesundheit und Soziales steht die Stärkung der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen im Mittelpunkt. Hier werden Maßnahmen gesetzt wie die Sicherung von psychotherapeutischer Hilfe durch mehrsprachiges Personal, die Finanzierung mobiler interkultureller Teams, Beratungseinrichtungen von Traumatisierten und die Gründung einer intersektoralen Koordinierungsplattform zur psychosozialen Unterstützung für Flüchtlinge und Helfende. (Integrationsbericht 2017: 62f.).

Um Integrationsmaßnahmen österreichweit institutionell zu implementieren, wurden in den Jahren 2016 und 2017 auf Bundesebene drei Gesetzesinitiativen eingebracht (Tabelle 1). (Integrationsbericht 2017: 39)

Tabelle 1: Gegenüberstellung nationaler Gesetzesinitiativen (Integrationsbericht 2017: 39)

	ANERKENNUNGS- UND BEWERTUNGS- GESETZ (AuBG)	INTEGRATIONSGESETZ (IntG)	INTEGRATIONSJAHRESGESETZ (IJG)
Inkrafttreten	12.07.2016	09.06.2017 Bestimmungen für Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte; 01.10.2017 Bestimmungen für sonstige Drittstaatsangehörige	01.09.2017 Bestimmungen für Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte; 01.01.2018 Bestimmungen für AsylwerberInnen
Zielgruppe	Personen mit im Ausland erworbenen Qualifika- tionen	Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte, sonstige Drittstaatsangehörige	Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte sowie Asylwerbende mit hoher Aner- kennungswahrscheinlichkeit
Kerninhalte	Anerkennung und Bewer- tung von ausländischen Qualifikationen	Sprach- und Wertevermittlung, Ver- ankerung von Integrationsgremien, Integrationsmonitoring, Novellierung der Integrationsvereinbarung	Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen
Konkrete Integrations- maßnahmen für Flüchtlinge	Besondere Verfahren für Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte ohne Dokumente	Sprachkurse auf A1- und A2-Niveau, Werte- und Orientierungskurse; mit der Novellierung des AsylG wird mit 1.1. 2018 die Möglichkeit geschaffen Sprachkurse für Asylwer- berInnen mit hoher Anerkennungs- wahrscheinlichkeit zur Verfügung zu stellen (§ 68 AsylG)	Kompetenzclearing, Sprachkurse ab A2-Niveau, Abklärung und Unter- stützung bei der Anerkennung von Qualifikationen und Zeugnissen, Wer- te- und Orientierungskurse, Berufsori- entierungs- und Bewerbungstraining, Arbeitsvorbereitungsmaßnahmen, Arbeitstrainings im Sinne gemeinnüt- ziger Tätigkeiten, sonstige Maßnah- men
Mitwirkungs- pflichten und Sanktionen		Mitwirkungspflichten an Kursmaßnah- men bei sonstiger Kürzung von Sozial- leistungen oder Arbeitslosengeld	Mitwirkungspflichten an Kursmaßnah- men bei sonstiger Kürzung von Sozial- leistungen oder Arbeitslosengeld

Durch Integrationsmaßnahmen, die auf Ebene des Bundes gesetzt wurden, sollen Flüchtlinge möglichst rasch integrationsfördernde Angebote erhalten und wahrnehmen. Humanitäre Flüchtlingshilfe agiert dementsprechend im Rahmen der innerpolitischen Flüchtlingspolitik und in Zusammenhang außenpolitischer Vorgaben (Treptow 2018: 226). Dies begründet er dahingegen, dass die humanitäre Hilfe in den Aufnahmeländern sowohl in direktem als auch indirektem Zusammenhang mit der jeweiligen Landespolitik steht. Die jeweilige Landespolitik bestimmt bspw. über Grenzöffnungen und –schließungen, über Integrationsprozesse und Aufnahmequoten. Dies führt zu einer Beeinflussung von humanitären Hilfen die in „räumlichen, zeitlichen, personellen und sachlich erforderlichen Reaktionsmöglichkeiten in den Durchgangs- und Ankunftsändern tätig sind“ (Treptow 2018: 227). Mit welchen Herausforderungen HelferInnen im Rahmen der Flüchtlingshilfe konfrontiert sind, wird im folgenden Kapitel dargelegt.

3 Arbeit mit Flüchtlingen

In diesem Kapitel wird anfänglich kurz auf Begriffsdefinitionen in Zusammenhang mit Migration und Flucht sowie auf das Asylwesen in Österreich eingegangen. In weiterer Folge geht es um Traumatisierung im Kontext von Flucht und den daraus resultierenden Herausforderungen in der Arbeit mit Flüchtlingen.

3.1 Begriffsdefinitionen

Der Begriff Migration wird in der Regel als Oberbegriff für die *„langfristige, räumlich größere Verlagerung der Lebensschwerpunkte von Individuen, Gruppen oder Bevölkerungen“* (Bade 2010: 422) verstanden. Zimmermann (2016: 20) unterscheidet zwischen Binnen und transnationaler Migration sowie freiwilliger und Zwangsmigration. Die Binnenmigration ist dadurch gekennzeichnet, dass geflüchtete Menschen in einem ähnlichen kulturellen und sozialen Kontext verbleiben. *„Die postmoderne prägende Mobilität fördert die (relative) freiwillige Binnenmigration von Arbeitnehmerinnen und -nehmern überall auf der Welt“* (Zimmermann 2016: 20). In Bereichen, die von Naturkatastrophen betroffen sind, oder Krisen- und Kriegsgebieten, steht die Erzwungenheit in Rahmen der Binnenmigration im Vordergrund. Bei der transnationalen Migration ändert sich sowohl die Landessprache als auch die damit verbundenen Werte. Im Rahmen der freiwilligen Migration bestehen keine akuten Gründe, das Heimatland zu verlassen. Die Veränderung des Lebensmittelpunktes geschieht ohne existenzielle Nöte ausgelöst. Die erzwungene Migration *„ist im Vergleich zum enger gefassten Terminus Flucht umfassender durch einen unverkennbaren wirtschaftlichen, politischen oder sozialen Druck gekennzeichnet, der ein Verlassen der Heimat erzwingt“* (Oltmer 2012, zit. nach Zimmermann 2016: 200).

Der Begriff Flucht impliziert etwas Unfreiwilliges, somit können Flüchtlinge sich nicht auf den Schutz ihres Heimatlandes berufen. Es bestehen verschiedene internationale Abkommen, um das Recht auf Schutz zu gewährleisten.

Die Genfer Flüchtlingskonvention (Artikel 1 Abschnitt A Ziffer 2) bildet das wesentlichste Dokument für das Recht auf Schutz und definiert eine Person als Flüchtling wie folgt:

„... wer sich aus wohlbegründeter Furcht, aus Gründen der Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder der politischen Gesinnung verfolgt zu werden, außerhalb seines Heimatlandes befindet und nicht in der Lage oder im Hinblick auf diese Furcht nicht gewillt ist, sich des Schutzes dieses Landes zu bedienen ...“ (RIS: 2018)

Ursprünglich kam die Genfer Flüchtlingskonvention nur für Personen zur Anwendung, die vor Ereignissen, die vor dem 1. Jänner 1951 in Europa stattfanden, flüchteten. Demzufolge waren nur europäische Flüchtlinge des Zweiten Weltkrieges betroffen. Der zeitliche und räumliche Aspekt wurde durch das Zusatzprotokoll 1967 aufgehoben, *„wodurch sich die Genfer Flüchtlingskonvention zum weltweit wichtigsten Instrumentarium des Flüchtlingsschutzes entwickeln konnte.“* (Schumacher und Peyrl 2006: 164)

Aus der Definition der Genfer Flüchtlingskonvention ergeben sich die Elemente des völkerrechtlichen Flüchtlingsbegriffes sowie die Verfolgungs- und Konventionsgründe (Schweinsfurth 2006: 530f.):

- Wohlbegründete Flucht
- Verfolgung
- Vorliegen einer der Konventionsgründe: Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, politische Gesinnung
- Aufenthalt außerhalb des Herkunftsstaates
- Fehlen der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Schutz im Herkunftsstaat

Volf (2001: 106) fasst Flüchtlinge in Österreich in drei Gruppen zusammen:

- Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention
- Flüchtlinge, die wegen des Refoulement-Verbots nicht abgeschoben werden können
- Flüchtlinge, die aufgrund ihrer Fluchtsituation nicht abgeschoben werden können

Das Nicht-Abschiebungs-Gebot (Non-Refoulement) besagt, wenn der Antrag auf Asyl abgelehnt wird, dürfen Personen aufgrund bestimmter Umstände nicht an einen anderen Staat ausgeliefert werden. Wenn allerdings kein Grund für eine Asylgewährung vorliegt und die Person dennoch nicht abgeschoben werden darf (non-refoulement), hat die Person das Recht auf Zuerkennung des Status eines subsidiären Schutzberechtigten (temporärer Aufenthalt). (Schumacher und Peyrl 2006: 324).

3.1.1 Ablauf des Asylverfahrens in Österreich

Das österreichische Bundesgesetz über die Gewährung von Asyl (Asylgesetz 2005, StF: BGBl. I Nr. 100/2005) regelt, das Asylverfahren, sowie die Rechte und Pflichten von Asylwerbern. Abbildung 1 (Asylkoordination Österreich 2018) zeigt den Ablauf des Asylverfahrens in Österreich.

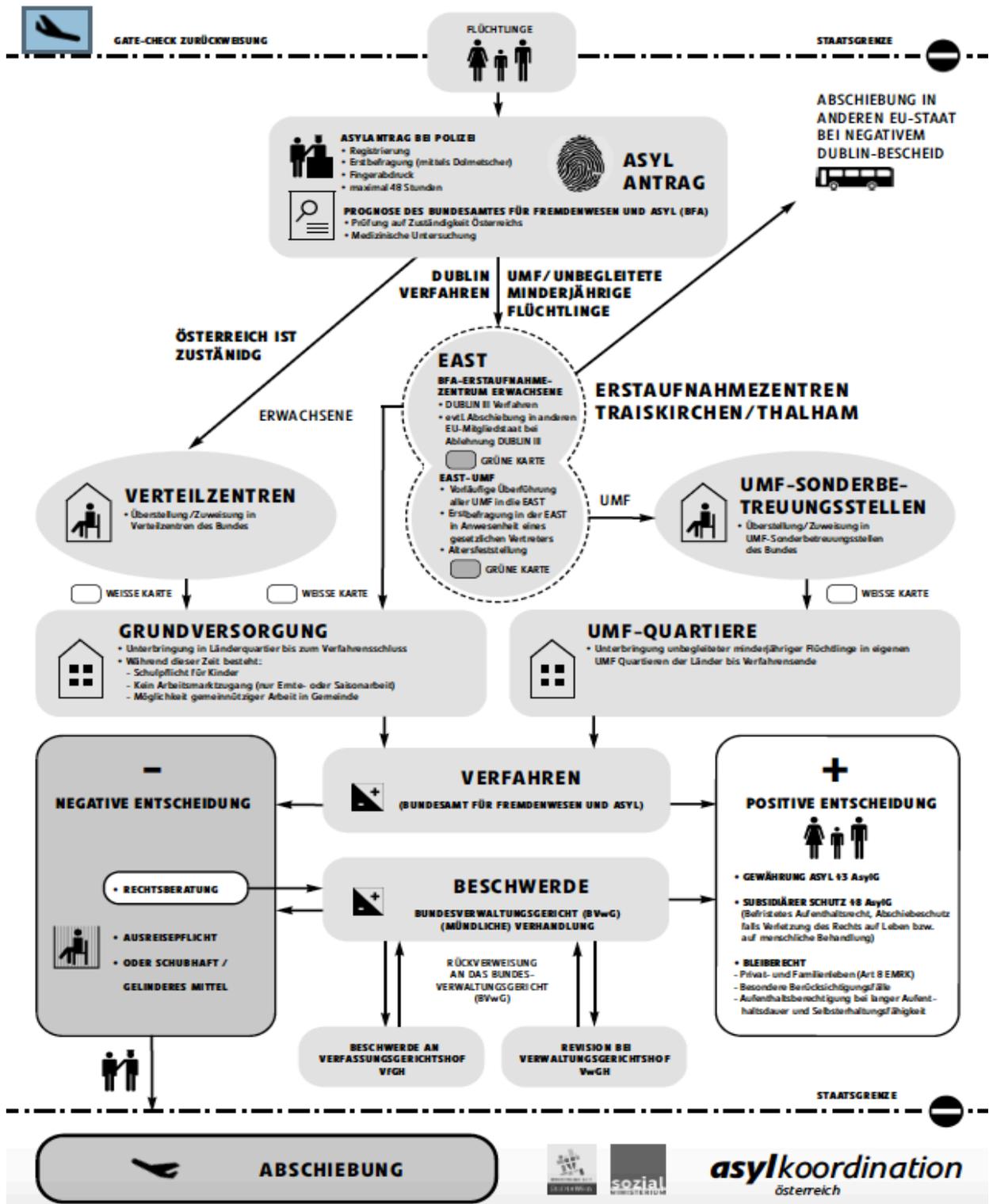


Abbildung 1: Übersicht über das österreichische Asylverfahren nach dem Asylgesetz 2015 (Asylkoordination Österreich 2018)

Das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA o.J.: 7f.) beschreibt das Asylverfahren folgendermaßen:

Eine Person, die in Österreich um Asyl ansucht, muss bei einer Polizeidienststelle oder einer Sicherheitsbehörde einen Asylantrag stellen. Es erfolgt eine Erstbefragung mit Hilfe von DolmetscherInnen, aufgrund dieser Befragung prüft das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA), ob die Person für ein Asylverfahren zugelassen ist.

sen wird, oder ob ein anderer EU-Staat zuständig sein könnte (Dublin III Verordnung). Mit der Prognoseentscheidung gilt der Asylantrag als eingebracht, und die Person wird zum Asylwerber. Mit dem Dublin Verfahren wird geprüft, welcher europäische Staat für die Prüfung des Asylantrags zuständig ist, um Mehrfachanträge zu verhindern. Die Dublin III Verordnung besagt, dass jener EU-Mitgliedsstaat für die Durchführung des Asylverfahrens verantwortlich ist, in dem die Person als erstes eingereist ist. Die AsylwerberInnen werden während der Dauer des Asylverfahrens in eine Erstaufnahmestelle (EAST) oder in ein Verteilerquartier gebracht und haben somit Anspruch auf Grundversorgung.

Eine Entscheidung über einen Asylantrag erfolgt mittels Bescheid. Dem Antrag wird stattgegeben und Asyl wird zuerkannt. Zunächst wird die Aufenthaltsberechtigung auf drei Jahre ausgestellt, danach gilt sie unbefristet, sofern kein Aberkennungsverfahren eingeleitet wird. Ein Antrag auf Asyl kann abgewiesen werden, jedoch kann subsidiärer Schutz zuerkannt werden. Es wird eine auf ein Jahr befristete Aufenthaltsberechtigung erteilt, die um jeweils zwei Jahre verlängert werden kann. Wenn ein Antrag sowohl zu Asyl, als auch zu subsidiären Schutz abgewiesen wird, kann ein Aufenthaltstitel aus berücksichtigungswürdigen Gründen erteilt werden. Wird ein negativer Asylbescheid ausgestellt, muss die Person innerhalb einer bestimmten Frist ausreisen, sonst kann sie abgeschoben werden. Gegen einen negativen Asylbescheid des Bundesamtes für Fremdenwesen und Asyl kann in zweiter Instanz eine Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht, eingereicht werden. Ist die Beschwerde beim Bundesverwaltungsgerichtshof negativ, kann Revision beim Verwaltungsgerichtshof und Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof eingereicht werden. Im Rahmen eines Asylverfahrens hat die Anerkennung als Flüchtling rein bestätigenden Charakter. *„Eine Person ist als Flüchtling anzuerkennen, weil sie die Flüchtlingseigenschaften hat, sie erlangt nicht etwa umgekehrt die Flüchtlingseigenschaft durch einen zuerkennenden Bescheid“* (Putzer und Rohrböck 2007: 18).

Die Art des rechtlichen Aufenthaltsstatus unterscheidet sich nach Bernhard (2008: 7) folgendermaßen: Personen in einem laufenden Asylverfahren werden als AsylwerberInnen bezeichnet. Menschen mit Zuerkennung von subsidiären Schutz werden als subsidiär Schutzberechtigte und Menschen mit positivem Asylbescheid als anerkannte Flüchtlinge bezeichnet. Personen ohne Aufenthaltstitel werden als Illegalisierte bezeichnet. Ein Asylverfahren kann unterschiedlich lange dauern.

„Das ordentliche Verfahren zur Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft dauert oft sehr lange: in der ersten Instanz oft über sechs Monate bis zu eineinhalb Jahre bei Ausschöpfung der Rechtsmittel. Einzelne Verfahren können sich sogar bis zu fünf Jahre hinziehen. Im Sinne einer Garantie der Schutzstandards im Flüchtlingswesen ist es zwar wichtig, Flüchtlinge zu identifizieren und ihre Fluchtgründe zu prüfen, die lange Wartfristen erweisen sich jedoch als problematisch“ (Volf 2001: 103).

3.1.2 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)

Das Wort „unbegleitet“ bezieht sich auf die familiäre Situation von minderjährigen Kindern und Jugendlichen, die ohne ihre Familie nach Österreich kommen. Als „minderjährig“ gelten jene Flüchtlinge, die nach der UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF 1990: 2) unter 18 Jahre sind. Der Begriff „unbegleiteter minderjähriger Flüchtling“ sagt allerdings noch nichts über dessen rechtlichen Status aus. (Weeber und Gögercin 2014: 27f.) In der EU beschreibt die Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29. April 2004 Mindestbedingungen für die Aufnahme von AsylwerberInnen. So werden in Artikel 2, Absatz i, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wie folgt definiert (Homfeldt und Schmitt 2012: 159f.):

„Drittstaatsangehörige oder Staatenlose unter 18 Jahre, die ohne Begleitung eines gesetzlich oder nach den Gepflogenheiten für sie verantwortlichen Erwachsenen in das Hoheitsgebiet eines Mitgliedsstaates einreisen, solange sie nicht tatsächlich in die Obhut einer solchen Person genommen werden; hierzu gehören auch Minderjährige, die ohne Begleitung zurückgelassen werden, nachdem sie in das Hoheitsgebiet der Mitgliedsstaaten eingereist sind.“

Inwieweit ein unbegleiteter minderjähriger Flüchtling auch juristisch als Flüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention gilt, muss im jeweiligen Land geprüft werden. In Österreich ist das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA) für erstinstanzliche Asylverfahren und Aufenthaltstitel zuständig. Im Jahr 2016 haben in Österreich 3.900 unbegleitete Minderjährige Asylanträge gestellt. Das entspricht nicht ganz elf Prozent aller Asylanträge, die in diesem Jahr gestellt wurden. (BMEIA Integrationsbericht 2017: 25)

Eine Obsorge von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen wird in Österreich von den Kinder- und Jugendhilfeträgern übernommen. Österreichweit besteht kein einheitliches Vorgehen hinsichtlich der Bestellung eines Obsorgeberechtigten oder wie die Obsorge zu handhaben ist, da die Kinder- und Jugendhilfe in die Zuständigkeit der Länder mit ihren eigenen Durchführungsbestimmungen fällt. Unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen wird während des Zulassungsverfahrens eine Rechtsberatung zur Verfügung gestellt. Unbegleitete Minderjährige mit Asylstatus, subsidiärem Schutzstatus oder einem langfristigen Aufenthaltstitel, haben das Recht, Maßnahmen des österreichischen Integrationsfonds zu beantragen. (Koppenberg 2014: 14f.)

3.2 Traumatisierung im Kontext von Flucht

Die Gründe für das Verlassen des Heimatlandes können vielfältig sein. Vor allem Faktoren wie das unfreiwillige Verlassen der Heimat, eine illegalisierte und häufig gefährliche Migration und ein ungesicherter Aufenthaltsstatus, können zu Belastungen führen, die bei Flüchtlingen mit Störungen im Erleben und Verhalten einhergehen. (Zimmermann 2016: 14) Aber nicht nur das Erleben von Kriegshandlungen, Verlust von Bezugspersonen, Gewalt und Folter können zu Belastungsstörungen führen,

auch durch psychosoziale Probleme im Ankunftsland kann es zu einer Retraumatisierung kommen (Gröschel 2008: 16).

Der Psychoanalytiker Hans Keilson (1979) entwickelte das Konzept der sequenziellen Traumatisierung, welches auf Forschungsergebnissen basiert, die er durch langjährige therapeutische Betreuung von jüdischen Kindern gewann, die während des Dritten Reiches durch Nationalsozialisten verfolgt worden waren. Es zeigte sich, dass die Vertreibung und psychosoziale Probleme nach dem Krieg oft größere Belastungen darstellten, als die Traumatisierung durch Krieg und Flucht. (Maier und Schnyder 2006: 43) Das Konzept besteht aus drei Sequenzen, die inhaltlich und zeitlich miteinander verwoben sind (Zimmermann 2016: 43):

Erste Sequenz – Vor Beginn der direkten Verfolgung: schwere familiäre Belastungen durch unfreiwillige Trennungen und Angriffe auf die soziale und psychische Integrität

Zweite Sequenz – die direkte Verfolgung: Extreme Belastungen durch Deportation, Leben in Verstecken und langfristige Trennungen von der Familie. Jüdische Kinder, die in nicht jüdischen Pflegefamilien leben, nehmen eine neue Identität an und dies führt zu einer traumatisierenden sozialen Erfahrung.

Dritte Sequenz – nach der Verfolgung: Erneute Belastung durch das Verlassen der Pflegefamilie; Interaktionsstörungen bei wiedervereinten Familien durch Schuldgefühle der Erwachsenen; es können Verschiebe- und Idealisierungsprozesse auftreten bezüglich der ersten Phase.

Keilson sieht somit Traumatisierung nicht nur auf die direkte Verfolgung beschränkt, sondern weitet die traumatische Sequenz auch auf die Zeit nach der Verfolgung aus. Aufgrund der Ausweitung der traumatischen Sequenz „gilt Keilsons Konzept in der Fachwelt als äußerst geeignet, um die spezifische Ausnahmesituation von Flüchtlingen im Exil greifbar und nachvollziehbar zu machen“ (Weeber und Gögercin 2014: 40). Wesentlich ist jedoch, die sozialen Erfahrungen zu analysieren und das Zusammenwirken der sozialpolitischen und innerpsychischen Faktoren, die den traumatischen Prozess beschreiben, zu erarbeiten (Zimmermann 2016: 43).

Das Konzept der sequenziellen Traumatisierung wurde von David Becker (Abbildung 2) zu einem „Grobraster der traumatischen Sequenzen in einem gegebenen sozialen Kontext“ (Becker 2006: 192f.) erweitert:

Sequenz eins – vor der Zwangsmigration: Ist charakterisiert durch den Wunsch, die Familie zu retten. Auch tritt die Bewusstwerdung der Trennung der Familie in den Vordergrund. Durch das Erleben von Krieg und Gewalt werden Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht erzeugt.

Sequenz zwei – auf der Flucht: Der Konflikt eskaliert, aber es erfolgt noch keine unmittelbare Bedrohung. Hier stehen Erfahrungen von Angst im Vordergrund, oft hat man auch keinen Überblick über weitere Entwicklungen. Es bestehen Abhängigkeiten zu FluchthelferInnen und Polizei.

Sequenz drei – die Anfangszeit am Ankunftsort: Überforderung durch viele Probleme, es besteht noch keine Sicherheit. Eine Auseinandersetzung mit erlittenen Verletzungen beginnt.

Sequenz vier - Chronifizierung der Vorläufigkeit: Flüchtlinge agieren zwischen erzwungener Passivität und geforderter Aktivität.

Sequenz fünf – bedrohliche Rückkehr: Hier muss unterschieden werden zwischen freiwilliger und erzwungener Rückkehr. Bei einer erzwungenen Rückkehr wird durch die damit verbundenen Ängste und der Fremdbestimmung als schwerwiegender traumatischer Prozess verstanden. Eine freiwillige Rückkehr verläuft ebenfalls selten problemfrei und ist mit familiären Widersprüchen verbunden.

Sequenz sechs – aus Flüchtlingen werden Migranten: Stellt einerseits die Remigration in das Heimatland dar und ist mit Gefühlen von Fremdheit verbunden. Andererseits bleiben beim Verbleiben im Aufnahmeland viele Flüchtlinge Fremde und somit innerpsychisch heimatlos.

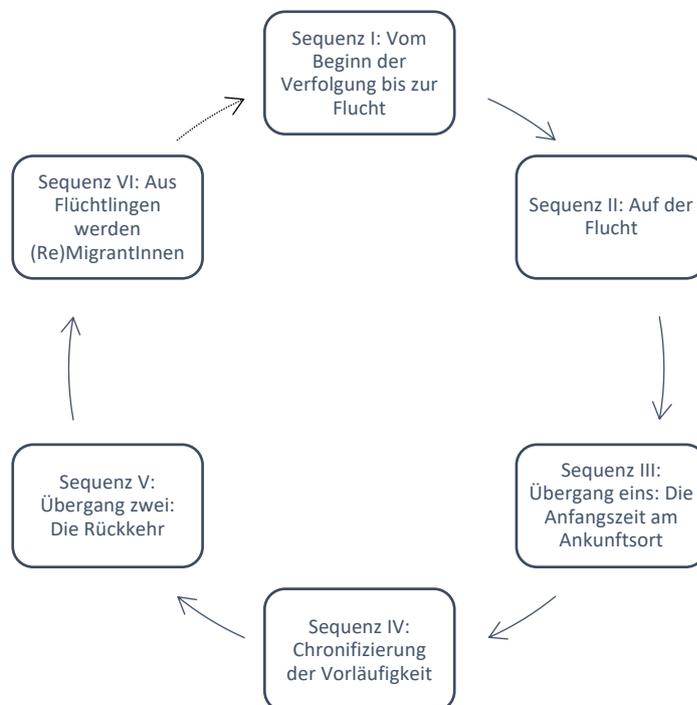


Abbildung 2: Sechs potenzielle traumatische Sequenzen im Kontext von Flucht- und Zwangsmigration (Becker 2006: 192)

Das von Becker weiterentwickelte Konzept der sequenziellen Traumatisierung zeigt, dass Traumata nicht nur durch Erfahrungen in Kontext mit Flucht entstehen können, sondern sich auch durch Situationen im Aufnahmeland entwickeln. Unsicherer Aufenthaltsstatus, Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, ein hoher Akkulturationsdruck, Chancenungleichheiten und soziale und ökonomische Marginalitäten sind nach Brandmaier (2013: 15f.) Faktoren, die eine erneute Traumatisierung von Flüchtlingen begünstigen.

Gröschen (2008: 30) beschreibt folgende Faktoren, die im Zielland zu einer erstmaligen oder erneuten Traumatisierung von Flüchtlingen führen können:

- Ungesicherter Aufenthaltsstatus
- Zukunftsängste (inklusive Abschiebung ins Heimatland)
- Anpassung an eine fremde Kultur

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus durch ein laufendes Asylverfahren birgt sowohl für die Therapie als auch für FlüchtlingshelferInnen große Probleme, da diese mit einem ständigen Gefühl der Unsicherheit, der Bedrohung und der Kränkung verbunden ist (Maier 2006: 121). Die Verschärfung der Asylgesetze, wie Asyl auf Zeit und die Beschränkung des Familiennachzugs, führen zu weiteren Verunsicherungen bei AsylwerberInnen (Simsa et al. 2016: 14). In verschiedenen Studien wird in diesem Zusammenhang von Postmigrationsstressoren gesprochen, die einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben (Li et al 2016; Silove et al. 1997; Teodorescu et al. 2012). Zusätzlich zu den bereits angeführten Faktoren, die eine Traumatisierung begünstigen können, sieht Kartal und Kiropoulos (2016: 2) noch Stigmatisierung oder Diskriminierung als wichtige Postmigrationsstressoren an.

Traumata können aber nicht nur einseitig positive oder negative Wirkungen auf MigrantInnen haben. Migration kann zunächst auch zu einer entlastenden Wirkung für traumatisierte Menschen führen, „*wenn sie durch Flucht oder Migration aus traumatisierenden Gegebenheiten im Heimatland befreien kann*“ (Gröschen 2008: 30). Sie kann aber auch zusätzlich, durch ständige Anpassungsleistungen an fremde Lebensbedingungen und durch Ungewissheit, zu Traumatisierung führen. (Gröschen 2008: 30)

Das Ergebnis einer systematischen Zusammenschau von 20 Studien mit insgesamt 6743 erwachsenen Flüchtlingen in sieben verschiedenen Ländern, die das Auftreten von psychischen Störungen untersuchte, zeigte bei 9 % der Befragten die Diagnose posttraumatische Belastungsstörungen, wobei 44 % der Fälle eine depressive Episode vorwies. In der gleichen Untersuchung wurde bei 11 % der Flüchtlingskinder eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. (Fazel et al. 2005: 1310f.)

In der zentralen Aufnahmeeinrichtung Zirndorf in Bayern wurden im Rahmen einer Studie 283 AsylwerberInnen hinsichtlich der Häufigkeit und Art der psychiatrischen Diagnosen untersucht. Bei 180 (63,6%) konnte mindestens eine psychiatrische Diagnose festgestellt werden, die häufigsten waren posttraumatische Belastungsstörungen, gefolgt von depressiven Episoden und Anpassungsstörungen. (Knegninja et al. 2015: 834f.)

3.3 Herausforderungen in der Arbeit mit Flüchtlingen

Die Willkommenskultur im Jahr 2015 hat eine grundlegende Wandlung erfahren und ist zu einer Debatte über Erwartungen, Forderungen, Kontingente und Obergrenzen herangewachsen. Von Fachkräften bei Trägern, Beschäftigten im öffentlichen Dienst bis zu ehrenamtlichen Akteuren, müssen Herausforderungen unter sich ändernden Bedingungen in der Arbeit mit Flüchtlingen bewältigt werden. Eine Vielzahl von Ein-

flüssen sind zu berücksichtigen, da diese in unterschiedlicher Weise auf die Tätigkeit in der Flüchtlingsarbeit einwirken können (Grün 2003: 36; Koch 2003: 43f.). Im Folgenden wird ein Überblick über mögliche beeinflussende Faktoren gegeben.

