



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Motivationale Faktoren als Risiko- bzw. Schutzfaktoren für
eine Sekundäre Traumatisierung bei freiwillig tätigen
Personen in der Flüchtlingshilfe

verfasst von / submitted by

Jonas Busin BSc

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

Wien, 2018

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ. -Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	3
Motivationale Faktoren als Risiko- bzw. Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe	5
Theoretischer Hintergrund	6
Psychische Gesundheit von Geflüchteten	6
Traumatische Erlebnisse von Geflüchteten	6
PTBS Prävalenzen von Geflüchteten	7
Freiwilliges und unbezahltes Engagement	7
Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe seit 2015	8
Freiwilligentätigkeit und Gesundheit	9
Freiwilligentätigkeit und Motivation	10
Funktionaler Ansatz	10
Sekundäre Traumatisierung	11
Begriffe und Konzepte der Sekundären Traumatisierung	13
Compassion Fatigue	13
Prävalenzen Sekundäre Traumatisierung	14
Risiko- und Schutzfaktoren der Sekundäre Traumatisierung	15
Exposition	15
Vortraumatisierung	15
Arbeitsplatzmerkmale	16
Aufenthaltsstatus	16
Alter	17
Motivationale Faktoren	17
Fragestellungen und Hypothesen	18
Methode	20
Untersuchungsdesign	20
Untersuchungsablauf	20
Ein- und Ausschlusskriterien	20
Messinstrumente	21
Aufenthaltsstatus	21
Professional Quality of Life Scale	21
Volunteer Function Inventory	21
Life Event Checklist für das DSM-5	22

Stichprobenbeschreibung	22
Datenauswertung	23
Ergebnisse	24
Datenaufbereitung und weiterführende Analyse der Messinstrumente	24
Sekundär Traumatischer Stress	24
Motivationale Funktionen	25
Abweichung von der ursprünglichen Operationalisierung	26
Hypothesen 1-6: Motivationale Funktionen	26
Voranalyse Regressionsmodell	26
Das finale Regressionsmodell	28
Hypothesen 7-8: Aufenthaltsstaus und Alter	29
Zusatzanalysen	30
Alternatives Expositions-kriterium	30
Hypothesen 1-6: Motivationale Funktionen	30
Hypothese 7: Aufenthaltsstatus	33
Hypothese 8: Alter	33
Diskussion	33
Motivationale Faktoren als Risiko- bzw. Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung	34
Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und die Sekundäre Traumatisierung von freiwillig tätigen Personen	36
Alter und Sekundäre Traumatisierung der freiwillig tätigen Personen	37
Methodenkritik	37
Limitationen	40
Conclusio und Ausblick	40
Implikationen für die Praxis	42
Literatur	44
Tabellenverzeichnis	54
Abbildungsverzeichnis	55
Anhang	56

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Jonas Busin, versichere, dass ich die vorliegende Masterthesis selbstständig und ohne Benutzung anderer als die angegebenen Hilfsmittel geschrieben habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben und in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Wien, 13.12.18

Die vorliegende Masterthesis wurde nach den APA-Richtlinien der sechsten Version (American Psychological Association, 2010) sowie nach den Leitlinien zur Erstellung der Masterarbeit der Studienprogrammleitung Psychologie (2015) verfasst.

Beim Verfassen der vorliegenden Arbeit wurde durchwegs auf die Einhaltung einer gendergerechten Sprache geachtet. Dies wurde durch die Verwendung von geschlechtsneutralen Personenbezeichnungen umgesetzt. Die Bezeichnung “Geflüchtete“ wird stellvertretend für die gemeinsame Verwendung der Begriffe Flüchtlinge und subsidiär Schutzberechtigte herangezogen.

Motivationale Faktoren als Risiko- bzw. Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe

Die Asylanfragen sind in der Europäischen Union (EU) seit 2006 stetig gestiegen und haben im Jahr 2015 mit 1.3 Millionen ihren Höhepunkt erreicht (Eurostat, 2018). Personen, die aus ihrer Heimat fliehen mussten, haben zumeist in ihren Herkunftsländern durch Krieg und Verfolgung, auf der Flucht über Land und Meer und/oder im Exil potenziell traumatische Erfahrungen machen müssen (Rasmussen, Crager, Baser, Chu, & Gany, 2012). Die Folgen von Erfahrungen wie Krieg und Flucht sind weitestgehend erforscht und zeigen sich in psychischen Erkrankungen wie Depression, generalisierte Angststörung, psychotische Erkrankungen und der Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Letztere kommt bei Geflüchteten am häufigsten vor (Böttche, Heeke, & Knaevelsrud, 2016; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005).

Die Migrations- und Flüchtlingskrise seit 2015 erweist sich als eine der größten Herausforderungen der EU. Die große Zahl und die besondere Vulnerabilität der Geflüchteten stellt sowohl die Politik, als auch die Zivilbevölkerung vor neue Herausforderungen. Dies hat in den letzten Jahren zu einer Welle der Solidarität und einem unvergleichlichen Ausmaß an Freiwilligentätigkeit geführt. Einer Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach (IfD, 2017) zufolge, waren im selben Jahr allein in Deutschland 55.0% der Bevölkerung in irgendeiner Weise freiwillig tätig.

Die Freiwilligentätigkeit mit oftmals mehrfach traumatisierten Flüchtlingen geht bei helfenden Personen nicht immer spurlos vorüber (Carta, Bernal, Hardoy, & Haro-Abad, 2005). Die freiwillig tätigen Personen nehmen sich bei aktiver Hilfe den Lebensrealitäten von Geflüchteten an, setzen sich mit den Schicksalen und Traumata auseinander und werden dadurch zu Mitführenden. Durch das Erfahren dieser traumatischen Erlebnisse der Geflüchteten, kann es bei freiwillig tätigen Personen ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas zu einer *Sekundären Traumatisierung*, also einer Übertragung des Traumas, kommen (Daniels, 2008; Lusk & Terrazas, 2015).

Studien, die sich mit der Sekundären Traumatisierung beschäftigen, haben zumeist Personen untersucht, die professionell im Gesundheits- oder Sozialsektor arbeiten (Jaffe, Sasson, Knobler, Aviel, & Goldberg, 2012). Besonders freiwillig tätige Personen sind bezüglich der Konfrontation mit traumatischen Inhalten vulnerabel (Baird, S., & Jenkins, 2003). Daher gilt es, in diesen Bereich weiter zu forschen um freiwillig tätige Personen vor einer Sekundären Traumatisierung zu schützen (Bride, Radey, & Figley, 2007). Besondere Wichtigkeit hierfür erfährt die Identifikation von möglichen Risiko- und Schutzfaktoren.

Freiwilligentätigkeit gilt in vielen Gebieten, vor allem in sozialen Bereichen wie der Flüchtlingshilfe, als Grundpfeiler einer funktionierenden Gesellschaft (Hofer & Pass, 2015). Bei psychischer Gesundheit der freiwillig tätigen Personen verbessert sich deren Hilfeleistung, wovon auch die Geflüchteten profitieren (Bride, Jones, & MacMasters, 2007).

Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird einleitend auf die traumatischen Erlebnisse von Geflüchteten und die jeweiligen Folgen auf die psychische Gesundheit mit dem Schwerpunkt PTBS eingegangen. Weiterführend wird die Freiwilligentätigkeit in- und außerhalb von Organisationen bzw. Vereinen oder Initiativen, samt ihren Herausforderungen und Risiken betrachtet. Dabei liegt der Fokus auf den motivationalen Faktoren, welche Menschen dazu anregt, eine Freiwilligentätigkeit aufzunehmen und diese aufrechtzuerhalten. Abschließend wird auf die Sekundäre Traumatisierung und die damit verbundenen Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen.

Psychische Gesundheit von Geflüchteten

Traumatische Erlebnisse von Geflüchteten. Die Lebensrealität in den Herkunftsländern von Geflüchteten ist zumeist von einer großen Zahl an Stressoren gekennzeichnet (Rasmussen et al., 2012). Die hauptsächlichen Fluchtursachen der Flüchtlingskrise seit 2015 waren Kriege und bewaffnete Konflikte in Syrien, Irak und Afghanistan, sowie Armut, Menschenrechtsverletzungen und eine sich verschlechternde Sicherheitslage in Pakistan, Eritrea, Iran und Somalia (International Organization for Migration [IOM], 2016).

Auf der Flucht werden oftmals traumatische Ereignisse erlebt. Eine Studie, welche die traumatischen Ereignisse während der Flucht untersucht, wurde von Médecins Sans Frontières (2016) in mobilen Krankenhäusern in Serbien durchgeführt. Dort wurde medizinische Erstversorgung geleistet und zusätzlich wurden Parameter der psychischen Gesundheit erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass 64% der Befragten auf der Flucht eine, 23% zwei und 13% mehr als zwei physisch traumatische Erfahrungen gemacht haben. Die häufigsten traumatischen Erlebnisse auf der Flucht sind physische Gewalt durch staatliche Autoritäten, Misshandlungen durch Schmuggler oder andere Personen, gefolgt von Geiselnahmen, Gewalt durch die "Community", Diskriminierung, Rassismus, Ausschluss und das Miterleben von Gewalttaten und Mord (Arsenijević et al., 2017). Ähnliche Ergebnisse liefert eine Studie des wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse, die bei über 2000 Geflüchteten, die seit maximal zwei Jahren in Deutschland leben und aus Syrien, dem Irak und Afghanistan geflüchtet sind, durchgeführt wurde (Schröder, Zok, & Faulbaum,

2018). Dabei zeigte sich, dass 77.5% der Befragten mindestens eine potenziell traumatische Situation erlebt haben.

Geflüchtete Personen und Personen, die von Krieg betroffen sind, zählen aufgrund der Vielzahl von potenziell traumatischen Erfahrungen als Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer PTBS (Harvey et al., 2015; Levy-Gigi, Richter-Levin, Okon-Singer, Keri, & Bonanno, 2015). Weitere häufige psychische Krankheiten bei Geflüchteten sind Depression, generalisierte Angststörung und psychotische Erkrankungen (Böttche et al., 2016; Fazel et al., 2005).

PTBS Prävalenzen von Geflüchteten. Die Wahrscheinlichkeit an einer PTBS zu erkranken liegt in der Normalpopulation bei 1-2% (Dorrington et al., 2014). Bei Geflüchteten ist die Wahrscheinlichkeit weitaus höher (Harvey et al., 2015; Levy-Gigi et al., 2015). Die höheren Prävalenzen werden in der Literatur mit der Vielzahl von interpersonellen- und Typ-II-Traumata assoziiert (Charuvastra & Cloitre, 2008; Neuner et al., 2004; Stotz, Elbert, Müller, & Schauer, 2015).

Viele Geflüchtete leiden bereits vor der Flucht an einer PTBS. Morina, Stam, Pollet und Priebe (2018) haben in einem Review verschiedene Studien verglichen und dabei, abhängig von Stichprobengröße und Messinstrumente, Prävalenzen zwischen 4-85% feststellen können. Die durchschnittliche Prävalenz einer PTBS bei in Krisengebieten lebenden Personen, wie beispielsweise Syrien oder Sudan, liegt bei 26%.

Die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei geflüchteten Personen, die in westlichen Ländern leben, wurde ebenfalls in verschiedenen Metaanalysen untersucht. Auch hier sind die Prävalenzen heterogen. So wurden in einem Review 18 Studien verglichen und bei Geflüchteten eine Prävalenz von 36% für PTBS gefunden (Lindert, von Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Brähler, 2009). Bei Kindern wurde in einem systematischen Review ebenfalls eine Prävalenz von 36% gefunden (Bronstein & Montgomery, 2011). Fazel et al. (2005) fanden in einer Metaanalyse mit 9% bei Erwachsenen und 11% bei Kindern vergleichsweise niedrige Prävalenzen. Die großen Unterschiede zwischen den Ergebnissen von Lindert et al. (2009) und Fazel et al. (2005) könnten auf die Studienauswahl zurückgeführt werden (Close et al., 2016). Lindert et al. (2009) schließen im Gegensatz zu Fazel et al. (2005) auch Studien mit Geflüchteten aus afrikanischen Ländern, wie Somalia und Sierra Leone, in denen Armut und Konflikte vorherrschen, mit ein. Allgemein zeigen Studien mit geringeren Teilnehmendenzahlen höhere Prävalenzen (Morina et al., 2018).

Freiwilliges und unbezahltes Engagement

Freiwilliges und unbezahltes Engagement bezeichnet Leistungen, die dem

Allgemeinwohl dienen (More-Hollerweger, Sprajcer, & Eder, 2009). Neben der Abgrenzung von der Erwerbstätigkeit aufgrund der fehlenden monetären Entlohnung, wird es durch die familiäre Bindung von Haus- und Familienarbeit unterschieden. Des Weiteren ist es von gesetzlich verpflichtenden Leistungen, wie beispielsweise dem Zivildienst, abzugrenzen (Hofer & Pass, 2015). Im alltäglichen Sprachgebrauch und in der wissenschaftlichen Forschung gibt es diverse Begriffe, die im Zusammenhang mit freiwilligem und unbezahltem Engagement verwendet werden (Hofer & Pass, 2015). Bezeichnungen, wie Ehrenamt, Freiwilligenarbeit bzw. freiwilliges Engagement und bürgerschaftliches bzw. zivilgesellschaftliches Engagement, sind mit verschiedenen Assoziationen und Blickwinkeln verbunden, bei denen oftmals andere Aspekte vernachlässigt oder ausgeblendet werden. Es gibt keinen Universalbegriff, der alle Sachverhalte angemessen wiedergibt. Unabhängig von den verwendeten Begriffen wird zwischen *formellem* freiwilligen und unbezahlten Engagement, das innerhalb einer Organisation bzw. Verein oder Initiative stattfindet, und *informellem* freiwilligen und unbezahlten Engagement, das außerhalb einer Organisation bzw. eines Vereins oder Initiative stattfindet, unterschieden (Hofer & Pass, 2015).

In der Europäischen Union hat sich im Zuge des Europäischen Jahres der Freiwilligentätigkeit 2011 die Bezeichnung Freiwilligentätigkeit durchgesetzt (Hofer & Pass, 2015). Freiwilligentätigkeit orientiert sich am englischen Begriff *volunteering* und ist bei einem Großteil der herangezogenen Literatur sowie zur Erstellung dieser Masterthesis verwendet worden.

Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe seit 2015. Die Flüchtlingskrise von 2015 stellt durch die große Zahl und die besondere Vulnerabilität der Geflüchteten eine enorme Herausforderung für Politik und Zivilgesellschaft dar (Baird, S., & Jenkins, 2003; IfD, 2017). Neben staatlich geförderten Hilfsorganisationen mit großen Mitgliederzahlen, wie etwa der Caritas, waren auch viele zivile Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig. Diese haben Organisationen bzw. Vereine oder Initiativen gegründet oder sich solchen angeschlossen (Bertelsmannstiftung, 2018; Caritas Österreich, 2018). Im Herbst 2015, als die Zahl der Ankommenden in Europa ihren Höhepunkt erreichte, kam es in Deutschland zu einem Anstieg der Freiwilligentätigkeit von 25% (IfD, 2017). Zu den Tätigkeiten, die durch den Kontakt mit Geflüchteten gekennzeichnet sind, zählt vor allem Integrationsarbeit, wie gemeinsames Verbringen von Freizeit, Wohnungssuche und Behördengänge, aber auch die Übernahme von Fürsorgepflichten.

In Österreich gibt es vergleichsweise wenig Literatur, die sich mit der Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe seit 2015 beschäftigt. Der größte Teil der

Flüchtlingshilfe in Österreich wird von den zwei großen Kirchenorganisationen, der Caritas und der Diakonie und den zwei Organisationen Rotes Kreuz und Volkshilfe geleistet (De Jong & Ataç, 2017). Bei großen *non-governmental organizations* (NGOs), wie beispielsweise der Caritas, gibt es zwar Personen, die hauptberuflich tätig sind, jedoch ist der Großteil der Mitarbeitenden freiwillig tätig (Caritas Österreich, 2018). Neben solchen NGOs sind in den letzten zehn Jahren auch *government-organized non-governmental organizations* (GONGOs) entstanden. Darüber hinaus sind auch viele selbstorganisierte Initiativen entstanden, welche die Arbeit der NGOs und GONGOs und deren beratende Rolle ergänzen und sich vor allem durch soziale Unterstützung auszeichnen (De Jong & Ataç, 2017). Solche Initiativen finden sich in ihrer Struktur und ihren Aufgaben irgendwo zwischen NGOs und sozialen Bewegungen wieder und beschäftigen professionelle Arbeitskräfte und freiwillig tätige Personen (De Jong & Ataç, 2017).

Ein weiterer Bestandteil der Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe organisiert sich völlig autonom in Dörfern, Städten, Universitäten oder digital in Facebook-Gruppen und Internet-Foren. Diese Art der Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe zeichnet sich insbesondere durch große Gestaltungsfreiräume aus (Neumann, 2016).

Freiwilligentätigkeit und Gesundheit. Zahlreiche Studien zeigen, dass sich das Ausüben einer Freiwilligentätigkeit positiv auf die psychische (Ramos & Weher, 2015) und physische (Konrath, Fuhrel-Forbis, Lou, & Brown, 2012) Gesundheit auswirkt. Wilson (2012) hat sich in einem systematischen Review differenziert mit diesen Effekten auseinandergesetzt. Dabei zeigt sich auf psychischer Ebene, dass Personen, die regelmäßig freiwillig tätig sind, im Vergleich zu Personen, die nicht freiwillig tätig sind, ein höheres psychisches Wohlbefinden aufweisen und seltener an Depressionen leiden. Auf physischer Ebene wird Freiwilligkeit vor allem mit einer geringeren Sterblichkeitsrate in Verbindung gebracht. Weitere positive Effekte konnten bei der Selbstwirksamkeit der freiwillig tätigen Personen festgestellt werden (Cohen, A., 2009). Viele Studien zeigen diese Effekte allerdings nur in Subgruppen, wie etwa ältere Personen (Wilson, 2012).