Strukturelle Herausforderungen

Die Arbeit mit Flüchtlingen bewegt sich in einem strukturellen Spannungsfeld – zwischen verschiedenen und manchmal auch nicht zu vereinbarenden Aufträgen und Erwartungen und einem gesetzlichen Rahmen, der das Handlungsfeld von BeraterInnen in der Flüchtlingshilfe immer mehr einschränkt. Folgende strukturellen Elemente sieht Wurzbacher (1997: 84f.) und Gögercin (2018: 553f.) als wesentlich an:

- Die Aufnahmegesellschaft: Negative Einstellungen bezüglich AsylwerberInnen wirken sich auch auf BeraterInnen in der Flüchtlingshilfe aus. Natürlich soll sich aus humanitärer Sicht mit den Problemlagen der Flüchtlinge beschäftigt werden, allerdings soll auch die Aufnahmekapazitäten des Landes nicht überbeansprucht werden. Durch staatliche Restriktionen wird das Durchsetzen der Interessen von Flüchtlingen schwierig und führt zu einem gesellschaftlichen Legitimationszwang der Arbeit von HelferInnen im Flüchtlingsbereich.
- Die Politik: Die Bundes- bzw. Landespolitik bestimmt, welche Ressourcen für Flüchtlinge und BeraterInnen zur Verfügung stehen. Durch die österreichische Asylpolitik kam es in den letzten Jahren zu Einsparungen in diesem Bereich.
- Behörden: Es wird von sozialen Trägereinrichtungen und somit von BeraterInnen erwartet, Flüchtlinge über ihre geringen Chancen der Asylgewährung und ihre rechtliche Situation aufzuklären. Eine Erwartungshaltung, vor allem in organisierten Unterkünften, ist es, dass psychosoziale BeraterInnen auch Kontroll- und Ordnungsfunktionen übernehmen. Es wird von Seiten der Behörden ein sehr hohe Betreuungsschlüssel vorgegeben, der es nahezu unmöglich macht auf individuelle Bedürfnisse der Flüchtlinge einzugehen.
- Einrichtungen und Organisationen: Zwischen öffentlichen und unabhängigen Trägern unterscheiden sich die Dienstleistungen trotz rechtlicher Rahmenbedingungen, aufgrund eines unterschiedlichen Selbstverständnisses, oft stark voneinander. In unabhängig finanzierten Organisationen arbeiten FlüchtlingshelferInnen eher im Sinne ihrer KlientInnen, diese Organisationen haben allerdings häufiger weniger finanzielle Mittel zur Verfügung. Öffentliche Organisationen erleben ihr Handeln oft fremdbestimmt.
- AdressatInnen: Flüchtlinge versuchen in dem jeweiligen Land zu bleiben, in dem sie um Asyl angesucht haben und Zugang zu den Möglichkeiten und Ressourcen im Aufnahmeland zu bekommen. Hierbei sehen sie FlüchtlingshelferInnen als mögliche Unterstützung und hoffen darauf, dass diese Mittlerfunktion zwischen den Behörden und sich selbst übernehmen.

Kulturelle Aspekte

Die Arbeit mit geflüchteten Menschen basiert auf dem Hintergrund unterschiedlicher Religionen und Kulturen. Dementsprechend haben geflüchtete Menschen andere Erwartungen an die Arbeit von FlüchtlingshelferInnen. Diese Erwartungshaltungen zeigen sich in folgenden Bereichen (Özkan und Belz 2013: 197):

- in der Erziehung
- im Schamgefühl
- in der Bereitschaft, über Traumata zu berichten
- in der Konfliktbewältigung
- im Erleben und in der Wertung von Krankheitssymptomen
- im Umgang mit Erkrankten
- im Krankheitsverständnis
- in anderen Erwartungen an die Arbeit von HelferInnen

Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld für HelferInnen, in dem sie oft wenig handlungssicher sind. Sprachbarrieren erzeugen Verständigungsprobleme, und die unterschiedlichen Kulturen werden als „fremd“ im Vergleich zur eigenen empfunden. Häufig haben befremdende Verhaltensweisen mehr mit Schicht- oder Geschlechterdifferenzen zu tun, als mit „fremdkulturellen“ Verhaltensweisen. Um dem entgegen zu wirken, sind Supervision, Fortbildung und kollegiale Fallberatung unerlässlich. (Gögercin 2018: 558)

Geringe Sprachkenntnisse erweisen sich in der Beratung von Flüchtlingen als hinderlich. Um überhaupt in einen Dialog treten zu können, ist das Hinzuziehen von DolmetscherInnen unerlässlich. Ein wesentlicher Faktor in der Wirksamkeit des Beratungsprozesses zwischen HelferInnen/PsychotherapeutInnen und KlientInnen ist die Passung. In einem triadischen Setting kommt der Passung zwischen DolmetscherIn und KlientIn eine ebenso große Bedeutung zu. (Schneck 2018: 185) DolmetscherInnen fungieren als Brücke zwischen Sprache und Kultur und nehmen damit eine zentrale Rolle ein (Haenel 2007: 27). Durch das triadische Setting entstehen kommunikatorische Besonderheiten: Verlangsamung des Kommunikationsprozesses, da durch die Übersetzung Zeit verloren geht. Durch eine Ungleichzeitigkeit der Kommunikationsanteile, können nonverbale und verbale Anteile der Mitteilung getrennt voneinander erfasst werden. Grund dafür ist, dass die Inhalte des Gesagten nicht im selben Moment verstanden werden. (Schneck 2018: 185). In der Zusammenarbeit zwischen HelferInnen, DolmetscherInnen und KlientInnen ist Rollenklarheit wichtig. Die Aufgabe der DolmetscherInnen besteht nicht nur in der möglichst wortgetreuen Übersetzung, sie sollen auch ihr kulturelles Wissen zur Verfügung stellen, um so als KulturmittlerInnen zu fungieren. (Abdallah-Steinkopff und Soyer 2013: 148)

Häufig bestehen, aufgrund kultureller Prägungen, unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit. Beispielsweise ist das Konzept der Psyche nicht in allen Kulturen verankert. MigrantInnen können mit Unverständnis auf die Frage nach ihren Problemen reagieren und möglicherweise kommen sie nicht wieder. Deshalb ist es

wesentlich, abzuklären welche Vorstellung die KlientInnen von Krankheit haben. (Plafky 2018: 545).

Interkulturelle Kompetenz wird als wichtige Kernkompetenz für die Arbeit mit geflüchteten Menschen angesehen. Um eine vertrauensvolles Verhältnis überhaupt aufbauen zu können, bedarf es Wissen über die Kultur der KlientInnen und Sensibilität für die kulturellen Unterschiede. (Gröschel 2008: 89)

Herausforderungen in der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Die Gründe, warum Kinder und Jugendliche ihre Heimat verlassen, sind vielschichtig. Rieger (2010: 21) fasst die Motive wie folgt zusammen:

- Flucht vor Kriegen, und die damit einhergehende Gefahr vor Gewalt
- Angst vor Verfolgung aufgrund des politischen Engagements ihrer Eltern
- Naturkatastrophen
- Flucht infolge ihrer ethnischen Wurzeln und ihrer religiösen Zugehörigkeit
- Der Wunsch nach einer gesicherten Existenz

Aufgrund von traumatischen Ereignissen können sich bei Kindern und Jugendlichen heterogene Probleme und spezifische Belastungsreaktionen zeigen und besonders in der Alltagsbewältigung und in zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich werden. Kinder unter zwölf Jahren gelten als besonders vulnerabel für eine langfristige anhaltende Traumatisierung. (Gröschel 2008: 38) Als weitere Belastungen kommen noch kulturelle Besonderheiten, sprachliche Hürden sowie restriktive Asylgesetzgebung hinzu. Um diesen Herausforderungen gerecht werden zu können, ist es erforderlich, die eigene professionelle Haltung bewusst zu gestalten und sich selbstfürsorglich zu positionieren. (Menesch und Keller 2016: 210f) Oft werden Fachkräfte „in einen Kreislauf von destruktiven sozialen Bedingungen und ebenso destruktiven Inszenierungen der Jugendlichen verstrickt, der relativ schnell in einem Gefühl des Ausgebranntseins münden kann“ (Zimmermann 2016: 73). Eine Herausforderung für Fachkräfte besteht auch darin, den Jugendlichen nach langer Flucht und ohne Strukturen einen sicheren Ort und haltgebende Strukturen zu vermitteln, um negative Vorerfahrungen bearbeiten zu können (Menesch und Keller 2016: 217).

Psychische Herausforderungen in der Arbeit mit Flüchtlingen

Frey (2006: 243) sieht psychische und psychosomatische Symptome einer oft komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, Klagen und Sorgen über eingeschränkte Lebensbedingungen im Aufnahmeland und vielfältige Wünsche und Erwartungen der Flüchtlinge als Belastungsfaktoren für Helfende an. Die Arbeit mit Menschen, die traumatische Belastungen erlebt haben, kann zu Folgewirkungen, einer sekundären Traumatisierung, bei HelferInnen führen. Frey (2001, zitiert nach Frey 2006: 235) vergleicht sekundäre Traumatisierung mit einer Infektionskrankheit. „Traumata üben ihre unheimliche Macht auch auf die Mitwelt aus und können metaphorisch mit einer ansteckenden Infektionskrankheit verglichen werden“. Der Grad der Ansteckungsfähigkeit wird durch die Faktoren Virulenz, die Art der Übertragung,

das soziale Umfeld und die Widerstandsfähigkeit des Infizierten bestimmt. „In ähnlicher Weise beeinflussen die Form, Heftigkeit, Dauer und Wiederholung der traumatischen Ereignisse, der soziale Kontext, in welchen die Traumatisierungen und deren emotionale und kognitive Verarbeitung stattfinden, sowie die Verletzlichkeit (Vulnerabilität) und die Widerstandskraft (Resilienz) der Betroffenen die Auswirkungen einer psychischen Ansteckung“ (Frey 2006: 235f.).

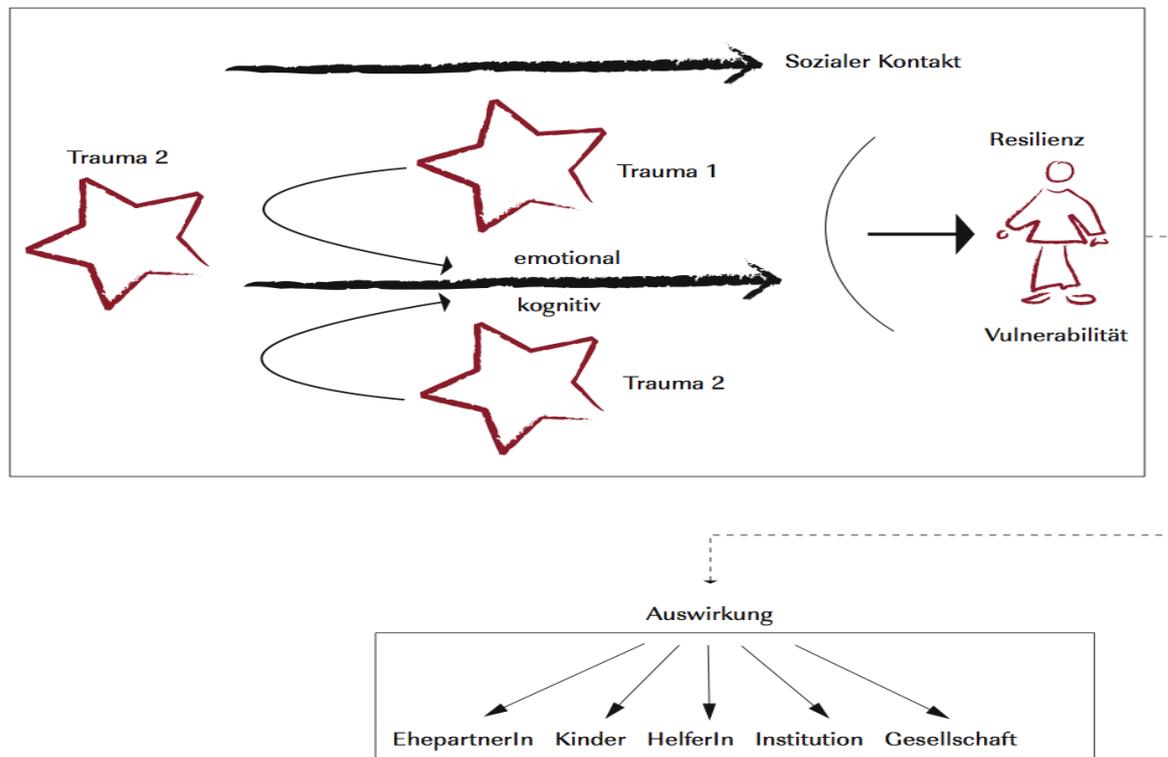


Abbildung 3: Stellvertretende Traumatisierung in Anlehnung an Frey (2001, zit. nach Frey 2006: 236)

Wie in Abbildung 3 dargestellt, lassen sich die Folgen von sekundärer Traumatisierung nicht nur bei HelferInnen beobachten, sondern haben auch Auswirkungen auf das private Umfeld, auf das Team und auf die Arbeit mit PatientInnen selbst.

Gengenbach (2016: 13) identifizierte folgende Belastungen bei Einsatzkräften und FlüchtlingshelferInnen:

- psychische und physische Erschöpfung durch den unentwegten Einsatz
- gewohnte Beziehungen und Tätigkeiten werden aufgrund von Gefühlen wie Verantwortungsgefühl, Sinnerleben und Begeisterung vernachlässigt, die Arbeit mit Flüchtlingen auslösen können
- emotionale Nähe zu Flüchtlingen
- Unverständnis gegenüber vermeintlichem Versagen von Politik oder Organisation
- Belastungen durch traumatische Erfahrungen der Flüchtlinge
- Bedenken über die politische Wertung der Flüchtlingsfrage

Da zwischen einer ursprünglichen Traumatisierung und einer ersten Kontaktaufnahme zu professionellen HelferInnen häufig sehr viel Zeit vergeht, können sich Beschwerden bereits chronifiziert haben und nicht leicht als Traumafolgestörung erkennbar sein. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, *„die Komplexität der aktuell sichtbaren Traumafolgestörungen auf die Bestandsaufnahme einer aktuellen Symptomatik zu reduzieren und die Prozesshaftigkeit der Traumafolgestörungen sowie die Bedeutung des sozialen Kontextes für Verlauf und Bewältigungsmöglichkeiten zu wenig zu berücksichtigen“* (Schneck 2018: 176). Aufgrund der traumatischen Erlebnisse ist das Vertrauen der betroffenen Menschen geschädigt. Daher ist es notwendig, sich deutlich gegen Gewalt zu ausgesprechen, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit entwickeln zu können. (Schneck 2018: 176)

4 Sekundäre Traumatisierung

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, was unter einem psychischen Trauma verstanden wird und wie sich primäre und sekundäre Traumatisierung voneinander abgrenzen lassen. Der weitere Verlauf setzt sich mit dem Konzept der sekundären Traumatisierung und der Abgrenzung zu Burnout auseinandergesetzt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, um Anzeichen der sekundären Traumatisierung bei FlüchtlingshelferInnen im quantitativen Teil der Arbeit untersuchen zu können.

4.1 Psychisches Trauma

Trauma wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1991 definiert als ein „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalen Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Pausch und Matten 2018: 4). Eine Fülle von Ereignissen, wie Naturkatastrophen, technische Katastrophen, Kriege und Gewaltverbrechen können traumatische Folgen haben.

In der Literatur findet man unterschiedliche Einteilungen von Traumata. Beispielsweise können Traumata nach der verursachenden Instanz unterschieden werden (Pausch und Matten 2018: 5):

- Non-intentional/akzidentielle Traumata: Darunter werden jene traumatischen Ereignisse verstanden, welche zufällig und/oder durch die Natur ausgelöst werden (Verkehrsunfälle, Hochwasser, Erdbeben).
- Intentionale Traumata: Darunter fallen traumatische Ereignisse, welche willentlich und absichtlich durch den Menschen hervorgerufen werden. Solche Traumatisierungen werden auch als man-made-desaster bezeichnet.

Traumatische Ereignisse können auch nach der Häufigkeit ihres Auftretens unterteilt werden (Pausch und Matten 2018: 5):

- Typ-I-Traumata: Ereignisse, bei denen ein einzelnes Trauma auftritt und meist kurzfristig sind (Banküberfall).
- Typ-II-Traumata: Die Traumatisierung ist langfristig und es kommt zu mehreren traumatischen Ereignissen (Gewalterfahrung über längere Zeit).

Auch Figley (2002a: 45) identifiziert mehreren Arten von Traumata: Wenn alle Personen eines Systems gleichzeitig direkt traumatisiert werden, bezeichnet er dieses als Simultantraumata. Dies kann beispielsweise durch eine Naturkatastrophe passieren. In einer sozialen Gruppe können indirekte Traumatisierungen entstehen, wenn ein Mitglied der Gruppe traumatisiert wird, allerdings zum Zeitpunkt der Traumatisierung zu den anderen Mitgliedern der Gruppe keinen Kontakt hatte. Wenn ein Mitglied der Familie ein anderes emotional verletzt, können intrafamiliäre Traumata entstehen. Überspringende (chasmal) oder sekundäre Traumatisierung entsteht, wenn eine traumatische Erfahrung von einem Familienmitglied auf die gesamte Familie überspringt. In dem Phänomen der überspringenden oder sekundären Traumatisierung

sieht Figley (2002a: 45) noch am ehesten das, was er heute als sekundären traumatischen Stress und sekundäre traumatische Belastungsstörung bezeichnet.

Auf ein Traumaereignis können Menschen mit Angst, Schrecken, Erregung oder auch Verwirrung reagieren, dies wird als peritraumatische Reaktion verstanden. Die peritraumatische Reaktion kann allerdings nach Tagen oder Wochen in eine anhaltende posttraumatische Belastungsstörung übergehen. (Ermann 2005: 210) Unter posttraumatischen Störungen werden im allgemeinen seelische Verletzungen verstanden, die durch Traumatisierungen bewirkt werden. Nach Ermann (2005: 209) beruhen die Störungen *„auf unterschiedlichen Arten von katastrophalen Erlebnissen und können mit zeitlicher Verzögerung, unabhängig von einer spezifischen Disposition, also auch bei bis dahin völlig gesunden Menschen, zu einer vorübergehenden, länger andauernden oder lang anhaltenden Störung im seelischen und körperlichen Bereich und zu einer Veränderung der Persönlichkeit führen“*.

Die Beschreibung der posttraumatischen Belastungsstörung findet sich in den Krankheitsklassifikationssystemen ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und im DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung.

Die posttraumatische Belastungsstörung definiert sich in beiden internationalen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) durch fünf Hauptkriterien (Maercker 2013: 14):

- Traumaerlebnis
- Intrusion
- Vermeidungsverhalten
- Hyperarousal
- die Symptome dauern länger als ein Monat

Um eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizieren zu können, fordert das derzeit gültige Klassifikationssystem (ICD-10 und DSM-IV) das Vorliegen eines potentiell traumatischen Ereignisses. Dillinger et al. (2008: 183) definieren ein potentiell traumatisierendes Ereignis als *„... belastendes Ereignis oder eine Situation von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde“*. Im DSM-IV werden anhand eines objektiven Situations- und eines subjektiven Erlebnismerkmals die potentiell traumatisierenden Ereignisse stärker konkretisiert: *„...die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlich oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. Die Reaktion umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“* (Saß et al. 2003: 193f.).

Ermann (2005: 212) unterscheidet drei Typen von Traumaereignissen (nach Meichenbaum 1994):

Typ I

Traumaereignisse treten kurzfristig und unerwartet auf. Darunter versteht er beispielsweise Naturkatastrophen, Unfälle (Zug, Feuer, Autounfall), vorsätzliche Übergriffe (Attentat, Vergewaltigung, Raub) und plötzlicher Tod von Nahestehenden.

Typ II

Das Traumaereignis ist anhaltend und wiederholend, wie technische Katastrophen und beabsichtigte Gewalt (Flucht, politische Verfolgung).

Typ III

Die Traumatisierung erfolgt indirekt: das Miterleben der Traumatisierung anderer.

Hudnall Stamm führt an, dass als Differenzierungsmerkmal „zwischen einem traumatisch belastenden und einem lediglich belastenden Erlebnis“, das Ausmaß an erforderlich werdender Reorientierung gelten kann (Hudnall Stamm 2002: 29).

Figley (1995: 22) spricht von einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer sekundären Traumatisierung erst dann, wenn die Symptome länger als einen Monat andauern oder wenn sie erst mehrere Monate nach dem traumatischen Ereignis entstehen.

Als Basis für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung müssen neben dem Ereigniskriterium auch die Symptomgruppen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal vorliegen (Maercker 2013: 17):

Intrusion

Intrusion stellt das Leitsymptom einer PTBS dar und ist gekennzeichnet durch das ungewollte, spontan wiederkehrende Erinnern des Erlebten. Dies zeigt sich in Bildern, Gedanken und Wahrnehmung des traumatischen Ereignisses, die ungewollt in das Bewusstsein einfließen. Häufig bezieht sich Intrusion auch auf sensorische oder visuelle Bruchstücke, die während der traumatischen Ereignisse erlebt wurden und werden durch generalisierte Stimuli ausgelöst. Die Betroffenen erleben plötzliche und lebhaftere Erinnerungsattacken (Flashbacks), die Gegenwartscharakter aufweisen.

Vermeidung

Reize, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung gebracht werden, versuchen Betroffene mit aller Macht zu vermeiden. In den meisten Fällen gelingt die Vermeidung der Gedanken an das traumatische Erlebnis trotz intensivem Bemühen nicht. Nach Maercker (2017: 17) kann „...das extreme Bemühen oder bestimmte automatisierte (unbewusste) Einstellungen, die bedrängenden Erinnerung abzuschalten, im Resultat zu dissoziativen Zuständen wie Teilamnesien führen, bei denen man sich nur sehr unscharf an das Erlebte erinnern kann“.

Hyperarousal

Das Symptom Hyperarousal beschreibt eine selbständige physische Erregung, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung steht. Durch das Senken der Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems können nachfolgende Belastungen früher und nachhaltiger wirken. Dies wirkt sich auf das Ein- und Durchschlafen aus, am Tag sind die Betroffenen erhöht wachsam gegenüber Geräuschen und fremden Gesichtern und die Schreckhaftigkeit nimmt zu.

4.2 Differenzierung zwischen Primärer und Sekundärer Traumatisierung

In der Psychotraumatologie wird zwischen primärer und sekundärer Traumatisierung unterschieden (Figley 2002a: 43; Lemke 2017: 14). Unter primärer Traumatisierung versteht man die direkte Konfrontation mit traumatischen Ereignissen, die - wenn sie nicht bewältigt werden - zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen können (Lemke 2017: 14). Von einer indirekten oder sekundären Traumatisierung wird dann gesprochen, wenn Personen traumatisierten Menschen helfen und durch die Auseinandersetzung mit deren Erleben bzw. mit der Behandlung des Leidens ebenfalls traumatisiert werden, obwohl sie nur indirekt dem Trauma ausgesetzt sind (Lemke 2017: 14). Auch die sekundäre Traumatisierung kann zu einer Erkrankung, der Sekundären Traumatischen Belastungsstörung (STBS oder Secondary Traumatic Stress Disorder – STSD) führen (Lemke, 2017: 14). Figley (2002a: 47) vertritt die Ansicht, dass die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer Sekundären Traumatischen Belastungsstörung (STBS) nahezu identisch sind (Tabelle 2).

Tabelle 2: Vergleich der Symptome von PTBS und STBS (Figley 2002a: 49)

Primär	Sekundär
<p>A. Stressoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miterleben oder Beobachten von einem oder mehreren Ereignissen, bei denen tatsächlich Menschen gestorben oder schwer verletzt worden sind oder zumindest die Gefahr bestand, bzw. bei dem/denen die eigene körperliche Unversehrtheit oder die anderer gefährdet war. 2. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltet starke Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken sowie ein Ereignis wie <ol style="list-style-type: none"> a. Schwere Bedrohung der eigenen Person b. Die plötzliche Zerstörung der gewohnten Umgebung 	<p>A. Stressoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miterleben oder Beobachten von einem oder mehreren Ereignissen, bei denen tatsächlich Menschen gestorben oder schwer verletzt worden sind oder zumindest die Gefahr bestand, bzw. bei dem/denen die eigene körperliche Unversehrtheit oder die anderer gefährdet war. 2. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltet starke Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken sowie ein Ereignis wie <ol style="list-style-type: none"> a. Schwere Bedrohung der traumatisierten Person (TP) b. Die plötzliche Zerstörung der gewohnten Umgebung der TP
<p>B. Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wiedererinnerung an das Ereignis 2. Träume von dem Ereignis 3. Plötzliches Wiedererleben des Ereignisses 4. Belastung wegen Erinnerungen an das Ereignis 	<p>B. Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wiedererinnerung an Ereignis der TP 2. Träume von dem Ereignis der TP 3. Plötzliches Wiedererleben an Ereignis der TP 4. Belastung durch Erinnerungen an Ereignis der TP
<p>C. Vermeiden/Betäuben/Unterdrücken von Erinnerungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemühungen, Gedanken/Gefühle zu vermeiden 2. Bemühungen, Aktivitäten/Situationen zu vermeiden 3. Physiologische Amnesie 4. Verringertes Interesse an signifikanten Aktivitäten 5. Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung 6. Verringerung des Affekts 7. Gefühl einer Verkürzung der Zukunft 	<p>C. Vermeiden/Betäuben/Unterdrücken von Erinnerungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemühungen, Gedanken/Gefühle zu vermeiden 2. Bemühungen, Aktivitäten/Situationen zu vermeiden 3. Physiologische Amnesie 4. Verringertes Interesse an signifikanten Aktivitäten 5. Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Entfremdung 6. Verringerung des Affekts 7. Gefühl einer Verkürzung der Zukunft
<p>D. Anhaltende starke Erregung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten 2. Reizbarkeit oder Neigung zu Wutausbrüchen 3. Konzentrationsschwierigkeiten 4. Hypervigilanz um der eigenen Sicherheit willen 5. Übertrieben starke Schreckreaktion 6. Physiologische Reaktivität bei bestimmten Auslösern 	<p>D. Anhaltende starke Erregung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einschlaf- bzw. Durchschlafschwierigkeiten 2. Reizbarkeit oder Neigung zu Wutausbrüchen 3. Konzentrationsschwierigkeiten 4. Hypervigilanz aus Sorge um die Sicherheit der TP 5. Übertrieben starke Schreckreaktion 6. Physiologische Reaktivität bei bestimmten Auslösern

Inwiefern es durch den Vergleich von Figley zwischen primärer und sekundärer Traumafolgestörung zu einer Unterscheidung in der Symptomkombination, den Symptom Schwerpunkten, der Symptomexpression oder der Symptombdauer kommt, wird nicht dargelegt (Lemke 2017: 55).

Die sekundäre Traumatisierung wird wie die primäre Traumatisierung im DSM-IV durch die posttraumatische Belastungsstörung und durch die akute Belastungsstörung beschrieben (Hudnall Stamm 2002: 27; Lemke 2017: 51).

Es ist für Hudnall Stamm (2002: 20) jedoch nicht klar, ob die sekundäre Traumatisierung eine Störung ist, da das Gesamtphänomen der sekundären Traumatisierung in der Forschung noch nicht erfasst ist. Insgesamt weisen die Forschungsergebnisse jedoch auf eine Unterscheidung zwischen PTBS und STBS hin, da sich eine sekundäre Traumafolgestörung, im Gegensatz zur primären Traumafolgestörung, meist schleichend, abhängig von der Intensität und Dauer der Traumaexposition entwickelt (Lemke 2017: 55f.).

4.3 Konzepte der Sekundären Traumatisierung

In der Forschung wird der Begriff sekundäre Traumatisierung seit den 1990er Jahren erforscht. Allgemein betrachtet versteht man unter „*sekundärer Traumatisierung eine Traumatisierung von Menschen, die mit dem Primär-Trauma-Opfer in Kontakt sind*“ (Lemke 2017: 48).

Im Laufe der Jahre haben sich viele Begriffe für „Sekundäre Traumatisierung“ herausgebildet. Lemke (2017) hat der begrifflichen Systematisierung von „Sekundärer Traumatisierung“ eine eigene Forschungsarbeit gewidmet und konnte in der deutsch- und englischsprachigen Literatur über zwanzig alternative Begriffe identifizieren.

Schon 1983 prägte Figley den Begriff „secondary victimization“, als Folge des Umgangs mit Primär-Trauma-Opfern. In späteren Arbeiten findet man bei Figley eine Reihe von Begriffen wie secondary traumatization, secondary traumatic stress disorder secondary catastrophic stress reaction, compassion fatigue, secondary traumatic stress. Sie alle stehen für sekundäre Traumatisierung. (Lemke 2017: 49f.)

Die geläufigsten Konzepte zu sekundärer Traumatisierung, die im Folgenden genauer beschrieben werden sind: das Konzept der Mitgefühlerschöpfung (compassion fatigue) von Figley (2002a: 41), hier entsteht Traumatisierung durch den mittelbaren Kontakt mit dem Trauma des Klienten; die stellvertretende oder indirekte Traumatisierung von Pearlman und McCann (1990), die davon ausgehen, dass „*die kumulative Konfrontation mit den Folgen von man-made-desaster weitgehende Auswirkungen darauf hat, welche Überzeugungen ein Mensch in Bezug auf die Welt, das Selbst, den Sinn des Lebens hat*“ (Jegodtka 2013: 76); das Traumatoid States Modell von Wilson und Thomas (2004), das das Konzept von compassion fatigue und indirekter Traumatisierung miteinander verbindet; und das neurologische Modell der sekundären Traumatisierung von Daniels (2008), das davon ausgeht, dass „*Traumatisierung ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas und mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entstehen*“ (Daniels 2008: 103).

4.3.1 Compassion Fatigue (Mitgefühlerschöpfung)

Der Begriff compassion fatigue geht auf Charles Figley zurück, der den Begriff anfänglich secondary victimization nannte (Lemke, 2017: 49). In späterer Folge bezeichnete er secondary victimization als sekundär traumatischen Stress oder auch als sekundäre traumatische Belastungsstörung (Figley, 1995: 7). Da ihm diese Begriffe zu stigmatisierend erschienen, entschloss er sich stattdessen den Begriff compassion fatigue zu verwenden (Lemke, 2017: 49).

Durch den mittelbaren Kontakt mit dem Trauma der KlientInnen können bei HelferInnen Schmerzen entstehen – dies bezeichnet Figley (2002a: 41) als Mitgefühlsererschöpfung (compassion fatigue). Es ist eine „*natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen*“ (Figley 2002a: 47). Die beiden Haupteinflussfaktoren, die zu Entstehung von compassion fatigue führen, sind nach Figley (2002a: 54) Empathie und Exposition. Sich in PatientInnen einfühlen zu können (empathic ability), stellt laut Figley (2002: 1436) eine wesentliche Fähigkeit dar, da dadurch PsychotherapeutInnen erst ein Verständnis für die Situation und die Person entwickeln können. Das Anliegen, sich leidenden Menschen anzunehmen (empathic concern) und die Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen (exposure to the client), führen zu einer empathischen Reaktion (empathic reaction). Durch die empathische Reaktion können PsychotherapeutInnen die Perspektive der PatientInnen übernehmen und ihre Affekte erleben - dies führt zu compassion stress. Inwiefern compassion stress gemildert oder verstärkt wird, hängt von der Empfindung der PsychotherapeutInnen ab, ob sie PatientInnen helfen können (sense of achievement) sowie von ihrer Befähigung, sich von den traumatischen Belastungen der PatientInnen abgrenzen zu können (disengagement). Sowohl eine fortwährende Exposition traumatischer Belastungen und ein anhaltendes Gefühl von Verantwortung PatientInnen gegenüber (prolonged exposure), als auch das Erwecken eigener vergangener traumatischer Erinnerungen (traumatic recollections) und belastender Erfahrungen der PsychotherapeutInnen (live disruption), können dazu führen, dass sich aus compassion stress compassion fatigue entwickelt. (Figley 2002: 1436f.)

Figley (2002a: 54) postulierte noch weitere Faktoren, die wesentlich für die Entwicklung einer Mitgefühlsererschöpfung sind:

- **Eigene Traumaerfahrung**
TraumaspezialistInnen kommen durch ihre Arbeit mit Traumatisierten mit einer Fülle an traumatischen Ereignissen in Kontakt, die ihren eigenen traumatischen Erfahrungen ähnlich sein können. Dies kann dazu führen, dass sie ihre eigenen Bewältigungsversuche verallgemeinern und ihren KlientInnen aufdrängen.
- **Empathie als Ressource**
Wie bereits dargestellt, stellt Empathie eine wesentliche Fähigkeit für PsychotherapeutInnen dar, sie kann aber auch dazu führen, selbst traumatisiert zu werden.
- **Reaktivierung eines eigenen unaufgelösten Traumas**
Unaufgelöste traumatische Konflikte können durch Berichte von KlientInnen zu einer Reaktivierung des Traumas führen.
- **Traumata von Kindern**
Beaton & Murphy (1995, zit. nach Figley 2002a: 55) legen in ihrer Untersuchung dar, dass HelferInnen für compassion fatigue dann am anfälligsten seien, wenn sie mit dem Leid von Kindern konfrontiert sind.

Nach Lemke (2017: 67f.) sind an den Arbeiten von C. Figley folgende Punkte umstritten:

- Der Begriff compassion fatigue wird auch in allgemeinsprachlichem Sinn verwendet und ist damit unscharf. Im Gegensatz dazu ist der Begriff sekundäre Traumatisierung ein Fachterminus.
- Die Begriffe compassion fatigue und Burnout konnte Figley nicht voneinander abgrenzen, letztendlich hat er compassion fatigue als eine Art Burnout bezeichnet.

4.3.2 Vicarious Traumatization

Das Konzept der stellvertretenden oder indirekten Traumatisierung (vicarious traumatization) wurde von Pearlman und McCann 1990 (Rosenbloom et al. 2002: 88) entwickelt. Es entstand unter der Verwendung der konstruktivistischen Selbstentwicklungstheorie (CSDT). CSDT verbindet psychoanalytische Theorien mit sozialen Kognitionstheorien und schafft einen Rahmen, damit HelferInnen den Einfluss von traumatischen Ereignissen auf Überlebende verstehen. Im Rahmen der konstruktivistischen Selbstentwicklungstheorie verändern Menschen ihre kognitiven Schemata in Bezug auf ihre Identität, ihre Weltanschauung und ihre Spiritualität (Pearlman und Saakvitne 1995: 123). Denn wer Menschen hilft, „über die Nachwirkungen ihrer psychischen Traumata hinwegzukommen, lässt sich auf eine tiefe Transformation ihrer eigenen Persönlichkeit ein“ (Pearlman 2002: 77). Diese Veränderungen ergeben sich laut Pearlman und Saakvitne (1995a: 282) durch die Arbeit mit primär Traumatisierten unausweichlich.

Pearlman und Saakvitne (1995: 123) beschreiben fünf Bereiche psychischer Bedürfnisse, die durch indirekte Traumatisierung beeinflusst werden können. Bei jedem Menschen sind grundsätzlich alle fünf Bedürfnisse vorhanden, in welcher Gewichtung diese Bedürfnisse auftreten, ist jedoch unterschiedlich und abhängig davon, welche Bereiche die dominierenden sind. Die zentralsten Bedürfnisse sind in der Regel jene, die individuell am gefährdetsten sind. Des Weiteren lassen sich die fünf Bereiche psychischer Bedürfnisse noch in zwei Kategorien, Bedürfnisse bezogen auf sich selbst und anderen gegenüber, teilen. (Rosenbloom et al. 2002: 91).

Sicherheit

Das Bedürfnis nach Sicherheit richtet sich einerseits auf sich selbst, sich sicher und unverletzlich zu fühlen. Andererseits auf wichtige Menschen, um diese vor Schaden zu bewahren. Die Vorstellung bezüglich der eigenen Unverletzlichkeit des Therapeuten, der ausgeprägte Sicherheitsbedürfnisse hat, kann durch KlientInnenberichte - beispielsweise eine Vergewaltigung oder einen Überfall - erschüttert werden. Aber auch Ängste in Bezug auf wichtige Menschen können dadurch gesteigert werden. (Rosenbloom et al. 2002: 92)

Vertrauen

Bei HelferInnen, bei denen Vertrauensbeziehungen erschüttert wurden und die diesem Aspekt besondere Bedeutung beimessen, können die eigenen Schemata in Frage gestellt werden. Dies kann dazu führen, dass HelferInnen niemanden mehr vertrauen. Aber auch das Vertrauen des Helfers in sich selbst kann gestört werden. Dies äußert sich darin, dass man nicht mehr auf das eigene Urteil vertraut oder sich die Fähigkeit zu unabhängigem Handeln verringert. (Rosenbloom et al. 2002: 92)

Wertschätzung

Auf uns selbst bezogen, beinhaltet das Bedürfnis nach Wertschätzung, von anderen geschätzt zu werden. Oft empfinden HelferInnen ihre Arbeit als unzulänglich, was dazu führt, dass die eigene Selbstachtung in Frage gestellt wird. Wenn HelferInnen mit Grausamkeiten konfrontiert werden, kann das dazu führen, dass sie eine pessimistische Sicht auf Menschen entwickeln und dadurch wird die Achtung in Bezug auf Andere erschüttert. (Rosenbloom et al. 2002: 93)

Nähe

Nähe in Bezug zu sich selbst impliziert das Bedürfnis nach einer Beziehung zur eigenen Person. Treten in diesem Bereich Störungen auf, kann das dazu führen, dass man das Alleinsein nicht genießen kann. Diese Situationen werden als unangenehm empfunden. Die daraus resultierenden Handlungsfolgen, um diese Empfindungen zu vermeiden, sind ablenkende Aktivitäten, übermäßiges Arbeiten oder die Pflege oberflächlicher Beziehungen. Durch eine indirekte Traumatisierung kann aber auch die Nähe in Bezug auf andere gestört werden. Die Folge dadurch kann die Vermeidung von sozialen Kontakten sein. (Rosenbloom et al. 2002: 94)

Kontrolle

Das Bedürfnis nach Kontrolle beinhaltet auf die eigene Person bezogen, die eigenen Gefühle und Handlungen kontrollieren zu können. Bei einer indirekten Traumatisierung treten Gefühle dahingehend auf, dass bestimmte Bereiche des Lebens nicht mehr ihrer Kontrolle unterliegen. Resultat einer indirekten Traumatisierung in Bezug auf andere kann zur Folge haben, das Verhalten anderer kontrollieren zu müssen. (Rosenbloom et al. 2002: 95)

Pearlman und Saakvitne (1995a: 269f.) sehen Empathie sowohl als wichtigen begünstigenden Faktor in der Therapie an, aber auch als Ursache für die Entstehung einer indirekten Traumatisierung. Weitere wesentliche Faktoren, die kumulativ zum Entstehen indirekter Traumatisierung beitragen, sind: die Exposition zu eingehenden visuellen Beschreibungen des Traumamaterials; die Exposition zu zwischenmenschlichen Grausamkeiten; sowie die Beobachtung von traumatischen Reinszenierungen.

Rosenbloom et al. (2002: 96) betonen zwei weitere Variablen, die zu indirekten Traumatisierung beitragen:

- eigene Traumavorgeschichte: selbst erlebte Traumata der HelferInnen beeinflussen ihre Reaktion auf die traumatischen Erfahrungen der KlientInnen. Dies kann einerseits zur Folge haben, dass HelferInnen sensibler und mit mehr Verständnis für ihre KlientInnen reagieren und andererseits, bei unbehandelter Traumavorgeschichte, dringliche Probleme ihrer KlientInnen nicht erkennen, da sie auf ihre eigenen unerfüllten Bedürfnisse fixiert sind. Auch können bei unbehandelter Traumavorgeschichte intrusive Bilder auftreten oder ihre eigenen Traumata können reaktiviert werden.
- organisatorischer Kontext: In wieweit eine Organisation die Arbeit von HelferInnen fördert, versteht oder unterminiert, wirkt sich auf die Bewältigung der indirekten Traumatisierung aus. Als abschwächende Faktoren von indirekter Traumatisierung im organisatorischen Kontext wird Supervision, Fortbildung und genügend Urlaub genannt.

Das Konzept der indirekten Traumatisierung unterscheidet sich von Figleys Konstrukt insofern, als dass es die „*Veränderung der kognitiven Schemata*“ in den Vordergrund rückt (Pearlman und Saakvitne 1995a: 280), wohingegen Figleys die Symptome dieses Phänomens betont (Pearlman und Saakvitne 1995a: 282).

Kritik übt Pryce et al. (2007: 102) an Pearlman und Saakvitne aber auch an Figleys, da sie das Phänomen der sekundären Traumatisierung als normal darstellen. Sie begründen ihre Kritik dahingehend, dass durch die Normalisierung der sekundären Traumatisierung die Verantwortung daran zu leiden, allein bei den Fachkräften liegt und sich die Organisationen jeglicher Verantwortung entziehen können.

4.3.3 Traumatoid States

Wilson und Thomas (2004) haben die Konzepte von compassion fatigue und vicarious traumatization miteinander verbunden. In diesem Konzept steht der kumulative Effekt von Belastungen im Vordergrund. Der Begriff Traumatoid States wird als „*trauma-like states*“ (Wilson und Thomas 2004: 24), also traumaähnlicher Zustand, beschrieben, der all jene Reaktionen verbindet, die bei HelferInnen zu Stresssymptomen durch die Arbeit mit primär Traumatisierten führen kann. Auch im Konzept von Wilson und Thomas (2004: 150f.) ist Empathie ein wesentlicher Faktor. Bei der Entwicklung von Traumatoid States kommt es zu einer empathischen Identifizierung mit dem Traumaopfer, die zu einer empathischen Belastung der HelferInnen führt. Dadurch können Stressreaktionen ausgelöst werden und in weiterer Folge kann es zu Affektdysregulation kommen. Durch die unterschiedlichen Formen von Stressreaktionen entwickelt sich entweder compassion fatigue oder vicarious traumatization oder eine Kombination. Die Veränderungen bei HelferInnen können entweder transient, akut, chronisch oder episodisch sein (Wilson und Thomas 2004: 209). Die Entwicklung der Traumatoid States steht in Zusammenhang „*mit der Unfähigkeit, die durch die Exposition zu traumatisierten Klientinnen ausgelösten Gefühle zu kommu-*

nizieren. Sie sehen also zunächst ein Konstriktions- bzw. Vermeidungssymptom als Auslöser“ (Daniels 2006: 12). Klinische Stresssymptome und Störungen in persönlichem und beruflichem Funktionsniveau sind die Folgen von Traumatoïd States (Wilson und Thomas 2004: 208; Daniels 2006: 13).

Daniels (2006: 13) stellt die Frage, ob das Konstrukt der traumatoïd states „*inkrementelle Validität*“ besitzt und sich daraus empirische Studien entwickeln können, da nicht zwischen HelferInnen mit eigenen sensorischen Eindrücken und jenen unterschieden wird, die indirekt dem Traumageschehen ausgesetzt sind. Des Weiteren ordnen sie auch Prozesse wie Burnout und Gegenübertragung ihrem Konzept unter. Pearlman und Caringi (2009: 204) wenden ein, dass durch die Integration der zwei Konzepte die Vielfalt der Wirkfaktoren bezüglich sekundärer Traumatisierung und individuellen Bewältigungsstrategien verloren gehen.

4.3.4 Neurologisches Modell der Sekundären Traumatisierung

Judith Daniels beschreibt sekundäre Traumatisierung als „*Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas und mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entstehen*“ (Daniels 2008: 103). Im Rahmen einer explorativen Interviewstudie stellte sie die Frage, ob die Symptome einer sekundären Traumatisierung denen einer posttraumatischen Belastungsstörung gleichzustellen sind. Es wurden 21 TraumatherapeutInnen zu Symptomen, Verlauf und Entstehungsbedingungen der sekundären Traumatisierung befragt, bei denen davon ausgegangen wurde, dass diese bereits „*eine Phase der sekundären Traumatisierung erlebt hatten*“ (Daniels 2006: 36). Auf Grundlage der Interviewaussagen entwickelte J. Daniels einen Fragebogen zur sekundären Traumatisierung, mit dem im Rahmen einer quantitativen Untersuchung 1124 TherapeutInnen befragt wurden (Daniels 2007: 51). Die Ergebnisse zeigten, dass „*sich tatsächlich ohne direkten Kontakt zum Ausgangstrauma eine solche übertragene Traumatisierung herausbilden kann. Dies äußert sich in Form von PTBS – ähnlichen Symptomen*“ (Daniels 2007: 51). Diese werden von Daniels (2008:104) wie folgt zusammengefasst:

Hyperarousal

Darunter werden überdauernde Angstsymptome oder ein dauerhaft erhöhter Erregungslevel wie chronische Übererregung, Reizbarkeit oder Schlafstörungen verstanden.

Intrusion

Darunter werden verschiedene Formen des Wiedererlebens von traumatisierenden Erfahrungen und psychische oder physiologische Belastungsreaktionen auf Hinweisreize verstanden, z.B. sich aufdrängende Gedanken, Alpträume oder Flashbacks sowie partielle Amnesie.

Vermeidung

Hier treten Verhaltensweisen auf, die zu Vermeidung von Situation führen, die mit dem Trauma verbunden werden. Des Weiteren zählt innere Teilnahmslosigkeit und Entfremdung zum Symptomcluster.

Als komorbide Symptome nennt Daniels depressive Verarbeitung und Substanzgebrauch. Darüber hinaus konnte Daniels (2006: 279) zwei neue Symptomkategorien herausbilden: Eingrenzungssymptome und parapsychotisches Bedrohungserleben. Unter Eingrenzungssymptomen versteht sie, dass *„das Thema „Trauma“ einen ganz eigenen Sog entwickelt: Einige Kolleginnen berichteten, davon so besetzt gewesen zu sein, dass sich die Balance zwischen Arbeit und Erholung nicht mehr aufrecht erhalten ließ und es zu einer manifesten Eingrenzung kam“* (Daniels 2008:104). Das Leitsymptom in der Symptomkategorie parapsychotische Bedrohungserleben *„ist ein intensives Bedrohungsgefühl, das z.T. mit bildhaften Vorstellungen von Übergriffen einhergeht. Von der Qualität und der geringen Kontrollierbarkeit her erinnern diese Symptome an Wahngedanken und Paranoia. Der anderweitige adäquate Realitätsbezug grenzt sich jedoch von psychotischen Phänomenen ab“* (Daniels 2008: 105).

Daniels (2008: 106) bezieht sich auf neurologische Modelle, um zu erklären, wie es in äußerlich sicheren Situation zu einer sekundären Traumatisierung kommen kann. Dazu nennt sie drei Prozesse, die im menschlichen Organismus veranlagt sind:

Empathie

Beschreibt sowohl die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, als auch die der affektiven Emotionsübernahme. Neuropsychologen erklären dies mit der „Simulationstheorie“, die besagt, *„dass während der Beobachtung eines emotionalen Zustandes einer anderen Person dieselben neuronalen Netzwerke aktiviert werden, wie während des eigenen Erlebens dieser Emotion“* (Fröhlich-Gildhoff 2011: 89). Hierbei spielen Spiegelneuronen eine zentrale Rolle. J. Daniels sieht Empathie sowohl als eine notwendige Voraussetzung, als auch als Risikofaktor für die Entstehung einer sekundären Traumatisierung. Sie befähigt zur Übernahme von Emotionen und führt zu Kindling.

Kindling

Kindling ist ein Vorgang, bei dem emotionsverarbeitenden Gehirnregionen sensitiviert werden. Durch häufige unterschwellige Aktivierungen infolge von Empathie erfolgt eine steigende Sensibilisierung der Amygdala. Dies führt zu einer Überschreitung der Aktivierungsschwelle der Amygdala und kann Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Entsetzten auslösen, die mit der aktuellen äußeren Situation nicht gleichwertig sind. Wegen der massiven emotionalen Anteilnahme kann es zu einer peritraumatischen Dissoziation kommen. (Fröhlich-Gildhoff 2011: 89)

Dissoziation

Dissoziation führt zum Ausfall der Selbst-Fremd-Differenzierung und verhindert eine emotionale Distanzierung.

Aufgrund ihrer Untersuchungen kommt Daniels zu der Feststellung, dass sekundäre Traumatisierung kein *„Zeichen mangelnder Professionalität, sondern ein Resultat ausgeprägter Empathiefähigkeit ist. Sie ist eine normale Reaktion auf unnormale In-*

formationen – und sollte als solche nicht weiter einer professionsweiten Tabuisierung unterliegen“ (Daniels 2008: 107).

Jegodtka (2013: 83) sieht die Übertragung des Konzepts der posttraumatischen Belastungsstörung auf das der sekundären Traumatisierung mit Schwierigkeiten verbunden:

- Da der Fokus des Forschungsinteresses von J. Daniels auf der Erfassung von Symptomen liegt, führt dies zu einer Verengung des Blickwinkels auf individuelle Reaktionen.
- Es erfolgt keine Erfassung der gesellschaftlichen Hintergründe betreffend menschlicher Gewalt oder familiärer Prozesse.
- Es erfolgt keine Hinterfragung bzgl. des professionellen Kontextes, in dem sich sekundäre Traumatisierung entwickelt.
- Die neu gefundenen Diagnosekriterien, Entgrenzung und parapsychotisches Erleben, stellen pathologisierende und stigmatisierend Aussagen dar.

Jegodtka (2013: 84) hält es für *„notwendig, Konzepte Sekundärer Traumatisierung einzubeziehen, die in der Lage sind, sowohl zirkuläre Prozesse zu berücksichtigen als auch den Kontext einzubeziehen“.*

Die eingangs dargestellte unterschiedliche Verwendung der Begriffe zum Thema „Sekundäre Traumatisierung“ bezieht sich aber auch auf unterschiedliche Vorstellung, auf wen diese Begriffe anzuwenden sind. Einerseits beziehen sich die Vorstellungen auf berufsbedingte Traumatisierungen, in denen Traumatisierungen anderer Menschen direkt miterlebt werden, man aber nicht selbst davon betroffen ist. Andererseits werden die Begriffe aber auch dort verwendet, wo es um die Konfrontation mit traumatisierenden Erfahrungen anderer Menschen geht. (Jegodtka 2013: 77).

4.4 Erscheinungsbild einer Sekundären Traumatisierung

Wie schon erwähnt, wird die sekundäre Traumatisierung im DSM-IV durch die posttraumatische Belastungsstörung beschrieben (Hudnall Stamm 2002: 27). Im Folgenden (Tabelle 3) wird ein Überblick über die Einzelsymptome bzw. -beschwerden einer posttraumatischen Belastungsstörung gegeben, wie sie im DSM-System aufgelistet sind (Maercker 2013: 18):

Tabelle 3: Einzelsymptome der PTBS (Maercker 2013: 18)

Kurzbezeichnung	Erklärungen
Intrusion/Wiedererleben	Ungewollt wiederkehrende, belastende Erinnerungen; treten spontan auf; Einzelerinnerungen bis Überwältigtwerden von Erinnerungen
Belastende Träume	Wiederkehrende Träume; Verlauf oft jahrelang – gleiches Muster
Flashbacks	Erinnerungsattacken, sehr lebendig; kurze Dauer; das traumatische Ereignis wird nochmals durchlebt
Belastungen durch symbolisierende Auslöser	Schlüsselreize rufen belastende Erinnerungen wach
Physiologische Reaktionen bei Erinnerung	Unwillkürliche Körperreaktionen – Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Ängste
Gedanken- und Gefühlsvermeidung	Bewusstes Vermeiden von Gedanken und Gefühlen betreffend des Traumas
Aktivitäts- oder Situationsvermeidung	Phobisches Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die an das Trauma erinnern
(Teil-)Amnesie	Wesentliche Elemente des traumatischen Geschehens können nicht mehr erinnert werden
Interesseverminderung	Vermindertes Interesse an Aktivitäten des täglichen Lebens
Entfremdungsgefühl	Gefühl der Fremdheit von anderen Personen, die nicht das gleiche traumatische Ereignis erlebt haben
Eingeschränkter Affektspielraum	Empfindungen, dass das Trauma das eigene Gefühlsleben zerstört
Eingeschränkte Zukunft	Gefühle, dass nichts Wichtiges im einen Leben passieren kann und das Gefühl, das Trauma haben Jahre des eigenen Lebens zerstört
Ein- und Durchschlafschwierigkeiten	Schlafstörungen, teilweise mit belastenden Träumen
Erhöhte Reizbarkeit	Oft Wutausbrüche,
Konzentrationsschwierigkeiten	Schwierigkeiten, sich auf einfache Abläufe zu konzentrieren
Übermäßige Wachsamkeit	Ständiges Gefühl des Nicht-Trauen-Könnens
Übermäßige Schreckreaktion	Nach dem Trauma, leichte Erschreckbarkeit

Simone Rießinger (2013: 4) fasst Symptome einer sekundären Traumatisierung wie folgt zusammen:

- Emotionale Reaktionen (Angst, Beklemmung, allg. Reizbarkeit, Anspannung, Niedergeschlagenheit)
- Kognitive Reaktionen (Vermeidungsverhalten, Intrusion, Konzentrationsstörungen, Veränderung der inneren Werte)
- Psychischen bzw. psychosomatischen Reaktionen (Erschöpfungszustände, Kopf- und Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Rückenbeschwerden, Appetitverlust)
- Gesundheitsschädigende Copingstrategien (Gebrauch von Sucht- und Beruhigungsmitteln, aktives gesundheitsschädigendes Verhalten)
- Soziale Auswirkungen (sozialer Rückzug, gesteigerte Sensibilisierung gegenüber Gewalt und Unrecht, Zynismus, Leugnen der Symptome)

Symptome einer sekundären Traumatisierung können sich allerdings, unabhängig vom Traumamaterial, verschiedenartig bei den unterschiedlichen Fachkräften entfalten (Rosenbloom et al. 2002: 89). Frey (2006: 247) beschreibt mögliche individuelle Reaktionen und Bewältigungsformen von HelferInnen, die zu einer positiven Veränderung oder zu einer ungünstigen Form des Copings führen können:

- Gefühle der Entfremdung: Die den HelferInnen anvertrauten traumatischen Erfahrungen und die damit einhergehende emotionale Last kann kaum mit anderen Menschen geteilt werden, was die Verantwortung zusätzlich erhöht.
- Traurigkeit und Depression: wird durch Empathie und Mitleid mit den KlientInnen ausgelöst.
- Wut, Ärger und Erregung: Aufgrund der Ungerechtigkeit gegenüber dem Opfer, wird die Empörung in anderen gesellschaftspolitischen Kontroversen ausgelebt.
- Identifikation mit dem Opfer: Dies kann zu einer Überbehütung der KlientInnen und zu Retterfantasien führen.
- Schuldgefühlen: Aufgrund der Tatsache, dass solche Menschenrechtsverletzungen geschehen und von der Gesellschaft nicht verhindert werden.
- Verantwortungsgefühle: Entsteht durch die Mitschuld der eigenen Unversehrtheit oder wegen eigener traumatischer Erfahrungen.
- Verminderung der eigenen Selbstsicherheit: Entsteht oft aufgrund mäßiger Behandlungserfolge.
- Schamgefühle: Aufgrund der geschilderten existenziellen und intimen Grenzerfahrungen.
- Vertiefung der Beziehungsfähigkeit: zeigt sich in verstärkten Mitgefühl.
- Veränderung der Lebensphilosophie: es werden neue Möglichkeiten im Leben erkannt und andere Prioritäten gesetzt.
- Entwertungen: als Folge von langer beruflichen Tätigkeit und emotionaler Erschöpfung. Diese können sich in Vorurteilen oder latent aggressiven Forderungen betreffend der eigenen Gesundheit äußern.
- Intoleranz und Gleichgültigkeit: Probleme von anderen Menschen im Berufs- und Privatleben werden im Vergleich zu den Traumatisierten als trivial empfunden.

4.5 Risiko und Schutzfaktoren

Nicht alle HelferInnen, die mit primär traumatisierten Menschen arbeiten entwickeln Symptome einer sekundären Traumatisierung (Reinhard und Maercker 2004: 30). Johnsen et al. (1997) zeigte in seiner Untersuchung, dass nur 24 % der Rettungskräfte bei einer Ölkatastrophe über psychische Probleme berichteten und nicht mehr als 10 % der Rettungskräfte nach einer Naturkatastrophe. Daraus ergibt sich die Frage, was traumatisierte Personen von ihren nicht traumatisierten KollegInnen unterscheidet. In weiterer Folge soll dieser Frage nachgegangen werden, indem sowohl Ursachen, die Einflüsse auf die Entstehung einer sekundären Traumatisierung haben, als auch die Schutzfaktoren zusammenfassend dargestellt werden.

Die in der Literatur genannten Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich in zwei Bereiche unterteilen (in Anlehnung an Fröhlich-Gildhoff 2011: 90):

1. Risiken auf persönlicher Ebene

Lerias und Byrne (2003: 132f.) haben verschiedene Faktoren, die für eine sekundäre Traumatisierung relevant sind, beschrieben:

- Eigene Traumaerfahrung
- Lebensstress und psychische Gesundheit
- Soziale Unterstützung
- Demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht
- Bildung und sozioökonomischer Status
- Bewältigungsmechanismen

Vortraumatisierung von Fachkräften

Fachkräfte, die ähnliche traumatische Erfahrungen wie ihre KlientInnen gemacht haben, sind besonders anfällig für die Entwicklung einer sekundären Traumatisierung (Figley 2002a: 54; Pearlman und Saakvitne 1995a: 309f.). Eine eigene Traumaerfahrung kann, laut Pross (2009: 161), sowohl eine Ressource, als auch belastend für HelferInnen sein. Sind die eigenen Traumaerfahrungen bearbeitet, können sie die HelferInnen dazu befähigen, sich besonders gut in die KlientInnen hineinzuversetzen. Sie haben gelernt, eine Distanz zu sich selbst zu entwickeln und die eigenen Verletzungen nicht auf die KlientInnen zu übertragen. Wenn dies allerdings nicht der Fall ist, wird das eigene Trauma durch die Konfrontation mit dem Traumamaterial der KlientInnen wieder aktualisiert. Die Folgen sind Misstrauen, Unabgegrenztheit, unkritische Anwaltschaftlichkeit, Fixierungen, Abspaltungen und mangelnde Flexibilität. Eigene Traumata können auch zu einer Unsicherheit führen, die eigenen traumatischen Erlebnisse den KlientInnen gegenüber offenzulegen. Dies konnte bei Fachkräften mit Migrationshintergrund und bei Übereinstimmung der ethnischen oder politischen Zugehörigkeit festgestellt werden. (Frey 2006: 246).

Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit

Soziale Unterstützung wurde als kritischer Prädiktor für eine psychische Anpassung nach einem traumatischen Ereignis dokumentiert (Lerias und Byrne 2003: 134). Ericksson et al. (2001, zit. nach Lerias und Byrne 2003: 134) fand heraus, dass Hilfspersonal, welches Zeuge gewalttätiger traumatischer Ereignisse war, durch so-

ziale Unterstützung die psychische Anpassung bei der Rückkehr in das zivile Leben maßgeblich beeinflusste. Die Qualität der sozialen Unterstützung während der Rückkehr in ein ziviles Leben war entscheidend für die Verringerung von PTBS-Symptomen. Die Direktheffekthypothese (Sommer und Fydrich 1989, zit. nach Reinhard und Maercker 2004: 31) erklärt die Wirkung von sozialer Unterstützung insofern, als durch vorhandene soziale Netzwerke Bedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und sozialer Unterstützung befriedigt werden. Dies wirkt sich direkt auf die Gesundheit der HelferInnen aus, unabhängig vom Grad der Belastung. Deshalb sind stabile soziale Bindungen, wie FreundInnen, Kinder und Familie, als Unterstützung bei HelferInnen zu sehen (Pross 2009: 136).

Demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht

Adams et al. (2001, zit. nach Lerias und Byrne 2003: 134) stellte fest, dass jüngere Einsatzkräfte im Vergleich zu älteren eine höhere Anzahl an körperlichen Symptomen und stärker eindringende Bilder über traumatisches Material außerhalb der Arbeitszeit meldeten. Eine Studie bei Notfallfachkräften zeigte, dass ältere Probanden über weniger Symptome von posttraumatischem Stress berichteten, als jüngere (Marmara et.al. 1996, zit. nach Lerias und Byrne 2003: 134). Grundsätzlich sind jüngere und weibliche Fachkräfte signifikant anfälliger für eine sekundäre Traumatisierung (Gies 2009: 4). Gender Effekte wurden in vielen Studien bei Fachkräften mit stellvertretender Traumatisierung gefunden. Frauen neigen in höherem Maß zu Angststörungen als Männer (APA 2000, zit. nach Lerias und Byrne 2003: 134).

Bildung und sozioökonomischer Status

Der Bildungsabschluss und der sozioökonomische Status spielen bei der Prävalenz posttraumatischer Stresssymptome eine Rolle. Fachkräfte mit einem niedrigeren Bildungsstand haben schwerwiegendere Symptome einer stellvertretenden Traumatisierung gezeigt (Green et al. 1985; Resick 2000). Als Grund dafür wird angegeben, dass Fachkräfte mit höherem Bildungsstatus Unterstützungsnetzwerke besser nutzen können und bessere Bewältigungsstrategien haben. Auch haben Fachkräfte ein höheres Risiko, eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln, wenn sie wenig Kenntnis über dieses Phänomen besitzen (Pryce et al. 2007: 127).

Bewältigungsmechanismen

Die Art und Weise, wie Menschen mit stellvertretender Traumatisierung umgehen, spielt eine bedeutende Rolle bei der Feststellung posttraumatischer Symptome. Es wurde festgestellt, dass negative Bewältigungsreaktionen das Risiko erhöhen, posttraumatische Beschwerden zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. (Lerias und Byrne 2003: 135). Auch nach Wilson und Thomas (2004: 206) begünstigt geringe persönliche Stresstoleranz eine Entwicklung von sekundärer Traumatisierung.

Empathiefähigkeit

Empathiefähigkeit wird in allen angeführten Modellen als besonderer Risikofaktor für sekundäre Traumatisierung angesehen (Daniels 2008; Figley 2002; Pearlman und Mac Ian 1995). Nach Figley (1995: 18) neigen diejenigen, die eine enorme Fähigkeit haben, Empathie zu fühlen und auszudrücken, dazu, dem Risiko von Mitgefühl zu erliegen. Als Schutzfaktor dem Risiko von Mitgefühl nicht zu erliegen, nennt Figley (2002b, zit. nach Frey 2006: 239) die Fähigkeit von Helfenden, sich von den traumatischen Schilderungen distanzieren zu können.