Freiwilligentätigkeit hat aber nicht nur gesundheitsförderliche Effekte (Ramos & Weher, 2015). Freiwilligentätigkeit wurde auch mit Stress, Burnout und PTBS-Symptomen in Verbindung gebracht (Jaffe et al., 2012; Ramos et al., 2016). Weitere negative Folgen der Freiwilligentätigkeit können sich bei der Arbeit mit traumatisierten Personen zeigen. Durch das Erfahren von traumatischen Erlebnissen, kann es bei Personen, ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas zu einer Sekundären Traumatisierung, also einer Übertragung des Traumas, kommen (Daniels, 2008; Lusk & Terrazas, 2015). Zudem kann

sich die wiederholte Belastung in Symptomen wie Niedergeschlagenheit, somatischen Beschwerden oder Zynismus niederschlagen (Maercker, 2013). Diese Risiken gelten auch für Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind und mit Erfahrungen von traumatisierten Geflüchteten konfrontiert werden (Carta et al., 2005; Stamm, 2010).

Freiwilligentätigkeit und Motivation. Bei der Erforschung von individuellen Motivationen wird untersucht, warum Menschen freiwillig tätig sind und diese Tätigkeit aufrechterhalten (Clary, Snyder, Ridge, Miene, & Haugen, 1994). In der Literatur werden verschiedene Motivationen der Freiwilligentätigkeit dargeboten. Dazu zählen die Anteilnahme gegenüber denen, die die Hilfe in Anspruch nehmen, Vorteile in Form von Selbstentwicklung, Lernen und Abwechslung und eine Steigerung des Selbstwertgefühls. Weiteres findet die Verwendung der Freiwilligentätigkeit als Coping-Mechanismus bei negativen Affekten als Motiv für Freiwilligentätigkeit Erwähnung (Snyder, Clary, & Stukas, 2001). Aus diesen unterschiedlichen Befunden und Annahmen hat sich der funktionale Ansatz entwickelt, wobei die einzelnen Motive in eine allgemeine Theorie eingebettet wurden (Clary et al., 1994).

Funktionaler Ansatz. Der funktionale Ansatz beschäftigt sich mit den Ursachen und Zwecken, sowie Plänen und Zielen, welche durch psychologische Phänomene bestimmt werden (Snyder et al., 2001). Die Grundannahme des funktionalen Ansatzes ist es, dass demselben Verhalten bei verschiedenen Individuen unterschiedliche Funktionen zugrunde liegen können (Clary & Snyder, 1991). Dasselbe Verhalten kann von unterschiedlichen Zielen und Plänen bestimmt sein. Als Funktionen werden kognitive, affektive und behaviorale Prozesse bezeichnet, die mit einer bestimmten Einstellung einhergehen und im Rahmen einer funktionalen Analyse bestimmt werden (Snyder & Cantor, 1998). Dieser Ansatz wurde von Clary, Snyder und Ridge (1992) auf die Analyse der Motivationen von Freiwilligentätigkeit übertragen. Es besteht die Annahme, dass Individuen mehrere Funktionen gleichzeitig erfüllen können (Oostlander, Güntert, van Schie, & Wehner, 2014). Anhand dieser Grundannahmen haben Clary, Snyder und Ridge (1992) sechs potenzielle *motivationale Funktionen* der Freiwilligenarbeit bestimmt. Diese wurden von Oostlander et al. (2014) im Rahmen einer Validierung der deutschsprachigen Version des Volunteer Function Inventory (VFI), ein Messinstrument zur Erfassung der motivationalen Funktionen, übersetzt.

Die *Erfahrungsfunktion* bildet die erste Funktion und beschreibt die Möglichkeit durch die Freiwilligentätigkeit Lernerfahrungen zu machen. Dazu gehört das Generieren von Wissen über andere Menschen und Situationen, sowie die Anwendung und Vertiefung neu

erlernter Fähigkeiten. Durch die Freiwilligentätigkeit können Personen demnach die Welt allgemein, die soziale Welt und durch all die neuen Erfahrungen auch sich selbst besser kennenzulernen. Die *Karrierefunktion* bezieht sich auf berufs- und karrierebezogene Vorteile, die aus der Freiwilligentätigkeit resultieren können. So kann die Tätigkeit als Möglichkeit betrachtet werden, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben, diese anzuwenden und sich so auf berufliche Herausforderungen vorzubereiten. Zusätzlich bietet sie die Möglichkeit Arbeitskontakte zu knüpfen und das persönliche Curriculum Vitae zu verbessern. Die *Schutzfunktion* betrachtet die Funktion von Freiwilligentätigkeit als Schutz vor negativen Selbstzuschreibungen und Schuldgefühlen. Überdies bietet sie die Möglichkeit zu lernen, mit inneren Konflikten, Ängsten und Unsicherheit bezüglich der eigenen Fähigkeiten und Wertigkeit umzugehen. Die *Selbstwertfunktion* beruht auf der Annahme, dass die Freiwilligentätigkeit zu einer Stabilisierung und Verbesserung des Selbstwertgefühls führt (Oostlander et al., 2014). Dazu zählt auch das persönliche Wachstum (Snyder et al., 2001). Die *Soziale Anpassungsfunktion* basiert darauf, dass Personen freiwillig tätig sind, weil ihr soziales Umfeld dies auch tut und Freiwilligentätigkeit von anderen als wichtiges und positives Verhalten bewertet wird. Die *Wertefunktion* bildet die letzte Funktion. Diese ist vom Wohlergehen anderer Menschen beeinflusst und ermöglicht Personen, die freiwillig tätig sind ihre altruistischen oder humanistischen Werte zum Ausdruck zu bringen (Oostlander et al., 2014). Dabei wird die Art der Freiwilligentätigkeit durch individuelle Werte bezüglich des Wohlergehens anderen Personen gewählt. Durch das aktive und wertekonforme Handeln kann das Engagement auch zur Stabilisierung des Selbstbildes führen (Snyder et al., 2001).

Sekundäre Traumatisierung

Obwohl ein einheitliches Verständnis von Sekundärer Traumatisierung vorliegt, wird der Begriff in der deutschen und in der internationalen Literatur nicht einheitlich benutzt (Daniels, 2006). In der vorliegenden Arbeit wird unter Sekundäre Traumatisierung, kohärent mit der allgemeinen Traumatologie-Forschung, eine Übertragung des Traumas von primären Trauma-Opfern auf Personen, die sich mit traumatisierten Personen beschäftigen, verstanden. Bei der Sekundären Traumatisierung kommt es demnach zu einer Übertragung posttraumatischer Symptome, die bei der Arbeit mit traumatisierten Personen entstehen, obwohl die freiwillige tätige Person das traumatische Erlebnis nicht selbst erlebt hat (Daniels, 2008). Es handelt sich also um eine Traumatisierung, die sich ohne direkte sensorische Eindrücke entwickelt. Die Diagnosekriterien der PTBS nach DSM-5 (s. Tabelle 1) und ICD-10 beinhalten explizit eine indirekte Auslösung des Traumas (American Psychiatric Association, 2013; Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015). Bei einem systematischen

Vergleich von PTBS und Sekundärer Traumatisierung zeigte sich, dass die Symptome sehr ähnlich sind (Figley, 1995; Figley 2002). Es konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass intrusive Symptome bei der Sekundären Traumatisierung, so wie bei der PTBS, am stärksten ausgeprägt sind (Branson, Weigand, & Keller, 2014). Studien, die die Sekundäre Traumatisierung als eigenständiges Syndrom legitimieren, haben gezeigt, dass die Symptome bei der Sekundären Traumatisierung mit einer größeren zeitlichen Verzögerung als bei PTBS eintreten (Daniels, 2008). Die Symptomausprägung der PTBS ist stärker als bei der Sekundären Traumatisierung (Reinhard & Maercker, 2004). Weitere Unterschiede finden sich in den Dimensionen Vorhersagbarkeit der Situation, Kontrolle der Situation und Wissen über die Situation. Diese können im Setting des primären Traumas nicht beeinflusst werden, wohingegen dies bei der Sekundären Traumatisierung eher der Fall ist (Daniels, 2008).

Tabelle 1

Traumakriterien der PTBS nach DSM-5 (A-Kriterium)

Kennzeichnung	Auslösung	Beschreibung
A1	direkt	Direktes Erleben eines traumatischen Ereignisses.
A2	direkt	Persönliches Miterleben eines traumatischen Ereignisses bei anderen Personen.
A3	indirekt	Mitteilung, dass ein traumatisches Ereignis einem engen Familienmitglied oder einem Freund widerfahren ist. Im Falle eines Todesfalles (bzw. drohenden Todes) muss dieser durch einen Unfall oder eine Gewalthandlung eingetreten sein.
A4	indirekt	Wiederholte Konfrontation mit aversiven Details einer traumatischen Situation (z. B. Notfallhelfer, die Leichenteile einsammeln müssen, Polizeibeamte, die wiederholt mit Details kindlicher Missbrauchsgeschichten konfrontiert sind).

Anmerkung. Das A4-Kriterium trifft nicht auf die Exposition durch elektronische Medien, Fernsehen, Film oder Bilder zu, es sei denn die Exposition ist beruflich bedingt (Egle, Frommberger, & Kappis, 2014).

Begriffe und Konzepte der Sekundären Traumatisierung. In der internationalen Literatur gibt es über zwanzig Begriffe, die das Phänomen der Sekundären Traumatisierung beschreiben (Lemke, 2013). Die in der Literatur am häufigsten verwendeten Konstrukte sind *Gegenübertragung* (Freud, 1910), *Burnout* (Maslach & Jackson, 1981), *Vicarious Traumatization* (McCann & Pearlman, 1990) und *Compassion Fatigue* (Figley, 1995). Diese Konstrukte werden in der Forschung, mit der Ausnahme von Gegenübertragung, oft synonym verwendet (Kjellenberg, Nilsson, Daukantaitė, & Cardeña, 2014).

Bride (2004) untersuchte in einem Review, welche Konzepte und Messinstrumente bei Studien zur Sekundären Traumatisierung herangezogen werden und welche Untersuchungsziele im Vordergrund stehen. Dabei hat er festgestellt, dass es Studien gibt, die den generellen psychischen Stress, welcher bei der Arbeit mit traumatisierten Personen entstehen kann, untersuchen. Diese Studien sind in der Messung der Symptome und in Bezug auf die verwendeten Konstrukte heterogen. Es werden, neben Burnout-Inventaren, diverse Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet, mittels derer die allgemeine psychische Gesundheit der Betroffenen beschrieben wird. Jene Konstrukte, auf denen die Untersuchung beruhte, waren dabei ebenso vielseitig wie die verwendeten Messinstrumente. Andererseits konnte Bride (2004) Studien identifizieren, die bei den verwendeten Konzepten, der Messung und den Untersuchungszielen sehr homogen waren. Zu diesen Konzepten zählten *Vicarious Traumatization* und *Compassion Fatigue*, die auch gegenwärtig am häufigsten in der Literatur auftreten. Dabei handelt es sich um zwei unterschiedliche Konzepte um die Sekundäre Traumatisierung zu operationalisieren. In dieser Masterthesis wird nur auf *Compassion Fatigue* eingegangen.

Compassion Fatigue. *Compassion Fatigue* kann entstehen, wenn Personen von traumatischen Erfahrungen anderer erfahren, ihre emotionalen Reaktionen miterleben und ihren Umgang begleiten (Salston & Figley, 2003). Figley (2002) betrachtet die Symptome von *Compassion Fatigue* und PTBS äquivalent und überträgt die Diagnosekriterien der PTBS nach DSM-IV auf die des *Compassion Fatigue*. Durch diese Gleichsetzung differenziert er auch nicht zwischen Personen wie z. B. Rettungskräften, die auch den sensorischen Reizen ausgesetzt sind, und Personen, die aversiven und detaillierten Details des traumatischen Ereignisses erfahren (Figley, 1995). *Compassion Fatigue* wird im allgemeinsprachlichen Sinn auch für eine allmähliche Erschöpfung und Abstumpfung als Reaktion auf immer wieder gehörte Probleme, wie beispielsweise Kindesmisshandlung verwendet und weist somit Ähnlichkeiten mit *Burnout* auf (Lemke, 2013). Stamm (2010) hat *Compassion Fatigue* weiter differenziert und ein Modell erstellt, das *Burnout*-Symptome und PTBS-Symptome getrennt

betrachtet. Burnout-Symptome werden vom Begriff Burnout und PTBS-Symptome vom Begriff *Sekundär Traumatischer Stress* (STS) beschrieben. Beide Komponenten repräsentieren einen Teil von Compassion Fatigue. Demgegenüber stehen die positiven Aspekte des Helfens, die als *Compassion Satisfaction* bezeichnet werden (s. Abbildung 1).

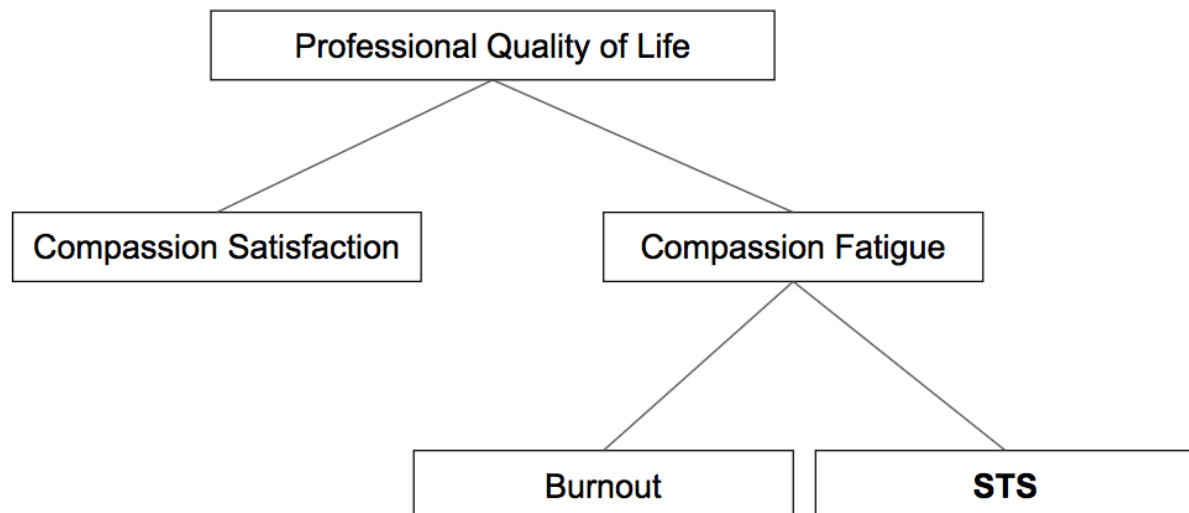


Abbildung 1. Die Zusammensetzung von Compassion Fatigue nach dem Konzept der Professional Quality of Life (Stamm, 2010).

Der Fokus dieser Masterthesis liegt bei der Übertragung von PTBS-Symptomen. Diese werden durch STS repräsentiert. Bei STS handelt es sich um Symptome der PTBS nach DSM-IV, die bei Personen, die mit traumatisierten Personen arbeiten, entstehen können (Stamm, 2010). Dabei haben die Personen das Ereignis nicht selbst erlebt, sondern wurden in ihrer Tätigkeit mit den Berichten der traumatischen Situationen anderer Personen konfrontiert. Die Symptome von STS entstehen nach der Exposition und sind mit den spezifischen Inhalten der Erzählungen der traumatischen Ereignisse verknüpft. Es kommt, ähnlich wie bei der PTBS, zu einer Vermeidung von Situationen, welche die Person an das Erlebnis erinnern lässt. Weitere Symptome sind Wiedererleben, Übererregung und Schlafprobleme. Zusätzlich kann es zu Schwierigkeiten bei der Trennung von Privat- und Arbeitsleben kommen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Sekundäre Traumatisierung, trotz unterschiedlicher Konzeptualisierung, ein Syndrom darstellt, das für die Erforschung der Konsequenzen der Arbeit mit traumatisierten Personen erforderlich ist (Baird, K., & Kracen, 2006).

Prävalenzen Sekundäre Traumatisierung. Die Bestimmung der Prävalenz der

Sekundärer Traumatisierung ist aufgrund der verschiedenen Konzepte schwierig. Darüber hinaus ist die Bestimmung der Prävalenz durch die verschiedenen Populationen, in denen die Sekundäre Traumatisierung untersucht wird, zusätzlich erschwert. In der Literatur werden Prävalenzen zwischen 16.0-61.3% genannt (Adams, Figley & Boscarino, 2008; Branson et al., 2014). Aufgrund der vielfältigen Literatur, wird nachfolgend auf Studien eingegangen, die für diese Masterthesis am relevantesten sind.

Bride (2007) hat die Prävalenz der Sekundären Traumatisierung bei Personen, die in der Sozialarbeit tätig sind, untersucht. Fast die gesamte Stichprobe hat angegeben, mit traumatisierten Personen zu arbeiten und im Laufe der Tätigkeit wiederholt mit den traumatischen Ereignissen konfrontiert zu werden. Dabei hat sich gezeigt, dass 70.2% der befragten Personen in der letzten Woche mindestens ein PTBS-Symptom zeigten und 15.2% die Diagnosekriterien der PTBS nach DSM-IV erfüllten. Eine Studie, die in den USA durchgeführt wurde, hat die Sekundäre Traumatisierung bei Personen untersucht, die Gutachten für Asylanträge erstellen (Mishori, Mujawar, & Ravi, 2014). Die heterogene Stichprobe setzte sich aus 449 Personen zusammen, die in ihrer Tätigkeit mit traumatischen Erlebnissen von Geflüchteten konfrontiert wurden. Dabei zeigten 26.2% der Teilnehmenden eine Sekundäre Traumatisierung. Es wurde keine Studie gefunden, welche die Sekundäre Traumatisierung bei Personen untersucht, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind.