2. Risiken auf institutioneller Ebene

Auf institutioneller Ebene sieht Pross (2009: 177) strukturlose Einrichtungen als wesentlichen Belastungsfaktor im Umgang mit sekundärer Traumexposition. Konkret benennt er unter anderem folgende Merkmale: Keine oder Pro-Forma-Leitung, endlose, sich wiederholende und ergebnislose Teamdiskussionen, Vermischung der Zuständigkeitsebenen, chaotische Arbeitsorganisation, langwierige Entscheidungsprozesse, Basisdemokratie, hohe Fluktuation, fragmentierte Teams (Pross 2009: 191).

Frey (2006: 251) sieht eine ungesicherte finanzielle Situation von Institutionen als Risikofaktor an, da diese zu Arbeitsplatzunsicherheit führt und als weitere Folge zu einer erhöhten Fluktuationsrate. Weiterer Belastungsfaktoren sind nach Frey (2006: 251) die PatientInnenanzahl, da sich dadurch die traumatischen Expositionen und die Übertragung von zusätzlichen Aufgaben kumulieren können. Auch für Figley (1995: 27) stellt das Ausmaß der Exposition zu Traumahalten einen wesentlichen Faktor für die Entstehung einer sekundären Traumatisierung dar. Eine Untersuchung von Craig und Sprang (2010: 319f.) zeigte, dass sich eine höhere PatientInnenanzahl mit PTBS als ein Prädiktor für compassion fatigue erweist. Auch können unzureichendes Wissen von Fachkräften über sekundäre Traumatisierung, laut Pryce et al. (2007: 127), zu einem erhöhten Risiko für sekundäre Traumatisierung führen.

Umgekehrt werden strukturierte und unterstützende Arbeitsplätze (Gurris 2002; Pross 2006; Boscarino et al. 2004) als wichtige Schutzmaßnahmen genannt. Gies (2009: 6) sieht die Einbindung der MitarbeiterInnen in ein Fachteam und den damit verbundenen Austausch unter KollegInnen als wichtigen Schutz vor sekundärer Traumatisierung. Als weiteren wesentlichen Schutz vor sekundärer Traumatisierung sieht Gies (2009: 5) eine Fachberatung und Prozessbegleitung der MitarbeiterInnen an. Dies ermöglicht das Erkennen von Überforderung und Traumadynamiken die sich belastend auswirken können. Des Weiteren werden in verschiedenen Studien professionelle Supervision (Pross 2006; Harrison und Westwood 2009) und Fortbildungen der Fachkräfte (Pross 2006; Bride et al. 2007) als wichtige Schutzfaktoren angesehen.

4.6 Abgrenzung Burnout und Sekundäre Traumatisierung

Burnout wird als berufsbedingtes Belastungssyndrom beschrieben, das durch emotionale Erschöpfung (verbrauchte emotionale Ressourcen) eine negative, distanzierte oder zynische Einstellung bezüglich des Arbeitsumfeldes (Depersonalisierung) und reduzierte berufliche Leistungsfähigkeit (Gefühl verminderter Selbstwirksamkeit) definiert. (Lemke 2017: 77) Die Definition Burnout beruht nicht auf klar definierten Diagnosekriterien und stellt keine offizielle medizinische oder psychiatrische Diagnose im Sinne des ICD-10 oder DSM-IV dar. Burnout wird daher über den Anhang im ICD-10 (Z73.0) als „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ codiert (WHO 2001: 599).

Nach Pearlman und Saakvitne (1995: 123) unterscheidet sich Burnout und indirekte Traumatisierung insofern, als sich Burnout auf eine Situation bezieht und nicht die Interaktion der Situation mit dem Individuum beinhaltet, was bei der indirekten Traumatisierung aber essentiell ist.

Charles Figley versucht Burnout und compassion fatigue durch den jeweiligen Verlauf zu unterscheiden. Während er Burnout als sich langsam einschleichend und compassion fatigue als plötzlich und akut ansieht. Eine klare begriffliche Abgrenzung ist ihm allerdings nicht gelungen. (Lemke 2017: 67)

Von Burnout können sowohl Gruppen, Teams oder Institutionen als auch einzelne Personen betroffen sein. Burnout ist ein Prozess, der allmählich einsetzt, sich schrittweise verstärkt und in unterschiedlichen Phasen verläuft. Im Gegensatz dazu kann Mitgefühlerschöpfung unvermittelt auftreten. (Frey 2006: 239)

S. Rießinger (2015: 5) fasst die Unterschiede zwischen sekundärer Traumatisierung und Burnout, wie in Tabelle 4 ersichtlich, zusammen.

Tabelle 4: Unterschiede Sekundärer Traumatisierung und Burnout (Rießinger 2015: 5)

Sekundäre Traumatisierung	Burnout
Alle Berufsgruppen, die mit traumatisierten Menschen zu tun haben	Berufsbedingtes chronisches Belastungssyndrom
Miterleben/Beobachten/Erzählen eines einzelnen traumatischen Ereignisses kann zur sekundären Traumatisierung führen	Entwickelt sich allmählich und infolge emotionaler Erschöpfung
Reaktion des Betroffenen ist Angst, Hilflosigkeit, Schrecken	Auf mehreren Ebenen hohe Arbeitsbelastung
Symptome der sekundären Traumatisierung: Intrusion, Vermeidung, Übererregung -> PTBS Symptome	Hohe Leistungsbereitschaft, hoher Idealismus, enge Verbindung von Leistung und Selbstwert, unerfüllte Bedürfnisse, Desillusionierung, Gefühl der Unlösbarkeit
Langfristige Veränderungen der kognitiven Schemata Selbstbild, Weltbild, Menschenbild	Folgen: Funktionsstörung, Fehlleistungen, Identitätsverlust
Leugnen von Überlastungsanzeichen	Stufenförmiger Verlauf

Für Lansen (2003) greift das Konzept Burnout nicht weit genug, um die Folgen sekundärer Traumatisierung zu erfassen. *„Bei sekundärem traumatischem Stress handelt es sich um etwas anderes. Dabei zeigen sich sowohl Symptome, die zum Bild des posttraumatischen Stresses gehören, als auch Veränderungen in der Persönlichkeit“* (Lansen 2003: 273).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Burnout und sekundäre Traumatisierung bezüglich der Entstehung, des Verlaufs und der Symptomatik voneinander unterscheiden. (Frey 2006: 239; Lemke 2017: 67; Pearlman und Saakvitne 1995: 123)

4.7 Forschungsergebnisse

Nach eingehender Literaturrecherche für diese Arbeit konnten keine empirischen Untersuchungen gefunden werden, die sich ausdrücklich mit sekundärer Traumatisierung bei FlüchtlingshelferInnen im Rahmen ihrer Beratungs- und Integrationstätigkeit auseinandersetzen. Die nachstehend vorgestellten Studien können jedoch auf die Situation der FlüchtlingshelferInnen umgelegt werden.

Reinhard und Maercker (2004) untersuchten sekundäre Traumareaktion bei medizinischem Rettungspersonal. Sie gingen der Frage nach, ob Zusammenhänge zwischen Traumadosis, posttraumatischen Reaktionen, Burnout und wahrgenommener sozialer Unterstützung bestehen. An der Befragung nahmen 92 Mitarbeiter verschiedener Rettungsdienste teil, die mit dem Secondary Trauma Questionnaire und der Impact of Event Scale befragt wurden. Die Ergebnisse zeigten geringe PTBS-Symptomatik im Vergleich zu anderen traumatisierten Vergleichsgruppen. Reinhard und Maercker (2004: 35) führen diese Unterschiede auf die Art der traumatischen Erfahrung (direkt oder sekundäre Traumatisierung) zurück und dass eine sekundäre Traumareaktion nicht das Ausmaß einer PTBS erreicht. Des Weiteren zeigte sich kein signifikanter Effekt der Traumadosis auf posttraumatische Reaktionen. Es konnten jedoch Zusammenhänge zwischen Burnout und posttraumatischer Symptomatik, insbesondere zwischen den Burnoutfaktoren emotionale Erschöpfung und Betroffenheit, gezeigt werden. Die Ergebnisse bzgl. sozialer Unterstützung zeigten, dass bei mehr erlebter sozialer Unterstützung, geringere Symptome einer PTBS auftreten.

Birck (2002) befragte in einer Studie 25 MitarbeiterInnen des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin, um die Beziehung zwischen der Art der Arbeit (Psychotherapie, Dolmetsch, Verwaltung), verschiedenen Arbeitsfaktoren, Burnout, sekundäre Traumatisierung und Arbeitszufriedenheit zu untersuchen. Elf TeilnehmerInnen empfanden ständige Gespräche über Asylentscheidungen mit den zuständigen Behörden als gravierendste Stressoren; Teamkonflikte wurden als zweiter wichtiger Stressfaktor eingeschätzt. Nur drei TeilnehmerInnen berichteten über Stressoren, die aus Sitzungen mit traumatisierten PatientInnen resultierten. Des Weiteren zeigte sich, dass Burnout und Mitgefühlsererschöpfung mit der Anzahl der Jahre in der Traumaarbeit und der durchschnittlichen Dauer der PatientInnensitzungen pro Woche anstiegen. Eine Beziehung zwischen der Anzahl der Supervisionsstunden und compassion fati-

gue konnte nicht beobachtet werden. Überraschenderweise beschrieben die MitarbeiterInnen die Exposition gegenüber den Inhalten der traumatischen Erlebnisse der PatientInnen als nicht sehr belastend. Stattdessen wurde die permanente Belastung durch die Asylsituation der PatientInnen als Hauptarbeitsstressor beschrieben. Eine drohende Abschiebung scheint nicht nur ein stabilisierender Faktor für posttraumatische Symptome bei Flüchtlingen zu sein, sondern auch ein wesentlicher Risikofaktor für sekundäre Traumatisierung bei Fachkräften.

Norbert Gurrus veröffentlichte 2005 (zit. nach Pross 2009: 233f.) eine Studie zum Thema „Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen“. Er befragte 100 TherapeutInnen aus 23 Behandlungseinrichtungen für Folteropfer per Fragebogen, in Deutschland, Österreich und der Schweiz und untersuchte das Risiko an einer sekundären Traumatisierung, bzw. an Burnout zu erkranken. Es wurde nachgewiesen, dass die TherapeutInnen ein hohes Risiko für compassion fatigue (37 %) und Burnout (36 %) zeigten. Die Ergebnisse ergaben, dass die befragten TherapeutInnen stellvertretend traumatisiert und Symptome einer PTBS zeigten. Als wesentliche Faktoren der stellvertretenden Traumatisierung wurde die unsichere Aufenthaltssituation der PatientInnen und die von den Teams bzw. Leitungspersonen ausgehenden Belastungen erkannt. Die permanent drohende Gefahr einer Abschiebung der PatientInnen führt zu einem moralischen Bündnis zwischen TherapeutInnen und PatientInnen und erschwerte eine professionelle, flexible und empathische Distanz. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ärger und Wut beschrieben etwa die Hälfte der befragten TherapeutInnen; Gefühle von Unruhe, Hypervigilanz, Erregung, Vermeidung und Reizbarkeit nannten etwa ein Drittel der ProbandInnen. 17 % berichteten von Alpträumen, 21 % von Somatisierungsstörungen und 23 % von Risikoverhalten. Die Belastungen der TherapeutInnen lassen sich nach Gurrus (zit. nach Pross 2009: 237) auf folgende Faktoren zurückführen:

- extreme Traumaerfahrungen der PatientInnen
- aus der belastenden Aufenthaltssituation der PatientInnen
- aus Team-, Leitungs- und Trägerkonflikten
- geringe Erfolge in der Traumaarbeit mit PatientInnen

Christian Pross (2009) untersuchte in einer qualitativen Studie die strukturelle Ursache von HelferInnenbelastungen in Traumazentren, deren Ergebnisse er in seinem Buch „Verletzte Helfer“ veröffentlichte. An seiner Untersuchung nahmen 72 Personen aus verschiedenen Ländern teil, die in Menschenrechtsorganisationen oder in Behandlungszentren für kriegstraumatisierte Menschen tätig waren. Befragt wurden verschiedene Professionisten wie PsychologInnen, MedizinerInnen, SozialarbeiterInnen, PflegerInnen, LehrerInnen und SupervisorInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. Die Ergebnisse zeigten, dass strukturelle Probleme wie instabile Finanzsituation, fragmentierte Teams, hohe Fluktuation, pro forma Leitung und das Vermischen von Zuständigkeiten den Umgang mit sekundärer Traumaexposition erschweren können (Pross 2009: 191f.). In seiner Untersuchung berichteten ungefähr ein Drittel der Befragten selbst ein Trauma erlebt zu haben. Bei unverarbeiteten

Traumaerfahrungen wird das eigene Trauma, durch die Konfrontation mit dem Traumamaterial des Klienten wieder aktualisiert und es kommt zu Misstrauen, Fixierungen, Abspaltungen und mangelnde Flexibilität.

Friedrich und Scherwath (2016) befragten 108 sozialpädagogische Fachkräfte zum Thema Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) sekundärer Traumatisierung in der Kinder- und Jugendhilfe. Eine mittlere bis schwere sekundäre Traumatisierung konnte bei 18 Personen (16%) festgestellt werden, wobei die akuten Belastungsphasen durchschnittlich 2,5 Jahre zurück lagen. 60 % der KlientInnen wurden von den befragten FachkräftInnen als traumatisiert eingestuft, von einem Viertel erfuhren sie Details über deren Traumageschehen. Signifikante Unterschiede gab es hinsichtlich der persönlichen Schutzfaktoren. Befragte mit stabilen und engen sozialen Beziehungen zeigten geringere Werte einer sekundären Traumatisierung.

Lusk und Terrazas (2015) untersuchten in einer Studie sekundäre Traumatisierung bei 31 FlüchtlingshelferInnen (SozialarbeiterInnen, freiwillige HelferInnen, AnwältInnen, PsychotherapeutInnen), die mit traumatisierten Flüchtlingen in Mexico und Mittelamerika gearbeitet haben. Die Untersuchung erfolgte mittels Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) und Professional Quality of Life Scale. Mehr als 50 % der Befragten berichteten über gelegentliche emotionale Taubheit, 83,8% über Schlafstörungen und 87,2% über Konzentrationsschwierigkeiten. 30% der Probanden haben bei der Secondary Traumatic Stress Scale im hohen Bereich abgeschnitten. 61,3% zeigten ein hohes Maß an Zufriedenheit mit ihrer Arbeit. Die wahrgenommene Arbeitszufriedenheit deutet auf einen protektiven Faktor hin, der sekundär traumatische Symptome mildert.

Harrison und Westwood (2009) identifizierten in einer qualitativen Studie Schutzpraktiken, die das Risiko von stellvertretender Traumatisierung bei PsychotherapeutInnen abschwächen. Es wurden neun Schutzpraktiken identifiziert: Bekämpfung von Isolation, ein achtsames Selbstbewusstsein entwickeln, bewusste Perspektivenerweiterung, Optimismus, ganzheitliche Selbstfürsorge, klare Grenzen beibehalten, Empathie, Arbeitszufriedenheit und Bedeutungen schaffen. Es zeigte sich, dass alle ProbandInnen von der Wichtigkeit einer begleitenden Supervision als Risikominderung von stellvertretender Traumatisierung sprachen. Sie beschrieben, wie Supervision ihre Isolation und ihre Schamgefühle betreffend Symptome einer stellvertretenden Traumatisierung verringerte. Gleichzeitig verbesserte sich ihr Selbstbewusstsein, ihre Fähigkeit sich selbst zu überwachen und verstärkte die Anwendung von Selbsthilfepraktiken.

Pearlman und Mac Ian (1995) untersuchten die Auswirkungen von Traumaarbeit auf 188 TraumatherapeutInnen. Die TeilnehmerInnen füllten Fragebögen aus, in denen sie das Traumamaterial der KlientInnen sowie ihr eigenes psychisches Wohlbefinden offenlegten. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass bei TraumatherapeutInnen mit eigener Traumageschichte signifikant mehr Schemata hinsichtlich stellvertretender Traumatisierung gestört waren, als bei TherapeutInnen ohne Traumageschichte. Es

zeigte sich weiter, dass TherapeutInnen mit Traumageschichte, die beeinträchtigte Schemata auswiesen, weniger Erfahrung in der Arbeit mit Traumaopfern hatten, sie hatten keine Supervision und sie hatten eine moderate Exposition gegenüber Traumamaterial. 53% der ProbandInnen gaben an, Supervision in Anspruch zu nehmen, wobei 82% davon Supervision als hilfreich empfanden.

B Empirischer Teil

5 Fragestellung und Hypothesen

Die Erkenntnisse, die im theoretischen Teil herausgearbeitet wurden, sollen verdeutlichen, dass HelferInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind und ähnliche Symptome einer Traumatisierung entwickeln können wie Personen, die einer direkten Exposition ausgesetzt sind. Die im folgenden Abschnitt dargestellte Untersuchung bezieht sich auf sekundäre Traumatisierung und Burnout im Flüchtlingsbereich bei BeraterInnen in der Sozial- und Rechtsberatung, in der Grundversorgung und in Wohngemeinschaften von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.

Trotzdem die angeführten Studien sich nicht explizit auf die Flüchtlingsarbeit im Beratungskontext oder auf den Wohnbereich beziehen, können die im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Ergebnisse auf diesen Tätigkeitsbereich umgelegt werden:

- FlüchtlingshelferInnen kommen sowohl im Rahmen ihrer beratenden Tätigkeit als auch in Wohngemeinschaften mit traumatisierten Personen in Kontakt. Im Wohnbereich ist ein wesentlicher Aufgabenbereich die Aufarbeitung von Flucht- und Foltererfahrungen in Zusammenarbeit mit externen PsychotherapeutInnen. Die Grundversorgung und die Sozialberatung sehen Unterstützung und Begleitung bei Krankenversicherung und medizinischer Leistung vor. Da die Ressourcen betreffend psychotherapeutischer Hilfe begrenzt sind, stellt das BeraterInnen von traumatisierten KlientInnen vor besondere Herausforderungen. Darüber hinaus erleben BeraterInnen, obwohl sie keine therapeutische Tätigkeit ausüben, dennoch die Folgen der traumatischen Erfahrungen ihrer KlientInnen mit.
- Der unsichere Aufenthaltsstatus der KlientInnen kommt sowohl in beratender Tätigkeit zum Tragen, als auch in Wohngemeinschaften. Vor allem in der Sozial- und Rechtsberatung erfolgt eine ständige Konfrontation der BeraterInnen mit der Abklärung von Asylchancen und der gesetzlichen Vertretung im asyl- und fremdenrechtlichen Verfahren. In Wohngemeinschaften für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ist eine wesentliche Aufgabe die Begleitung der minderjährigen Flüchtlinge in schwierigen Situationen wie bei negativem Bescheid im Asylverfahren.
- Mangelnde Aus- und Fortbildung, hoher Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen, keine Supervision, eigener Migrationshintergrund und lange Beschäftigungsdauer sind grundsätzlich in allen Organisationen möglich und können sich belastend auf einzelne MitarbeiterInnen im Beratungskontext und in Wohngemeinschaften auswirken.

Basierend auf den angeführten Theorien wurden folgende Fragestellungen entwickelt:

1. Wie stellt sich die momentane Situation der FlüchtlingshelferInnen in Bezug auf sekundäre Traumatisierung und Burnout dar?
2. In wieweit hängen soziodemographische und Kontextvariablen mit Traumasymptomen zusammen?
3. Die interessierenden Variablen sind
 - Tätigkeit
 - Schulbildung
 - Supervision
 - Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen
 - Fortbildung
 - Migrationshintergrund
 - Beschäftigungsdauer
4. Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen den Symptomen des Burnouts und denen der sekundären Traumatisierung?

5.1 Hypothesen

In Anlehnung an die im theoretischen Teil und in der Fragestellung angeführten Untersuchungen, werden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 1.1.

Die Fachbereiche unterscheiden sich hinsichtlich sekundärer Traumatisierung und Burnout.

Begründung: Aufgrund der in der Planung berücksichtigten Auswahlkriterien wie Tätigkeit, Schulbildung, Supervision, Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen, Fortbildung, Migrationshintergrund und Beschäftigungsdauer können Unterschiede zwischen den Fachbereichen erwartet werden.

Hypothese 1.2.

FachmitarbeiterInnen mit höherer Schulbildung zeigen weniger Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala der PTBS Symptome sowie der Symptomkategorien einer PTBS (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal) als jene mit niedriger Schulbildung.

Begründung: Diese Hypothese beruht auf Ergebnissen von Reinhard und Maercker (2004), die Zusammenhänge mit geringer Berufserfahrung und einen geringen Ausbildungsgrad als ausschlaggebende Risikofaktoren für sekundäre Traumatisierung fanden.

Hypothese 1.3

FachmitarbeiterInnen, die Supervision in Anspruch nehmen, zeigen geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala der PTBS Symptome sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Begründung: Diese Hypothese beruht auf Ergebnissen von Doppelfeld (2013), die zeigte, dass Fallsupervision, Teamsupervision und Einzelsupervision die Belastungserfahrungen (sekundäre Traumatisierung und Burnout) von Pflegekräften reduzierte. Harrison und Westwood (2009) identifizierten in einer qualitativen Studie Supervision als Schutzpraktik, die das Risiko von stellvertretender Traumatisierung abschwächt.

Hypothese 1.4

FachmitarbeiterInnen, die mehr Stunden pro Woche mit Flüchtlingen arbeiten, zeigen höher Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der PTBS Symptome (gesamt sowie in den Unterkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal).

Begründung: Diese Hypothese beruht auf Ergebnisse von Craig und Sprang (2010) die zeigten, dass sich eine höhere PatientInnenanzahl als ein Prädiktor für sekundäre Traumatisierung erweist.

Hypothese 1.5

FachmitarbeiterInnen, die Fortbildungen in Anspruch nehmen, zeigen geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung (gesamt und hinsichtlich der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal).

Begründung: Diese Hypothese beruht auf Ergebnissen von Reinhard und Maercker (2004), die Zusammenhänge mit geringer Berufserfahrung und einen geringen Ausbildungsgrad als ausschlaggebende Risikofaktoren für sekundäre Traumatisierung fanden.

Hypothese 1.6

FachmitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, zeigen höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung (gesamt sowie hinsichtlich der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal).

Begründung: Diese Hypothese beruht auf Ergebnissen von Pryce et al. (2007), die ergaben, dass Fachkräfte im Kinderschutz mit Vortraumatisierungen mehr Anzeichen einer sekundären Traumatisierung zeigten, als solche ohne erlebtes Trauma.

Hypothese 1.7

FachmitarbeiterInnen, die bereits länger im Flüchtlingsbereich tätig sind, zeigen höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung (gesamt und hinsichtlich der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal).

Begründung: Diese Hypothese beruht auf Ergebnissen von Birck (2002: 88), die zeigte, dass mehrjähriges professionelles Arbeiten im Trauma Kontext mit einer erhöhten sekundären Traumatisierung verbunden ist.

Hypothese 2

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Burnout und sekundärer Traumatisierung.

Begründung: Diese Hypothese beruht auf Ergebnissen von Reinhard und Maercker (2004), wonach eine Burnout-Symptomatik HelferInnen für sekundäre Traumatisierung vulnerabler machen kann und dadurch eine posttraumatische Reaktion als Folge wahrscheinlicher ist.

6 Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrumente

Beim Untersuchungsdesign handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung mit Selbstbeschreibungsfragebögen.

6.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte von März 2018 bis Mai 2018 bei zwei großen österreichischen Hilfsorganisationen, die im Bereich der Flüchtlingsberatung und Flüchtlingsintegration tätig sind. Die Befragung wurde in den Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung, Grundversorgung und Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge durchgeführt. Die einzelnen Fachbereiche werden in Kapitel 7 als Einzelfälle beschrieben. Eine erste Kontaktaufnahme erfolgte bei beiden Organisationen über die Fachbereichsleitung via E-Mail. Im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung erfolgte die Erhebung mittels online Fragebogen, der von der Fachbereichsleitung an alle relevanten MitarbeiterInnen verschickt wurde. Im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wurden die Fragebögen der Einrichtungsleitung gegeben, die diese dann an acht Wohngemeinschaften verteilte. Im Fachbereich Grundversorgung wurden die Fragebögen bei zwei Teamsitzungen direkt an die MitarbeiterInnen verteilt, weitere Fragebögen wurden über die Teamleitung an die MitarbeiterInnen weitergegeben. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in verschlossenen Kuverts retourniert.

6.2 Verfahrensbeschreibung

6.2.1 Impact of Event Scale - revidierte Form (IES-R)

Die Impact of Event Scale wurde von Horowitz in den 1970iger Jahren entwickelt und ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der psychischen Einwirkung eines Traumas. Es stellt ein international anerkanntes und validiertes Verfahren dar und ist in der Psychotraumatologie eines der am häufigsten eingesetzten Instrumente. (Maercker und Schützwohl 1998: 130) Ursprünglich umfasste das Verfahren 16 Items, aus denen zwei Subskalen – Intrusion und Vermeidung – gebildet wurden. Die Impact of Event Scale - revidierte Form stellt eine Weiterentwicklung der ursprünglichen Form dar und erfasst mittels 22 Fragen die Häufigkeit von Symptomen auf extrem belastende Ereignisse. (Maier und Schnyder 2006: 62) Sie erhebt Merkmale der posttraumatischen Belastungsstörung. Die deutschsprachige Impact of Event Scale-revidierte Form wurde von Maercker und Schützwohl (1998: 130f.) durch ein Übersetzungs- Rückübersetzungsverfahren gewonnen und anhand zweier Stichproben validiert. Die 22 Items werden drei Subskalen zugeordnet: Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal. Tabelle 5 zeigt die Zuordnung der Items des IES-R zu den einzelnen Skalen.

Tabelle 5: Zuordnung der Items des IES-R zu den einzelnen Skalen

Subskalen	Item-Nummer
Intrusion	1, 3, 6, 9, 14, 16, 20
Vermeidung	5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
Hyperarousal	2, 4, 10, 15, 18, 19, 21

Die Subskala Intrusion ermittelt sowohl wiederkehrende, sich aufdrängende belastende Erinnerungen und Gedanken an das traumatische Erlebnis, als auch Gefühle der Teilnahmslosigkeit. Über die Skala Vermeidung wird die Vermeidung von Orten, Aktivitäten, Gedanken und Worten, die in Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung stehen, erfasst. Mit der Skala Hyperarousal wird die beobachtete Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit abgebildet. Am Anfang des Fragebogens geben die TeilnehmerInnen an, auf welches potentiell traumatisierende Ereignis sich ihre Antworten beziehen.

Das Antwortformat besteht aus einer vierstufigen Likert-Antwortskala von „überhaupt nicht“ bis „oft“, die UntersuchungsteilnehmerInnen geben an, wie häufig sie die angegebenen Merkmale bei sich feststellen.

Die Auswertung der Subskalenwerte erfolgt laut Maercker und Schützwohl (1998: 138) über die Addition der einzelnen gewichteten Itemwerte (0,1,3,5) zu Skalensummenwerten. Es wird kein Gesamtwert gebildet, da dadurch die verschiedenen Ausprägungen der drei Subskalen nicht abgebildet werden können. Um den Verdacht einer PTBS Diagnose abzuklären, verwenden sie folgende Formel:

$\text{Diagnostischer Wert } X = -0.02 * \text{Intrusion} + 0.07 * \text{Vermeidung} + 0.15 * \text{Übererregung} - 4.36$

Wenn der diagnostische Wert $X > 0$ ist, besteht ein Verdacht auf PTBS. Wesentlich ist hierbei, dass Maercker und Schützwohl (1998: 138) nur einen PTBS Verdacht bzw. eine psychische Auffälligkeit ermittelt, da durch den Selbstbeurteilungsfragebogen keine beruflichen und sozialen Einschränkungen erhoben werden.

6.2.2 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Der Maslach Burnout Inventory (Maslach et al. 1997: 191f.) ist in der Burnoutforschung nach wie vor das am häufigsten eingesetzte Instrument und hat seine Anfänge bei Maslach und Jackson 1981 (Figley 1995: 24; Figley 2002a: 51). Er umfasst drei Skalen: berufliche Erschöpfung, Depersonalisierung/Empathieverlust und eigene Leistungseinschätzung, wobei die Skala eigene Leistungseinschätzung eine verkehrte Polung der Items zeigt. Das heißt, die Kombination aus hoher Punktzahl in den Skalen berufliche Erschöpfung und Depersonalisierung/Empathieverlust und niedrigen Werten für die Skala eigene Leistungseinschätzung entsprechen einem hohen Niveau von Ausbrennen. Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, besteht die Skala berufliche Erschöpfung aus neun Items, die Skala Depersonalisierung/Empathieverlust aus fünf Items und die Skala eigene Leistungseinschätzung aus acht Items.

Tabelle 6: Zuordnung der Items des MBI zu den einzelnen Skalen

Subskalen	Item-Nummer
Berufliche Erschöpfung (GBE)	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Depersonalisierung/Empathieverlust (GD)	5, 10, 11, 15, 22
Eigene Leistungseinschätzung (GEL)	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Die Skala berufliche Erschöpfung beschreibt arbeitsbedingte Ermüdung, bedingt durch Energieverlust, Schwächung und Müdigkeit

Beispielitem: „Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.“

Die fünf Items der Dimension Depersonalisierung/Empathieverlust beinhalten Aussagen zum eigenen Idealismus und zur Reizbarkeit.

Beispielitem: „Ich habe das Gefühl, manche Klienten/Kollegen unpersönlich zu behandeln, als wären sie Objekte.“

Eigene Leistungseinschätzung erfasst Einschätzungen betreffend der eigenen Leistungsfähigkeit und verminderten Produktivität.

Beispielitem: „Ich gehe erfolgreich mit den Problemen anderer Menschen um.“

Das Antwortformat des MBI besteht aus einer siebenstufigen Likertskala von nie (0) bis jeden Tag (6) und wird danach bewertet, wie häufig sie erlebt werden. Durch Summenbildung werden Gesamtwerte pro Skala berechnet. Aufgrund dessen, dass die drei Dimensionen verschiedene Aspekte von Burnout erfassen, wird kein Gesamtwert für Burnout berechnet, sondern drei einzelne Summenwerte gebildet. Auf Basis der amerikanischen Normstichprobe (N=1.538) wurde durch Drittelung der Verteilung Normen für niedriges, mittleres und hohes Burnout gebildet. (Maslach et al. 1996: 6). In Tabelle 7 sind die numerischen cut-off points sowie die Wertebereiche dargestellt.

Tabelle 7: Ausprägungsgrade von Burnout (Maslach et al. 1996: 6)

Ausprägungsgrade von Burnout				
MBI-Skalen	niedrig (unteres Drittel)	mittel (mittleres Drittel)	hoch (höchstes Drittel)	möglicher Wertebereich
Emotionale Erschöpfung	≤ 16	17-27	≥ 28	0-54
Depersonalisierung	≤ 5	6-10	≥ 11	0-30
persönliche Leistungsfähigkeit	≥ 37	36-30	≤ 29	0-48

6.2.3 Soziodemografischer Fragebogen

Basierend auf publizierten Ergebnissen in der Literatur, Überlegungen zur Arbeit von FlüchtlingshelferInnen und notwendig erscheinenden Angaben einer umfassenden Stichprobenbeschreibung wurden den ProbandInnen Fragen zu folgenden Bereichen gestellt:

- Alter
- Geschlecht
- Schulbildung
- Beschäftigungsdauer
- Migrationshintergrund
- Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen
- Supervision/Intervision/Fallnachbesprechung
- Dienstverhältnis
- Fortbildungsmöglichkeit
- Fortbildung in Anspruch genommen
- Arbeitsbereich
- Zielgruppe

7 Beschreibung der Einzelfälle

An der Befragung nahmen zwei große österreichische Hilfsorganisationen aus den Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung, Grundversorgung und Wohngemeinschaften für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge teil.

7.1 Einzelfall 1: Sozial- und Rechtsberatung

Der Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung engagiert sich für Asylsuchende, Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten und ist in ganz Österreich tätig. Die Rechtsberatungsstellen unterstützen KlientInnen sowohl in asyl- und fremdenrechtlichen Verfahren, als auch im Rahmen von unterstützter Rechtsberatung.

Die Rechtsberatung gibt Hilfestellung in folgenden Bereichen:

- Information über den Ablauf des Asyl- bzw. Fremdenrechtverfahrens
- Perspektivenabklärung hinsichtlich Chancen auf Asyl, subsidiären Schutz oder eines sonstigen Aufenthaltes
- Verfassung von Rechtsmitteln, Stellungnahmen und sonstigen Schriftsätzen
- Vertretung in asyl- und fremdenrechtlichen Verfahren
- Vorbereitung und Begleitung zur Einvernahme und Verhandlung bei Behörden und Gerichten
- Gesetzliche Vertretung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in den Erstaufnahmestellen
- Hilfestellung bei Anträgen zur Familienzusammenführung

In offenen Sozialberatungsstellen und mittels aufsuchender Sozialarbeit werden KlientInnen in sozialen Belangen beraten und unterstützt, ebenfalls fungieren sie als Bindeglied zu Behörden und vermitteln im Bedarfsfall zu anderen spezialisierten Stellen.

Folgende Beratungsschwerpunkte werden gesetzt:

- Perspektivenabklärung (Chancen im Asylverfahren, Möglichkeiten der freiwilligen Rückkehr)
- Unterstützung und Begleitung bei behördlichen, sozialen und gesundheitlichen Angelegenheiten
- Rechtliche Information
- Hilfestellungen in Zusammenhang mit Kindergarten und Schulbesuch
- Informationen bezüglich der Möglichkeiten am Arbeitsmarkt
- Beratung bei Wohnungsproblemen
- Orientierungshilfe bei Fragen der Aus- und Weiterbildung
- Vermittlung von Deutschkursen

Die Arbeitszeiten in der Sozial- und Rechtsberatung sind Montag bis Freitag und entsprechen normalen Bürozeiten. Der Betreuungsschlüssel ist in der Sozialberatung 1:140, das bedeutet, dass pro Vollzeitäquivalent 140 Personen laufend in Betreuung sein müssen. In der Rechtsberatung gibt es keinen Betreuungsschlüssel, da die einzelnen Fälle unterschiedlich aufwendig sind.

7.2 Einzelfall 2: Grundversorgung

Der Fachbereich Grundversorgung ist für in Wien lebende anspruchsberechtigte Flüchtlinge zuständig. Hier erfolgt die Abwicklungen der Leistungen der Grundversorgung für alle privat wohnenden Anspruchsberechtigten, darüber hinaus wird hier ebenfalls Sozialberatung angeboten.

Die Mitarbeiter arbeiten von Montag bis Freitag im Rahmen von normalen Bürozeiten. Der Betreuungsschlüssel ist in Teams, die ausschließlich Beratung anbieten, 1:242. Das bedeutet, dass pro Vollzeitäquivalent 242 Personen laufend betreut werden müssen. Bei Teams, die zusätzlich noch Journdienst haben ist der Betreuungsschlüssel 1:194, pro Vollzeitäquivalent müssen 194 Personen laufend in Betreuung sein.

Tätigkeiten im Rahmen der Grundversorgung:

- Auszahlung von Mieten und Verpflegungsgeld
- Sach- und Geldleistungen für Schule und Kleidung
- Krankenversicherung und medizinische Leistungen
- Information, Beratung, Betreuung
- Fahrkosten bei behördlichen Ladungen und Überstellungen
- Unterbringung in einer der Grundversorgungseinrichtungen

7.3 Einzelfall 3: Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden Kinder und Jugendliche durch geschultes Personal in ihrem Alltag begleitet. Ziel der Wohngemeinschaften ist es, den Kindern und Jugendlichen Sicherheit und Vertrauen zu geben, um ihnen die Neuorientierung in einer unbekanntem Umgebung zu erleichtern. Die Betreuung in Wohngemeinschaften erfolgt rund um die Uhr, sieben Tage die Woche, in Form eines Schichtdienstes. Der Betreuungsschlüssel ist 1:10, das bedeutet, dass pro Vollzeitäquivalent 10 Personen laufend betreut werden müssen.

Das Betreuungsangebot in den Wohngemeinschaften umfasst folgende Unterstützungsangebote:

- Erstellung individueller Bildungskonzepte
- Lernhilfe, Deutsch- und Schulkurse
- Unterstützung bei Arzt- und Behördenwegen
- Begleitung in schwierigen Situationen (bei negativem Bescheid im Asylverfahren, bei/nach Polizeikontrollen, nach Diskriminierung)
- Sozialkompetenz und Selbstvertrauen stärken
- Freizeitangebote
- Aufarbeitung von Flucht- und Foltererfahrungen in Zusammenarbeit mit externen PsychotherapeutInnen
- Kontakten zu österreichischen PatInnen herstellen
- Essen, Kleidung, Hygieneartikel

8 Auswertungsmethoden

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Softwarepaket SPSS 25. Es wurden stets die Voraussetzungen, welche vor Anwendung der unten angeführten Verfahren zu prüfen sind, wie etwa Normalverteilung oder Homogenität der Varianzen, kontrolliert.

Zur Anwendung kamen folgende statistische Auswertungsverfahren:

- Mittelwert
- Reliabilitätsanalyse
- U-Test
- H-Test
- Korrelation

Bei der Untersuchung wird generell ein Signifikanzniveau von 5 % herangezogen. *„Beträgt die Wahrscheinlichkeit des gefundenen oder eines extremeren Untersuchungsergebnisses unter der Annahme, die H_0 sei richtig, höchstens 5 %, so wird dieses Ergebnis als signifikant bezeichnet“* (Bortz 1999: 114).

8.1 Übersicht der verwendeten Skalen

In folgender Tabelle 8 wird eine Übersicht über die verwendeten Skalen samt deren jeweiligen Itemzahlen, Mittelwerte, Varianz, dem Reliabilitätskoeffizienten Alpha sowie der Normalverteilungsprüfung gegeben.

Tabelle 8: Übersicht der verwendeten Skalen

Skala	Item	MW	s	Alpha	NV
IES-R					
Intrusion	7	13,61	14,98	0,77	Nein
Vermeidung	8	14,80	22,46	0,80	Nein
Hyperarousal	7	12,20	16,27	0,78	Nein
MBI					
Berufliche Erschöpfung	9	26,61	59,85	0,80	Nein
Depersonalisierung	5	10,96	20,86	0,61	Nein
Eigene Leistungseinschätzung	8	39,24	46,65	0,68	Nein

Zur Bestimmung der internen Konsistenz von Skalen wurde Cronbach's Alpha berechnet. Der Reliabilitätskoeffizient in Form des Cronbach's Alpha wird als Maß der Genauigkeit, mit der ein Merkmal durch den Test erfasst wird, angegeben. Bortz und Döring (2006: 199) geben an, dass ein Reliabilitätskoeffizient von 0,80 als gut gilt. Der Reliabilitätskoeffizient des Erhebungsinstruments IES-R liegt in allen drei Subskalen im annehmbaren Bereich (Intrusion 0,77, Vermeidung 0,80, Hyperarousal 0,78). Auch der Maslach Burnout Inventory (MBI) zeigt in allen drei Subskalen (Berufliche Erschöpfung 0,80, Depersonalisierung 0,61, eigene Leistungseinschätzung 0,68) annehmbare Reliabilitätskoeffizienten (Tabelle 8).

Die Normalverteilung des Datensatzes wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Es zeigten sich signifikante Abweichungen von der Normalverteilung. Es wurde auch anhand der graphischen Darstellung (Q Q Plot) deutlich, dass sich die Daten sehr abweichend verhielten. Zur Sicherheit wurde der Datensatz mit Hilfe von Schiefe und Kurtosis weiter überprüft. Schiefe und Kurtosis beschreiben die Abweichung einer Verteilung von der Normalverteilung. Als Richtwert kann für eine symmetrische Verteilung, für die Berechnung der Schiefe, +/- 0,5 angenommen werden. Ein positiver Wert entspricht einer rechtsschiefen Verteilung, ein negativer Wert entspricht einer linksschiefen Verteilung. Die Kurtosis gibt die Wölbung einer Verteilung an, hier wird die Steilheit einer Verteilung gemessen. (Brosius 2018: 444) Die Ergebnisse, wie in Tabelle 9 dargestellt, zeigen eine Abweichung von der Normalverteilung. Aufgrund des Nichterfüllens der Voraussetzung einer Normalverteilung, kamen nicht-parametrische Tests zur Anwendung (Bortz & Döring 2006: 218).

Tabelle 9: Ergebnisübersicht der Tests auf Normalverteilung

Skala	Kolmogorov-Smirnov-Test p-Werte	Schiefe p-Werte	Kurtosis p-Werte
Intrusion	0,023	0,264	-0,571
Vermeidung	0,002	0,599	-0,112
Hyperarousal	0,000	0,950	0,254
Berufliche Erschöpfung	0,096	0,348	-0,234
Depersonalisierung	0,001	0,972	1,092
Hyperarousal	0,013	-0,905	1,419

9 Stichprobenbeschreibung

Im folgendem werden die Personendaten der einzelnen Stichproben gegenübergestellt. Mögliche Abweichungen der Fallzahlen resultieren aus fehlenden Itemantworten, bei den Prozentangaben handelt es sich um gültige Prozentwerte.

9.1 Verteilung und Rücklauf

Die Verteilung der insgesamt 316 Fragebögen an die drei Teilstichproben erfolgte im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung via online Umfrage, im Fachbereich Grundversorgung über die Teamleitung oder direkt bei den einzelnen Teams und im Fachbereich Wohngemeinschaft über die Einrichtungsleitung. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Fachbereiche, die ausgegebenen Fragebögen und den Rücklauf.

Tabelle 10: Rücklauf und Stichprobenzuordnung

Fachbereiche	Anzahl	Rücklauf N	Rücklauf %
Sozial- und Rechtsberatung	184	37	20
Wohngemeinschaft UMF	70	31	44
Grundversorgung	62	47	75
Gesamt	316	115	

Die online Umfrage im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung wurde an 184 FlüchtlingshelferInnen versendet. An der Befragung nahmen 37 MitarbeiterInnen teil, das entspricht einem Rücklauf von 20 %. Im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wurden über die Einrichtungsleitung 70 Fragebögen verteilt. 31 MitarbeiterInnen nahmen an der Befragung teil, was einen Rücklauf von 44 % entspricht. Im Fachbereich Grundversorgung erfolgte die Verteilung der 62 Fragebögen teilweise persönlich in Rahmen von Teambesprechungen und teilweise über die Teamleitung, die die Fragebögen an ihre KollegInnen weitergab. Es nahmen 47 MitarbeiterInnen an der Befragung teil, was einem Rücklauf von 75 % entspricht.

9.2 Alter und Geschlecht

Das Alter aller an der Befragung teilgenommenen FlüchtlingshelferInnen liegt zwischen 19 und 54 Jahren, mit einem Mittelwert von 32,4 Jahren und einer Standardabweichung von 7,1 Jahren.

Vergleicht man die Summe aller FlüchtlingshelferInnen aus sämtlichen Teilstichproben, so ergibt sich eine Geschlechterverteilung von 62,6 % Frauen und 37,4 % Männer (Abbildung 4).

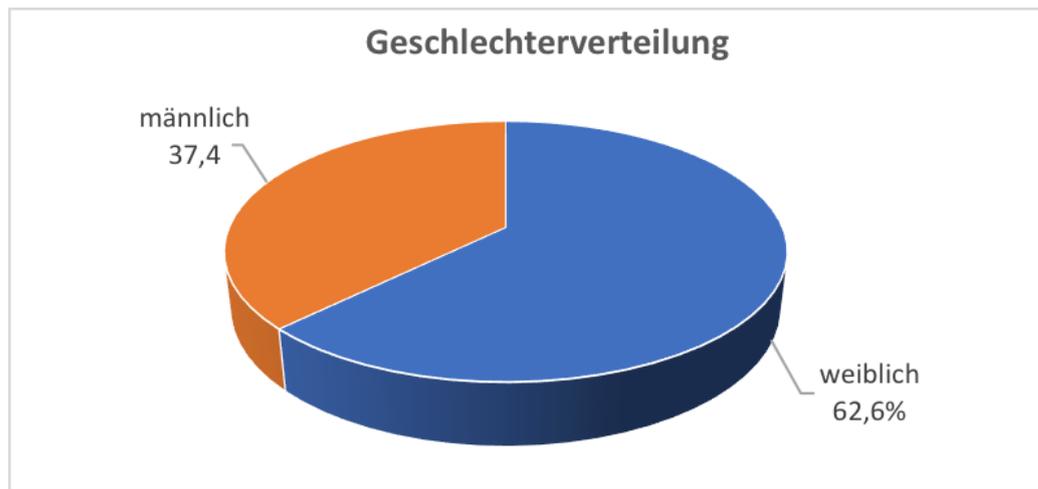


Abbildung 4: Geschlechterverteilung der befragten Personen

In Bezug auf Alter und Geschlecht der nach Fachbereich unterteilten, getesteten Personen, ergibt sich folgende Verteilung, die in Tabelle 11 abgelesen werden kann.

Tabelle 11: Alter und Geschlecht der FlüchtlingshelferInnen nach Fachbereich unterteilt

Variable	Sozial- u. Rechtsberatung		Wohngemeinschaft UMF		Grundversorgung	
	N	%	N	%	N	%
Geschlecht						
Weiblich	28	75,7	20	64,5	24	51,1
Männlich	9	24,3	11	35,5	23	48,9
Alter						
Mittelwert	37	31,9	31	33,3	47	32,2
Std.abw.	5,8	5,8	6,8	6,8	8,2	8,2

Von den 37 FlüchtlingshelferInnen des Fachbereiches Sozial- und Rechtsberatung waren 28 Personen weiblich und 9 Personen männlich (75,7 % Frauen, 24,3 % Männer). Das durchschnittliche Alter der ProbandInnen beträgt 31 Jahre ($31,9 \pm 5,8$). Die Geschlechterverteilung im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ergibt 20 weibliche und 11 männliche Probanden (64,5 % Frauen, 35,5 % Männer), das durchschnittliche Alter beträgt hier 33 Jahre ($33,3 \pm 6,8$). Dem Fachbereich Grundversorgung konnten 51,1 % das Geschlecht Weiblich und 48,9 % das Geschlecht Männlich zugeordnet werden (24 Frauen, 23 Männer). Der Altersdurchschnitt liegt hier bei 32 Jahren ($32,2 \pm 8,2$).

9.3 Schulausbildung

Die Schulbildung aller an der an der Befragung teilgenommenen Personen zeigt, dass 75,7 % ein abgeschlossenes Hochschulstudium absolviert haben, 20,0 % die Matura vorweisen können, 1,7 % eine berufsbildende mittlere Schule vorweisen können und 2,6 % eine Lehre absolviert haben (Abbildung 5).

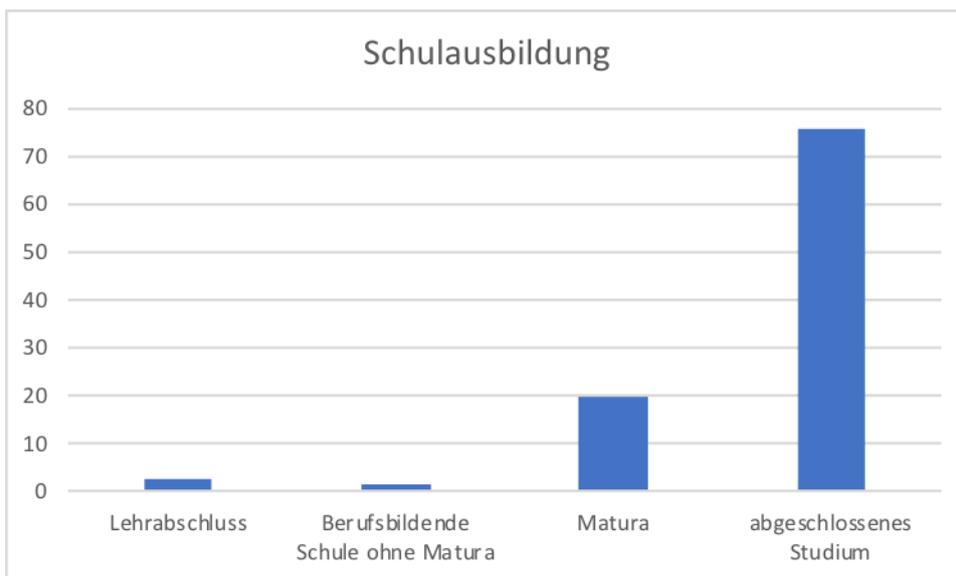


Abbildung 5: Schulbildung der ProbandInnen

Nach Fachbereich unterteilt (Tabelle 12) zeigte sich, dass 91,9 % der FlüchtlingshelferInnen in der Sozial- und Rechtsberatung ein abgeschlossenes Hochschulstudium nachweisen konnten; 2,7 % absolvierten die Matura; 5,4 % konnten den Abschluss einer berufsbildenden Schule ohne Matura vorweisen.

Im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stellte für 77,4 % ein absolviertes Hochschulstudium die höchste abgeschlossene Ausbildung dar. 19,4 % haben die Matura und 3,2 % können den Abschluss einer Lehre nachweisen.

61,7 % absolvierten im Fachbereich Grundversorgung ein Hochschulstudium, 34,0 % die Matura und 4,3 % der Teilnehmer eine Lehre.

Tabelle 12: Schulbildung im Vergleich

Schulbildung	Sozial- u. Rechtsberatung		Wohngemeinschaft UMF		Grundversorgung	
	N	%	N	%	N	%
Lehrabschluss	0	0,0	1	3,2	2	4,3
Berufsbildende Schule ohne Matura	2	5,4	0	0,0	0	0,0
Matura	1	2,7	6	19,4	16	34,0
Abgeschlossenes Studium	34	91,9	24	77,4	29	61,7

9.4 Beschäftigungsdauer und Dienstverhältnis

Seit durchschnittlich 4 Jahren ($4,1 \pm 3,9$) arbeiten die ProbandInnen aller Fachbereiche mit Flüchtlingen.

Tabelle 13: Beschäftigungsdauer, Fachbereiche

Fachbereiche	Mittelwert	n	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Sozial- und Rechtsberatung	4,1	37	3,88	0,5	18
Wohngemeinschaft UMF	4,2	31	3,94	1,0	15
Grundversorgung	4,1	47	4,09	0,5	15
Gesamt	4,1	115	3,95	0,5	18

In Tabelle 13 werden die Ergebnisse der Beschäftigungsdauer für die einzelnen Fachbereiche dargestellt. Die Fachbereiche unterscheiden sich hinsichtlich der durchschnittlichen Beschäftigungsdauer nur unwesentlich voneinander. Im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung beträgt die durchschnittliche Beschäftigungsdauer 4 Jahre ($4,1 \pm 3,88$), in etwa genauso lange wie im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ($4,2 \pm 3,94$) und im Fachbereich Grundversorgung ($4,1 \pm 4,09$).

Wie in Abbildung 6 ersichtlich ist, arbeiten bis auf einen Flüchtlingshelfer alle, die an der Befragung teilgenommen haben, in einem unbefristeten Dienstverhältnis.

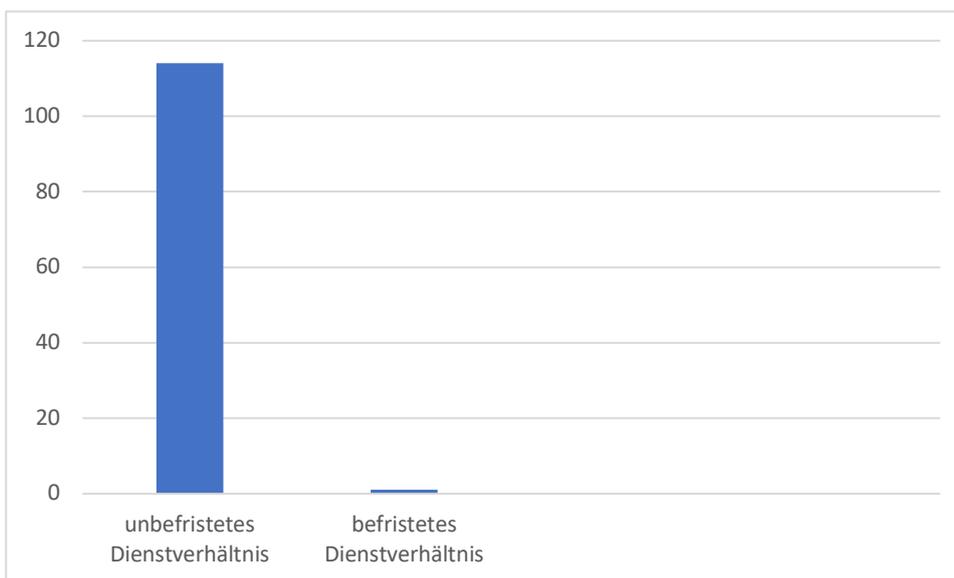


Abbildung 6: Dienstverhältnis

9.5 Migrationshintergrund und Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen

Betrachtet man die Summe aller MitarbeiterInnen aus sämtlichen Teilstichproben, so ergibt sich, dass 37,4 % einen Migrationshintergrund und 62,6 % keinen Migrationshintergrund haben (Abbildung 7).

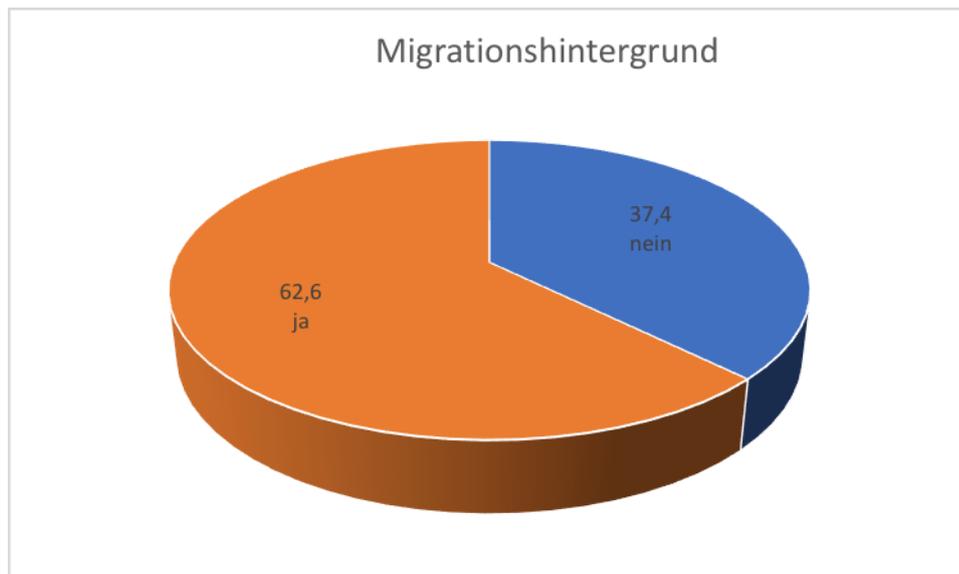


Abbildung 7: Migrationshintergrund

In Bezug auf den eigenen Migrationshintergrund der befragten MitarbeiterInnen, nach Fachbereich unterteilt, ergibt sich folgende Verteilung, die in Tabelle 14 abgelesen werden kann:

Den höchsten Anteil an MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund hat der Fachbereich Grundversorgung mit 53,2 %, der Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge hat einen Anteil von 45,2 % und im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung ist der geringste Anteil an MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund mit 10,8 %.

Tabelle 14: Migrationshintergrund nach Fachbereichen

Variable	Sozial- u. Rechtsberatung		Wohngemeinschaft UMF		Grundversorgung	
	N	%	N	%	N	%
Eigener Migrationshintergrund						
Ja	4	10,8	14	45,2	25	53,2
Nein	33	89,2	17	54,8	22	46,8

Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen, über alle Teilstichproben betrachtet, ergibt 32 Stunden ($32,2 \pm 7,8$).

Im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung zeigt sich die höchste durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen mit 33 Stunden ($33,6 \pm 7,2$), der Fachbereich Grundversorgung weist geringfügig weniger Arbeitszeit pro Woche mit 32 Stunden ($32,4 \pm 8,6$) auf, und im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ergibt sich eine Arbeitszeit pro Woche von 30 Stunden ($30,4 \pm 7,3$). (Tabelle 15)

Tabelle 15: Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen

Fachbereiche	Mittelwert	n	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Sozial- und Rechtsberatung	33,6	37	7,2	10	45
Wohngemeinschaft UMF	30,4	31	7,3	10	45
Grundversorgung	32,4	47	8,6	8	40
Gesamt	32,2	33	7,8	8	45

9.6 Kerndaten der Arbeitsbedingung

Tabelle 16 zeigt, dass in den beiden Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung und Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nahezu alle der befragten ProbandInnen an einer Supervision/Intervision/Fallnachbesprechung teilnehmen (Sozial- und Rechtsberatung 97,3 %, Wohngemeinschaft 96,8 %), im Gegensatz dazu nehmen im Fachbereich Grundversorgung nur in etwa die Hälfte der ProbandInnen (46,8 %) an einer Supervision/Intervision/Fallnachbesprechung teil (Abbildung 8).

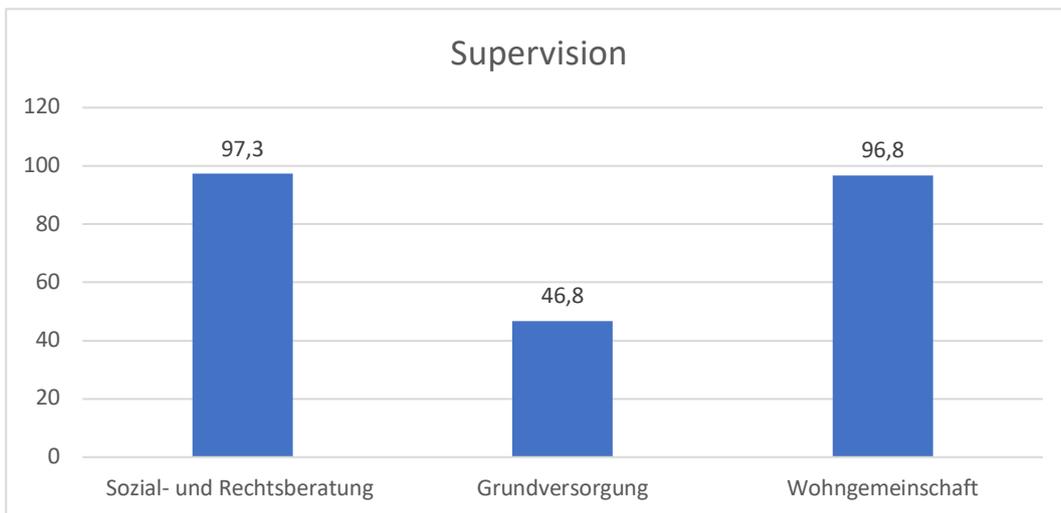


Abbildung 8: Supervision und Fachbereich

Nach Angaben aller befragten MitarbeiterInnen der drei Fachbereiche werden zu einem sehr hohen Prozentsatz (Sozial- und Rechtsberatung 97,2 %, Wohngemeinschaft 96,8 %, Grundversorgung 100 %) Fortbildungen vom Arbeitgeber finanziert. Allerdings nehmen im Fachbereich Grundversorgung nur knapp die Hälfte (48,9 %) die angebotenen Fortbildungen in Anspruch. Im Gegensatz dazu werden Fortbildungen im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung nahezu von allen in Anspruch genommen (94,6 %), im Fachbereich Wohngemeinschaft nehmen 83,9 % die finanzierten Fortbildungen in Anspruch.

Tabelle 16: Kerndaten der Arbeitsbedingungen

Variable	Sozial- u. Rechtsberatung		Wohngemeinschaft UMF		Grundversorgung	
	N	%	N	%	N	%
Supervision						
Ja	36	97,3	30	96,8	22	46,8
Nein	1	2,7	1	3,2	25	53,2
Fortbildung angeboten						
Ja	35	97,2	30	96,8	47	100
Nein	1	2,8	1	3,2	0	0
Fortbildung teilnehmen						
Ja	35	94,6	26	83,9	23	48,9
Nein	2	5,4	5	16,1	24	51,1
Zielgruppe						
Kinder/Jugendliche	1	2,7	31	100	0	0
Erwachsene	11	29,7	0	0	21	44,7
Kinder/Jugendliche und Erwachsene	25	67,6	0	0	26	55,3

Der Fachbereich Wohngemeinschaft arbeitet zu 100 % mit Kindern und Jugendlichen, die Zielgruppe im Fachbereich Grundversorgung teilt sich in Erwachsenen mit 44,7 % und Kinder/Jugendliche und Erwachsenen mit 55,3%. Die ProbandInnen im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung gaben an, zu 2,7% Kinder und Jugendliche, zu 29,7% Erwachsene und zu 67,6% Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu beraten. Der durchgeführte X^2 -Test zeigt ein Ergebnis von $X^2(4)= 112,489$, $p < 0,001$, d.h. die Fachbereiche unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Zielgruppen.

9.7 Zusammenfassung der deskriptiven Ergebnisse

9.7.1 Einzelfall 1: Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung

An der Befragung im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung nahmen 37 MitarbeiterInnen teil, das entspricht einen Rücklauf von 20 %. Von den 37 ProbandInnen waren 75,7 % weiblich und 24,3 % männlich. Das durchschnittliche Alter der FachbereichsmitarbeiterInnen beträgt 31 Jahre ($31,9 \pm 5,8$). 91,9 % der FlüchtlingshelferInnen in der Sozial- und Rechtsberatung konnten ein abgeschlossenes Hochschulstudium nachweisen, 2,7 % haben die Matura; 5,4 % konnten den Abschluss einer berufsbildenden Schule ohne Matura vorweisen. Durchschnittlich arbeiten die MitarbeiterInnen seit 4 Jahren ($4,1 \pm 3,98$) im Flüchtlingsbereich und gaben an, dass sie 33 Stunden pro Woche ($33,6 \pm 7,2$) direkt mit Flüchtlingen arbeiten. Fast alle ProbandInnen sind im Rahmen eines unbefristeten Dienstverhältnisses (97,3 %) beschäftigt, nur ein Proband hat ein befristetes Dienstverhältnis (2,7 %). 97,3 % gaben an, regelmäßig an Supervision, Intervision oder Fallnachbesprechung teil zu nehmen. Nach Angabe der ProbandInnen werden im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung zu 97,2 % Fortbildungen angeboten, in Anspruch genommen wird diese von 94,6% der befragten MitarbeiterInnen. Die Zielgruppe gliedert sich zu 2,7 % in Kinder und

Jugendliche, 29,7 % Erwachsene und 67,6 % in Kinder/Jugendliche und Erwachsene.