Risiko- und Schutzfaktoren der Sekundäre Traumatisierung.

Exposition. Die Exposition, also die Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen von traumatisierten Personen, wird in der Literatur als Risikofaktor bzw. Grundvoraussetzung für die Entstehung einer Sekundären Traumatisierung betrachtet (Bride, Radey, et al., 2007). Das Expositions-kriterium wird in der gegenwärtigen Literatur unterschiedlich operationalisiert und beispielsweise durch die Arbeitsstunden pro Woche mit traumatisierten Personen dargestellt (Jurisch, Kolassa, & Elbert, 2009). In einer Studie von Creamer und Liddle (2005) wurde ein positiver Zusammenhang zwischen STS von Personen, die traumatherapeutisch mit Überlebenden vom "11. September" arbeiteten, und der Stundenzahl dieser Tätigkeit pro Woche gefunden ($r(80) = .33, p < .05$). In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass auch Personen, die wenige Wochenstunden mit traumatisierten Personen arbeiten, eine Risikogruppe darstellen (Baird, S., & Jenkins, 2003).

Vortraumatisierung. Figley (1995) hat mit seiner Vulnerabilitätshypothese die eigene Traumageschichte als Vulnerabilitätsfaktor dargestellt. Die Vortraumatisierung konnte auch in alternativen Konzepten der Sekundären Traumatisierung bestätigt werden (Pearlman & Mac Ian, 1995). Schauben und Frazier (1995) konnten keinen Zusammenhang zwischen

Compassion Fatigue und Vortraumatisierung finden. Eine Metanalyse von Ozer, Best, Lipsey und Weiss (2003) bestätigt die Vortraumatisierung als Risikofaktor für eine PTBS. Aufgrund der Parallelität von PTBS und Sekundärer Traumatisierung ist dieser Befund auch für die Sekundäre Traumatisierung von Relevanz (Daniels, 2008).

Arbeitsplatzmerkmale. Arbeitsplatzmerkmale können sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung darstellen. So konnte Pross (2009) einen hohen Stress- und Konfliktpegel bei der Arbeit als Risikofaktor für eine Sekundäre Traumatisierung identifizieren. Andererseits konnte die Möglichkeit des Austausches mit Personen, die dieselbe Arbeit ausüben und die Möglichkeit Fortbildungen zu besuchen, als Schutzfaktoren identifiziert werden (Bride, Radey, et al., 2007). Weitere Schutzfaktoren, die damit in Verbindung stehen, sind die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Supervision (Dworkin, Sorell, & Allen, 2016) und die allgemeine Arbeitszufriedenheit (Bride & Kintzle, 2011).

Aufenthaltsstatus. Der Aufenthaltsstatus von geflüchteten Personen kann sich durch politische Entscheidungen verändern. Laut der Genfer Flüchtlingskonvention werden diejenigen als Flüchtlinge bezeichnet, die aufgrund ihrer Volkszugehörigkeit, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder ihrer politischen Überzeugungen verfolgt werden (United Nations High Commissioner for Refugees Deutschland, 2018). Flüchtlinge haben Anspruch auf Asyl, wohingegen Personen, die nicht verfolgt werden aber vor (Bürger-) Krieg und Folter fliehen und als subsidiär Schutzberechtigte bezeichnet werden, nur ein temporäres Aufenthaltsrecht erhalten (Bundesministerium für Inneres, 2018). Wird ein Land oder bestimmte Gebiete eines Landes, wie es 2017 beispielsweise in Afghanistan der Fall war, von den Behörden als sicher eingestuft, verlieren Personen dieses Landes ihr Aufenthaltsrecht und müssen in ihr Herkunftsland, das oftmals dennoch eine fragliche Sicherheitslage hat, zurückkehren (Schuler & Klormann, 2017).

Studien, welche die Auswirkungen des unsicheren Aufenthaltsstatus der geflüchteten Personen auf das psychische Wohlbefinden der helfenden Personen untersuchen, sind rar. Bei einer Studie, die das Ausmaß der Sekundären Traumatisierung der Angestellten in einem Behandlungszentrum für Folteropfer untersuchte, gaben 11 von 25 der Befragten den unsicheren Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und Ärger mit Behörden als größte Belastungsquellen an (Birck, 2001). Die Angestellten zeigten auch eine erhöhte Symptomatik der Sekundären Traumatisierung. Derzeit gibt es noch keine empirischen Belege, die den Zusammenhang zwischen den Aufenthaltsstatus von Geflüchteten und dem Ausmaß der

Sekundären Traumatisierung mit einem quantitativen Forschungsansatz untersuchen.

Alter. Studien, die das Alter als Risiko- bzw. Schutzfaktor für eine Sekundäre Traumatisierung untersuchten, haben widersprüchliche Ergebnisse geliefert. So hat Birck (2001) keinen Zusammenhang zwischen Alter und Symptomen der Sekundären Traumatisierung gefunden. Neben Birck (2001) konnte auch in anderen Studien kein Zusammenhang gefunden werden (Bride, 2004). Demgegenüber kamen Dworkin et al. (2016) zu den Ergebnissen, dass jüngere Personen mehr PTBS-Symptome als ältere Personen zeigen. Ein geringer, aber signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Sekundärer Traumatisierung konnte auch in einer Metaanalyse gefunden werden (Hensel, Ruiz, Finney, & Dewa, 2015). Die Stichproben der genannten Studien sind heterogen, wobei vor allem Personen untersucht wurden, die professionell mit traumatisierten Personen arbeiten. Es wurde keine Studie gefunden, die den Zusammenhang zwischen dem Alter von freiwillig tätigen Personen und deren Sekundärer Traumatisierung untersucht. In Bezug auf die allgemeine Freiwilligentätigkeit legt ein Review von Grimm, Spring und Dietz (2007) nahe, dass ältere Personen hinsichtlich ihrer physiologischen und psychischen Gesundheit mehr von der Freiwilligentätigkeit profitieren, als jüngere Personen. Alter ist bei der Erforschung von gesundheitlichen Auswirkungen von Freiwilligentätigkeit der forschungsleitende und wichtigste Faktor (Ramos & Weher, 2015).

Motivationale Faktoren. Die Auswirkung von Freiwilligentätigkeit auf die Gesundheit ist weitestgehend untersucht (Wilson, 2012). In der gegenwärtigen Forschungsliteratur gibt es allerdings nur wenige Studien, die den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und motivationalen Faktoren untersucht haben. Eine Studie von Ramos et al. (2016) hat sich dies zu Aufgabe gemacht und zusätzlich freiwillig tätige Personen mit nicht freiwillig tätigen Personen verglichen. Dabei wurde die generelle psychische Gesundheit, Stress, Burnout und motivationale Faktoren nach dem funktionalen Absatz untersucht. Im Rahmen dieser Online-Studie konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Schutzfunktion und Burnout ($r(290) = .22, p < .01$) und Stress ($r(290) = .25, p < .01$) gefunden werden. Burnout und Stress sind zwei Komponenten die auch bei der Sekundären Traumatisierung von Bedeutung sind (McLean, Wade, & Encel, 2003). Weitere positive Zusammenhänge zeigten sich zwischen den motivationalen Funktionen Erfahrungsfunktion ($r(290) = .12, p < .05$) und Wertefunktion ($r(290) = .12, p < .05$) und positiver psychischer Gesundheit. Positive psychische Gesundheit setzte sich aus psychischem und sozialem Wohlbefinden, emotionaler Stabilität und der Zufriedenheit mit dem Leben zusammen.

Eine zweite Studie hat den Zusammenhang zwischen motivationalen Faktoren und PTBS-Symptomen bei Personen, die freiwillig in einer israelischen Hilfsorganisation tätig sind, untersucht (Jaffe et al., 2012). Auch diese Studie hat die motivationalen Faktoren anhand des funktionalen Ansatzes erhoben. Hier konnte bei einer Pearson-Korrelation ein positiver Zusammenhang zwischen der Schutzfunktion und PTBS-Symptomen gefunden werden ($r(585) = .18, p < .01$). Ein signifikant negativer Zusammenhang wurde zwischen der Sozialen Anpassungsfunktion und PTBS-Symptomen gefunden ($r(585) = .11, p < .01$). Die Stichprobe setzte sich aus Personen zusammen, die bei Krankentransporten, im Rettungsdienst und im Blutspendedienst tätig waren.

Es wurden keine Studie gefunden, die den Zusammenhang zwischen der Sekundären Traumatisierung und motivationalen Faktoren untersucht. In Anbetracht von PTBS Symptomen, die auch bei STS im Mittelpunkt stehen, kommt die Studie von Jaffe et al. (2012) einer solchen Untersuchung am nächsten.

Fragestellungen und Hypothesen

Ziel dieser Masterthesis ist die vertiefende Erforschung der Risiko- und Schutzfaktoren der Sekundären Traumatisierung bei Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind. Die folgenden Fragestellungen und die dazugehörigen Hypothesen nehmen dabei Bezug auf die, in der theoretischen Einleitung, erörterten Lücken der gegenwärtigen Literatur. Den größten Teil nimmt dabei die weiterführende Erforschung der motivationalen Faktoren als mögliche Risiko- bzw. Schutzfaktoren für die Sekundäre Traumatisierung ein. Dabei wird ein explorativer Zugang zu einem, noch unzureichend untersuchten, Forschungsbereich gewählt. Da in der Referenzliteratur nur kleine bis mittlere Zusammenhänge zwischen motivationalen Faktoren und Sekundärer Traumatisierung gefunden wurden, werden in dieser Masterthesis ungerichtete Hypothesen formuliert (J. Cohen, 1988). Dabei soll analysiert werden, ob motivationale Faktoren das Ausmaß der Sekundären Traumatisierung beeinflussen und ob etwaige Zusammenhänge auch unter der Berücksichtigung von relevanten Einflussfaktoren bestehen. In der Fragestellung zwei wird zusätzlich der Zusammenhang zwischen Sekundärer Traumatisierung und den Aufenthaltsstatus der Geflüchteten untersucht. Aufgrund der ausstehenden Forschungsergebnisse wird in der dritten Fragestellung der Zusammenhang zwischen dem Alter der freiwillig tätigen Personen und deren Sekundären Traumatisierung untersucht.

Fragestellung 1. Sind motivationale Faktoren Schutz- bzw. Risikofaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung bei Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind?

Hypothese 1. Die Wertefunktion als Motivation von Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig zu sein beeinflusst deren STS.

Hypothese 2. Die Soziale Anpassungsfunktion als Motivation von Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig zu sein beeinflusst deren STS.

Hypothese 3. Die Schutzfunktion als Motivation von Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig zu sein beeinflusst deren STS.

Hypothese 4. Die Selbstwertfunktion als Motivation von Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig zu sein beeinflusst deren STS.

Hypothese 5. Die Karrierefunktion als Motivation von Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig zu sein beeinflusst deren STS.

Hypothese 6. Die Erfahrungsfunktion als Motivation von Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig zu sein beeinflusst deren STS.

Fragestellung 2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Sekundären Traumatisierung der freiwillig tätigen Personen und dem als Belastung wahrgenommenen unsicheren Aufenthaltsstatus der betreuten Geflüchteten?

Hypothese 7. Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem STS der freiwillig tätigen Personen und dem als Belastung wahrgenommenen unsicheren Aufenthaltsstatus der betreuten Geflüchteten.

Fragestellung 3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Alter der freiwillig tätigen Personen und deren Sekundäre Traumatisierung?

Hypothese 8. Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter der freiwillig tätigen Personen und deren STS.

Methoden

Untersuchungsdesign

Bei der Untersuchung wurde eine quantitative Querschnittuntersuchung mittels standardisierter Fragebögen durchgeführt. Die Fragebogenbatterie wurde auf der Internetseite von SoSci-Survey ausgearbeitet (SoSci-Survey, 2018). Die Studie wurde online durchgeführt und hat ca. 30 Minuten in Anspruch genommen.

Untersuchungsablauf

Die Datenerhebung fand in einem 2-monatigen Zeitraum vom 15.07.18 bis zum 15.09.18 statt. Die Teilnehmenden wurden online rekrutiert. Der Aussendung der Fragebogenbatterie ging eine Online-Recherche über Organisationen, Vereine und Initiativen, die zum Recherchezeitpunkt freiwillig in der Flüchtlingshilfe aktiv waren bzw. freiwillig tätige Personen beschäftigten, voraus. Bei der Online-Recherche in Österreich, Deutschland, der Schweiz und Südtirol wurden die Suchbegriffe *ehrenamtliche Flüchtlingshilfe*, *Ehrenamt Flüchtlingshilfe*, *ehrenamtliche Initiative Flüchtlingshilfe*, *Netzwerk ehrenamtliche Flüchtlingshilfe*, *freiwillige Flüchtlingshilfe* und *Netzwerk freiwillige Flüchtlingshilfe* verwendet. Diese Bezeichnungen wurden mit Regionen, Bundesländer, Kantons und den jeweils größten drei Städten dieser Gebiete kombiniert. Insgesamt wurden 686 Organisationen, Vereine und Initiativen kontaktiert. Im Erstkontakt via E-Mail wurde den koordinierenden Personen die Studie kurz erläutert und anschließend darum gebeten, eine vorgefertigte Rekrutierungsnachricht an alle freiwillig tätigen Personen der Organisation, des Vereins oder der Initiative weiterzuleiten.

Die Durchführung der Studie war aus ethischen Gesichtspunkten unproblematisch. Die Teilnehmenden konnten die Studie zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abbrechen. Die E-Mail-Adresse des Studienleiters war für eine etwaige Kontaktaufnahme in der Studienbeschreibung hinterlegt.

Ein- und Ausschlusskriterien

Das Mindestalter für Teilnehmende war 18 Jahre. Die Teilnehmenden mussten zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 30 Tage freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sein. Ein weiteres Kriterium für die Teilnahme war die Exposition von traumatischen Erlebnissen durch Geflüchtete. Da Personen, die in der Flüchtlingshilfe tätig sind, nicht zwingend mit traumatischen Erlebnissen der Geflüchteten konfrontiert werden, wurde die Exposition über die Darbietung der zusätzlichen Antwortmöglichkeit (*im Rahmen meines Ehrenamtes*) der deutschen Übersetzung der Life Event Checklist für das DSM-5 erhoben (LEC-5, Ehring, Knaevelsrud, Krüger, & Schäfer, 2014). Dies wurde alternativ zu den gängigen

Operationalisierungen angewendet.

Messinstrumente

Die gesamte Fragebogenbatterie setzte sich aus der Erhebung der soziodemografischen Daten, Fragen zum Aufenthaltsstatus der Geflüchteten, Fragen zur Organisation bzw. zum Verein oder zur Initiative und drei Selbstbeurteilungsfragebögen zusammen.

Aufenthaltsstatus. Um zu erheben, ob der unsichere Aufenthaltsstatus der Geflüchteten von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommen wird, wurden zwei für diese Studie entworfene Items vorgelegt (*Haben/hatten Sie bei Ihrer ehrenamtlichen Arbeit mit Geflüchteten/Asylsuchenden zu tun, die einen ungewissen Aufenthaltsstatus haben?*; Antwortmöglichkeiten: *ja*; *nein*). Wenn dieses Item mit *ja* beantwortet wurde, so folgte ein zweites Item, welches die Belastung des unsicheren Aufenthaltsstatus überprüfte (*Wie sehr belastet Sie das?*). Die Belastung wurde durch eine Ratingskala (1 = *belastet mich gar nicht*; 5 = *belastet mich sehr*) erhoben.

Professional Quality of Life Scale (PROQOL, Stamm, 2010). Die Sekundäre Traumatisierung wurde nach dem STS der PROQOL operationalisiert. Der Fragebogen besteht aus 30 Items und beinhaltet drei Subskalen zu je 10 Items die STS, Compassion Satisfaction und Burnout messen. Die Items der Subskala STS orientieren sich an den Symptomen der PTBS nach DSM-IV. Die Items beziehen sich auch die letzten 30 Tage und werden anhand einer Ratingskala erhoben (1 = *nie*; 5 = *sehr oft*). Das Messinstrument ist bei allen Personen, die mit traumatisierten Personen arbeiten, anwendbar. Bei dieser Masterthesis wurden die Teilnehmenden dabei in der Instruktion aufgefordert, die Items in Hinblick auf ihre Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe zu beantworten. Da der Fokus der Masterthesis bei der Übertragung von PTBS-Symptomen liegt, wurde in den Auswertungen nur die Subskala STS berücksichtigt. Das Cronbach's α von STS beträgt in der Originalstichprobe von Stamm (2010) $\alpha = .81$ und in dieser Masterthesis $\alpha = .76$.

VFI (Oostlander et al., 2014). Um die unterschiedlichen Motivationen der freiwillig tätigen Personen zu operationalisieren wurde die deutsche Übersetzung des VFI herangezogen. Das Instrument besteht aus 30 Items, welche mittels einer 5-stufigen Ratingskala beantwortet werden (1 = *trifft völlig zu*; 5 = *trifft überhaupt nicht zu*). Die Skala setzt sich aus den sechs motivationalen Funktionen Erfahrungsfunktion, Karrierefunktion, Schutzfunktion, Selbstwertfunktion, Soziale Anpassungsfunktion und Wertefunktion zusammen. Sie bildet sechs Faktoren, die jeweils von fünf Items repräsentiert werden. Das Cronbach's α der Faktoren liegt in der Originalstichprobe von Oostlander et al. (2014)

zwischen .78 (Wertefunktion) und .84 (Soziale Anpassungsfunktion, Schutzfunktion und Karrierefunktion). Das Cronbach's α der Selbstwertfunktion und der Erfahrungsfunktion liegt bei .81.