9.7.2 Einzelfall 2: Fachbereich Wohngemeinschaft UMF

An der Untersuchung nahmen 31 MitarbeiterInnen teil, das entspricht einen Rücklauf von 44 %. Von den befragten ProbandInnen waren 64,5 % weiblich und 33,5 % männlich. Der Altersdurchschnitt liegt bei 33 Jahren ($33,3 \pm 6,8$). Ein Hochschulstudium konnten 77,4 % vorweisen, 19,4 % haben Matura und 3,2 % der ProbandInnen haben eine Lehre abgeschlossen. Durchschnittlich arbeiten die MitarbeiterInnen seit 4 Jahren ($4,2 \pm 3,94$) im Flüchtlingsbereich, ihre Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen beträgt durchschnittlich 30 Stunden ($30,4 \pm 7,3$). Alle Befragten arbeiten in Rahmen eines unbefristeten Dienstverhältnisses. 45,2 % der befragten FachmitarbeiterInnen haben Migrationshintergrund, Supervision/Intervision/Fallnachbesprechung nehmen 96,8 % in Anspruch. Ob Fortbildungsveranstaltungen von Seiten der Organisation angeboten oder finanziert werden, wurde von 96,8 % der Befragten mit ja beantwortet, in Anspruch genommen werden die angebotenen Fortbildungen von 83,9 % der ProbandInnen. Im Fachbereich Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge arbeiten alle MitarbeiterInnen mit Kindern und Jugendlichen.

9.7.3 Einzelfall 3: Fachbereich Grundversorgung

Im Fachbereich Grundversorgen nahmen 47 MitarbeiterInnen an der Untersuchung teil, das entspricht einen Rücklauf von 75 %. 51,1 % der befragten ProbandInnen sind weiblich und 48,9 % männlich, das durchschnittliche Alter beträgt 32 Jahre ($32,2 \pm 8,2$). Einen Hochschulabschluss konnten 61,7 % vorweisen, 34,0 % haben Matura und 3,2 % der ProbandInnen schlossen eine Lehre erfolgreich ab. Seit durchschnittlich 4 Jahren ($4,1 \pm 4,09$) arbeiten die befragten MitarbeiterInnen im Flüchtlingsbereich, ihre Arbeitszeit pro Woche mit Flüchtlingen beträgt 32 Stunden ($32,4 \pm 8,6$). Alle an der Untersuchung teilgenommenen MitarbeiterInnen arbeiten im Rahmen eines unbefristeten Dienstverhältnisses. 53,2 % gaben an, Migrationshintergrund zu haben. Regelmäßig an Supervision/Intervision/Fallnachbesprechung nehmen 46,8 % der Befragten in Anspruch. Von allen MitarbeiterInnen (100%) wurde angegeben, dass vom Arbeitgeber Fortbildungsveranstaltungen angeboten oder finanziert werden, allerdings nehmen nur 48,9 % dieses Angebot in Anspruch. Im Fachbereich Grundversorgung wird zu 44,7 % mit Erwachsenen und zu 55,3 % mit Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen gearbeitet.

10 Hypothesenprüfung

10.1 Ergebnisse der Gesamtgruppen

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie sich die momentane Situation der FlüchtlingshelferInnen aller drei Fachbereiche in Bezug auf sekundäre Traumatisierung und Burnout darstellt. Nach Maercker und Schützwohl (1998: 138) wird kein Gesamtwert über die drei Subskalen des IES-R gebildet, da dieser die verschiedenen Ausprägungen der Subskalen nicht abbildet. Es kann allerdings ein Verdacht auf PTBS wahrscheinlich gemacht werden, wenn der resultierende Wert aus den drei Subskalen > 0.0 ist. In Anschluss werden die Mittelwerte der Symptombereich Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal dargestellt. Nach Mooren et al. (2003: 61) haben cut-off-Werte nur eine eingeschränkte Gültigkeit, da auch die Schwere des Traumas zu berücksichtigen ist. Ein Schwellenwert ab 26 und darüber stellt die Grenze zwischen normaler und pathologischer Symptombelastung dar. Für den Maslach Burnout Inventory betonen Maslach und Jackson (1986: 8), dass die drei Subskalen berufliche Erschöpfung, Depersonalisierung und eigene Leistungseinschätzung verschiedene Aspekte des Burnouts erfassen und nicht zu einer Gesamtskala zusammengefasst werden sollten. Da allerdings ein Gesamtwert zur Darstellung sinnvoll erscheint, wurden die drei Skalen zu einem Burnout-Index zusammengefasst, der beschreibenden Charakter aufweist:

Die Werte aus den Fragebögen wurden wie von Maslach et al. (1997: 191f.) vorgegeben zu den Subskalen berufliche Erschöpfung, Depersonalisierung und eigene Leistungsbereitschaft zusammengefasst. Danach wurden diese, wie in nachstehender Berechnung dargestellt zu einem Burnout-Index zusammengefasst, alle Skalen wurden gleich gewichtet. Wobei der Burnout-Index „0“ kein Burnout, bis „1“ die maximale Ausprägung darstellt.

Burnout-Index:

$$\frac{(\text{berufliche Erschöpfung} - 1) + (\text{Depersonalisierung} - 1) + (7 - \text{Leistungseinschätzung})}{18}$$

Für die einzelnen Subskalen von Burnout besteht eine Normstichprobe, die in Kapitel 6.2.2 dargestellt wurde.

10.1.1 Ausprägung von sekundärer Traumatisierung

Berechnet man einen Verdacht auf eine PTBS - Diagnose, so zeigen sich bei 1,7 % (N= 4) der Gesamtstichprobe Symptome einer PTBS (bei einem Cut-Off-Wert $X > 0$). Der Mittelwert beträgt $- 2,84$ (Min. $- 4,37$, Max. $1,07$) bei einer Standardabweichung von $1,184$ (Abbildung 9).

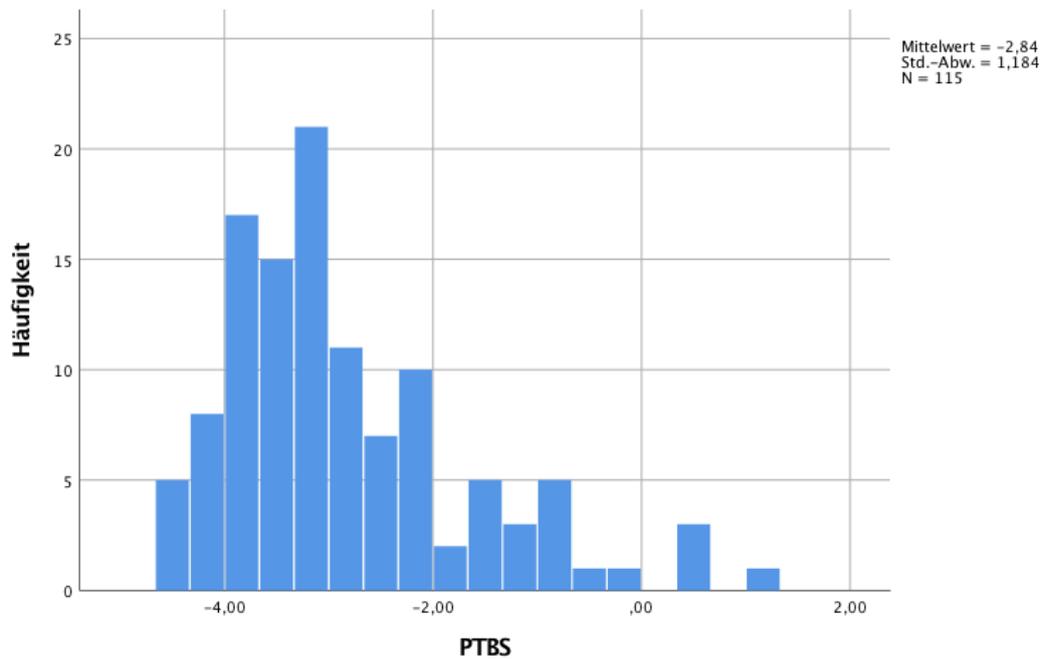


Abbildung 9: PTBS-Werte Gesamtstichprobe

Betrachtet man den Summenmittelwert der drei Skalen über die Gesamtstichprobe (M= 25,26, SD=16,77) bei einem cut-off Wert von 26, zeigt sich auch hier keine ausgeprägte PTBS Belastung.

In Abbildung 10 sind die Summenmittelwerte der drei PTBS Skalen dargestellt. Da nach Mooren et al. (2003: 61) der Summenmittelwert 26 den Schwellenwert zwischen normaler und pathologischer Symptombelastung darstellt, zeigen sich auch in den Subskalen keine Symptome einer PTBS (Intrusion: M= 8,89, SD= 6,06, Min. 0 Max. 27; Vermeidung: M= 9,43, SD= 7,38, Min. 0 Max. 34; Hyperarousal: M= 6,79; SD= 6,22, Min. 0 Max. 25).

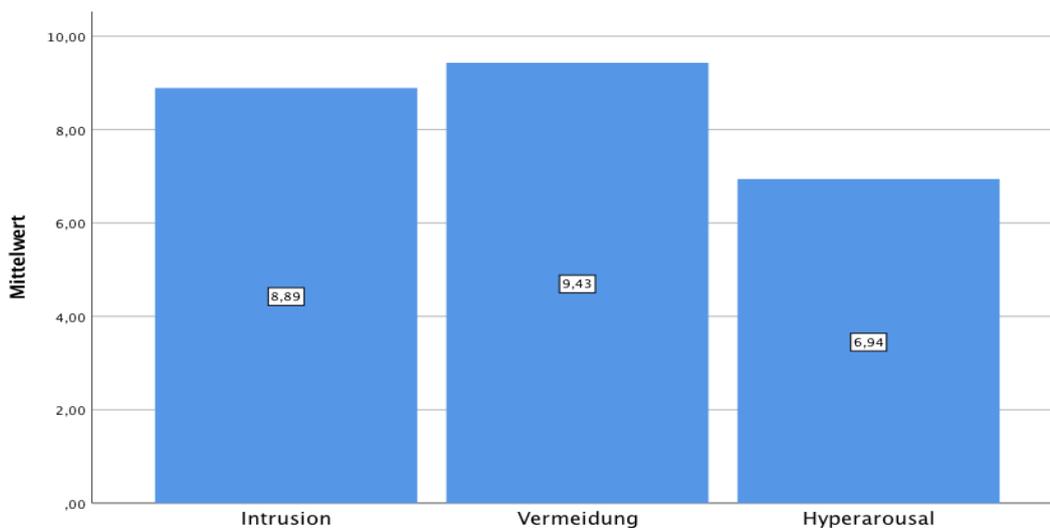


Abbildung 10: Mittelwerte Subskalen IES-R

10.1.2 Ausprägung von Burnout

Der Mittelwert der Burnoutskala für die Gesamtstichprobe liegt bei 0,295 (SD= 0,104). Dies bedeutet auf einer Skala von „0“ kein Burnout bis „1“ starke Ausprägung von Burnout, dass die FachmitarbeiterInnen im unteren Drittel einer Burnout-Belastung liegen. Prozentuell betrachtet zeigen 18,3 % der Probanden keine bis sehr niedrige Ausprägungen von Burnout, 67,8 % liegen im niedrigen Bereich und 13,9 % zeigen mittlere bis höhere Ausprägungen von Burnout. Auch in den Subskalen spiegelt sich das wieder. Betrachtet man die Ergebnisse der Subskalen für Burnout, bezogen auf die Normdaten von Maslach, Jackson & Leiter (1996: 6), wird deutlich, dass der Mittelwert der ProbandInnen für emotionale Erschöpfung mit 17,73 (SD= 7,736) im unteren Bereich, der Mittelwert für die Subskala Depersonalisierung mit 5,84 (SD= 4,568) ebenfalls im unteren Bereich und der Mittelwert für persönliche Leistungsfähigkeit mit 31,38 (SD= 6,830) im mittleren Bereich liegt (Abbildung 11). Auf Basis der Daten kann von einer geringen Burnout-Ausprägung der FachbereichsmitarbeiterInnen ausgegangen werden.

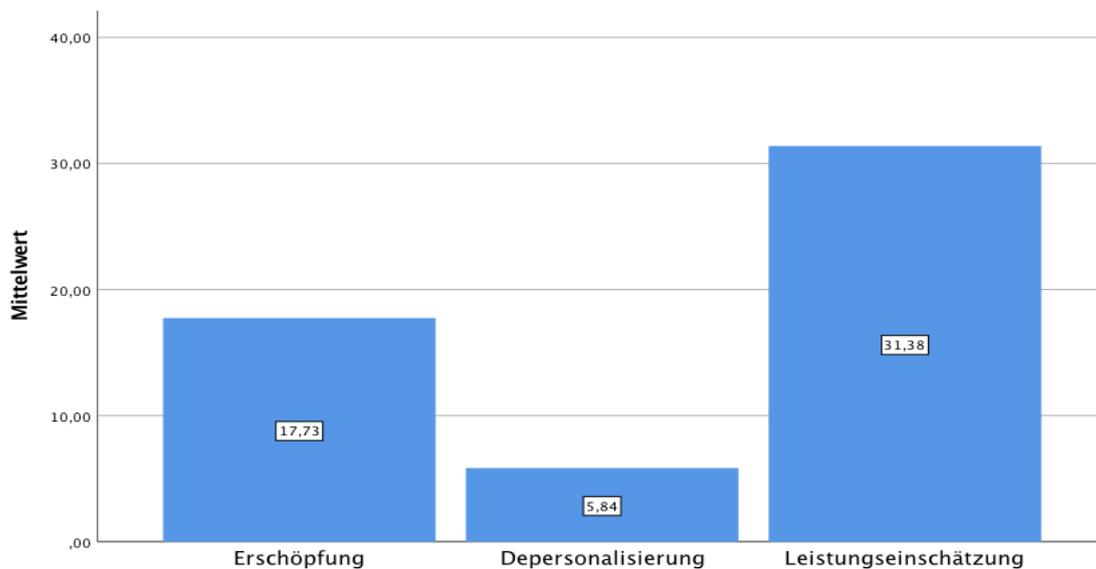


Abbildung 11: Mittelwerte Burnout Subskalen

10.2 Ergebnisse des Gruppenvergleichs

10.2.1 Gesamtskala sekundäre Traumatisierung und Fachbereiche

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob sich die Fachbereiche hinsichtlich sekundärer Traumatisierung unterscheiden. Die teststatistische Auswertung erfolgt mittels H- Test nach Kruskal- Wallis, bei $\alpha = 0,05$, da die Überprüfung der Voraussetzungen keine normalverteilten Daten erbrachte. Nach Bortz (1999: 276) stellt der Kruskal-Wallis-Test eine gute Alternative zu einer Varianzanalyse dar, da er mildere Voraussetzungen hat und nur einen geringen Machtverlust (ca. 95% der Macht der VA).

H₀: Die drei Fachbereiche unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Gesamtskala PTBS.

H₁: Die drei Fachbereiche unterscheiden sich hinsichtlich der Gesamtskala PTBS.

Die Fachbereiche unterscheiden sich signifikant voneinander ($p= 0,030$). Es zeigen sich annähernd gleiche mittlere Ränge in den Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen. Für den Fachbereich Grundversorgung werden deutlich niedrigere mittlere Ränge ersichtlich. (Tabelle 17)

Tabelle 17: H-Test: Gesamtskala PTBS und Fachbereiche

	PTBS	
	N	Mittlerer Rang
Sozial- u. Rechtsberatung	37	65,92
Grundversorgung	47	48,16
Wohnbereich	31	63,47
Gesamt	115	

Diese Unterschiede zeigen sich auch in den Mittelwerten. Der Fachbereich Grundversorgung zeigt eine geringere psychische Belastung als die Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen. (Abbildung 12)

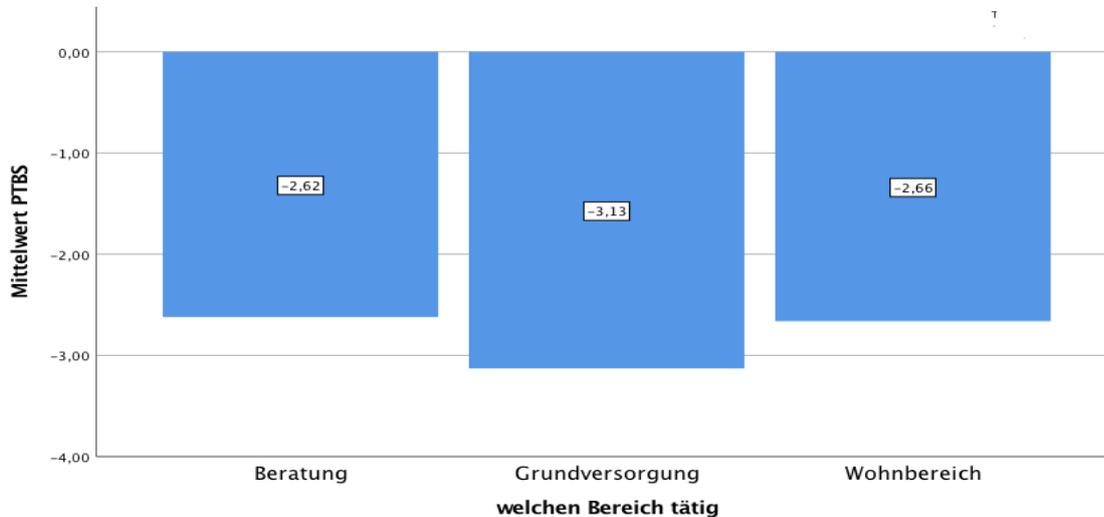


Abbildung 12: Mittelwerte IES-R und Fachbereiche

10.2.2 Gesamtskala Burnout und Fachbereich

Diese Hypothese untersucht, ob sich die Fachbereiche hinsichtlich der Gesamtskala Burnout unterscheiden. Die teststatistische Auswertung erfolgt mittels H- Test nach Kruskal- Wallis, bei $\alpha = 0,05$, da die Überprüfung der Voraussetzungen keine normalverteilten Daten erbrachte.

- H₀: Die drei Fachbereiche unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Gesamtskala Burnout.
 H₁: Die drei Fachbereiche unterscheiden sich hinsichtlich der Gesamtskala Burnout.

Wie in Tabelle 18 ersichtlich, weist der Fachbereich Grundversorgung den höchsten mittleren Rang auf, die Fachbereiche Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen zeigen annähernd gleiche mittlere Ränge – es konnte kein signifikanter Unterschied ($p=0,397$) festgestellt werden.

Tabelle 18: H-Test: Burnout und Fachbereiche

	Burnout	
	N	Mittlerer Rang
Sozial- u. Rechtsberatung	37	52,82
Grundversorgung	47	60,48
Wohnbereich	31	55,65
Gesamt	115	

Vergleicht man die Mittelwerte der drei Fachbereiche hinsichtlich der Gesamtskala Burnout, sind kaum Unterschiede zu erkennen. Auf einer Skala von „0“ kein Burnout und „1“ hohe Ausprägung von Burnout, zeigen alle drei Fachbereiche Ausprägungen im unteren Drittel, was auf eine geringe Ausprägung von Burnout hinweist. (Abbildung 13)

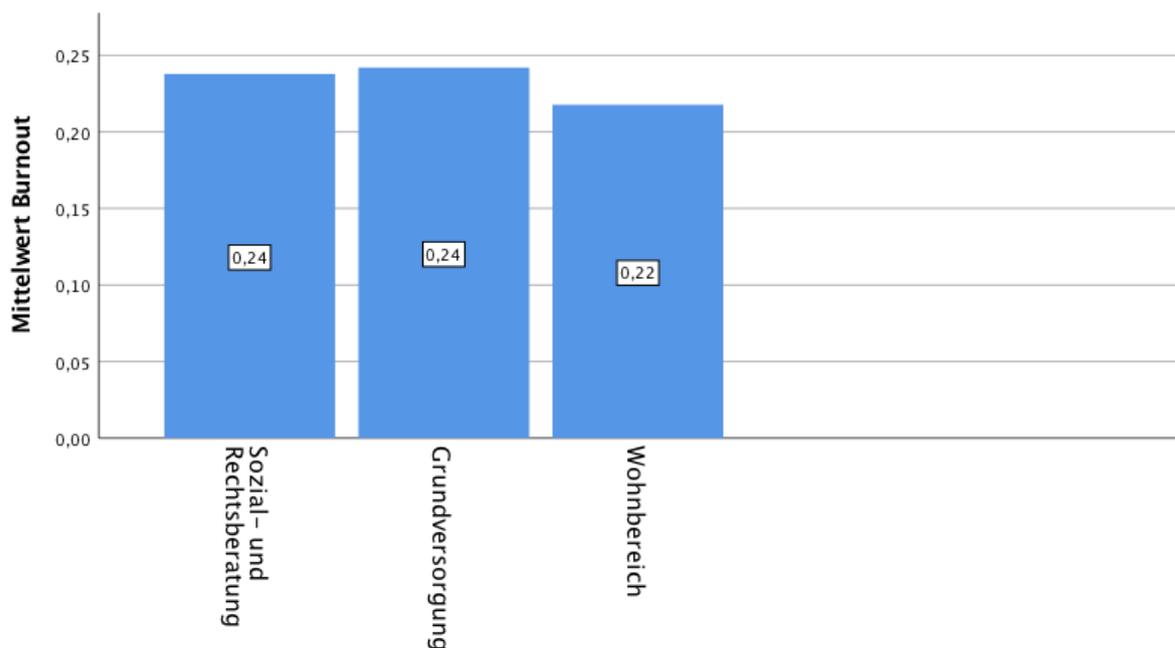


Abbildung 13: Mittelwerte Burnout und Fachbereiche

10.3 Unterschiede der Fachbereiche hinsichtlich der Symptombereiche sekundäre Traumatisierung und Burnout

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, inwiefern in den einzelnen Fachbereichen Unterschiede hinsichtlich Symptomen einer sekundären Traumatisierung und Burnout bestehen.

10.3.1 Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal

Es wird die Hypothese untersucht, ob sich die einzelnen Fachbereiche hinsichtlich sekundärer Traumatisierung bezüglich der Symptomkategorien einer PTBS Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal unterscheiden. Die teststatistische Auswertung erfolgte mittels H-Test nach Kruskal-Wallis, bei $\alpha = 0,05$, da die Überprüfung der Voraussetzungen keine normalverteilten Daten erbrachte.

H₀: Die Verteilung der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal ist in allen drei Fachbereichen gleich.

H₁: Die drei Fachbereiche unterscheiden sich in der Verteilung der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Tabelle 19: Rangmittel für H-Test: Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal

	Intrusion		Vermeidung		Hyperarousal	
	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang
Sozial- u. Rechtsberatung	37	65,05	37	59,51	37	66,55
Grundversorgung	47	45,74	47	52,17	47	46,26
Wohnbereich	31	68,16	31	65,03	31	65,60
Gesamt	115		115		115	

In Tabelle 19 sind die mittleren Ränge der drei Fachbereiche hinsichtlich der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal ersichtlich. Die Fachbereiche Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen weisen deutliche Unterschiede zum Fachbereich Grundversorgung in der Symptomkategorie Intrusion auf. Ebenso zeigen sich in den Symptomkategorien Vermeidung und Hyperarousal Unterschiede zwischen den Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung, Wohnen und Grundversorgung. Aufgrund der mittleren Ränge ist ersichtlich, dass der Fachbereich Grundversorgung in allen drei Symptomkategorien deutlich niedrigere Belastungswerte zeigt als der Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen.

Tabelle 20: p-Werte für H-Test: Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal

	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Chi-Quadrat	10,957	2,905	9,973
df	2	2	2
p-Wert	0,004	0,234	0,007

Wie in Tabelle 20 dargestellt, bestehen signifikante Unterschiede in den drei Fachbereichen und der Symptomkategorie Intrusion und Hyperarousal (Intrusion: $p= 0,004$, Hyperarousal: $p= 0,007$). Die Symptomkategorie Vermeidung weist keine signifikanten Unterschiede in den drei Fachbereichen auf (Vermeidung: $p= 0,234$).

10.3.2 Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungseinschätzung

Es wird die Hypothese untersucht, ob sich die einzelnen Fachbereiche hinsichtlich Burnout bezüglich der Subskalen Erschöpfung, Depersonalisierung und eigene Leistungseinschätzung unterscheiden. Die teststatistische Auswertung erfolgte mittels H-Test nach Kruskal-Wallis, bei $\alpha = 0,05$, da die Überprüfung der Voraussetzungen keine normalverteilten Daten erbrachte.

H_0 : Die Verteilung der Burnoutkategorien Erschöpfung, Depersonalisierung und eigene Leistungseinschätzung ist in allen Fachbereichen gleich.

H_1 : Die drei Fachbereiche unterscheiden sich in der Verteilung der Burnoutkategorien Erschöpfung, Depersonalisierung und eigene Leistungseinschätzung.

Tabelle 21: Rangmittel für H-Test: Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungseinschätzung

	Erschöpfung		Depersonalisierung		Leistungseinschätzung	
	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang
Sozial- u. Rechtsberatung	37	68,55	37	53,62	37	64,47
Grundversorgung	47	48,04	47	63,38	47	48,87
Wohnbereich	31	60,50	31	55,11	31	64,11
Gesamt	115		115		115	

Die drei Fachbereiche weisen deutliche Unterschiede in der Symptomkategorie Erschöpfung auf – wobei der Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung die höchsten mittleren Ränge zeigt. In der Symptomkategorie Depersonalisierung zeigt sich der höchste mittlere Rang im Fachbereich Grundversorgung, die Fachbereiche Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen zeigen annähernd gleiche mittlere Ränge. In der Subskala eigene Leistungseinschätzung ist die verkehrte Polung zu beachten, hier wird aufgrund der geringeren mittleren Ränge die höchste Belastung im Bereich Grundversorgung ersichtlich. MitarbeiterInnen im den Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen zeigen gleiche mittlere Ränge. (Tabelle 21)

Tabelle 22: p-Werte für H-Test: Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungseinschätzung

	Erschöpfung	Depersonalisierung	Leistungseinschätzung
Chi-Quadrat	8,088	2,118	5,976
df	2	2	2
p-Wert	0,018	0,347	0,050

Es bestehen signifikante Unterschiede in den drei Fachbereichen und den Burnoutkategorien Erschöpfung ($p= 0,018$) und eigene Leistungseinschätzung ($p= 0,05$). (Tabelle 22)

10.4 Sekundäre Traumatisierung in Abhängigkeit von Kontextvariablen

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, inwiefern sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Fachbereichen Unterschiede hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie den Symptomen einer sekundären Traumatisierung in Abhängigkeit der Variablen Schulbildung, Supervision, Arbeitszeiten mit Flüchtlingen, Fortbildung, Migrationshintergrund und Beschäftigungsdauer bestehen.

10.4.1 Sekundäre Traumatisierung und Schulbildung

Im Rahmen dieser Hypothese wurde untersucht, ob sich sekundäre Traumatisierung sowohl insgesamt, als auch zwischen den verschiedenen Fachbereichen in den Subskalen und in Abhängigkeit der Schulbildung der FachbereichsmitarbeiterInnen verändert. Die teststatistische Auswertung erfolgte mittels Korrelation nach Spearman, bei $\alpha = 0,05$, da die Überprüfung der Voraussetzungen keine normalverteilten Daten erbrachte. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman setzt mindestens zwei ordinalskalierte Größen voraus, die hier gegeben sind (Bortz 1999, S. 223). Um zu klären, wo genau die Unterschiede in den drei Fachbereichen liegen, wurde in Anschluss ein Post-Hoc Test durchgeführt.

- H₀: Es besteht keine negative Korrelation zwischen Schulbildung und der Gesamtskala PTBS sowie den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.
- H₁: Es besteht eine negative Korrelation zwischen Schulbildung und der Gesamtskala PTBS sowie den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Die Korrelation zwischen der Gesamtskala PTBS und der Schulbildung zeigt eine positive Korrelation ($r = 0,069$, $p = 0,231$) – es besteht kein signifikanter Zusammenhang. Das bedeutet, dass höhere Schulbildung nicht mit geringeren Symptomen einer sekundären Traumatisierung einhergeht.

Tabelle 23: Korrelation nach Spearman: Schulbildung

Schulbildung	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Korr.koeffizient	0,236	0,119	0,119
p-Wert	0,994	0,897	0,896

Wie in Tabelle 23 ersichtlich, sind alle Korrelationen zwischen den Symptomkategorien und der Schulbildung schwach positiv, das heißt sie widersprechen nicht der Nullhypothese. Für die Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Schulbildung bestehen keine signifikant negativen Korrelationen (Intrusion: $p = 0,994$, Vermeidung: $p = 0,897$, Hyperarousal: $p = 0,896$). Aufgrund der Ergebnisse besteht kein Anlass zur Vermutung das höhere Schulbildung mit niedrigeren Symptomen einer PTBS einhergeht.

Tabelle 24: Korrelation nach Spearman: Schulbildung, Symptomkategorien, Fachbereiche

Schulbildung	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Sozial- u. Rechtsberatung:			
Korrelationskoeffizient	-0,112	-0,114	-0,109
p-Wert	0,745	0,75	0,739
Grundversorgung:			
Korrelationskoeffizient	0,214	0,284	0,192
p-Wert	0,075	0,026	0,098
Wohnbereich:			
Korrelationskoeffizient	0,267	-0,101	-0,096
p-Wert	0,073	0,705	0,697

Die Fachbereiche Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen zeigen in allen Symptomkategorien negative Korrelationen, außer in der Symptomkategorie Intrusion wurde im Fachbereich Wohnen eine positive Korrelation sichtbar. Dies deutet darauf hin, dass in beiden Fachbereichen eine niedrigere Schulbildung mit höheren Symptomen einer sekundären Traumatisierung einhergeht, mit Ausnahme im Fachbereich Wohnen in der Symptomkategorie Intrusion. Im Unterschied dazu zeigen sich im Fachbereich Grundversorgung ausschließlich positive Korrelationen, hier konnte bezüglich der Höhe der Schulbildung und den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal kein negativer Zusammenhang festgestellt werden. Im Fachbereich Grundversorgung besteht eine signifikant positive Korrelation zwischen Vermeidung und Schulbildung ($p = 0,026$). (Tabelle 24)

10.4.2 Sekundäre Traumatisierung und Supervision

Diese Hypothese prüft, ob sich sekundäre Traumatisierung bezüglich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal sowohl insgesamt als auch in den drei Fachbereichen hinsichtlich Supervision unterscheidet. Die teststatistische Auswertung erfolgt mittels U-Test nach Mann und Whitney, bei $\alpha = 0.05$, da die Überprüfung der Voraussetzungen nicht normalverteilte Daten erbrachte. Auch hier wurde wieder ein Post-Hoc Test durchgeführt, um die Unterschiede in den drei Fachbereichen zu klären.

- H₀: FachmitarbeiterInnen, die Supervision in Anspruch nehmen, zeigen nicht geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.
- H₁: FachmitarbeiterInnen, die Supervision in Anspruch nehmen, zeigen geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Tabelle 25: U-Test: Gesamtskala PTBS, Supervision

Supervision	PTBS	
	N	Mittlerer Rang
Ja	88	61,71
Nein	27	45,91

Hinsichtlich der Gesamtskala PTBS und Supervision zeigen sich signifikante Unterschiede ($p= 0,031$): FachmitarbeiterInnen die Supervision in Anspruch nehmen zeigen signifikant höhere mittlere Ränge, als jene die keine Supervision in Anspruch nehmen. (Tabelle 25)

Tabelle 26: Rangmittel für U-Test: Supervision, Symptomkategorien

Supervision	Intrusion		Vermeidung		Hyperarousal	
	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang
Ja	88	61,18	88	59,15	88	62,25
Nein	27	47,63	27	54,26	27	44,15

Alle Symptomkategorien zeigen höhere mittlere Ränge (Tabelle 26), wenn MitarbeiterInnen Supervision in Anspruch nehmen. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Symptomgruppen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal und Supervision (Intrusion: $p= 0,968$, Vermeidung: $p= 0,747$, Hyperarousal: $p= 0,993$). Auf Basis der Ergebnisse wird die Nullhypothese beibehalten, das heißt, dass FachmitarbeiterInnen, die Supervision in Anspruch nehmen, nicht geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen als FachmitarbeiterInnen, die Supervision nicht in Anspruch nehmen.

Tabelle 27: U-Test: Supervision, Symptomkategorien, Fachbereiche

Supervision	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Sozial- u. Rechtsberatung: Mittlerer Rang:			
ja	19,42	19,18	19,26
nein	4,00	12,50	9,50
p-Wert	0,892	0,675	0,757
Grundversorgung: Mittlerer Rang:			
ja	22,95	22,16	24,61
nein	24,92	25,62	23,46
p-Wert	0,689	0,807	0,615
Wohnbereich: Mittlerer Rang:			
ja	16,08	16,33	16,38
nein	13,50	6,00	4,50
p-Wert	0,581	0,806	0,871

Die Ergebnisse zeigen (Tabelle 27), dass sich die einzelnen Fachbereiche nur unwesentlich voneinander unterscheiden. Die höchsten mittleren Ränge, wurden in allen Symptomkategorien im Fachbereich Grundversorgung sichtbar gemacht. Aufgrund der Daten kann davon ausgegangen werden, dass in den einzelnen Fachbereichen, MitarbeiterInnen die Supervision in Anspruch nehmen, keine geringeren Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal aufweisen, als jene, die keine Supervision in Anspruch nehmen.

10.4.3 Sekundäre Traumatisierung und Arbeitszeit mit Flüchtlingen

Im Zuge dieser Hypothese wurde untersucht, ob sich sekundäre Traumatisierung sowohl insgesamt, als auch in den verschiedenen Fachbereich in Abhängigkeit der Arbeitszeit mit Flüchtlingen hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal verändert. Die teststatistische Auswertung erfolgt mittels Spearman Korrelation, bei $\alpha = 0.05$. Die Überprüfung der Normalverteilung erbrachte keine normalverteilten Daten. Um Unterschiede in den drei Fachbereichen hinsichtlich der Symptomkategorien zu klären, wurde ein Post-Hoc Test durchgeführt.

- H₀: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen den Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen und der Gesamtskala PTBS sowie den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.
- H₁: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen und der Gesamtskala PTBS sowie den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Es zeigt sich eine schwach positive Korrelation zwischen der Gesamtskala PTBS und den Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen ($r = 0,046$, $p = 0,312$), die allerdings nicht signifikant ist. In den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal (Tabelle 28) zeigen sich keine positiven Zusammenhänge mit der Höhe der Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen (Intrusion: $p = 0,916$, Hyperarousal: $p = 0,826$). Eine sehr schwache positive Korrelation zeigt sich in der Symptomkategorie Vermeidung mit der Höhe der Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen ($r = 0,002$). Aufgrund der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass höhere Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen nicht zu höheren Belastungen hinsichtlich sekundärer Traumatisierung führen.

Tabelle 28: Korrelation nach Spearman: Arbeitsstunden pro Woche

Arbeitsstunden/Woche	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Korrelationskoeffizient	-0,129	0,002	-0,106
p-Wert	0,916	0,491	0,826

Die Ergebnisse (Tabelle 29) zeigen im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung und den Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen in Abhängigkeit der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal, schwach negative Korrelationen. Auch

im Fachbereich Grundversorgung zeigen sich negative Korrelationen mit den Arbeitsstunden pro Woche und den Symptomkategorien. Dies deutet darauf hin, dass mehr Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen nicht mit höheren Symptomen einer sekundären Traumatisierung einhergehen. Positive Korrelation sind im Fachbereich Wohnen hinsichtlich der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal und der Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen ersichtlich, die Symptomkategorie Vermeidung zeigt eine signifikant positive Korrelation ($p= 0,018$). Es konnten keine Unterschiede zwischen den Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung und Grundversorgung unter Berücksichtigung der Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen hinsichtlich der Symptomkategorien sichtbar gemacht werden. Der Fachbereich Wohnbereich unterscheidet sich insofern, als dass sich hier positive Korrelationen zeigen, in der Symptomkategorie Vermeidung sogar eine signifikant positive Korrelation. Dieses Ergebnis gibt einen Hinweis darauf, dass in diesem Fachbereich eine höhere Anzahl an Arbeitsstunden mit Flüchtlingen zu höheren Belastungen hinsichtlich sekundärer Traumatisierung führen, vor allem in der Symptomkategorie Vermeidung.

Tabelle 29: Korrelation nach Spearman: Arbeitsstunden pro Woche, Symptomkategorien, Fachbereiche

Arbeitsstunden/Woche	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Sozial- u. Rechtsberatung:			
Korrelationskoeffizient	-0,034	-0,093	-0,101
p-Wert	0,58	0,709	0,724
Grundversorgung:			
Korrelationskoeffizient	-0,333	-0,035	-0,218
p-Wert	0,989	0,593	0,929
Wohnbereich:			
Korrelationskoeffizient	0,258	0,377	0,135
p-Wert	0,081	0,018	0,235

10.4.4 Sekundäre Traumatisierung und Fortbildung

Diese Hypothese prüft, ob sich die Gesamtskala PTBS sowie die Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal sowohl insgesamt als auch in den verschiedenen Fachbereichen in Abhängigkeit der Fortbildungen unterscheiden. Die teststatistische Auswertung erfolgte mittels U-Test nach Mann und Whitney, bei $\alpha = 0,05$. Eine Normalverteilung des Datensatzes ist nicht gegeben. Anschließend wurde ein Post-Hoc Test durchgeführt um die Unterschiede in den drei Fachbereichen zu klären.

- H₀: FachmitarbeiterInnen, die regelmäßige Fortbildung in Anspruch nehmen, zeigen nicht geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.
- H₁: FachmitarbeiterInnen, die regelmäßige Fortbildung in Anspruch nehmen, zeigen geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Tabelle 30: Rangmittel U-Test: Gesamtskala PTBS

Fortbildung	PTBS	
	N	Mittlerer Rang
Ja	84	58,84
Nein	31	55,73

FachmitarbeiterInnen die Fortbildung in Anspruch nehmen, zeigen nicht geringere Symptome hinsichtlich der Gesamtskala PTBS als jene die keine Fortbildung in Anspruch nehmen (Tabelle 30). Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p=0,328$).

Tabelle 31: Rangmittel für U-Test: Fortbildung

Fortbildung	Intrusion		Vermeidung		Hyperarousal	
	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang
Ja	84	59,42	84	57,20	84	59,98
Nein	31	54,15	31	60,16	31	52,63

Es zeigen sich, wie in Tabelle 31 ersichtlich, in den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal höhere Belastungswerte, wenn FachmitarbeiterInnen Fortbildung in Anspruch nehmen. Einzig in der Symptomkategorie Vermeidung haben FachmitarbeiterInnen höhere Werte, die keine Fortbildung in Anspruch genommen haben. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen FachmitarbeiterInnen, die Fortbildung in Anspruch nehmen, und den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal (Intrusion: $p=0,450$, Vermeidung: $p=0,672$, Hyperarousal: $p=0,292$) festgestellt werden. Auf Basis der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass FachmitarbeiterInnen, die regelmäßig Fortbildung in Anspruch nehmen, keine geringeren Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen, als jene die keine regelmäßige Fortbildung in Anspruch nehmen.

Tabelle 32: U-Test: Fortbildung, Symptomkategorien, Fachbereiche

Fortbildung	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Sozial- u. Rechtsberatung: Mittlerer Rang:			
ja	18,46	18,50	19,04
nein	28,50	27,75	18,25
p-Wert	0,879	0,865	0,541
Grundversorgung: Mittlerer Rang:			
ja	21,72	22,85	23,04
nein	26,19	25,10	24,92
p-Wert	0,869	0,714	0,683
Wohnbereich: Mittlerer Rang:			
ja	16,60	15,58	16,35
nein	12,90	18,20	14,20
p-Wert	0,792	0,708	0,671

Betrachtet man die Ergebnisse der einzelnen Fachbereiche getrennt voneinander (Tabelle 32), zeigen sich im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung in den Symptomkategorien Intrusion und Vermeidung höhere mittleren Ränge wenn FachmitarbeiterInnen keine Fortbildung in Anspruch nehmen. Der Fachbereich Grundversorgung zeigt ebenso höhere mittlere Ränge in den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal, wenn FachmitarbeiterInnen keine Fortbildung in Anspruch nehmen. Im Fachbereich Wohnen werden in den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal höhere mittlere Ränge ersichtlich, wenn MitarbeiterInnen Fortbildung in Anspruch nehmen. Aufgrund der Daten kann man im Fachbereich Grundversorgung annehmen, dass FachmitarbeiterInnen, die regelmäßig Fortbildungen in Anspruch nehmen, geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen. Im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung wird deutlich, dass MitarbeiterInnen, die Fortbildung in Anspruch nehmen in den Symptomkategorien Intrusion und Vermeidung geringe Symptome zeigen, als jene, die keine Fortbildung in Anspruch nehmen. In der Symptomkategorie Hyperarousal verhält es sich umgekehrt. Die Ergebnisse im Fachbereich Wohnen weisen in den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal in Richtung H_0 , das heißt FachmitarbeiterInnen, die regelmäßige Fortbildung in Anspruch nehmen, zeigen nicht geringerer Symptome einer sekundären Traumatisierung. Im Gegensatz dazu wird in der Symptomkategorie Vermeidung deutlich, dass die Ergebnisse in Richtung H_1 zeigen. Signifikante Unterschiede konnten allerdings nicht festgestellt werden.

10.4.5 Sekundäre Traumatisierung und Migrationshintergrund

Im Rahmen dieser Hypothese wurde untersucht, ob sich sekundäre Traumatisierung sowohl insgesamt, als auch in den verschiedenen Fachbereichen in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes der MitarbeiterInnen verändert. Die teststatische Auswertung erfolgte mit dem U-Test von Mann und Whitney, bei $\alpha = 0,05$, da die Voraussetzungen für eine Normalverteilung der Daten nicht gegeben waren. Eine Be-

trachtung der Unterschiede zwischen den Fachbereichen wurde mittels Post-Hoc Test durchgeführt.

H₀: FachmitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund zeigen nicht höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

H₁: FachmitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, zeigen höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Tabelle 33: Rangmittel für U-Test: Gesamtskala PTBS

Migrationshintergrund	Intrusion	
	N	Mittlerer Rang
Ja	43	49,93
Nein	72	62,82

In der Gesamtskala PTBS zeigen sich bei FachmitarbeiterInnen die Migrationshintergrund haben, deutlich niedrigere Werte als bei jenen die keinen Migrationshintergrund haben (Tabelle 33). Es konnte ein signifikanter Unterschied sichtbar gemacht werden ($p= 0,037$).

Tabelle 34: Rangmittel für U-Test: Migrationshintergrund

Migrationshintergrund	Intrusion		Vermeidung		Hyperarousal	
	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang	N	Mittlerer Rang
Ja	43	49,93	43	58,84	43	47,56
Nein	72	62,82	72	57,50	72	64,24

In den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal zeigen sich bei MitarbeiterInnen, die Migrationshintergrund haben, deutlich niedrigere Werte als bei FachmitarbeiterInnen die keinen Migrationshintergrund haben (Tabelle 34). MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund haben in der Symptomkategorie Vermeidung leicht höhere Werte als FachmitarbeiterInnen ohne Migrationshintergrund. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen FachmitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund zu jenen ohne Migrationshintergrund in allen drei Symptomkategorien (Intrusion: $p= 0,78$, Vermeidung: $p= 0,417$ Hyperarousal: $p= 0,995$). Insgesamt konnte kein signifikanter Unterschied im Sinne der H₁ festgestellt werden.

Tabelle 35: U-Test: Migrationshintergrund, Symptomkategorien, Fachbereiche

Migrationshintergrund	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Sozial- u. Rechtsberatung: Mittlerer Rang:			
ja	11,00	15,13	11,00
nein	19,97	19,47	19,97
p-Wert	0,937	0,769	0,937
Grundversorgung: Mittlerer Rang:			
ja	22,40	25,90	21,12
nein	25,82	21,84	27,27
p-Wert	0,804	0,155	0,94
Wohnbereich: Mittlerer Rang:			
ja	15,82	16,32	15,21
nein	16,15	15,74	16,65
p-Wert	0,539	0,430	0,660

In Tabelle 35 ist ersichtlich, dass im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung alle MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund in allen Symptomkategorien niedrigere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen. In den Fachbereichen Grundversorgung und Wohnen zeigen sich niedrigere Ränge bei MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund in den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal. Insgesamt weisen diese Ergebnisse in Richtung H_0 , das bedeutet, dass MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund nicht höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung aufweisen als jene ohne Migrationshintergrund. In der Symptomkategorie Vermeidung wird aufgrund der Ergebnisse sichtbar, dass MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund in den Fachbereichen Grundversorgung und Wohnen höhere mittlere Ränge aufweisen als jene ohne Migrationshintergrund. Insgesamt unterscheiden sich die Fachbereiche nicht signifikant, im Sinne der H_1 , voneinander.

10.4.6 Sekundäre Traumatisierung und Beschäftigungsdauer

Diese Hypothese prüft, ob sich sekundäre Traumatisierung sowohl insgesamt, als auch in den verschiedenen Fachbereich in Abhängigkeit der Beschäftigungsdauer verändert. Die teststatistische Auswertung erfolgt mittels Spearman Korrelation, bei $\alpha = 0.05$. Die Überprüfung der Normalverteilung erbrachte keine normalverteilten Daten. Mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Fachbereichen wurden mittels Post-Hoc Test berechnet.

H_0 : Es besteht keine positive Korrelation zwischen Beschäftigungsdauer und sekundärer Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

H_1 : Es besteht eine positive Korrelation zwischen Beschäftigungsdauer und sekundärer Traumatisierung hinsichtlich der Gesamtskala PTBS sowie der Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Es besteht eine positive Korrelation zwischen der Gesamtskala PTBS und der Beschäftigungsdauer der FachmitarbeiterInnen ($r' = 0,130$, $p = 0,083$). Obwohl die Korrelation nicht signifikant ist, weist das darauf hin, dass MitarbeiterInnen die bereits längere Zeit im Flüchtlingsbereich tätig sind, höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen.

Tabelle 36: Korrelation nach Spearman: Beschäftigungsdauer

Beschäftigungsdauer	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Korr.koeffizient	,096	,125	,104
p-Wert	,153	,091	,134

Insgesamt besteht in allen Fachbereichen eine positive Korrelation zwischen Beschäftigungsdauer und den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal (Tabelle 36). Dies weist darauf hin, dass MitarbeiterInnen, die bereits länger im Flüchtlingsbereich tätig sind, höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Beschäftigungsdauer und den einzelnen Symptomkategorien konnte allerdings nicht festgestellt werden.

Tabelle 37: Korrelation nach Spearman: Beschäftigungsdauer, Symptomkategorien, Fachbereiche

Beschäftigungsdauer	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Sozial- u. Rechtsberatung:			
Korrelationskoeffizient	0,26	-0,105	0,156
p-Wert	0,438	0,732	0,178
Grundversorgung:			
Korrelationskoeffizient	0,130	0,373	0,089
p-Wert	0,191	0,005	0,276
Wohnbereich:			
Korrelationskoeffizient	0,048	0,013	0,077
p-Wert	0,399	0,472	0,340

Betrachtet man die Ergebnisse der MitarbeiterInnen nach Fachbereichen getrennt, ist ersichtlich, dass im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung eine negative Korrelation in der Symptomkategorie Vermeidung besteht, in allen anderen Bereichen ist ein positiver Zusammenhang zwischen Beschäftigungsdauer und den Symptomkategorien erkennbar. Auffallend ist im Fachbereich Grundversorgung ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Beschäftigungsdauer und der Symptomkategorie Vermeidung. (Tabelle 37)

10.5 Burnout und sekundäre Traumatisierung

Im Rahmen dieser Hypothese wurde untersucht, ob sowohl insgesamt, als auch in den einzelnen Fachbereichen, ein Zusammenhang zwischen Burnout und sekundärer Traumatisierung hinsichtlich der Symptomkategorien besteht. Die teststatistische Auswertung erfolgte mittels Korrelation nach Spearman, bei $\alpha = 0,05$. Eine Normalverteilung des Datensatzes ist nicht gegeben. Im Anschluss wurden mittels Post-Hoc Test die einzelnen Fachbereiche gesondert betrachtet.

Die Korrelation nach Spearman erbrachte, entsprechend der Untersuchungshypothese, einen schwach signifikant positiven Zusammenhang zwischen Burnout und sekundärer Traumatisierung ($r' = 0,329$, $p < 0,001$).

Wie in Tabelle 38 ersichtlich, zeigen sich in allen Symptomkategorien einer PTBS schwach signifikant positive Zusammenhänge mit Burnout. Diese Ergebnisse geben einen deutlichen Hinweis darauf, dass MitarbeiterInnen mit Burnout auch Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen.

Tabelle 38: Korrelation nach Spearman: Burnout und Symptomkategorien der PTBS

Burnout	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Korrelationskoeffizient	0,388	0,395	0,251
p-Wert	0,000	0,000	0,003

Es zeigen sich ebenfalls schwach signifikante Korrelationen zwischen der Gesamtskala PTBS und den Burnoutsymptomen Erschöpfung ($p < 0,001$) und eigene Leistungseinschätzung ($p = 0,003$). Alle Korrelationen weisen das erwartete Vorzeichen auf. Die Skala persönliche Leistungseinschätzung zeigt deshalb eine negative Korrelation gegenüber den anderen Skalen, da sie umgekehrt gepolt ist. (Tabelle 39)

Tabelle 39: Korrelation nach Spearman: IES-R und Symptomgruppen von Burnout

PTBS	Erschöpfung	Depersonalisierung	Leistungseinschätzung
Korrelationskoeffizient	0,381	0,061	-0,260
p-Wert	0,000	0,263	0,003

Dieses Ergebnis spiegelt sich auch im Streudiagramm (Abbildung 14) wider, welches veranschaulicht, dass Burnoutsymptome mit Symptomen von sekundärer Traumatisierung einher gehen.

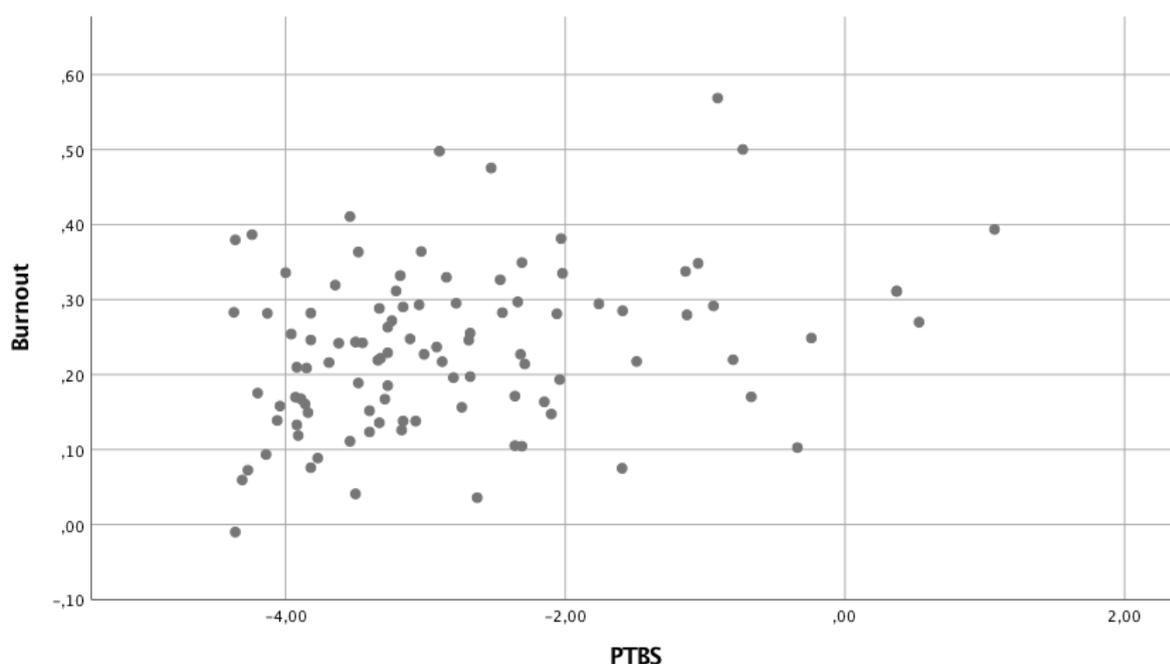


Abbildung 14: PTBS und Burnout

Betrachtet man die Ergebnisse der Fachbereiche getrennt voneinander (Tabelle 40) so wird ersichtlich, dass im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung ein signifikanter positiver Zusammenhang mit Burnout und der Symptomkategorie Vermeidung besteht. Im Fachbereich Grundversorgung zeigten sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen Burnout und den Symptomkategorien Intrusion und Vermeidung. Im Fachbereich Wohnen ergeben sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen Burnout und den Symptomkategorien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal.

Tabelle 40: Korrelation nach Spearman: Burnout, Symptomkategorien PTBS, Fachbereiche

Burnout	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
Sozial- und Rechtsberatung			
Korrelationskoeffizient	0,186	0,301	0,056
p-Werte	0,135	0,035	0,371
Grundversorgung			
Korrelationskoeffizient	0,310	0,436	0,136
p-Wert	0,017	0,001	0,182
Wohnbereich			
Korrelationskoeffizient	0,755	0,716	0,550
p-Wert	0,000	0,000	0,001

In allen drei Fachbereichen besteht ein schwach signifikant positiver Zusammenhang mit der Burnout-Subskala Erschöpfung. Das heißt, dass MitarbeiterInnen die hohe Werte in der Gesamtskala PTBS haben auch hohe Werte in der Subskala Erschöpfung haben. In der Subskala Depersonalisierung zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit sekundärer Traumatisierung. Die Subskala persönliche Leistungseinschätzung zeigt die erwarteten Vorzeichen, allerdings bestehen nur schwach signifikante Zusammenhänge mit sekundärer Traumatisierung in den Fachbereichen Grundversorgung und Wohnen. (Tabelle 41)

Tabelle 41: Korrelation nach Spearman: PTBS, Symptomgruppen Burnout, Fachbereiche

PTBS	Erschöpfung	Depersonalisierung	Leistungseinschätzung
Sozial- und Rechtsberatung			
Korrelationskoeffizient	0,397	-0,067	-0,039
p-Werte	0,007	0,346	0,411
Grundversorgung			
Korrelationskoeffizient	0,291	0,089	-0,374
p-Wert	0,031	0,283	0,007
Wohnbereich			
Korrelationskoeffizient	0,373	0,306	-0,548
p-Wert	0,021	0,056	0,001

10.6 Zusammenfassung

Insgesamt wurden bei 1,7% (n=4) der Gesamtstichprobe ein Verdacht auf eine PTBS ersichtlich, bei 67,8 % der Probanden wurde eine geringe Burnout-Belastung deutlich. Die Fachbereiche unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich der Gesamtskala sekundäre Traumatisierung. Wohingegen sich die Fachbereiche hinsichtlich der Gesamtskala Burnout nicht signifikant unterscheiden.

Die Hypothese, dass sich die einzelnen Fachbereiche hinsichtlich sekundärer Traumatisierung bezüglich der Symptomgruppen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal unterscheiden, konnte bestätigt werden. Signifikante Unterschiede bestehen in den drei Fachbereichen und den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal. In der Symptomkategorie Vermeidung konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Die Fachbereiche Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen zeigen in allen Symptomkategorien deutliche höhere mittlere Ränge als der Fachbereich Grundversorgung. Es bestehen signifikante Unterschiede in den drei Fachbereichen und den Burnoutkategorien Erschöpfung und eigene Leistungseinschätzung. Insgesamt zeigte sich bei allen MitarbeiterInnen aus den drei Fachbereichen kein signifikanter Zusammenhang zwischen Schulbildung und den einzelnen Symptomkategorien, somit konnte nicht bestätigt werden, dass höhere Schulbildung mit niedrigeren Symptomen einer PTBS einhergeht. Bei genauer Betrachtung der einzelnen Fachbereiche wurde ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Symptomkategorie Vermeidung und Schulbildung im Fachbereich Grundversorgung sichtbar. Im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung zeigte sich in allen Symptomkategorien negative Korrelationen, im Fachbereich Wohnen konnten negative Korrelationen in den Symptomkategorien Vermeidung und Hyperarousal sichtbar gemacht werden, allerdings konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden. Das lässt für diese Bereiche die Annahme zu, dass eine niedrigere Schulbildung mit höheren Symptomen einer PTBS einhergeht.

Dass FachmitarbeiterInnen, die Supervision in Anspruch nehmen, geringere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen, konnte nicht festgestellt werden. Ebenso konnte nicht festgestellt werden, dass höhere Arbeitsstunden pro Woche mit Flüchtlingen bei MitarbeiterInnen zu höheren Belastungen hinsichtlich sekundärer Traumatisierung führen. Wurden die verschiedenen Fachbereiche in Bezug auf die Symptomkategorien untersucht, zeigte sich ausschließlich im Fachbereich Wohnen ein positiver Zusammenhang in allen Symptomkategorien, in der Symptomkategorie Vermeidung sogar eine signifikant positive Korrelation. Dies lässt die Annahme zu, dass in diesem Fachbereich eine höhere Anzahl an Arbeitsstunden mit Flüchtlingen zu höheren Belastungen hinsichtlich sekundärer Traumatisierung führen, vor allem in der Symptomkategorie Vermeidung.

Bei MitarbeiterInnen, die regelmäßig Fortbildungen in Anspruch nehmen, konnten keine geringeren Symptome einer sekundären Traumatisierung festgestellt werden, als bei jenen die keine Fortbildungen in Anspruch nehmen. Innerhalb der einzelnen Fachbereiche zeigen sich im Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung in den Symptomkategorien Intrusion und Vermeidung und im Fachbereich Grundversorgung in allen Symptomkategorien niedrigere mittlere Ränge, wenn MitarbeiterInnen Fortbil-

derung in Anspruch nehmen. Ein signifikanter Unterschied konnte allerdings nicht sichtbar gemacht werden.

Signifikante Unterschiede zu FachmitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Symptomkategorien und MitarbeiterInnen ohne Migrationshintergrund konnten keine festgestellt werden. In den Fachbereichen Grundversorgung und Wohnen zeigten sich höhere mittlere Ränge in der Symptomkategorie Vermeidung bei MitarbeiterInnen, die Migrationshintergrund haben. Insgesamt unterscheiden sich die Fachbereiche allerdings nicht signifikant voneinander. Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass FachmitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund nicht höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen, als jene ohne Migrationshintergrund.

Insgesamt konnte kein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Beschäftigungsdauer und sekundärer Traumatisierung nachgewiesen werden, die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass MitarbeiterInnen die bereits länger im Flüchtlingsbereich tätig sind, höhere Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen. Bei Betrachtung der einzelnen Fachbereiche wird ersichtlich, dass im Fachbereich Grundversorgung ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Beschäftigungsdauer und er Symptomkategorie Vermeidung besteht.

Es konnte ein schwach signifikant positiver Zusammenhang zwischen Burnout und sekundärer Traumatisierung festgestellt werden. Insbesondere zeigte sich im Fachbereich Wohnen ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Burnout und allen drei Symptomkategorien einer sekundären Traumatisierung. Es besteht in allen drei Fachbereichen ein signifikant positiver Zusammenhang mit der Gesamtskala PTBS und der Burnout-Subskala Erschöpfung. Die Fachbereiche Grundversorgung und Wohnen zeigen schwach signifikante Zusammenhänge mit sekundärer Traumatisierung und der Burnout-Subskala persönliche Leistungseinschätzung.

11 Schlussbetrachtung

Die in den vergangenen Jahren stärker werdende Notwendigkeit, Integrationsmaßnahmen zu setzen, um Flüchtlinge in Österreich zu integrieren, führt auch zu erhöhten Belastungen in Zusammenhang mit der Arbeit mit Flüchtlingen. In der Fachliteratur werden diese Belastungen als sekundäre Traumatisierung und Burnout bezeichnet.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich schwerpunktmäßig auf sekundäre Traumatisierung und Burnout, Einflüsse von soziodemographischen und Kontextvariablen auf sekundäre Traumatisierung und den Zusammenhang zwischen Burnout und sekundärer Traumatisierung. Dazu wurden 115 FlüchtlingshelferInnen in drei Fachbereichen der Flüchtlingshilfe mittels standardisierter Fragebögen befragt. Die leitende Forschungsfrage war: Wie stellt sich die momentane Situation der FlüchtlingshelferInnen auf sekundäre Traumatisierung und Burnout dar?

Anhand der Ergebnisse der quantitativen Erhebung konnte festgestellt werden, dass bei lediglich 1,7% der FlüchtlingshelferInnen ein Verdacht auf sekundäre Traumatisierung vorliegt. Der Mittelwert der Gesamtskala sekundärer Traumatisierung liegt bei $MD = 25,26$. Geht man nach Mooren (2003) von einem Schwellenwert von 26 aus, wird deutlich, dass die FlüchtlingshelferInnen an der Grenze zur pathologischen Symptombelastung hinsichtlich sekundärer Traumatisierung liegen.

Es wird ebenfalls deutlich, dass 67,8% der befragten Personen geringe Symptome von Burnout zeigen. Hinsichtlich sekundärer Traumatisierung unterschieden sich die Fachbereiche signifikant voneinander, wobei die Fachbereiche Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen eine höhere psychische Belastung aufweisen als der Fachbereich Grundversorgung. Die drei Fachbereiche unterschieden sich nicht signifikant betreffend Burnout voneinander – es zeigten sich geringe Ausprägungen von Burnout in allen drei Fachbereichen. In Bezug auf die Symptomausprägungen der sekundären Traumatisierung in den verschiedenen Fachbereichen wurden signifikante Unterschiede in den Kategorien Intrusion und Hyperarousal ersichtlich. Der Fachbereich Grundversorgung zeigte deutlich niedrigere Belastungswerte als die Fachbereiche Sozial- und Rechtsberatung und Wohnen. In der Burnoutkategorie Erschöpfung unterscheiden sich die Fachbereiche deutlich voneinander – wobei der Fachbereich Sozial- und Rechtsberatung die höchsten Belastungswerte aufweist.