Das Cronbach's α in dieser Stichprobe beträgt für die Wertefunktion .82, für die Soziale Anpassungsfunktion .83, für die Schutzfunktion .83, für die Karrierefunktion .92, für die Selbstwertfunktion .85 und für die Erfahrungsfunktion .87. Diese Werte sind mit denen der Originalstichprobe vergleichbar.

LEC-5 (Ehring et al., 2014). Bei der deutschen Version der LEC-5 handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der mittels 17 Aussagen zu potenziell traumatischen Erlebnissen die persönliche Traumageschichte erhebt (Ehring et al., 2014). Dabei werden standardmäßig die Antwortmöglichkeiten *mir persönlich zugestoßen*, *Zeuge davon gewesen*, *davon erfahren*, *im Rahmen meines Berufs* und *unsicher* dargeboten. Die Items können mittels Mehrfachantwort beantwortet werden. Um die Vortraumatisierung differenzierter einschätzen zu können, wurde zusätzlich erhoben wie oft etwaige Ereignisse erlebt wurden und ob diese als traumatisch bewertet werden. Um die Exposition mit Traumainhalten von Geflüchteten zu operationalisieren wurde in dieser Masterthesis die Antwortmöglichkeit *im Rahmen meines Ehrenamtes* hinzugefügt.

Stichprobenbeschreibung

An der Studie haben insgesamt 446 Personen teilgenommen. Nach der Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 26 Personen ausgeschlossen, weil sie zum Zeitpunkt der Erhebung nicht freiwillig in der Flüchtlingshilfe aktiv waren. Nachdem drei Personen nur den Teil der soziodemographischen Angaben ausgefüllt haben, wurden diese Personen ausgeschlossen, sodass sich die finale Stichprobe aus 417 Personen zusammensetzt. Von den Teilnehmenden waren 309 Personen weiblich, 106 männlich und zwei Personen fühlten sich keiner Kategorie zugehörig. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 18 und 83 Jahren ($M= 53.74$; $SD= 15.43$). Von den teilnehmenden Personen kamen 56.1% aus Deutschland, 18.5% aus Österreich, 20.4% aus der Schweiz, 1.7% aus Italien und die restlichen 3.3% kamen aus anderen Ländern. Fast drei Viertel (74.8%) der Teilnehmenden waren in einer Beziehung. Von den Teilnehmenden gaben 42.9% an nicht religiös zu sein. Von den restlichen Teilnehmenden waren 32.8% religiös, 12.5% spirituell und 11.8% religiös und spirituell. Von den Teilnehmenden waren 63.3% Teil der christlichen Glaubensgemeinschaft, wohingegen 33.6% keiner Glaubensgemeinschaft und 3.1% einer anderen Glaubensgemeinschaft angehörten. Von den Teilnehmenden gaben 65.7% an, einen Fachhochschulabschluss, einen Universitätsabschluss oder einen höheren Bildungsabschluss

zu haben. Weiteres gaben 17.0% der Teilnehmenden das Abitur, die Matura oder ein Fachabitur und 16.3% eine Lehre oder eine berufsbildende Mittlere Schule als höchste abgeschlossene Ausbildung an, wohingegen 1.0% einen anderen Bildungsabschluss angaben. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 41.0% der Teilnehmenden nicht berufstätig, wohingegen 32.4% teilzeitbeschäftigt und 26.6% vollzeitbeschäftigt waren. Die Teilnehmenden übten 183 verschiedene Berufe aus. Die Teilnehmenden waren mindestens 2 Monate und im Durchschnitt 3.39 Jahre ($SD = 3.41$) freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig. Die durchschnittliche Tätigkeit pro Woche betrug 7.23 Stunden ($SD = 7.56$). Von den teilnehmenden Personen waren 41.0% "auf eigene Faust" freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig, wohingegen 90.4% in einem Verein, einer Organisation oder Initiative tätig. Von den Teilnehmenden gaben 97.8% an, bei ihrer Freiwilligentätigkeit mit Geflüchteten mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus zu tun zu haben. Diese Personen gaben auf einer fünfstufigen Ratingskala (1 = *belastet mich gar nicht*; 5 = *belastet mich sehr*) durchschnittlich 3.6 an ($SD = 0.92$). Von den teilnehmenden Personen gaben 91.5% an mindestens einer 17 traumatischen Erfahrungen des LEC-5 (Ehring et al., 2014) entweder selbst erlebt zu haben oder Zeuge davon gewesen zu sein. Demgegenüber haben 48.2% der Teilnehmenden mindestens eine der 17 traumatischen Erfahrungen des LEC-5 (Ehring et al., 2014) in ihrer Freiwilligentätigkeit durch Geflüchtete erfahren. Von den Personen, die in einer Organisation bzw. einen Verein oder einer Initiative tätig waren, hatten 44.6% die Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen und 96.6% hatten die Möglichkeit sich mit anderen Personen in der Organisation bzw. im Verein oder in der Initiative auszutauschen. Von diesen Personen hatten 79.3% die Möglichkeit, Fortbildungen zu besuchen. Die Mitgliederzahl ist aufgrund der Berücksichtigung von Organisationen, Vereinen und Initiativen sehr unterschiedlich. So haben auch Personen, die innerhalb von NGOs mit 130000 bzw. 500000 Mitgliedern freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig waren, an der Studie teilgenommen ($Mdn = 25$; Spannweite = 399998). Ohne die Berücksichtigung dieser NGOs war die durchschnittliche Mitgliedergröße 155.8 ($SD = 428.16$).

Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde mithilfe des Programms IBM SPSS (Version 25; IBM, 2017) durchgeführt. Die Exposition wurde anhand der zusätzlichen Antwortmöglichkeit der LEC-5 (Ehring et al., 2014) bestimmt. Um die erste Fragestellung zu ergründen, wurde eine hierarchische Regressionsanalyse mit Einschluss gerechnet. Das Kriterium, also die Sekundäre Traumatisierung, wurde mit dem Faktor STS der Skala PRoQOL (Stamm, 2010) erhoben. Als Prädiktoren wurden die sechs motivationalen Funktionen des Fragebogens VFI

(Oostlander et al., 2014) herangezogen. Die persönliche Vortraumatisierung, die Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen und die Möglichkeit sich mit anderen Mitgliedern auszutauschen wurden als Kontrollvariablen berücksichtigt. Die nominalen Variablen wurden zur Aufnahme in die Regressionsanalyse in Dummy-Variablen umgerechnet (Field, 2013). Um statistisch zu überprüfen, welche Variablen in das Modell der Regressionsanalyse aufgenommen werden, wurden alle für die Hypothesen 1-6 relevanten Konstrukte und Variablen miteinander korreliert. Als weitere Voranalyse wurde kontrolliert, ob die Items der Skala PROQOL (Stamm, 2010) auf dem jeweils zugehörigen motivationalen Faktor laden. Dazu wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Die Hypothesen zur zweiten und dritten Fragestellung wurden jeweils mit Pearson-Korrelationen berechnet. Bei der zweiten Fragestellung wurde dabei der STS mit der wahrgenommenen Belastung des unsicheren Aufenthaltsstatus korreliert. Die Hypothese zur dritten Fragestellung wurde mit einer Korrelationsberechnung zwischen dem Alter und dem STS der freiwillig tätigen Personen überprüft.

In Anlehnung an alternative Operationalisierungsmöglichkeiten der Exposition wurde in den Zusatzanalysen die Anzahl der Stunden, die Personen wöchentlich freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig waren, als Maß der Exposition herangezogen (Jurisch et al., 2009). Es wurde ein Mediansplit durchgeführt und die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt und in Folge die Hypothesen 1-8 in Anbetracht der alternativen Operationalisierung überprüft. Im Regressionsmodell der Zusatzanalysen wurde ein theoretischer Zugang gewählt und alle für die Sekundäre Traumatisierung relevanten Variablen wurden berücksichtigt.

Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt. Dabei wird die Beantwortung der Fragestellungen gegliedert nach den zuvor formulierten Hypothesen vorgenommen. Vor der Durchführung der inferenzstatistischen Analyse werden die einzelnen Messinstrumente, die den Hypothesen zugrunde liegen, näher untersucht und auf Abweichungen von der Konzeptualisierung eingegangen. Nach der Beantwortung der Hypothesen werden noch zusätzliche Analysen durchgeführt.

Datenaufbereitung und weiterführende Analyse der Messinstrumente

Nachfolgend werden die für die Auswertung relevanten Subskalen überprüft. Die Ergebnisse der Analyse wurden in der Beschreibung der Messinstrumente in einer etwaigen Korrektur des Cronbach's α berücksichtigt.

STS. Um die Verteilung von STS zu untersuchen, wurde diese zuerst graphisch überprüft. Nachdem sich die Verteilung als etwas linkssteil zeigte, wurde ein Kolmogorow-

Smirnow-Test (KS-Test) durchgeführt, der die graphische Abweichung von der Normalverteilung durch ein signifikantes Ergebnis bestätigte. Da die Schiefe und die Kurtosis jedoch kleiner als 1 waren, kann das Ergebnis des KS-Tests vernachlässigt werden und von einer Normalverteilung ausgegangen werden (Miles & Shevlin, 2001).

Bei einer grafischen Überprüfung möglicher Ausreißer hat die Analyse des Boxplot drei potenzielle Ausreißer gezeigt. Die Einschätzung der Bedeutsamkeit wurde durch die statistischen Kennwerte Mahalanobis-Abstand, Cook-Distanz und zentrierte Hebelwerte überprüft (Field, 2013). Auch wenn sowohl der Mahalanobis-Abstand als auch die Cook-Distanz eine geringe Auffälligkeit der Kennwerte zeigten, sind diese vernachlässigbar. Diese Einschätzung wird durch die große Stichprobe bestärkt. Die Berechnungen wurden zusätzlich ohne Messwertausreißer auf rein explorativer Basis wiederholt. Da der Ausschluss dieser Fälle keine relevanten Veränderungen in den Ergebnissen erbrachte und ein Ausschluss von Fällen als künstliche Veränderung verstanden werden kann, wurden diese Werte nicht ausgeschlossen (Field, 2013). Der Mittelwert von STS lag bei 1.97 ($SD = 0.49$).

Motivationale Funktionen. Der KS-Test war bei allen motivationalen Funktionen signifikant. Da die Schiefe jedoch bei allen Funktionen kleiner als 1 und die Kurtosis nur bei der Wertefunktion (Kurtosis = 1.15) und der Erfahrungsfunktion (Kurtosis = 1.40) größer als 1 waren, werden die Ergebnisse als unproblematisch bewertet (Miles & Shevlin, 2001).

Bei der Ausreißeranalyse konnten zwei Extremwerte festgestellt werden. Diese wurden allerdings nicht ausgeschlossen, da hinsichtlich der hohen Ausprägungen der Wertefunktion und der Erfahrungsfunktion davon ausgegangen werden kann, dass es sich um "echte" Werte handelt (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

Deskriptive Statistiken der motivationalen Faktoren

Faktor	<i>M</i>	<i>SD</i>
Karrierefunktion	2.25	1.13
Selbstwertfunktion	3.43	0.81
Schutzfunktion	2.19	0.85
Soziale Anpassungsfunktion	2.84	0.81
Erfahrungsfunktion	4.00	0.65
Wertefunktion	4.12	0.55

Anmerkung. $N = 417$.

Zusätzlich wurde die Faktorenstruktur des VFI analysiert. Es wurde zuerst eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Dabei deuteten sowohl der Scree-Test („Ellenbogenkriterium“) als auch das Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwert > 1) auf sechs Faktoren hin (Field, 2013). Infolgedessen wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit sechs zu extrahierenden Faktoren und eine orthogonale Varimax-Rotation durchgeführt. Da das Item 10 (*Durch meine Freiwilligenarbeit kann ich neue Leute kennenlernen*) auf dem Faktor Erfahrungsfunktion höher lud als auf dem Faktor Selbstwertfunktion, zu dem diese eigentlich gehören sollte, wurde dieses Item aus den Analysen ausgeschlossen. Durch den Ausschluss dieses Items stieg das Cronbach's α der Selbstwertfunktion von $\alpha = .84$ auf $\alpha = .85$.

Aufgrund der potenziellen Problematik gemeinsamer Methodenvarianz wurde diese ebenfalls untersucht. Dabei erklärte der latente Methodenfaktor 26.1% der gemeinsamen Varianz der Items. Da ein Teil der gemeinsamen Methodenvarianz durch die natürliche und gewollte Kovarianz zwischen den einzelnen Items des VFI bestimmt ist, gilt dieser Wert als unproblematisch (Oostlander et al., 2014).

Abweichung von der ursprünglichen Operationalisierung

Da die Exposition in ihrer ursprünglichen Operationalisierung, also über die zusätzliche Antwortmöglichkeit des LEC-5 (Ehring et al., 2014) zu einer Reduktion der Stichprobengröße um 51.8% geführt hätte, wurde dieser Zugang verworfen. Entgegen der Planung wurden dementsprechend alle Teilnehmenden, unabhängig von den Angaben der zusätzlichen Antwortmöglichkeit der LEC-5 (Ehring et al., 2014), in den inferenzstatistischen Berechnungen berücksichtigt. Die Angaben über die Häufigkeiten und der persönlichen Einschätzung der Traumatisierung anhand der zusätzlichen Items der LEC-5 (Ehring et al., 2014) wurden in der Berechnung der Kontrollvariable Vortraumatisierung nicht berücksichtigt. Personen wurden als vortraumatisiert klassifiziert, wenn sie das Trauma selbst erlebt haben oder Zeuge davon waren.

Hypothesen 1-6: Motivationale Funktionen

Voranalyse Regressionsmodell. Eine Korrelation zwischen allen für die Hypothesen 1-6 relevanten Konstrukten und Variablen hat gezeigt, dass die motivationalen Funktionen Wertefunktion, Schutzfunktion und Erfahrungsfunktion mit dem Kriterium korrelieren und somit in das Regressionsmodell aufgenommen wurden. Die motivationalen Funktionen Soziale Anpassungsfunktion, Selbstwertfunktion und Karrierefunktion wurden hingegen in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt (Tabelle 3).

Tabelle 3

Korrelationstabelle der Konstrukte und Variable der Hypothesen 1-6

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1									
2	-.011	1								
3	.066	.377**	1							
4	.253**	.246**	.466**	1						
5	.015	.254**	.232**	.189**	1					
6	.102*	.337**	.416**	.309**	.246**	1				
7	.216**	.024	.247**	.227**	.103*	.424**	1			
8	.143**	.000	.149**	.046	.011	.071	.101*	1		
9	.060	.031	.018	.052	.116*	-.031	.011	-.116*	1	
10	.050	.094	.027	.030	.066	.046	-.039	.125*	.255**	1

Anmerkung. (1) STS; (2) Karrierefunktion; (3) Selbstwertfunktion; (4) Schutzfunktion; (5) Soziale Anpassungsfunktion; (6) Erfahrungsfunktion; (7) Wertefunktion; (8) Vortraumatisierung; (9) Austausch; (10) Supervision. $N = 417$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Die Entscheidung, ob die dichotomen Kontrollvariablen Vortraumatisierung, Möglichkeit des Austausches mit anderen Mitgliedern und Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen in das Regressionsmodell aufgenommen werden, wurde mittels t -Tests getroffen. Personen, die in ihrer Organisation bzw. ihrem Verein oder ihrer Initiative die Möglichkeit hatten, Supervision in Anspruch zu nehmen, unterschieden sich nicht signifikant von Personen, die diese Möglichkeit nicht hatten ($t(415) = -1.02$, $p = .31$). Ebenso wenig unterschieden sich Personen, welche die Möglichkeit hatten, sich in der Organisation bzw. im Verein oder in der Initiative mit anderen Personen auszutauschen von Personen, die diese Möglichkeit nicht hatten ($t(415) = -1.22$, $p = .224$). Aufgrund der fehlenden Mittelwertunterschiede der Gruppen Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen (0 = *keine Möglichkeit zur Supervision*; 1 = *Möglichkeit zur Supervision*) und Möglichkeit sich mit anderen Personen in der Organisation bzw. im Verein oder in der Initiative auszutauschen

(0 = *keine Möglichkeit zum Austausch*; 1 = *Möglichkeit zum Austausch*) wurden diese Kontrollvariablen nicht in das Regressionsmodell aufgenommen. Die Kontrollvariable Vortraumatisierung wurde aufgrund der signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen (0 = *nicht vortraumatisiert*; 1 = *vortraumatisiert*) in das Regressionsmodell aufgenommen ($t(415) = -2.94, p = .003$). Die Mittelwerte der dichotomen Variablen sind in der Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4

Mittelwerte und Standardabweichungen der dichotomen Kontrollvariablen bei STS

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kein Austausch	53	1.90	0.49
Austausch	364	1.98	0.49
Keine Supervision	249	1.95	0.47
Supervision	168	2.00	0.51
Nicht vortraumatisiert	35	1.74	0.40
Vortraumatisiert	382	1.99	0.49

Im finalen Regressionsmodell wurden somit die Prädiktoren Wertefunktion Schutzfunktion und Erfahrungsfunktion sowie die Kontrollvariable Vortraumatisierung berücksichtigt. Nachdem die motivationalen Funktionen Soziale Anpassungsfunktion, Selbstwertfunktion und Karrierefunktion nicht mit dem Kriterium STS korrelierten, werden die Hypothese 2, die Hypothese 4 und die Hypothese 5 nicht angenommen.