Hinsichtlich der soziodemographischen und Kontextvariablen konnte für Schulbildung, Supervision, Fortbildung und Migrationshintergrund kein Einfluss auf sekundärer Traumatisierung festgestellt werden. Im Fachbereich Wohnen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wurde deutlich, dass eine höhere Anzahl von Arbeitsstunden mit Flüchtlingen zu einer höheren Belastung hinsichtlich sekundärer Traumatisierung führt. Der Fachbereich Grundversorgung zeigte deutlich positive Zusammenhänge zwischen Beschäftigungsdauer und sekundärer Traumatisierung in der Symptomkategorie Vermeidung. Somit können die Ergebnisse von Craig und Sprang (2010) bezüglich der Höhe der Patientenanzahl als Prädiktor für sekundäre Traumatisierung untermauert werden. Ebenfalls stimmen die Ergebnisse mit der Studie von Birck (2002) überein, der zeigte, dass eine längere Beschäftigungsdauer im Trauma Kontext mit einer erhöhten sekundären Traumatisierung verbunden ist.

Es konnte ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Burnout und sekundärer Traumatisierung festgestellt werden. Dieses Ergebnis stimmt mit der Studie von Reinhard und Maercker (2004) überein, wonach eine Burnout-Symptomatik HelferInnen für sekundärer Traumatisierung vulnerabler macht.

Besonders interessant erscheint es, sich mit den Faktoren Schulbildung, Supervision, Fortbildung und Migrationshintergrund in Bezug auf sekundäre Traumatisierung in einer weiterführenden Studie auseinanderzusetzen, da hier zwar kein wesentlicher Einfluss dieser Faktoren auf sekundäre Traumatisierung sichtbar gemacht werden konnte. Allerdings zeigten sich in einzelnen Fachbereichen sehr wohl Tendenzen hinsichtlich Einflussnahme dieser Faktoren auf sekundäre Traumatisierung.

Die Studie erfolgte in Hilfsorganisationen, die sich freiwillig bereiterklärt hatten, an der Erhebung teilzunehmen. Befragt wurden freiwillige FachmitarbeiterInnen, die sich spontan zur Teilnahme bereiterklärt hatten. Dadurch entstand eine Selektion der Stichprobe, und die Daten wurden nicht zufällig aus der Gesamtpopulation gezogen, somit kann man von einer systematischen Verzerrung ausgehen. Daher sind die Ergebnisse für eine Generalisierung auf die gesamte Population von FlüchtlingshelferInnen nicht geeignet. Bezogen auf die verschiedenen Fachbereiche erscheint es rückblickend sinnvoller, eine klarere Abgrenzung zwischen den verschiedenen Aufgabenfeldern durchzuführen in Hinblick auf eine andere Aufteilung der Tätigkeitsbereiche.

Obwohl die Asylanträge in Österreich in den vergangenen Jahren zurückgegangen sind, ist langfristig nicht mit einem Rückgang der weltweiten Fluchtbewegung zu rechnen. Dies spiegeln auch die steigenden Zahlen der weltweiten Fluchtbewegung im Global Trends (UNHCR 2017) wider. Wiewohl die Ergebnisse dieser Studie keine ausgeprägten Belastungen von sekundärer Traumatisierung und Burnout aufzeigen, liefern sie dennoch Hinweise darauf, dass die Probanden sekundärer Traumatisierung und Burnout ausgesetzt sind. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll und notwendig, das Forschungsfeld „FlüchtlingshelferInnen in Hinblick auf sekundäre Traumatisierung und Burnout“ näher zu betrachten, um Wissen zu vermitteln, damit sich HelferInnen in der Flüchtlingshilfe besser schützen und wirksame Unterstützung anbieten können.

12 Abstract

Diese Masterarbeit untersucht Unterschiede in verschiedenen Fachbereichen der Flüchtlingshilfe hinsichtlich sekundärer Traumatisierung und Burnout bei FlüchtlingshelferInnen sowie den Einfluss von soziodemographischen und Kontextvariablen auf sekundäre Traumatisierung. Darüber hinaus wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen sekundärer Traumatisierung und Burnout besteht. Dazu wurden 115 HelferInnen aus den Fachbereichen Sozial- und Rechtsberatung, Grundversorgung und Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge mittels standardisierter Fragebögen (Impact of Event Scale - IES-R, Maslach Burnout Inventory) befragt. Die Daten wurden mittels nicht parameterfreier Verfahren ausgewertet. Die Untersuchung zeigte signifikante Unterschiede zwischen den drei Fachbereichen hinsichtlich sekundärer Traumatisierung, vor allem in den Symptomkategorien Intrusion und Hyperarousal. Die Faktoren Schulbildung, Supervision, Fortbildung und Migrationshintergrund nehmen keinen Einfluss auf eine sekundäre Traumatisierung. Im Fachbereich Wohnen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wurde deutlich, dass eine höhere Anzahl von Arbeitsstunden mit Flüchtlingen zu einer höheren Belastung hinsichtlich sekundärer Traumatisierung führt. Der Fachbereich Grundversorgung zeigte deutlich positive Zusammenhänge zwischen Beschäftigungsdauer und sekundärer Traumatisierung in der Symptomkategorie Vermeidung. Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen sekundärer Traumatisierung und Burnout festgestellt werden.

The aim of this thesis is to investigate the institutional and personal factors that influence secondary traumatization and burnout among refugee workers, and how these factors differed across the Departments of Social and Legal Counselling, Primary Care and Housing for Unaccompanied Minor Refugees. It also examines the association between secondary trauma and burnout among this population. For this purpose, 115 workers in the Department of Social and Legal Counselling, Department of Primary Care and Department of Housing for Unaccompanied Minor Refugees were questioned by means of standardized questionnaires (Impact of Event Scale - IES-R, Maslach Burnout Inventory). The data was evaluated by a non-parameter-free method. The study showed significant differences between the three fields regarding experiences of secondary trauma, especially the symptom categories of intrusion and hyperarousal. Findings also revealed that school education level, further education, supervision and migration background have no influence on secondary traumatization. In the case of refugee workers, working in the Department of Housing for Unaccompanied Minor Refugees it became clear that a higher number of working hours with refugees leads to a higher burden of secondary traumatization. For those working in the Department of Primary Care, there was a clear positive relationship between duration of employment and secondary traumatization in the symptom category prevention. There were significant correlations between secondary trauma and burnout.

Literaturverzeichnis

Abdallah-Steinkopff, B. und Soyer, J. (2013). Traumatisierte Flüchtlinge. Kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld. In: Feldmann, R.E. und Seidler, G.H. (Hrsg.). Trauma(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer. Gießen: Psychosozial-Verlag, 137–166.

Bade, K.J. (2010). Migration. In: Brandes, D., Sundhausen, H. und Troebst, S. (Hrsg.). Lexikon der Vertreibung. Deportation, Zwangsaussiedlung und ethnische Säuberung im Europa des 20. Jahrhundert. Wien: Böhlau, 422-423.

Becker, D. (2006). Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Berlin: Edition Freitag.

Bernhard, D. (2008). Somalische Flüchtlinge in Österreich. Wirkungsweisen politischer Regulierung durch das Asylverfahren auf somalische Flüchtlinge und ihre Reaktion darauf. - Diplomarbeit, FH Campus Wien.

Birck, A. (2002). Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture Survivors. – In: Traumatology, 7 (2), 85-90.

Boscarino, J.A., Figley, C.R. und Adams, R.E. (2004). Compassion Fatigue Following the September 11 Terrorist Attacks: A Study of Secondary Trauma among New York City Social Workers. – In: International Journal of Emergency Mental Health, 6 (2), 57-66.

Brandmaier, M. (2013). "Ich hatte hier nie festen Boden unter den Füßen". Traumatisierte Flüchtlinge im Exil. In: Feldmann, R. und Seidler, G. (Hrsg.). Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland. Gießen: PSV, 1, 15-33.

Bride, B.E., Radey, M. und Figley, C.R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. – In: Clinical Social Work Journal, 35, 155-163.

Brosius, F. (2018). SPSS. Umfassendes Handbuch zur Statistik und Datenanalyse. Frechen: mitp Verlag.

Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

Bortz, J. und Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Craig, C. und Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. – In: Anxiety Stress and Coping, 23, 319-339.

Cutts, M. (1998). Politics and humanitarianism. – In: *Refug Surv Q*, 17(1), 1-15.

Daniels, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstrukts anhand einer explorativen Studie. - Diplomarbeit Universität Bielefeld.

Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. – In: *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 5 (3), 49-61.

Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen. – In: *Psychotherapeut*, 53, 100-107.

Dillinger, H., Mombour, W. und Schmidt, M.H. (2008). International Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien (6, vollst. Überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Doppelfeld, S. (2013). Psychische Belastungen von Pflegekräften: Supervision gegen das Ausbrennen auf der Intensivstation? – In: *Kontext*, 443, 301–318.

Ermann, M. (2005). Trauma und Traumafolgen aus psychodynamischer Sicht. – In: *Psychotherapeut*, 50, 209-228.

Fazel, M., Wheeler, J. und Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. – In: *The Lancet*, 365, 1309-1314.

Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In: Figley, C.R. (Ed.). *Compassion Fatigue Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 18-31.

Figley, C.R. (2002). Compassion Fatigue and the psychotherapist's chronic lack of self care. – In: *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.

Figley, C.R. (2002a). Mitgeföhlerschöpfung, Der Preis des Helfens. In: Hudnall Stamm, B. (Hrsg.). *Sekundäre Traumastörung. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*. Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, 41-59.

Frey, C. 2006. Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden. In: Maier, T. und Schnyder, U. (Hrsg.). *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern*. Bern: Verlag Hans Huber, 233-255.

- Frey, C.R. (2001). Die unheimliche Macht des Traumas: Interaktionelle Aspekte in der Betreuung von Folter- und Kriegsoptionen. In: Verwey, M. (Ed.). Trauma und Ressourcen: Trauma and Empowerment. Berlin: VVB Verlag für Wissenschaft und Bildung, 109-124.
- Friedrich, S. und Scherwath C. (2016). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Gengenbach, O. (2016). Möglichkeiten der Unterstützung: Psychosoziale Belastungen bei Helfern in der Flüchtlingshilfe. – In: Im Einsatz, 23, 64-68.
- Gies, H. (2009). Sekundäre Traumatisierung und Mitgeföhlserschöpfung am Beispiel familienähnlicher stationärer Betreuung in der Jugendhilfe. Wellenbrecher. – In: Der Jugendhilfeträger, 1-14.
- Gögercin, S. (2018). Soziale Arbeit mit geflüchteten Menschen. Spannungsfelder und Herausforderungen. In: Blank, B., Gögercin, S., Sauer, K.E. und Schramkowski, B. (Hrsg.). Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 551-562.
- Green, B., Grace, M. und Glessner, G. (1985). Identifying survivors at risk: long term impairment following the Beverly Hills Supper Club Fire. – In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 672-678.
- Gröschel, C. (2008). Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen. Stuttgart: Ibidem-Verlag.
- Gün, A.K. (2003). Therapie und Rehabilitation. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). Gesunde Integration: Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin/Bonn, 36-42.
- Gurris, N.F. (2002). Überlegungen zur stellvertretenden Traumatisierung bei Therapeuten in der Behandlung von Folterüberlebenden. – In: Psychotraumatologie, 3, 4, 45-61.
- Haenel, F. (2007). Zur Rehabilitation und Integration psychisch traumatisierter Folter- und Bürgerkriegsüberlebender. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin, 23-28.
- Harrison, R.L. und Westwood, M.J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health Therapists: Identifying protective practices. – In: Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46 (2), 203-219.

- Homfeldt, H.G. und Schmitt, C. (2012). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge – transnationale Vernetzung als Potential. In: Gahleitner, S.B und Homfeldt, H.G. (Hrsg.). Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperationen der sozialen Dienste. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 1, 159-183.
- Hudnall Stamm, B. (2002). Sekundäre Traumatisierung. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Jegodtka, R. 2013. Berufsrisiko sekundäre Traumatisierung? Im Arbeitskontext den Folgen nationalsozialistischer Verfolgung begegnen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Johnsen, B., Eid, J., Lovstad, T. und Michelsen, L. (1997). Posttraumatic stress symptoms in non-exposed, victims and spontaneous rescuers after an avalanche. – In: Journal of Traumatic Stress, 10, 133-140.
- Kartal, D. und Kiropoulos, L. (2016). Effects of acculturative stress on PTSD, depressive, and anxiety symptoms among refugees resettled in Australia and Austria. – In: European Journal of Psychotraumatology 7 (1), 1-11.
- Knegninja, R., Lehfeld, H. und Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. – In: Das Gesundheitswesen, 77, 834-838.
- Koch, E. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). Gesunde Integration. Berlin: Bund Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 43–53.
- Lansen, J. (2003). Gefühle und Belastungen in der Arbeit mit Schoa-Opfern und anderen Traumatisierten. In: Rossberg, A. und Lansen, J. (Hrsg.). Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa. Frankfurt am Main: Peter Lang, 269-290.
- Lemke, J. 2017. Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning: Asanger Verlag.
- Lerias, D. und Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. – In: Stress and Health, 19 (3), 129-138.
- Li, S., Liddell, B. und Nickerson, A. (2016). The Relationship between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. – In: Current Psychiatry Reports, 18 (9), 1-9.

Lieser, J. (2013). Was ist humanitäre Hilfe? In: Lieser, J. und Dijkzeul, D. (2013). Handbuch Humanitäre Hilfe. Heidelberg: Springer, 9-28.

Lusk, M., und Terrazas, S. (2015). Secondary Trauma Among Caregivers Who Work With Mexican and Central American Refugees. – In: Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 37 (2), 257–273.

Maercker, A. (2013). Posttraumatische Belastungsstörungen. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.

Maercker, A. und Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. – In: Diagnostica, 44, 130-141.

Maier, T. (2006). Sozialpsychiatrie und Sozialarbeit. In: Maier, T. und Schnyder, U. (Hrsg.). Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoffern. Ein praktisches Handbuch. Zürich: Prolitteris, 117-129.

Maier, T. und Schnyder, U. (2006). Psychopathologie bei Folter- und Kriegsoffern. In: Maier, T. und Schnyder, U. (Hrsg.). Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoffern. Ein praktisches Handbuch. Zürich: Prolitteris, 39-73.

Maslach, C. und Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, S. E. und Leiter, M. (1996). The Maslach Burnout Inventory Manual. Paolo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, S. E. und Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. In: Zalaquett, C.P., Wood, R.J. (Ed.). Evaluation Stress: A Book of Resources. – In: Scarecrow Press, 191-218.

Mooren, T.T.M., Dejong, K., Kleber, R. und Ruvic, J. (2003). The Efficacy of a mental health program in Bosnia-Herzegovina: Impact on coping and general health. – In: Journal of Clinical Psychology, 59 (1), 57–69.

Menesch, C. und Keller, M. (2016). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Weiß, W., Kessler, T. und Gahleitner, S.B. (Hrsg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltzverlag, 210-219.

Özkan, I. und Belz, M. (2013). Ressourcenorientierte traumazentrierte Behandlung von Migranten. In: Feldman, Jr., und Seidler, G.H. (Hrsg.). Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer. Gießen: Psychosozial-Verlag, 103-114.

Pausch, M.J. und Matten, S.J. (2018). Trauma und Traumafolgestörung. In Medien, Management und Öffentlichkeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Pearlman, L.A. und Saakvitne, K.W. (1995). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorder. In: Figley C.R. (Ed.). Compassion Fatigue Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Brunner/Mazel, 122-139.

Pearlman, L.A. und Saakvitne, K.W. (1995a). Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. London: W. W. Norton.

Pearlman, L.A. und Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. – In: Professional Psychology: Research and Practice, 26 (6), 558-565.

Pearlman, L.A. (2002). Selbstfürsorge für Traumatherapeuten. Linderung der Auswirkungen einer indirekten Traumatisierung. In: Hudnall Stamm, B. (Hrsg.). Sekundäre Traumastörung. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, 77-86.

Pearlman, L.A. und Caringi, J. (2009). Living and Working Self-Reflectively to Address Vicarious Trauma. In: Courtois, Ch. A., Ford, J.D. (2009): Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. New York: The Guilford Press, 202-221.

Plafky, C. (2018). Familien mit Fluchterfahrung im Kontext Sozialer Arbeit. In: Blank, B., Gögercin, S., Sauer, K. E. und Schramkowski, B. (Hrsg.). Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 539-550.

Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. What is burnout, what is vicarious traumatization? – In: Torture, 15 (1), 1-9.

Pross, C. (2009). Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten, sich zu schützen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Pryce, J.G. und Shackelford, K.K., Pryce, D.H. (2007). Secondary Traumatic Stress and the Child Welfare Professional. Chicago and Illinois: Lyceum Books.

Putzer, J. und Rohrböck, J. (2002). Asylrecht. Leitfaden zur neuen Rechtslage nach dem Asylgesetz 2005. Wien: Manz Verlag.

Reinhard, F. und Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem rettungspersonal. – In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 13, 29-36.

Resick, P. (2000). Stress and trauma. UK: Psychology Press.

Rieger, U. (2010). Kinder auf der Flucht. In: Dieckhoff, P. (Hrsg.). Kinderflüchtlinge: Theoretische Grundlagen und Berufliches Handeln. Wiesbaden: VS, 3, 21–26.

Rosenbloom, D. J., Pratt A. C. und Pearlman, L. A. (2002). Die Reaktion von Helfern auf die Traumaarbeit. Verstehen und Intervenieren in einer Organisation. In: Hudnall Stamm, B. (Hrsg.). Sekundäre Traumastörung. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, 87-98.

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. und Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Schneck, U. (2018). Therapie und Beratung im Kontext von Flucht und Trauma. In: Bröse, F., Faas, S. und Stauber, B. (Hrsg.). Flucht. Herausforderungen für Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 173-189.

Schumacher, S. und Peyrl, J. (2006). Fremdenrecht. 2. neu bearbeitete Auflage. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GesmbH.

Schweinsfurth, T. (2006). Völkerrecht. Tübingen: Mohr Siebeck.

Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar V. und Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. – In: The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 170, 351-357.

Teodorescu, D.-S., Siqueland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. und Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. – In: Health and Quality of Life Outcomes, 10, 1–16.

Terry, F. (2002). Condemned to repeat? The paradox of humanitarian action. Ithaca: Cornell University Press.

Treptow, R. (2018). Anforderungen an humanitäre Hilfe für Flüchtlinge heute. Ambivalenzen, Dilemmata, Prinzipien. In: Bröse, J., Faas, S. und Stauber, B. (Hrsg.). Flucht. Herausforderungen für Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedienverlag, 223-232.

Volf, P. (2001). Flucht und Asyl- eine Frage der Ehre. In: Volf, P, Bauböck, R. Wege zur Integration. Was man gegen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit tun kann. Klagenfurt: Drava-Verlag. Publikationsreihe des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur zum Forschungsschwerpunkt Fremdenfeindlichkeit, Band 4, 91-122.

Weeber, V.M. und Gögercin, S. (2014). Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell. Herbolzheim: Centaurus Verlag.

WHO (2001). Internationale Klassifikation neurologischer Erkrankungen: neurologische Adaptation der ICD-10-Kapitel VI (G) Neurologische Erkrankungen, mit Referenzhinweisen zu anderen neurologisch relevanten Abschnitten der ICD-10. In: Kessler C. und Freyberger H.J. (Hrsg.). Bern: Hans Huber.

Wilson, J.P. und Thomas, R.B. (2004). Empathy in the treatment of trauma and PTSD. New York: Brunner-Routledge.

Wurzbacher, S. (1997). Gut beraten. Abschoben ... Flüchtlingssozialarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Karlsruhe: Loeper Verlag.

Zimmermann, D. (2016). Geprügelte Hunde reagieren so. Zwangsmigration und Traumatisierung. In: Weiß, W., Kessler, T., und Brigitta, S. (Hrsg.). Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Verlag, 200-209.

Zimmermann, D. (2016). Migration und Trauma. Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen. Gießen: Psychosozialer Verlag.

Internetquellen

Asylkoordination Österreich. Übersicht zum Asylverfahren.
<https://www.asyl.at/de/information/infoblaetter/> (02.08.2018)

Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA). Asylverfahren.
http://www.bfa.gv.at/files/broschueren/Informationsbroschuere_Asylverfahren_in_Oesterreich.pdf (04.08.2018)

Bundesministerium für Europa, Integration und Äusseres (2016). Integrationsbericht 2016. Integration von Asylberechtigten und subsidiär Schutzberechtigten in Österreich – Wo stehen wir heute?

https://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht_2016/Integrationsbericht_2016_WEB.pdf (24.07.2018)

Bundesministerium für Europa, Integration und Äusseres (2017). Integrationsbericht 2017. Flüchtlingsintegration bilanzieren – Regelintegration wieder thematisieren.

https://www.bmeia.gv.at/fileadmin/user_upload/Zentrale/Integration/Integrationsbericht_2017/Integrationsbericht_2017.pdf (02.08.2018)

Bundesministerium für Inneres: Asylstatistik 2015.

http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl_Jahresstatistik_2015.pdf (24.07.2018)

Bundesministerium für Inneres: Asylstatistik 2016.

http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Jahresstatistik_Asyl_2016.pdf (24.07.2018)

Eberwein, W.D. (2001). Humanitäre Hilfe, Flüchtlinge und Konfliktbearbeitung, WZB Discussion Paper, No. P 01-302.

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/49837/1/335951228.pdf> (19.08.2018)

Fröhlich-Gildhoff, G. (2011). Indirekte Traumatisierung in der stationären Traumatherapie, Gefährdungen und Chancen für die BehandlerInnen. Kongress Indirekte Traumatisierung im Kontext professionellen Handelns. Anforderungen an Ausbildung, Berufspraxis und Supervision. 17./18.06.2011. Urania Berlin e.V.

http://lauinger-w.de/images/Reader_Indirekte-Traumatisierung-im-Kontext-professionellen-Handelns.pdf (14.08.2018)

Koppenberg, S. (Hrsg.) (2014). Unbegleitete Minderjährige in Österreich. Rechtsrahmen, Praxis und Statistiken. Internationale Organisation für Migration.

https://www.emn.at/wp-content/uploads/2017/01/EMN_UAM-Study2104_AT_EMN_NCP_de.pdf (14.08.2018)

Krause, U. (2016). Humanitären Flüchtlingsschutz entwicklungsorientiert gestalten? Netzwerk Flüchtlingsforschung: FlüchtlingsforschungBlog.

<https://fluechtlingsforschung.net/humanitaeren-fluechtlingschutz-entwicklungsorientiert-gestalten/> (01.08.2018)

Österreichischer Integrationsfond (2017). Statistisches Jahrbuch Migration & Integration.

<https://www.integrationsfonds.at/publikationen/zahlen-fakten/statistisches-jahrbuch-2017/> (01.08.2018)

Rießinger, S. (2013). Sekundäre Traumatisierung von Fachkräften. Jugendhilfe-Netz 5/213, 1-6.

[https://www.hans-wendt-stiftung.de/fileadmin/Stiftung/Downloads/Artikel/Sekundaere Traumatisierung von Fachkraefte_n_Kopie.pdf](https://www.hans-wendt-stiftung.de/fileadmin/Stiftung/Downloads/Artikel/Sekundaere_Traumatisierung_von_Fachkraefte_n_Kopie.pdf) (22.08.2018)

Rechtsinformationssystem des Bundes (2018). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Rechtsstellung der Flüchtlinge, Fassung vom 22.08.2018. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10005235> (22.08.2018)

Roth, F. (2017). Herausforderungen und langfristige Implikationen der Flüchtlingskrise 2015/2016. Bericht zum D-A-CH Expertenworkshop, 27.-28. Oktober 2016. In Zürich.

<https://www.research-collection.ethz.ch/bitstream/handle/20.500.11850/170071/RR-Reports-2017-D-A-CH%20Expertenworkshop%20Fluechtlingskrise.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (22.08.2018)

Simsa, R., Auf, M., Bratke, S.-M., Hazzi, O., Herndler, M., Hoff, M., Kieninger, J., Meyer, M., Mourad, M., Pervan Al-Soqauer, I., Rameder, P. und Rothbauer, J. (2016). Beiträge der Zivilgesellschaft zur Bewältigung der Flüchtlingskrise – Leistungen und Lernchancen. - Department Sozioökonomie der WU Wien.

[https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/cc/npocompetence/Abgeschlossene Projekte/Beitraege der Zivilgesellschaft zur Bewältigung der Flüchtlingskrise – Leistungen und Lernchancen NPO-Se Kompetenzzentrum .pdf](https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/cc/npocompetence/Abgeschlossene_Projekte/Beitraege_der_Zivilgesellschaft_zur_Bewaeltigung_der_Fluechtlingskrise_-_Leistungen_und_Lernchancen_NPO-Se_Kompetenzzentrum_.pdf) (22.08.2018)

UNHCR (2016). Global Trends. Forced Displacement in 2016. <http://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/06/GlobalTrends2016.pdf> (10.07.2018)

UNHCR (2017). Global Trends. Forced Displacement in 2017. <http://www.unhcr.org/5b27be547.pdf> (13.07.2018)

UNHCR Österreich (2018). Flüchtlingsschutz. <http://www.unhcr.org/dach/at/was-wir-tun/fluechtlingschutz> (01.08.2018)

UNICEF Österreich (1990). UN-Kinderrechtskonvention. <https://unicef.at/fileadmin/media/Kinderrechte/crcger.pdf> (16.07.2018)

Anhang A

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich mögliche Auswirkungen von Flüchtlingsarbeit auf HelferInnen. Untersucht werden soll, ob traumatische Erfahrungen von Flüchtlingen und organisatorische Rahmenbedingungen einen Einfluss auf das psychische Befinden von FlüchtlingshelferInnen haben.

Ich bitte Sie, den folgenden Fragebogen, vollständig und gemäß den Instruktionen zu beantworten. Gleichzeitig versichere ich Ihnen, dass absolute Anonymität gewährleistet ist und sämtliche Fragebögen streng anonym ausgewertet werden, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Ich möchte Sie noch darauf hinweisen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Informationen zum Ablauf:

1. Ihnen werden 3 Fragebögen vorgelegt, die ich Sie bitte vollständig auszufüllen.
2. Die Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeit mit Flüchtlingen, AsylwerberInnen und MigrantInnen und Ihren eigenen Erfahrungen.
3. Bitte lesen Sie sich die Anweisungen vor jedem Fragebogen genau durch.
4. Bitte beantworten Sie die Fragen spontan und ehrlich.
5. Wenn Sie alle Fragen beantwortet haben, können Sie die Unterlagen in den neutralen Umschlag stecken und verschließen.

Herzlichen Dank für Ihre Zeit!

Christina Schneyder

Bitte beantworten Sie am Anfang folgende Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Beruf.

1. Geben Sie bitte Ihr Alter an.

..... Jahre

2. Geschlecht

- weiblich
- männlich

3. Welche ist ihre höchst abgeschlossene Schulausbildung?

- Hauptschule
- Lehrabschluss
- Berufsbildende Schule ohne Matura
- Matura
- abgeschlossenes Studium

4. Wie lange sind Sie als FlüchtlingshelferInn tätig?

- Unter 1 Jahr

..... Jahre

5. Haben Sie selbst Migrationshintergrund?

- ja
- nein

6. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie mit der Arbeit mit Flüchtlingen?

..... Stunden pro Woche

7. Nehmen sie regelmäßig an Supervision/Intervision/Fallnachbesprechungen teil?

- Ja
- Nein

8. In welcher Art Dienstverhältnis befinden Sie sich?

- Befristetes Dienstverhältnis
- Unbefristetes Dienstverhältnis
- Freiberuflich
- Werkvertrag

Anderes (z.B. Ehrenamt)

9. Werden von ihrem Arbeitgeber Fortbildungsveranstaltungen angeboten oder finanziert, in denen Sie ihr Fachwissen bzgl. Ihrer Arbeitstätigkeit erweitern können?

- Ja
- Nein

10. Nehmen Sie regelmäßige fachspezifischen Fortbildungsveranstaltungen in Anspruch?

- Ja
- Nein

11. In welchem Bereich der Flüchtlingshilfe sind Sie tätig?

- Beratung
- Grundversorgung
- Wohnbereich

Anderer

12. Mit welcher Altersgruppe arbeiten Sie?

- Kinder/Jugendliche
- Erwachsene
- Kinder/Jugendliche und Erwachsene

Im folgenden Teil finden Sie Fragen in Bezug auf Ihre Arbeit!

Geben Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen, indem Sie die passende Zahl ankreuzen:

- 0 = Nie
- 1 = Mindestens ein paar Mal im Jahr
- 2 = Mindestens ein Mal im Monat
- 3 = Einige Male pro Monat
- 4 = Ein Mal pro Woche
- 5 = Mehrmals pro Woche
- 6 = Jeden Tag

	Nie		Jeden Tag					
	↓							↓
	0	1	2	3	4	5	6	
Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.								
Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages verbraucht.								
Ich fühle mich bereits ermüdet, wenn ich morgens aufstehe und einen neuen Arbeitstag vor mir liegen sehe.								
Ich kann leicht nachvollziehen, was in meinen Kollegen/Vorgesetzten vorgeht.								
Ich habe das Gefühl, manche Klienten/Kollegen unpersönlich zu behandeln, als wären sie Objekte.								
Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, strengt mich an.								
Ich gehe erfolgreich mit den Problemen anderer Menschen um.								
Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.								
Ich habe das Gefühl, durch meine Arbeit andere Menschen positiv zu beeinflussen.								
Seit ich diese Arbeit ausübe, bin ich Menschen gegenüber gleichgültiger geworden.								
Ich befürchte, dass mich meine Arbeit emotional verhärtet.								
Ich fühle mich voller Energie.								
Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.								
Ich habe das Gefühl, zu verbissen zu arbeiten.								
Es interessiert mich nicht wirklich, was mit manchen meiner Kollegen geschieht.								
Bei der Arbeit in direktem Kontakt zu Menschen zu stehen, stresst mich zu sehr.								
Mir fällt es leicht, in meinem Arbeitsumfeld eine entspannte Atmosphäre zu schaffen.								
Ich fühle mich angeregt, wenn ich eng mit meinen Kollegen zusammengearbeitet habe.								

	Nie		Jeden Tag				
	↓						↓
	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe viele lohnende Ziele bei meiner Arbeit erreicht							
Ich habe das Gefühl am Ende meiner Weisheit zu sein.							
Bei meiner Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr gelassen um.							
Ich habe das Gefühl, dass mir meine Kollegen/Mitarbeitenden für manche ihrer Probleme die Schuld geben.							

Bitte denken Sie an einen oder mehrere Vorfälle (im Rahmen ihrer Flüchtlingsbetreuung): _____ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis/diesen Ereignissen gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis/die Ereignisse 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 damit 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 Erlebte 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/die Ereignisse in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des/r Ereignisse/s) zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte nicht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es kam vor, dass die Gefühle, die damit zusammenhängen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
17. Ich versuchte, es 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 daran 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>