Das finale Regressionsmodell. Bei der Regression wurden die Kontrollvariable und die Prädiktoren durch blockweisen Einschluss in das Modell aufgenommen. Im ersten Block wurde die Kontrollvariable Vortraumatisierung und im zweiten Block die Prädiktoren Wertefunktion, Schutzfunktion und Erfahrungsfunktion aufgenommen (Tabelle 5). Das finale Regressionsmodell (Modell 2) erklärte 9.8% der Gesamtvarianz des Kriteriums STS ($F(3, 412) = 12.6, p < .001$). Der Effekt kann nach J. Cohen (1988) als klein eingestuft werden. Damit erklärt das Modell 8.6% mehr Varianz als das Modell mit der Vortraumatisierung als alleinigem Prädiktor. Die Kontrollvariable Vortraumatisierung erwies sich als signifikant ($\beta = .12, p = .012$). Als signifikante Prädiktoren für STS erwiesen sich die Wertefunktion ($\beta = .18$,

$p = .001$) und die Schutzfunktion ($\beta = .22, p < .001$). Als nicht signifikant erwies sich der Prädiktor Erfahrungsfunktion ($\beta = -.05, p = .349$).

Tabelle 5

Zusammenfassung der multiplen Regressionsanalyse mit Vortraumatisierung als Kontrollvariable und den relevanten motivationalen Funktionen als Prädiktoren für die Sekundäre Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe

Variable	Block 1. Kontrollvariable					Block 2. Motivationale Faktoren				
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Vortraumatisierung	.25	.17	.14	2.94	.003	.21	.08	.12	2.52	.012
Wertefunktion						.15	.05	.18	3.37	.001
Erfahrungsfunktion						-.04	.04	-.05	-.94	.349
Schutzfunktion						.13	.03	.22	4.54	<.001
R^2			.020					.106		
R^2_{adj}			.018					.098		
<i>F</i> für Änderung in R^2			8.63**					13.20***		

Anmerkungen. $N = 416$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Nachdem die Prädiktoren Wertefunktion und Schutzfunktion auch unter der Berücksichtigung der Kontrollvariable Vortraumatisierung im finalen Regressionsmodell das Kriterium signifikant erklärten, werden die Hypothesen 1 und die Hypothese 3 angenommen. Da die Erfahrungsfunktion unter dem Einfluss der Kontrollvariable Vortraumatisierung nicht mehr signifikant mit dem STS korrelierte, wird die Hypothese 6 nicht angenommen.

Hypothesen 7-8: Aufenthaltsstatus und Alter

Die Hypothese 7 und die Hypothese 8 wurden mittels Pearson-Korrelation ausgewertet. Dabei zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommenen unsicheren Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und dem STS der freiwillig tätigen Personen ($r(417) = .47, p < .001$). Zwischen dem Alter der freiwillig tätigen Personen und deren STS zeigte sich kein Zusammenhang ($r(417) = .10, p = .055$).

Da sich ein positiver Zusammengang zwischen dem von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommenen unsicheren Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und dem STS der freiwillig tätigen Personen zeigte, wird die Hypothese 7 angenommen. Die Hypothese 8 wird nicht angenommen, da sich kein Zusammenhang zwischen dem Alter der freiwillig tätigen Personen und deren STS zeigte.

Zusatzanalysen

Alternatives Expositions-kriterium. In einer Metaanalyse von Jurisch et al. (2009) wurden die empirischen Grundlagen der Sekundären Traumatisierung untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Anzahl der Wochenstunden, die Personen mit traumatisierten Personen arbeiten, das geeignetste Mittel der Operationalisierung der Exposition ist. In dieser Masterthesis zeigte sich ein mit der Referenzliteratur vergleichbarer positiver Zusammenhang zwischen der wöchentlichen Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe und dem STS der freiwillig tätigen Personen (Creamer & Liddle, 2005). Infolgedessen wurde auch hier die Anzahl der Stunden, die Personen wöchentlich freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig waren, als Maß der Exposition herangezogen. Es wurde in Folge ein Mediansplit durchgeführt und die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt. Die Personen der ersten Gruppe waren dabei weniger als vier Stunden pro Woche (*wenig Exposition*) und die Personen der zweiten Gruppe mindestens vier Stunden pro Woche (*viel Exposition*) freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Hypothesen 1-8 unter Berücksichtigung der Differenzierung zwischen den Personen mit wenig Exposition und den Personen mit viel Exposition dargestellt.

Hypothesen 1-6: Motivationale Funktionen. Die Kontrollvariablen und Prädiktoren wurden hier, wie bei der ursprünglichen Beantwortung der Hypothesen 1-6, durch blockweisen Einschluss in das Modell aufgenommen. Im ersten Block wurde wieder die Kontrollvariable Vortraumatisierung aufgenommen. Im zweiten Block wurden alle theoretisch relevanten Variablen in das Regressionsmodell aufgenommen.

Das finale Regressionsmodell für Personen mit wenig Exposition erklärte 14.6% der Gesamtvarianz des Kriteriums STS ($F(8, 154) = 4.10, p < .001$). Nach J. Cohen (1988) handelt es sich dabei um einen mittleren Effekt. Damit erklärt das Modell 11.5% mehr Varianz als das Modell mit der Vortraumatisierung als alleinigem Prädiktor. Als signifikante Prädiktoren von STS bei Personen, die weniger als vier Stunden in der Woche in der Flüchtlingshilfe tätig waren, zeigten sich Wertefunktion und Schutzfunktion. Ebenfalls signifikant waren die Kontrollvariablen Vortraumatisierung und Möglichkeit des Austausches

mit anderen Mitgliedern (s. Tabelle 6).

Tabelle 6

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Sekundären Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe mit wenig Exposition (< 4h pro Woche)

Variable	Block 1. Kontrollvariable					Block 2. Motivationale Faktoren				
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Vortraumatisierung	.32	.13	.19	2.49	.014	.32	.13	.20	2.52	.013
Wertefunktion						.15	.07	.19	2.32	.022
Erfahrungsfunktion						.05	.06	.08	.86	.394
Schutzfunktion						.11	.05	.19	2.30	.023
Karrierefunktion						-.04	.04	-.09	-.97	.333
Selbstwertfunktion						-.02	.06	-.03	-.29	.773
Soziale						.01	.05	.02	.19	.848
Anpassungsfunktion										
Austausch						.36	.11	.24	3.19	.002
Supervision						-.03	.07	-.03	-.48	.656
R^2			.037					.193		
R^2_{adj}			.031					.146		
<i>F</i> für Änderung in R^2			6.20*					3.73**		

Anmerkungen. $N = 416$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Das finale Regressionsmodell für Personen mit viel Exposition erklärte 10.8% der Gesamtvarianz des Kriteriums STS ($F(8, 232) = 4.23, p < .001$). Nach J. Cohen (1988) handelt es sich dabei um einen kleinen Effekt. Damit erklärt das Modell 9.7% mehr Varianz als das Modell mit der Vortraumatisierung als alleinigem Prädiktor. Als signifikante Prädiktoren von STS bei Personen, die mindestens vier Stunden in der Woche in der

Flüchtlingshilfe tätig waren, zeigten sich Wertefunktion, Schutzfunktion und Selbstwertfunktion. Da die Schutzfunktion den STS von Personen, die mindestens vier Stunden in der Woche freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig waren, signifikant beeinflusst, wird die Hypothese 3 für diese Subgruppe angenommen. Nicht signifikant waren die Prädiktoren Soziale Anpassungsfunktion, Erfahrungsfunktion und Karrierefunktion. Ebenfalls nicht signifikant waren die Kontrollvariablen (Tabelle 7).

Tabelle 7

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Sekundären Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe mit viel Exposition ($\geq 4h$ pro Woche)

Variable	Block 1. Kontrollvariable					Block 2. Motivationale Faktoren				
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Vortraumatisierung	.22	.12	.16	1.95	.052	.20	.11	.11	1.76	.081
Wertefunktion						.14	.06	.16	2.19	.030
Erfahrungsfunktion						-.07	.06	-.09	-1.20	.230
Schutzfunktion						.19	.04	.34	4.80	<.001
Karrierefunktion						.02	.03	.05	.71	.481
Selbstwertfunktion						-.10	.04	-.17	-2.26	.025
Soziale Anpassungsfunktion						-.05	.04	-.09	-1.42	.156
Austausch						< -.01	.09	< -.01	-.01	.991
Supervision						.03	.07	.03	.46	.656
R^2			.016					.141		
R^2_{adj}			.011					.108		
<i>F</i> für Änderung in R^2			3.80					4.23***		

Anmerkungen. $N = 416$. *** $p < .001$.

Hypothese 7: Aufenthaltsstatus. Die Hypothesen 7 wurde auch hier mittels Pearson-Korrelation ausgewertet. Dabei zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommenen Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und des STS der freiwillig tätigen Personen mit wenig Exposition ($r(158) = .52$, $p < .001$). Es zeigte sich ebenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen dem von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommenen Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und dem STS der freiwillig tätigen Personen mit viel Exposition ($r(239) = .43$, $p < .001$).

Hypothese 8: Alter. Eine Pearson-Korrelation zwischen dem Alter der freiwillig tätigen Personen mit wenig Exposition und der Ausprägung der STS zeigte keinen Zusammenhang ($r(164) = .07$, $p = .37$). Es zeigte sich auch kein Zusammenhang zwischen dem Alter der freiwillig tätigen Personen mit viel Exposition und deren STS ($r(242) = .01$, $p = .94$).

Diskussion

Ein grundsätzliches Problem der Erforschung der Sekundären Traumatisierung ist die unterschiedliche Konzeptualisierung des Konstrukts. Damit ein Erkenntnisgewinn aus den Studienergebnissen gezogen werden kann, müssen diese mit der Referenzliteratur vergleichbar sein. In dieser Studie wurde der Fokus speziell auf die Übertragung der PTBS-Symptome nach DSM-IV gelegt (Stamm, 2010). Die gängigsten Konstrukte der Sekundären Traumatisierung stimmen bei der Annahme der Übertragung von PTBS-Symptomen überein (Daniels, 2006). Auch wenn durch diese Herangehensweise nicht alle Facetten der Sekundären Traumatisierung, wie etwa die Veränderung von Schemata oder die Entwicklung von Burnout Symptomen, berücksichtigt wurden, lassen sich die Ergebnisse in den gegenwärtigen Forschungskontext einordnen.

Das Ziel dieser empirischen Studie bestand darin, weitere Risiko- bzw. Schutzfaktoren für die Sekundäre Traumatisierung zu identifizieren. Dabei wurde in den Hypothesen 1-6 der Fokus auf den Einfluss von motivationalen Faktoren der freiwillig tätigen Personen auf deren Sekundäre Traumatisierung gelegt. Dies wurde anhand der Berechnung des Einflusses der motivationalen Funktionen auf die Ausprägung von STS bei Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind, untersucht. In den Berechnungen wurden bekannte Risiko- und Schutzfaktoren wie Vortraumatisierung, Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen und Möglichkeit sich mit anderen Personen in der Organisation bzw. im Verein oder in der Initiative auszutauschen, berücksichtigt. Durch diese Analysen konnten Risiko- und Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung identifiziert werden. In der

Hypothese 7 und der Hypothese 8 wurden potenzielle Risiko- bzw. Schutzfaktoren, die in der Literatur vernachlässigt wurden oder zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt haben, anhand einer Stichprobe von Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind, untersucht.

Motivationale Faktoren als Risiko- bzw. Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung

Das Ziel der ersten Fragestellung war es, motivationale Faktoren als mögliche Risiko bzw. Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung zu identifizieren. In Anbetracht der Ergebnisse der Referenzliteratur war davon auszugehen, dass es sich bei motivationalen Faktoren um distale Faktoren handelt (Jaffe et al., 2012; Ramos et al., 2016). Dies wurde in dieser Studie bestätigt. Es konnte gezeigt werden, dass die Wertefunktion und die Schutzfunktion unabhängig davon, wie häufig Personen freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig waren, Risikofaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung darstellen. Die Schutzfunktion war im Vergleich zur Wertefunktion immer der größere Risikofaktor für STS. Die Schutzfunktion wurde auch in der Referenzliteratur mit Burnout und Stress (Ramos et al., 2016) und PTBS (Jaffe et al., 2012) in Verbindung gebracht. Auch dort war die Schutzfunktion der bedeutsamste Risikofaktor. Die Schutzfunktion besagt, dass Personen als Schutz vor negativer Selbstbeschreibung und Schuldgefühlen freiwillig tätig sind (Oostlander et al., 2014). Die Schuldgefühle beziehen sich darauf, besser als andere Menschen gestellt zu sein. So könnten Personen durch ihre Freiwilligentätigkeit versuchen, Mitmenschen, denen es weniger gut geht, zu helfen und so ihren Schuldgefühlen entgegenzuwirken. Die negativen Konsequenzen könnten durch die Konfrontation mit oft mehrfach traumatisierten Personen erklärt werden (Carta et al., 2005). Diese Erlebnisse könnten dazu führen, dass freiwillig tätige Personen ihre Annahme, besser als andere gestellt zu sein, bestätigen. Dadurch könnten Personen, die aufgrund der Schutzfunktion freiwillig tätig sind, eine stärkere Ausprägung von STS zeigen als Personen mit anderen motivationalen Funktionen.

Die Wertefunktion wurde als zweiter Risikofaktor für eine Sekundäre Traumatisierung ausfindig gemacht. In der Studie von Jaffe et al. (2012) wurde kein Zusammenhang zwischen der Wertefunktion und PTBS-Symptomen gefunden. Auch bei Ramos et al. (2016) konnte kein Zusammenhang zwischen Burnout und Wertefunktion oder Stress und Wertefunktion gefunden werden. Somit ist diese Masterthesis die erste Studie, welche die Wertefunktion als Risikofaktor für STS identifiziert hat. Dies könnte auf die Stichprobe zurückzuführen sein. Personen in der sozial-karitativen Freiwilligentätigkeit sind besonders häufig aufgrund ihrer Werthaltung motiviert (Clary et al., 1998). Die

Grundannahme der Wertefunktion ist es, dass Personen durch die Freiwilligentätigkeit die Möglichkeit haben, ihre individuellen Werte hinsichtlich des Wohlergehens anderer Menschen zum Ausdruck zu bringen (Oostlander et al., 2014). Wenn das Wohlergehen der Geflüchteten allerdings von externen Faktoren, wie etwa eine drohende Abschiebung, dominiert wird und die Ausübung der Freiwilligentätigkeit durch die Werterhaltung nicht das bewirkt, was die freiwillig tätigen Personen zur Ausübung motiviert, könnte es zu einer kognitiven Dissonanz kommen (Smith & Mackie, 2000). Dies könnte die Wertefunktion zu einem Risikofaktor für STS machen, der speziell bei der Freiwilligentätigkeit mit Geflüchteten, oder genereller, bei Freiwilligentätigkeiten, in denen die Wertefunktion nicht erfolgreich umgesetzt werden kann, zum Ausdruck kommt.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass je nachdem wie intensiv die Freiwilligentätigkeit ausgeübt wird, unterschiedliche motivationale Funktionen Risiko bzw. Schutzfaktoren für eine Sekundäre Traumatisierung darstellten. So stellte die Selbstwertfunktion, wenn die Freiwilligentätigkeit mindestens vier Stunden in der Woche ausgeübt wurde, ein Schutzfaktor dar. In der Referenzliteratur wurde kein Zusammenhang zwischen Selbstwertfunktion und PTBS, Burnout oder Stress gefunden (Jaffe et al., 2012; Ramos et al., 2016). Die Selbstwertfunktion hat das Ziel den Selbstwert zu steigern. Die Freiwilligentätigkeit vermittelt das Gefühl wichtig zu sein und gebraucht zu werden (Oostlander et al., 2014). Sind Personen mindestens vier Stunden in der Woche freiwillig tätig, könnte sich der Selbstwert der Personen durch die Freiwilligentätigkeit steigern und die Selbstwertfunktion ihr Ziel erreichen. Dadurch könnten die Personen weniger anfällig für die Übertragung von Traumata sein.

In Bezug auf die Kontrollvariablen zeigte sich kohärent mit der Referenzliteratur, dass Vortraumatisierung der einflussreichste Faktor auf die Ausprägung von STS war (Daniels, 2006; Figley, 1995). Nach Daniels (2006) könnte dieser Zusammenhang dadurch erklärt werden, dass Personen, die selbst traumatische Erfahrungen gemacht haben, eher mit traumatisierten Personen arbeiten und somit einer größeren Belastung ausgesetzt sind.

Interessante Erkenntnisse lieferte die Kontrollvariable *Möglichkeit sich mit anderen Personen in der Organisation bzw. im Verein oder in der Initiative auszutauschen*. Es zeigte sich, dass diese bei Personen, die weniger als vier Stunden in der Woche freiwillig tätig waren, zu einer höheren Ausprägung von STS führte. Bei Personen, die mindestens vier Stunden in der Woche freiwillig tätig waren, zeigte sich dies nicht. Diese Erkenntnis ist überraschend, da die Möglichkeit, sich mit anderen Personen in der Organisation bzw. im Verein oder in der Initiative auszutauschen, in anderen Studien als Ressource bzw.

Schutzfaktor identifiziert wurde (Bride, Radey, et al., 2007). Die Ergebnisse dieser Masterthesis könnten dadurch erklärt werden, dass Personen, die nur selten freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig waren, die Möglichkeit zum Austausch, falls es diese gibt, nicht nutzten. Der negative Einfluss des Austausches könnte mit der Art des Kontakts zusammenhängen. Austausch ist nur dann protektiv, wenn man intensive Gefühle in einer sicheren Umgebung kommunizieren kann (Clark & Gioro, 1998). Darüber hinaus sollte der Austausch in einer gewissen Regelmäßigkeit erfolgen. Da der Austausch bei Personen, die nur selten freiwillig tätig sind, nicht regelmäßig stattfindet, könnte die Kommunikation von intensiven Gefühlen in den kurzen Phasen der Freiwilligentätigkeit auch als Drucksituation wahrgenommen werden. So könnte die Kommunikation zum Stressfaktor werden, was wiederum ein Risikofaktor für eine Sekundäre Traumatisierung darstellt (Pross, 2009).

Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und die Sekundäre Traumatisierung von freiwillig tätigen Personen

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass der von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommene unsichere Aufenthaltsstatus der Geflüchteten mit deren STS zusammenhängt. Je mehr der unsichere Aufenthaltsstatus der Geflüchteten von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommen wurde, desto schwerer waren deren STS-Symptome. Dies ist übereinstimmend mit dem Ergebnis von Birck (2001). In jener Studie wurde der unsichere Aufenthaltsstatus als der am häufigsten genannte Stressor bei Personen, die mit Folteropfern arbeiteten, angegeben. Dieser Zusammenhang könnte durch die Parallelität der Symptomatik von PTBS und STS erklärt werden (Figley, 1995; Figley, 2002). Die PTBS-Prävalenz von in Krisengebieten lebenden Personen ist vergleichsweise hoch (Morina et al., 2018). Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Traumainhalte der Geflüchteten, und somit auch die der sekundär traumatisierten Personen, an die Lebensrealitäten in den Herkunftsländern der Geflüchteten geknüpft sind. Durch die Gefahr einer möglichen Abschiebung ist die Situation der Geflüchteten von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Ohnmacht gekennzeichnet. Als Folge kann es zu einer Beeinträchtigung von Verarbeitungs- und Kompensationsprozessen und schlussendlich zu einer Chronifizierung von PTBS-Symptomen kommen (Angenendt, Nyberg, & Frommberger, 2013). Eine Studie von Silove, Steel, McGorry und Mohan (1998) hat dies bestätigt und gezeigt, dass eine Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen, wie beispielsweise eine mögliche Abschiebung, zu einem Symptomanstieg führen kann. Die Ergebnisse dieser Masterthesis legen nahe, dass sich der aufgrund des unsicheren Aufenthaltsstatus entstehende

Postmigrationsstress, auch auf die Symptomatik der Sekundären Traumatisierung der freiwillig tätigen Personen auswirken könnte.

Alter und Sekundäre Traumatisierung der freiwillig tätigen Personen

In dieser Studie konnte kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem STS der freiwillig tätigen Personen gezeigt werden. Dieses Ergebnis reiht sich in die heterogene Studienlage ein (Birck, 2001; Dworkin et al., 2016; Hensel et al., 2015). Da ältere Personen hinsichtlich ihrer psychischen und physiologischen Gesundheit generell mehr von der Freiwilligentätigkeit profitieren als jüngere Personen, ist dieses Ergebnis dennoch interessant. Um dieses zu interpretieren, wird der Einfluss des Alters auf die Gesundheit und der Kontext der Freiwilligentätigkeit genauer betrachtet. Das Alter ist mit verschiedenen Lebensrollen verbunden (Ramos & Weher, 2015). So ist die Funktion, die ältere Personen erfüllen sollen eine andere als die von jüngeren Personen. Bei jüngeren Personen kann es zu Interaktionen zwischen der Freiwilligentätigkeit und verschiedenen Pflichten wie Kindeserziehung oder Berufsausübung kommen, wohingegen bei älteren Personen die Wahl, wann und in welcher Intensität die Freiwilligentätigkeit stattfinden soll, freier getroffen werden kann. Zusätzlich kann die Freiwilligentätigkeit zu einer Freisetzung von sozialen Ressourcen führen, von denen ältere Personen ebenfalls mehr profitieren als jüngere Personen (Wilson & Musick, 1999). Der Kontext, in dem die Freiwilligentätigkeit stattfindet, ist sehr heterogen. So unterscheidet sich der Einfluss auf die Gesundheit je nach Gebiet, in dem die Personen freiwillig tätig sind (Wilson, 2012). Negative Folgen von Freiwilligenarbeit zeigten sich beispielsweise bei Personen, die im Kontext von Katastrophenhilfe tätig sind (Jaffe et al., 2012). Auch die Arbeit mit traumatisierten Personen ist mit Risiken bezüglich der eigenen psychischen Gesundheit verbunden. Freiwillig tätige Personen gelten aufgrund der Heterogenität der Population und der wenigen Erfahrung in dem Bereich als besonders vulnerabel (Baird, S., & Jenkins, 2003). In Bezug auf die Ergebnisse dieser Studie könnte dies bedeuten, dass die förderlichen Aspekte der Freiwilligentätigkeit im Kontext der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten nicht zu tragen kommen. So könnten ältere Person, ähnlich wie in anderen Kontexten der Freiwilligentätigkeit, zwar mehr profitieren als jüngere Personen, jedoch, in Anbetracht der Traumakonfrontation, nicht besser vor STS geschützt werden.

Methodenkritik

Ein zentraler Diskussionspunkt dieser Arbeit ist die Operationalisierung der Exposition von traumatischen Ereignissen. Die Exposition, also das indirekte Erfahren von traumatischen Situationen durch Dritte, ist die Grundvoraussetzung zur Entstehung einer

Sekundären Traumatisierung. Dies wird, sowohl bei dem Konzept der Compassion Fatigue (Figley, 1995) als auch beim Konzept der Vicarious Traumatization (McCann & Pearlman, 1990) einheitlich definiert. Um die substanzielle Rolle des Expositionsriteriums zu verdeutlichen, wird die Entstehung und die Symptomatik der Sekundären Traumatisierung genauer betrachtet. Bei der Sekundären Traumatisierung ist die Nähe zur traumatisierten Person von zentraler Bedeutung (Daniels, 2008). Darunter wird die Parallelität zwischen primären und sekundären Trauma-Symptomen verstanden. Die traumatischen Inhalte der sekundär traumatisierten Personen beziehen sich immer auf die traumatischen Erlebnisse der primär traumatisierten Personen. In der PROQOL (Stamm, 2010), die in dieser Arbeit zum Erheben von STS herangezogen wurde, wird dieser Aspekt beispielsweise durch das Item *Ich fühle mich, als ob ich das Trauma einer Person, der ich geholfen habe, selber erlebe* anschaulich erhoben. Bei Berufsgruppen die Traumatherapie anbieten bzw. bei Personen die therapeutisch mit Trauma-Opfern arbeiten, ist die Konfrontation mit Erzählungen von traumatischen Erlebnissen, berufsbedingt vorhanden. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass Personen, die nicht traumatherapeutisch arbeiten, nicht zwingend mit Berichten von traumatischen Erlebnissen konfrontiert werden. Da es sich bei der Konfrontation jedoch um eine Notwendigkeit zur Entstehung der Sekundäre Traumatisierung handelt, muss diese erhoben werden. Dies gilt auch für Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind. Um die Exposition zu erheben wurde in dieser Studie der LEC-5 (Ehring et al., 2014) eine Antwortmöglichkeit hinzugefügt, mit der die Teilnehmenden angeben konnten, ob sie in ihrer Freiwilligentätigkeit mit potenziell traumatischen Situationen konfrontiert wurden. Das Verwenden dieser Methode hat dazu geführt, dass nur etwa die Hälfte der teilnehmenden Personen das Konfrontationskriterium erfüllt haben. Diese Art der Erhebung wurde in dieser Studie zum ersten Mal verwendet und lässt somit keinen Vergleich mit Referenzliteratur oder Aussagen über dessen Validität zu. Um die Plausibilität dieser Erhebung einzuschätzen werden zunächst die Items der LEC-5 (Ehring et al., 2014) und dann die Aufgabenbereiche von Personen, die in der Flüchtlingshilfe tätig sind, genauer betrachtet. Die Items der LEC-5 (Ehring et al., 2014), wie beispielsweise *sexueller Übergriff* oder *Aufenthalt in einem Kriegsgebiet*, beinhalten viele potenziell traumatische Ereignisse die Geflüchtete während oder vor der Flucht erleben (IOM, 2016; IOM, 2017; Rasmussen et al., 2012). Andere Items, wie *schweres menschliches Leid*, sind sehr global formuliert und treffen in Anbetracht der Flüchtlingspopulation auf die meisten Geflüchteten zu. In dieser Studie hat jedoch nur etwa die Hälfte der Personen angegeben, mindestens eine der 17 potenziell traumatischen Erlebnisse in ihrer Freiwilligentätigkeit erfahren zu haben. Es könnte dementsprechend

angenommen werden, dass die anderen Personen in ihrer Tätigkeit keinen oder nur oberflächlichen Kontakt zu geflüchteten Personen hatten. Betrachtet man allerdings den Median der Mitgliederanzahl der Vereine bzw. Organisationen oder Initiativen, so zeigt sich, dass die meisten Personen nicht in NGOs oder GONGOS, sondern kleinen Zusammenschlüssen tätig waren, die sich besonders durch soziale Unterstützung von Geflüchteten auszeichnen (De Jong & Ataç, 2017). Des Weiteren gaben 97.8% der Teilnehmenden an, in ihrer Freiwilligentätigkeit mit Geflüchteten mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus zu tun zu haben, was sich auch im Zusammenhang mit deren STS zeigte. Dies lässt vermuten, dass die Erhebung der Exposition über die zusätzliche Antwortmöglichkeit der LEC-5 (Ehring et al., 2014) nicht geeignet ist. Aufgrund der fehlenden Validitätsprüfung und in Anbetracht der deskriptiven Statistiken, wurde dieser Zugang zur Operationalisierung der Exposition verworfen. Da sich ein mit der Referenzliteratur vergleichbarer Zusammenhang zwischen der wöchentlichen Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe und der Sekundären Traumatisierung der freiwillig tätigen Personen zeigte, wurde in den Zusatzanalysen auf den alternativen Ansatz von Jurisch et al. (2009) zurückgegriffen.

Die Erhebung der Vortraumatisierung durch die LEC-5 (Ehring et al., 2014) ist ebenfalls kritisch zu betrachten. Diese erhebt die Exposition von 17 potenziell traumatischen Erlebnissen, die zu einer PTBS führen können. Es kann mit dieser Selbstbeurteilungsskala nur beurteilt werden, ob eine Person mindestens eines oder mehr der 17 Erlebnisse erfahren hat. Der Rückschluss auf eine Vortraumatisierung ist nicht möglich. Um ein differenziertes Urteil über die Vortraumatisierung zu fällen, wurde diese Skala erweitert. Es wurde zusätzlich zu jedem der 17 Ereignisse erhoben, ob Personen, falls sie das Ereignis erlebt haben, dieses als traumatisch einschätzen würden und wie oft es ihnen widerfahren ist. Da allerdings viele Teilnehmende diese Items nicht beantwortet haben, wurden diese Angaben nicht berücksichtigt.

Bei der Berechnung der Selbstwertfunktion wurde das Item 10 (*Durch meine Freiwilligenarbeit kann ich neue Leute kennenlernen*) aus den Analysen ausgeschlossen, da es inhaltlich nicht zu den anderen Items passt und sich nur indirekt durch eine Stabilisierung des Selbstwertes auszeichnet (Oostlander et al., 2014). Das Item wurde bei der Faktorenanalyse in dieser Stichprobe dem Faktor der Erfahrungsfunktion zugeordnet. Auch hier scheint das Item durch das *Kennenlernen der sozialen Welt* nur indirekt mit der Erfahrungsfunktion zusammenzuhängen. Eine mögliche Lösung für dieses Problem wird in einer alternativen Erfassung der Motivation von freiwillig tätigen Personen geboten (Bierhoff,

Schülken, & Hoof, 2007). Dort wird das Item 10 der Funktion *Soziale Bindung*, einer Subkategorie der Sozialen Anpassungsfunktion, zugeordnet.

Limitationen

Bei dieser Studie sind auch einige Limitationen zu nennen. Die Ergebnisse erlauben durch die Querschnittuntersuchung keine kausalen Schlussfolgerungen. Auch wenn die Organisationen bzw. Vereine oder Initiativen mit einer einheitlichen Suchstrategie ausfindig gemacht wurden und die Rekrutierung im gesamten deutschsprachigen Raum stattgefunden hat, ist von Verzerrungseffekte der Stichprobe auszugehen. Personen, die sehr belastet sind, haben wahrscheinlich nicht an der Studie teilgenommen. Dies kann daran liegen, da sie zu belastet für eine Teilnahme waren oder die Freiwilligentätigkeit aufgrund der Belastung bereits beendet haben (Jurisch et al., 2009). Die Population der Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind, ist demnach nicht vollständig repräsentiert.

Neben den Limitationen, die bereits in der Methodenkritik erläutert wurden, ist die Aufnahme dichotomer Kontrollvariablen in das Regressionsmodell zu kritisieren. So waren die Unterschiede der Gruppengrößen zwischen *vortraumatisiert* und *nicht vortraumatisiert*, sowie zwischen *Möglichkeit sich mit anderen Personen in der Organisation bzw. Verein oder Initiative auszutauschen* und *keine Möglichkeit sich mit anderen Personen in der Organisation bzw. Verein oder Initiative auszutauschen* sehr groß. Dies führt zu einer Reduzierung der statistischen Power. Eine weitere Limitation ist, dass im Regressionsmodell nur drei Kontrollvariablen berücksichtigt wurden. Die Belastung durch den unsicheren Aufenthaltsstatus der Geflüchteten wurde nur durch ein Item erhoben. Eine Erhebung mit mehreren Items würde zu robusteren Ergebnissen führen.

Abschließend ist zu betonen, dass die Sekundäre Traumatisierung neben der Übertragung von PTBS-Symptomen auch zu einer Veränderung der Schemata über sich selbst und der Welt führen kann (Pearlman & Mac Ian, 1995). Dieser Aspekt ist durch die pragmatische Reduzierung der Untersuchung der PTBS-Symptome in den Hintergrund gerückt. Auch positive Effekte der Freiwilligentätigkeit in der Flüchtlingshilfe wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Conclusio und Ausblick

Studien, die sich mit der Sekundären Traumatisierung beschäftigen, haben zumeist Personen untersucht, die professionell im Gesundheits- oder Sozialsektor arbeiten (Jaffe et al., 2012). Diese Studie hat erstmals die Sekundäre Traumatisierung in einer Population von Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind, untersucht. Dies hat zu wichtigen Erkenntnissen bei der Erhebung der Exposition traumatischer Inhalte geführt. Die

Schwierigkeiten, die dadurch in Erscheinung getreten sind, sind nicht nur auf diese Studie zu beschränken. Ursprünglich wurden primär Personen untersucht, die traumatherapeutisch arbeiten (Figley, 1995). In den vergangenen Jahren hat sich dies auf alle Personen, die mit traumatisierten Personen arbeiten, ausgebreitet (Stamm, 2010). Diese historische Entwicklung der Erforschung der Sekundären Traumatisierung erfordert methodische Änderungen: Zuerst sollte zwischen Personen, die traumatherapeutisch arbeiten und Personen, die nicht traumatherapeutisch arbeiten, differenziert werden. So ist die Exposition bei der ersten Gruppe gegeben, wohingegen diese bei der zweiten Gruppe erst erhoben werden muss. Als zweiter Schritt kann, wie bei der Metaanalyse von Jurisch et al. (2009) dargelegt, das Ausmaß der Exposition untersucht werden. Dies sollte in zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

Eine weitere Neuerung war die Untersuchung des Einflusses von motivationalen Faktoren auf den STS unter der Berücksichtigung von relevanten Einflussfaktoren. Hierbei wurde durch die Berechnung einer hierarchischen Regressionsanalyse ein robusteres Verfahren als in der Vergleichsliteratur von Jaffe et al. (2012) eingesetzt. Die Ergebnisse aus früheren Studien konnten dahingehend gefestigt werden, dass bestimmte motivationale Faktoren als Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung, bestätigt wurden. Weitere Studien zu den motivationalen Funktionen sind erforderlich. Um die Ergebnisse dieser Studie zu festigen, sollte die Studie mit einem alternativen Erhebungsinstrument der Vortraumatisierung repliziert werden. Dieses sollte definierte Cut-Off-Werte beinhalten. Arbeitsplatzmerkmale beeinflussen die Sekundäre Traumatisierung. Diese sollte in zukünftigen Studien ebenfalls mit geeigneten Messinstrumenten erhoben und berücksichtigt werden. Auch der Austausch mit anderen Mitgliedern sollte weiter untersucht werden. Zusätzlich sollten weitere Einflussfaktoren wie etwa Coping-Strategien berücksichtigt werden (Schauben & Frazier, 1995). Abschließend ist zu betonen, dass es auch alternative Methoden zur Operationalisierung der motivationalen Faktoren gibt. Die Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2000) differenziert beispielsweise zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation und nimmt an, dass sich das Verhalten am Grad der Selbstbestimmung unterscheidet. So sollte auch untersucht werden, inwiefern die Selbstbestimmung mit der Sekundären Traumatisierung zusammenhängt. Die motivationalen Funktionen lassen sich inhaltlich ebenfalls in extrinsische und intrinsische Motivationen unterteilen (Oostlander et al., 2014). Interessant wäre hierbei der Vergleich zwischen den Ergebnissen der Selbstbestimmungstheorie und den

motivationalen Funktionen in Bezug auf die Sekundäre Traumatisierung. Dadurch könnten die Ergebnisse an Aussagekraft gewinnen.

Der mittlere positive Zusammenhang zwischen dem von den freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommenen unsicheren Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und deren STS bietet ebenfalls Raum für zukünftige Forschung. Hierbei sollte der Postmigrationsstress untersucht werden. Interessant wäre die Untersuchung, ob es durch eine mögliche Abschiebung der Geflüchteten zu einer Reaktualisierung des Traumas bei den sekundär traumatisierten Personen kommen könnte.

Weitere Erforschung des Alters der freiwillig tätigen Personen in Bezug auf derer STS ist notwendig. Beispielsweise könnte untersucht werden, ob ältere Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind und Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Personen haben, von ihrer Freiwilligentätigkeit mehr profitieren als jüngere Personen, die ebenfalls Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Personen haben (Baird, S., & Jenkins, 2003).

Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass motivationale Faktoren die Sekundäre Traumatisierung beeinflussen. Dabei zeigt sich, dass Personen, die aufgrund ihrer werteorientierten Motivation freiwillig tätig sind, ein größeres Risiko für eine Sekundäre Traumatisierung als Personen aufweisen, als Personen, die andere Motivationen haben. Dieses Erkenntnis ist für die praktische Implikation außerordentlich relevant, da Personen, die in sozial-karitativen Bereichen freiwillig tätig sind, häufig aufgrund ihrer Wertehaltung aktiv sind (Clary et al., 1998). Dementsprechend gelten Personen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind, neben ihrer generellen Vulnerabilität, durch die werteorientierte Motivation, zusätzlich als Risikogruppe für eine Sekundäre Traumatisierung. Umso wichtiger ist es, dass besonders in der Flüchtlingshilfe über die Folgen der Arbeit mit traumatisierten Personen aufgeklärt wird. Dabei sollte das Konzept der Sekundären Traumatisierung vermittelt werden.

Die Selbstwertfunktion stellt bei Personen, die mindestens vier Wochenstunden freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig sind, einen Schutzfaktor für die Sekundäre Traumatisierung dar. So kann das Gefühl wichtig zu sein und gebraucht zu werden für Personen, die viele Wochenstunden in der Flüchtlingshilfe tätig sind, positive Auswirkungen haben. Da Personen verschiedene Motivationen für die Freiwilligentätigkeit haben können und diese auch veränderbar sind, ist positives Feedback in Bezug auf die Freiwilligentätigkeit

ratsam. Die Erkenntnisse dieser Masterthesis sind vor allem in der Prävention der Sekundären Traumatisierung wichtig.

Literatur

- Adams R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 238-250. doi:10.1177/1049731507310190
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-5* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Angenendt, J., Nyberg, E., & Frommberger, U. (2013). Posttraumatische Belastungsreaktionen bei Verkehrsunfallopfern. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 509-522). Berlin: Springer.
- Arsenijević, J., Schillberg, E., Ponthieu, A., Malvisi, L., Ahmed, W. A. E., Argenziano, S., ... Zachariah, R. (2017). A crisis of protection and safe passage: Violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Conflict and Health*, 11(1), 1-9. doi:10.1186/s13031-017-0107-z
- Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18(1), 71-86. doi:10.1891/vivi.2003.18.1.71
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. doi:10.1080/09515070600811899
- Bertelsmannstiftung. (2018). *Fördermittel in der Flüchtlingshilfe: Was gebraucht wird – was ankommt*. Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/90_Synergien_vor_Ort/Foerdermittel_in_der_Fluechtlingshilfe_web.pdf
- Bierhoff, H. W., Schülken, T., & Hoof, M. (2007). Skalen der Einstellungsstruktur ehrenamtlicher Helfer (SEEH). *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 6(1), 12-27. doi:10.1026/1617-6391.6.1.12
- Birck, A. (2001). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7(2), 85-90. doi:10.1177/153476560100700203
- Böttche, M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2016). Sequential traumatization, trauma-related disorders and psychotherapeutic approaches in war-traumatized adult refugees and asylum seekers in Germany. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 621-626. doi:10.1007/s00103-016-2337-4

- Branson, D. C., Weigand, D. A., & Keller, J. E. (2014). Vicarious trauma and decreased sexual desire: A hidden hazard of helping others. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(4), 398-403. doi:10.1037/a0033113
- Bride, B. E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7(1), 29-46. doi:10.1080/15434610490281101
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. doi:10.1093/sw/52.1.63
- Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMasters, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence Based Social Work*, 4(3-4), 69-80. doi:10.1300/J394v04n03_05
- Bride, B. E., & Kintzle, S. (2011). Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors. *Traumatology*, 17(1), 22-28. doi:10.1177/1534765610395617
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44-56. doi:10.1007/s10567-010-0081-0
- Bundesministerium für Inneres. (2018). *Allgemeines zum Asyl*. Verfügbar unter <https://www.bmi.gv.at/301/>
- Caritas Österreich. (2018). *Wie wir arbeiten - unsere Leitsätze*. Verfügbar unter <https://www.caritas.at/ueber-uns/was-wir-tun/>
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: Appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 1-13. doi:10.1186/1745-0179-1-13
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59(301), 301-328. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
- Clark, M. L., & Gioro, S. (1998). Nurses, indirect trauma and prevention. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 85-87. doi:10.1111/j.1547-5069.1998.tb01242.x

- Clary, E. G., & Snyder, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism. In M. S. Clark (Hrsg.), *Review of personality and social psychology, Vol. 12. Prosocial behavior* (S. 11-148). Thousand Oaks: Sage.
- Clary, E. G., Snyder, M., & Ridge, R. (1992). Volunteers' motivations: A functional strategy for the recruitment, placement, and retention of volunteers. *Nonprofit Management and Leadership*, 2(4), 333-350. doi:10.1002/nml.4130020403
- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., & Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516-1530. doi:10.1037/0022-3514.74.6.1516
- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Miene, P. K., & Haugen, J. A. (1994). Matching messages to motives in persuasion: A functional approach to promoting volunteerism. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(13), 1129-1146. doi:10.1111/j.1559-1816.1994.tb01548.x
- Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: A systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health*, 12(47), 1-13. doi:10.1186/s12992-016-0187-3
- Cohen, A. (2009). Welfare clients' volunteering as a means of empowerment. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(3), 522-534. doi:10.1177/0899764008320196
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Erlbaum.
- Creamer, T. L., & Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 89-96. doi:10.1002/jts.20008
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung – Kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie*. (Dissertation) Universität Bielefeld. Verfügbar unter <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2305651>
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53(2), 100-107. doi:10.1007/s00278..008-0585-y
- De Jong, S., & Ataç, I. (2017). Demand and deliver: Refugee support organisations in Austria. *Social Inclusion*, 5(3), 28-37. doi:10.17645/si.v5i3.1003

- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Dorrington, S., Zavos, H., Ball, H., McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Siribaddana, S., ... Hotopf, M. (2014). Trauma, post-traumatic stress disorder and psychiatric disorders in a middle-income setting: Prevalence and comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 205(5), 383-389. doi:10.1192/bjp.bp.113.141796
- Dworkin, E. R., Sorell, N. R., & Allen, N. E. (2016). Individual-and setting-level correlates of secondary traumatic stress in rape crisis center staff. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(4), 743-752. doi:10.1177/0886260514556111
- Egle, U. T., Frommberger, U., & Kappis, B. (2014). Begutachtung bei Posttraumatischer Belastungsstörung mit Leitsymptom Schmerz. *Der Schmerz*, 28(4), 354-364. doi:10.1007/s00482-014-1416-4
- Ehring, T., Knaevelsrud, C., Krüger, A., & Schäfer, I. (2014). *Life Events Checklist für DSM-5 (LEC-5): Deutsche Version*. Verfügbar unter <http://zep-hh.de/service/diagnostik/>
- Eurostat. (2018). Asylum and first time asylum applicants by citizenship, age and sex: Annual aggregated data (rounded). *Eurostat*. Verfügbar unter http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_asyappctza&lang=EN
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365(9467), 1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Hrsg.), *Compassion fatigue Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (S. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). *Mitgefühlerserschöpfung. Der Preis des Helfens*. In B. H. Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (S. 41-59). Paderborn: Junfermann.
- Freud, S. (1910). *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie*. Frankfurt a. M.: Fischer.

- Grimm, R., Spring, K., & Dietz, N. (2007). *The health benets of volunteering: A review of recent research*. NY: Corporation for National & Community Service.
- Harvey, S. B., Milligan-Saville, J. S., Paterson, H. M., Harkness, E. L., Marsh, A. M., Dobson, M., ... Bryant, R. A. (2015). The mental health of fire-fighters: An examination of the impact of repeated trauma exposure. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(7), 649-658. doi:10.1177/ 0004867415615217
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83-91. doi:10.1002/jts.21998
- Hofer, B., & Pass, C. (2015): Was ist Freiwilligenarbeit bzw. freiwilliges Engagement. In: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [BMASK] (Hrsg.), *Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des freiwilligen Engagements in Österreich. 2. Freiwilligenbericht* (S. 1-16). Wien: BMASK. Verfügbar unter http://www.freiwilligenweb.at/sites/default/files/2._freiwilligenbericht.pdf
- IBM. (2017). SPSS for IOS (Version 25). NY: IBM.
- Institut für Demoskopie Allensbach. (IfD). (2017) *Engagement in der Flüchtlingshilfe*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/122010/d35ec9bf4a940ea49283485db4625aaf/engagement-in-der-fluechtlingshilfe-data.pdf#page=11>
- International Organization for Migration. (IOM). (2016). *Compilation of available data and information*. Verfügbar unter https://www.iom.int/sites/default/files/situation_reports/file/Mixed-Flows-in-the-Mediterranean-and-Beyond-4February2016.pdf
- International Organization for Migration. (IOM). (2017). *Learns of 'slave market' conditions endangering migrants in North Africa*. Verfügbar unter <https://www.iom.int/news/iom-learns-slave-market-conditions-endangering-migrants-north-africa>
- Jaffe, E., Sasson, U., Knobler, H., Aviel, E., & Goldberg, A. (2012). Volunteers and the risk of posttraumatic stress disorder. *Nonprofit Management and Leadership*, 22(3), 367-377. doi:10.1002/nml.20059
- Jurisch, F., Kolassa, I. T., & Elbert, T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(4), 250-261. doi:10.1026/1616-3443.38.4.250

- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D., & Cardeña, E. (2014). Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 120-128.
doi:10.1037/a0031966
- Konrath, S., Fuhrel-Forbis, A., Lou, A., & Brown, S. (2012). Motives for volunteering are associated with mortality risk in older adults. *Health Psychology*, 31(1), 87-96.
doi:10.1037/a0025226
- Lemke, J. (2013). *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung* (3. Aufl.). Kröning: Asanger.
- Levy-Gigi, E., Richter-Levin, G., Okon-Singer, H., Keri, S., & Bonanno, G. A. (2015). The hidden price and possible benefit of repeated traumatic exposure. *Stress*, 19(1), 1-7.
doi:10.3109/10253890.2015.1113523
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257. doi:10.1016/j.socscimed.2009.04.032
- Lusk, M., & Terrazas, S. (2015). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(2), 257-273. doi:10.1177/0739986315578842
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. (4. überarb. Aufl.) Berlin: Springer.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. doi:10.1002/jts.2490030110
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 417-428. doi:10.1017/S135246580300403X
- Médecins Sans Frontières. (2016). *Serbia: Sharp increase in violence against migrants since border closures in the Balkans*. Verfügbar unter <https://www.msf.org/serbia-sharp-increase-violence-against-migrants-border-closures-balkans>
- Miles, J., & Shevlin, M. (2001). *Applying regression and correlation: A guide for students and researchers*. London: Sage.

- Mishori, R., Mujawar, I., & Ravi, N. (2014). Self-reported vicarious trauma in asylum evaluators: A preliminary survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1232-1237. doi:10.1007/s10903-013-9958-6
- More-Hollerweger, E., Sprajcer, S., & Eder, E. M. (2009): Einführung – Definition und Abgrenzung von Freiwilligenarbeit. In Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [BMASK] (Hrsg), *Freiwilliges Engagement in Österreich. 1. Bericht zum freiwilligen Engagement in Österreich* (S. 1-12). Wien: BMASK. Verfügbar unter http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/wpcontent/uploads/2011/09/IBIB_freiwilligenbe-richt.pdf
- Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 239, 328-338. doi:10.1016/j.jad.2018.07.027
- Neumann, D. (2016). *Das Ehrenamt nutzen*. Bielefeld: Transcript.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4(1), 1-7. doi:10.1186/1471-244x-4-3
- Oostlander, J., Güntert, S. T., van Schie, S., & Wehner, T. (2014). Volunteer functions inventory (VFI): Konstruktvalidität und psychometrische Eigenschaften der deutschen Adaptation. *Diagnostica: Zeitschrift für Psychologische Diagnostik und Differentielle Psychologie*, 60(2), 73-85. doi:10.1026/0012-1924/a000098
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-656. doi:10.1037/0735-7028.26.6.558
- Pross, C. (2009). *Verletzte Helfer: Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten, sich zu schützen* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ramos, R., Güntert, S., Brauchli, R., Bauer, G., Wehner, T., & Hämmig, O. (2016). Exploring the interaction between volunteering status, paid job characteristics and quality of volunteers' motivation on mental health. *VOLUNTAS: International*

- Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 27(2), 790-809.
doi:10.1007/S11266-015-9647-2
- Ramos, R., & Wehner, T. (2015). Hält Freiwilligenarbeit gesund? Erklärungsansätze und kontextuelle Faktoren. In T. Wehner, & S. Güntert (Hrsg.), *In Psychologie der Freiwilligenarbeit* (S. 109-127). Berlin: Springer.
- Rasmussen, A., Crager, M., Baser, R. E., Chu, T., & Gany, F. (2012). Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 705-712. doi:10.1002/jts.21763
- Reinhard, F., & Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13(1), 29-36. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/280707609_Sekundare_Traumatisierung_posttraumatische_Belastungsstorung_Burnout_und_soziale_Unterstutzung_bei_medizinischem_Rettungspersonal
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167-174. doi:10.1023/A:1022899207206
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64. doi:10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x
- Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WIdO Monitor Ausgabe*. Verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg_1_2018_1018.pdf
- Schuler, K., & Klormann, S. (2017). Wie sicher ist sicher? *Zeit online*. Verfügbar unter <http://www.zeit.de/politik/2017-02/afghanistan-sichere-regionen-bundesregierung-Abschiebung>
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., & Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil

- asylum-seekers: Comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 175-181. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09984.x
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2000). *Social Psychology*. (2nd ed.). Philadelphia: Psychology.
- Snyder, M., & Cantor, N. (1998). Understanding personality and social behavior: A functionalist strategy. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Hrsg.), *The handbook of social psychology* (S. 635-679). NY: McGraw-Hill.
- Snyder, M., Clary, E. G., & Stukas, A. A. (2001). Ehrenamtlichkeit: Ein funktionaler Ansatz. *Journal für Psychologie*, 9(3), 15-35. Verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/2829/ssoar-journpsycho-2001-3-snyder_et_al-ehrenamtlichkeit_ein_funktionaler_ansatz.pdf?sequence=1
- SoSci Survey. (2018). *Informationen zu SoSci Survey*. Verfügbar unter <https://www.soscisurvey.de/index.phy?page=info>
- Stamm, B. H. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale*. Verfügbar unter https://proqol.org/ProQOL_Test_Manuals.html
- Stotz, S. J., Elbert, T., Müller, V., & Schauer, M. (2015). The relationship between trauma, shame, and guilt: Findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 25863. doi:10.3402/ejpt.v6.25863
- Studienprogrammleitung Psychologie (2015). Leitlinien zur Erstellung der Masterarbeit für Lehrende und Studierende im Fachbereich Psychologie. *SSC Psychologie*. Verfügbar unter https://ssc-psychologie.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/ssc_psychologie/Downloads/Masterstudium/Masterarbeit/Leitlinien_zur_Masterarbeit__2015-10-01.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees Deutschland. (2018). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge*. Verfügbar unter http://www.unhcr.org/dach/wpcontent/uploads/sites/27/2017/03/GFK_Pocket_2015_RZ_final_ansicht.pdf
- Wilson, J. (2012). Volunteerism research: A review essay. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 176-212. doi:10.1177/0899764011434558
- Wilson, J., & Musick, M. (1999). The effects of volunteering on the volunteer. *Law and Contemporary Problems*, 62(4), 141-168. doi:10.2307/1192270

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Traumakriterien der PTBS nach DSM-5 (A-Kriterium)

Tabelle 2. Deskriptive Statistiken der motivationalen Faktoren

Tabelle 3. Korrelationstabelle der Konstrukte und Variable der Hypothesen 1-6

Tabelle 4. Mittelwerte und Standardabweichungen der dichotomen Kontrollvariablen bei STS

Tabelle 5. Zusammenfassung der multiplen Regressionsanalyse mit Vortraumatisierung als Kontrollvariable und den relevanten motivationalen Funktionen als Prädiktoren für die Sekundäre Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe

Tabelle 6. Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Sekundären Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe mit wenig Exposition (< 4h pro Woche)

Tabelle 7. Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Sekundären Traumatisierung bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe mit viel Exposition (\geq 4h pro Woche)

Abkürzungsverzeichnis

EU	Europäische Union
GONGO	Government-organized non-governmental Organizations
IfD	Instituts für Demoskopie Allensbach
IOM	International Organization for Migration
KS-Test	Kolmogorow-Smirnow-Test
LEC-5	Life Event Checklist für das DSM-5
NGO	Non-governmental Organization
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees
	Deutschland
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PRoQOL	Professional Quality of Life Scale
STS	Sekundär Traumatischer Stress
VFI	Volunteer Function Inventory

Anhang

Zusammenfassung

Bei der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten kann es zu einer Übertragung von PTBS-Symptomen auf die helfenden Personen kommen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung von motivationalen Faktoren als mögliche Risiko- bzw. Schutzfaktoren für *Sekundär Traumatischen Stress* (STS). Zusätzlich wurde der Zusammenhang zwischen dem von freiwillig tätigen Personen als Belastung wahrgenommenen unsicheren Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und deren STS untersucht. Zuletzt wurde der Zusammenhang zwischen dem Alter und STS bei freiwillig tätigen Personen überprüft. An der Online-Studie haben 417 Personen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum teilgenommen, die freiwillig in der Flüchtlingshilfe tätig waren. Eine hierarchische Regressionsanalyse mit STS als Kriterium und motivationalen Funktionen als Prädiktoren hat gezeigt, dass die Schutzfunktion ($\beta = .22, p < .001$) und die Wertefunktion ($\beta = .18, p = .001$) Risikofaktoren für STS darstellten. Bei Personen, die mindestens 4 Wochenstunden freiwillig tätig waren, zeigte sich die Selbstwertfunktion ($\beta = -.17, p = .025$) als Schutzfaktor. Vortraumatisierung wurde als Kontrollvariable berücksichtigt. Zwischen dem von den Probanden als Belastung wahrgenommenen unsicheren Aufenthaltsstatus der Geflüchteten und deren STS wurde ein mittlerer Zusammenhang gefunden ($r(417) = .47, p < .001$). Es wurde kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden und deren STS gefunden ($r(417) = .10, p = .055$). Die Studie zeigt, dass motivationale Faktoren Risiko- und Schutzfaktoren für STS bei freiwillig tätigen Personen in der Flüchtlingshilfe sein können. Da die Wertefunktion in sozial-karitativen Stichproben häufig vorkommt, sind hier Präventionsmaßnahmen besonders wichtig. Selbstwertförderliches Feedback in Bezug auf die Freiwilligentätigkeit könnte Personen vor STS schützen.

Abstract

The indirect exposure to trauma involves a risk of *Secondary Traumatic Stress* (STS). The aim of this analysis was to name motivational factors as risk or protective factors for volunteers, who work with refugees/asylum seekers. Another aim was to investigate the relationship between the unsafe asylum status from the refugees/asylum seekers that volunteers rated as threatening and their STS. Finally, the relationship between the age of the volunteers and their STS was assessed. The online survey was composed of 417 volunteer refugee aid helpers. A multiple regression analysis with STS as dependent variable and motivational functions as predictors showed, that the *protective-function* ($\beta = .22, p < .001$) and the *values-function* ($\beta = .18, p = .001$) can be risk factors for STS. The *enhancement-function* ($\beta = -.17, p = .025$) can be a protective factor for people who work at least 4 hours a week. Personal trauma history was considered as a control variable. The interaction between the unsafe asylum status from the refugees/asylum seekers that volunteers rated as threatening and their STS was positive ($r(417) = .47, p < .001$). There was no interaction between age of the volunteers and their STS ($r(417) = .10, p = .055$). The results of this survey show that motivational factors can be risk- and protective factors for STS. Since values-function is often the motivation to work as a social-charitable volunteer, prevention seems important. Positive feedback about their work could help to protect volunteers from STS.

Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschlossen haben, an dieser Untersuchung mitzuwirken!

Das Ziel dieser Befragung, die am Institut für Psychologie der Universität Wien durchgeführt wird, ist es, mehr über **verschiedene Aspekte der ehrenamtlichen Arbeit mit geflüchteten Personen** zu erfahren.

Diese Befragung richtet sich an Personen, die:

- mindestens **18 Jahre** alt sind
- **sich derzeit ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe engagieren**

Die Untersuchung findet zur Gänze online statt und wird etwa **15-20** Minuten beanspruchen.

Die gewonnenen Daten sind selbstverständlich völlig anonym und lassen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Antworten aus diesem Fragebogen werden auf einem passwortgesicherten Laptop gespeichert. Sie können die Teilnahme an der Untersuchung jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden. Sollten Sie die Teilnahme vorzeitig beenden, werden Ihre Daten nicht gespeichert.

Alle weiteren Instruktionen erhalten Sie auf den nächsten Seiten. Bitte lesen Sie diese genau und sorgfältig durch! Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, klicken Sie bitte auf „Weiter“, um zum ersten Teil der Untersuchung zu gelangen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen,

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Universität Wien

Einverständniserklärung

- ☒ Hiermit bestätige ich, dass ich über den Ablauf und den Inhalt der folgenden Befragung und meine Rechte aufgeklärt wurde und an der Befragung teilnehmen möchte.
- ☒ Ich erkläre mich mit der beschriebenen Verarbeitung und Speicherung meiner Daten einverstanden.

Geschlecht

- ☐ weiblich
☐ männlich
☐ ich kann/will mich keiner dieser Kategorien zuordnen

Alter (In Jahren)**Nationalität**

- ☐ österreichisch
☐ deutsch
☐ italienisch
☐ andere

Beziehungsstatus

- ☐ in keiner Beziehung
☐ in einer Beziehung

Sind Sie religiös oder spirituell?

- ☐ nein
☐ ja, religiös
☐ ja, spirituell
☐ ja, religiös und spirituell

Glaubensbekenntnis**Bitte wählen Sie Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung aus.****Sind Sie berufstätig?**

- ☐ nein
☐ ja, Teilzeit
☐ ja, Vollzeit

Falls Sie berufstätig sind, welchen Beruf üben Sie aus?**Sind Sie derzeit ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe aktiv?**

- ☐ ja
☐ nein

Seit ca. wie vielen Monaten sind Sie ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe aktiv?

Wie viele Stunden sind Sie durchschnittlich pro Woche in der Flüchtlingshilfe aktiv?

Wie viele Mitglieder umfasst der Verein / die Organisation in der Sie ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe tätig sind?

(Falls Sie sich unsicher sind, bitte schätzen Sie)

Falls Ihr Engagement unabhängig von einem Verein / einer Organisation ist, tragen Sie bitte eine 0 ein.

Gibt es im Verein/in der Organisation die Möglichkeit, Fortbildungen zu besuchen?

- ☐ ja
☐ nein
☐ weiß nicht
☐ ich gehöre keiner Organisation / keinem Verein an

Gibt es die Möglichkeit sich mit Personen auszutauschen, die im selben Verein/in derselben Organisation arbeiten wie Sie?

- ☐ ja
☐ nein
☐ weiß nicht
☐ ich gehöre keiner Organisation / keinem Verein an

Gibt es im Verein/in der Organisation die Möglichkeit, eine Supervision in Anspruch zu nehmen?

- ☐ ja
☐ nein
☐ weiß nicht
☐ ich gehöre keiner Organisation / keinem Verein an

Haben/hatten Sie bei Ihrer ehrenamtlichen Arbeit mit Geflüchteten/Asylsuchenden zu tun, die einen ungewissen Aufenthaltsstatus haben?

- ☐ ja
☐ nein

Falls Sie bei Ihrer ehrenamtlichen Arbeit mit Geflüchteten/Asylsuchenden zu tun haben/hatten, die einen ungewissen Aufenthaltsstatus haben, wie sehr belastet Sie der ungewisse Aufenthaltsstatus?

- | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| belastet
mich gar
nicht | belastet
mich
nicht | neutral | belastet
mich | belastet
mich sehr |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Denken Sie bitte an Ihr ehrenamtliches Engagement in der Flüchtlingshilfe. Wenn Sie anderen Menschen helfen, kommen Sie in direkten Kontakt mit deren Leben. Wie Sie vielleicht festgestellt haben, kann sich Ihr Mitgefühl für jene, denen Sie helfen, auf positive und negative Weise auswirken. Nachfolgend sind einige Fragen zu Ihren positiven sowie negativen Erfahrungen als Helfer/in. Prüfen Sie jede der folgenden Fragen über Sie und Ihre aktuelle Arbeitssituation. Wählen Sie die Antwort aus, die ehrlich reflektiert, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den **vergangenen 30 Tagen** gemacht haben.

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft/ immer
Ich bin glücklich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gedanklich beschäftigt mich mehr als eine Person, der ich helfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mich zufrieden, anderen helfen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich mit anderen verbunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei unerwarteten Geräuschen zucke ich zusammen oder erschrecke mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich gestärkt nach der (Zusammen-)Arbeit mit jenen, denen ich helfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, mein Privatleben von meinem Leben als Helfer/in zu trennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin nicht mehr so leistungsfähig bei der Arbeit, weil mir die traumatischen Erfahrungen einer Person, der ich helfe, den Schlaf rauben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, dass ich durch den traumatischen Stress derjenigen, denen ich helfe, beeinflusst worden sein könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich durch meinen Beruf als Helfer/in gefangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch mein Helfen sind meine Nerven äußerst strapaziert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mag meine Arbeit als Helfer/in.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich aufgrund der traumatischen Erfahrungen derjenigen, denen ich helfe, deprimiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich, als ob ich das Trauma einer Person, der ich geholfen habe, selber erlebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Überzeugungen, die mich stützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin zufrieden mit meiner Fähigkeit, mit der Entwicklung von Hilfstechiken und Protokollen mitzuhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin die Person, die ich immer sein wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit macht mich zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich fühle mich aufgrund meiner Arbeit als Helfer/in erschöpft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe fröhliche Gedanken und Gefühle in Bezug auf jene, denen ich helfe, und darauf, wie ich ihnen geholfen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich überwältigt, weil mir meine Arbeitsbelastung unendlich erscheint.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, dass ich durch meine Arbeit „etwas bewirken“ kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vermeide bestimmte Situationen oder Aktivitäten, da sie mich an beängstigende Erfahrungen der Personen, denen ich helfe, erinnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin stolz auf das, was ich tun kann, um zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch mein Helfen habe ich intrusive, beängstigende Gedanken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich durch das System ausgebremst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke, dass ich als Helfer/in erfolgreich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich an wichtige Bestandteile meiner Arbeit mit Traumaopfern nicht erinnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin eine sehr fürsorgliche Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin glücklich darüber, dass ich mir diese Arbeit ausgesucht habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr ehrenamtliches Engagement in der Flüchtlingsarbeit.

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	neutral	trifft zu	trifft völlig zu
Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in dem Feld, in dem ich beruflich arbeiten möchte, einen Fuß in die Tür zu bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann neue Kontakte knüpfen, die für meinen Beruf oder meine Karriere von Vorteil sein könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich verschiedene berufliche Möglichkeiten ausprobieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit kann mir helfen, in meinem Beruf erfolgreich zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfahrungen in der Freiwilligentätigkeit machen sich gut in meinem Lebenslauf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, wichtig zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit steigert mein Selbstwertgefühl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit gibt mir das Gefühl, gebraucht zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich besser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine Freiwilligentätigkeit kann ich neue Leute kennen lernen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit hilft mir, meine Sorgen zu vergessen, egal wie schlecht es mir geht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine Freiwilligentätigkeit fühle ich mich weniger einsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit nimmt mir etwas vom „Schuldgefühl“, besser dran zu sein als andere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit hilft mir dabei, eigene Probleme zu bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit lenkt mich von meinen Sorgen ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Freunde sind freiwillig tätig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen, die mir nahe stehen, möchten, dass ich freiwillig tätig bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Bekanntenkreis teilt das Interesse an der Freiwilligentätigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Menschen, die mir nahe stehen, messen der Freiwilligentätigkeit einen hohen Stellenwert bei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit ist für Menschen aus meinem engsten Bekanntenkreis eine wichtige Tätigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mehr über die Sache lernen, für die ich mich als Freiwilliger einsetze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit erlaubt es mir, eine neue Sichtweise auf Dinge zu gewinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Freiwilligentätigkeit ermöglicht mir, Dinge durch praktische Erfahrung zu lernen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann lernen, mit den verschiedensten Menschen umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meine Stärken kennenlernen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin um Menschen besorgt, die schlechter dran sind als ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin besorgt um die Menschen, für die ich die Freiwilligentätigkeit leiste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde Mitgefühl gegenüber bedürftigen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde es wichtig, anderen zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann etwas für eine Sache tun, die mir persönlich wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fast geschafft! Sie sind an der letzten Seite des Fragebogens angelangt.

TEIL 1:

Nachfolgend sind eine Anzahl schwieriger oder belastender Dinge aufgelistet, die Menschen manchmal zustoßen. Kreuzen Sie für jedes Ereignis eines oder mehrere Felder an, um anzugeben, dass es Ihnen persönlich zustoßen ist; Sie Zeuge davon waren, als es jemand anderem zustoßen ist; Sie davon erfahren haben, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund zustoßen ist; Sie damit im Rahmen Ihres Berufes konfrontiert wurden (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer); Sie damit im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit in der Flüchtlingshilfe konfrontiert wurden; oder Sie unsicher sind, ob es zutrifft. Bitte achten Sie darauf, **Ihr gesamtes Leben zu berücksichtigen (Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter)**, wenn Sie die Liste der Ereignisse durchgehen.

Naturkatastrophe (z.B. Überschwemmung, Orkan, Tornado, Erdbeben).

- ☐ mir persönlich zustoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie selten manchmal oft

☐ ☐ ☐ ☐

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein ja

☐ ☐

Feuer oder Explosion.

- ☐ mir persönlich zustoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie selten manchmal oft

☐ ☐ ☐ ☐

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein ja

☐ ☐

Verkehrsunfall (z.B. Autounfall, Schiffsunglück, Zugunglück, Flugzeugabsturz).

- ☐ mir persönlich zugestoßen
☐ Zeuge davon gewesen
☐ davon erfahren
☐ im Rahmen meines Berufs
☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schwerer Unfall bei der Arbeit, zuhause oder während einer Freizeitaktivität.

- ☐ mir persönlich zugestoßen
☐ Zeuge davon gewesen
☐ davon erfahren
☐ im Rahmen meines Berufs
☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einem Schadstoff ausgesetzt sein (z.B. gefährliche Chemikalien, Strahlung).

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gewalttätiger Angriff (z.B. überfallen, geschlagen, getreten oder zusammengeschlagen werden).

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angriff mit einer Waffe (z.B. verletzt oder bedroht werden mit einer Schusswaffe, einem Messer oder einer Bombe).

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, zu irgendeiner Art von sexueller Handlung durch Gewalt oder Androhung von Gewalt gezwungen werden)

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere unerwünschte oder unangenehme sexuelle Erfahrung.

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie selten manchmal oft

☐ ☐ ☐ ☐

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein ja

☐ ☐

Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet (beim Militär oder als Zivilist).

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie selten manchmal oft

☐ ☐ ☐ ☐

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein ja

☐ ☐

Gefangenschaft (z.B. gekidnappt, entführt, als Geisel genommen werden; Kriegsgefangenschaft).

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

nie selten manchmal oft

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

☐ ☐ ☐ ☐

nein ja

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

☐ ☐

Lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung.

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

nie selten manchmal oft

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

☐ ☐ ☐ ☐

nein ja

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

☐ ☐

Schweres menschliches Leid.

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese
Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Plötzlicher gewalttätiger Tod (z.B. Mord, Suizid).

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese
Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Plötzlicher Unfalltod.

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schwere Verletzung, Schaden oder Tod, die/den Sie jemand anderem zugefügt haben.

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie	selten	manchmal	oft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein	ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis.

- ☐ mir persönlich zugestoßen
- ☐ Zeuge davon gewesen
- ☐ davon erfahren
- ☐ im Rahmen meines Berufs
- ☐ im Rahmen meines Ehrenamtes
- ☐ unsicher

Wie oft haben Sie dieses Ereignis erlebt?

nie selten manchmal oft

☐ ☐ ☐ ☐

Falls Sie dieses Ereignis ein- oder mehrmals erlebt haben, würden Sie diese Erfahrung/diese Erfahrungen als traumatisch einschätzen?

nein ja

☐ ☐

TEIL 2:

Falls Sie irgendetwas bei dem Punkt „Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis“ in TEIL 1 angekreuzt haben, benennen Sie das Ereignis (Bitte kurz), an das Sie gedacht haben:

Falls Sie mehr als eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, denken Sie bitte an das Ereignis, das Sie als das schlimmste Ereignis betrachten; das bedeutet für diesen Fragebogen das Ereignis, das Sie zurzeit am meisten belastet. Falls Sie nur eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, nehmen Sie dieses als das schlimmste Ereignis. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf das schlimmste Ereignis (kreuzen Sie alle Auswahlmöglichkeiten an, die zutreffen):

Beschreiben Sie kurz das schlimmste Ereignis (z.B. was passierte, wer war beteiligt, usw.)

Wie lange ist es ca. her? (Bitte anmerken ob sich Ihre Angabe auf Monaten oder Jahren bezieht)

Auf welche Weise haben Sie das Ereignis erlebt?

- ☐ es ist mir selbst passiert
- ☐ ich habe es beobachtet
- ☐ ich habe erfahren, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund passiert ist
- ☐ ich wurde im Rahmen meines Berufes wiederholt mit Details des Ereignisses konfrontiert (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer)
- ☐ mir wurde im Rahmen meines Ehrenamtes in der Flüchtlingshilfe wiederholt detailliert vom Ereignis berichtet
- ☐ sonstiges, bitte beschreiben:
- ☐

War jemand in Lebensgefahr?

- ☐ ja, ich
- ☐ ja, jemand anderes
- ☐ nein

Wurde jemand schwer verletzt oder getötet?

- ☐ ja, ich wurde schwer verletzt
- ☐ ja, jemand anderes wurde schwer verletzt oder getötet
- ☐ nein

Beinhaltete es sexuelle Gewalt?

- ☐ ja
- ☐ nein

Falls das Ereignis den Tod eines nahen Angehörigen oder engen Freundes beinhaltete, war das die Folge eines Unfalls oder von Gewalt, oder war es die Folge natürlicher Umstände?

- ☐ Unfall oder Gewalt
- ☐ natürliche Umstände
- ☐ nicht zutreffend (Das Ereignis beinhaltete nicht den Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes)

Wie häufig haben Sie insgesamt ein ähnliches Ereignis erlebt, das genauso belastend oder fast genauso belastend war wie das schlimmste Ereignis?

- ☐ nur einmal
- ☐ mehr als einmal (Bitte nennen oder schätzen Sie die Anzahl, wie häufig Sie dieses Erlebnis hatten)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Sie haben damit einen wertvollen Beitrag für die Wissenschaft und den Schutz von Personen, die ehrenamtlich tätig sind, geleistet. Falls Sie noch Fragen zu dieser Studie haben sollten, wenden Sie sich bitte an: [REDACTED]. Ich würde mich freuen wenn Sie den Link zur Studie an Freunde und Bekannte, die ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe aktiv sind, weiterleiten.