

Arbeitsschwerpunkt Selbsthilfeforschung

WiSe (Wissenstransfer für die Selbsthilfe)

<http://blogs.hawk-hhg.de/wise/>

ExTer (Expertise zur Verbesserung der Situation
von Terroropfern im Rahmen der gesundheitlichen Selbsthilfe)

<http://blogs.hawk-hhg.de/exter/>

ExTer

Expertise zu wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Verbesserung der Situation von Terroropfern im Rahmen der gesundheitlichen Selbsthilfe

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
Hildesheim, 31. August 2019

Prof. Dr. Bernhard Borgetto
Silke Schwinn, M.Sc.
Jasmin Dürr, M.Sc.
Dr. Sandra Schiller
Dr. Christopher Kofahl
Dr. Stefan Nickel

Autor*innen

Prof. Dr. Bernhard Borgetto¹
Silke Schwinn, M.Sc.¹
Jasmin Dürr, M.Sc.¹
Dr. Sandra Schiller¹
Dr. Christopher Kofahl²
Dr. Stefan Nickel²

Unter Mitarbeit von

Ann-Kathrin Einfeldt, B.Sc.¹
Stella Hubert, B.Sc.¹
Ulrike Mönnighoff, B.Sc.¹

Vielen Dank für die freundliche Unterstützung an

Dr. Jutta Hundertmark-Mayser
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin

¹ HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzwinden/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1
D-31134 Hildesheim

² Institut für Medizinische Soziologie des
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Inhalt

Einleitung.....	4
Methodische Vorgehensweise.....	4
Systematische Literaturrecherche	4
Expert*inneninterviews	5
Befragung der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen	6
Terrorismus und Terroropfer	6
Gesundheitliche Folgen von Terroranschlägen.....	7
Gemeinschaftliche gesundheitsbezogene Selbsthilfe von Terroropfern	9
Aktuelle Möglichkeiten der gesundheitlichen Selbsthilfe für Terroropfer in Deutschland	10
Spezifische Selbsthilfegruppen bzw. -aktivitäten für Terroropfer	10
Unspezifische Selbsthilfegruppen bzw. -aktivitäten für Terroropfer	10
Voraussetzungen, Risiken und Kontraindikationen für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen für Betroffene nach Terroranschlägen.....	12
Unterstützung von Terroropfern durch die gesundheitliche Selbsthilfe in anderen von Terroranschlägen bereits betroffenen Ländern	15
Europäische Ebene.....	15
Landesebene	16
Erkenntnisse internationaler wissenschaftsbasierter Literatur	17
Möglichkeiten, Ansätze und Ableitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur künftigen Weiterentwicklung der gesundheitlichen Selbsthilfe im Bereich der Unterstützung von Terroropfern in Deutschland.....	21
Finanzierung der bereits bestehenden Aktivitäten der gesundheitlichen Selbsthilfe für Terroropfer	22
Fazit / Zusammenfassung	23
Literatur	23
Anhang.....	27

Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die HAWK – Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen und das Institut für Medizinische Soziologie (IMS) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit der Erstellung einer Expertise beauftragt, die die Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitlichen Selbsthilfe von Terroropfern, z. B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen (SHG), zum Gegenstand hat.

Terroranschläge hinterlassen traumatisierte und schwerverletzte Menschen, die in dieser belastenden persönlichen Situation Unterstützung bei der Verarbeitung der Erlebnisse brauchen. Besonders das Unerwartete und die grausame Handlung von Mensch zu Mensch machen die Besonderheit der Terrorereignisse gegenüber anderen traumatisierenden Ereignissen aus. Das Miterleben eines solchen Ereignisses verbreitet Angst und Schrecken nicht nur bei unmittelbar betroffenen Personen, sondern auch bei deren Angehörigen bzw. Hinterbliebenen sowie Zeug*innen der Tat.

Es ist denkbar, dass der Selbsthilfe (SH) bei der Verarbeitung von Terrorereignissen eine wichtige Rolle zukommt. Ziel der Expertise ist es zu erörtern, ob die Unterstützung der Gesundheitsselbsthilfe – eingebunden in ein Gesamtkonzept – einen Beitrag zur Verbesserung der Situation von Terroropfern leisten kann.

Methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Expertise wurde auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche, Expert*inneninterviews und einer bundesweiten Befragung von Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (SHU) erstellt. Die Projektförderung war von vornherein auf eine Projektlaufzeit von fünf Monaten angelegt. Gleichzeitig ist mit dem Projekt ein Promotionsvorhaben verknüpft. Die Literatur- und Datenauswertung für die Expertise war daher auf ad-hoc-Vorgehensweisen angewiesen und basiert auch auf diesen. Die wissenschaftlich systematische und umfassende Literatur- und Datenauswertung erfolgt im Rahmen der Promotion. Inhaltlich abweichende Erkenntnisse sind nicht zu erwarten, umfassendere und tiefergehende Erkenntnisse dagegen schon.

Systematische Literaturrecherche

Um das Themengebiet „Selbsthilfe nach Terroranschlag“ zu erschließen, wurde zunächst eine Chronologie zu Terroranschlägen seit dem Jahr 2000 in europäischen Ländern, sowie Ländern, die eine Strukturähnlichkeit zu Deutschland aufweisen, erstellt. Ergänzend wurden mögliche Beauftragte für die Anliegen von Opfern und Hinterbliebenen von terroristischen Straftaten der jeweiligen Länder ermittelt. Hierbei handelte es sich sowohl um Personen als auch um Organisationen oder Institutionen.

Um die Fragestellungen sowie notwendige Suchbegriffe zu spezifizieren, wurde zunächst eine orientierende Recherche zum Gegenstand durchgeführt. Die in diesem Rahmen ermittelten Suchbegriffe wurden dann vier Clustern zugeordnet und im Verlauf weiter ergänzt. Das erste Cluster umfasste Begriffe und Schlagwörter zu Überbegriffen zum Thema „Terror“, das zweite Cluster die „Folgen von Terroranschlägen“, das dritte Cluster „Hilfsangebote für den Umgang mit den Folgen von Terroranschlägen“ und das vierte Cluster „Selbsthilfe als Angebot für den Umgang mit Folgen von Terroranschlägen“. Die Begriffe der Cluster wurden dann anhand von sechs operationalisierten Fragestellungen (Anhang A) miteinander kombiniert.

Es wurden systematische Recherchen in 13 Datenbanken aus den Fachgebieten Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaft und Recht durchgeführt (Anhang B). Für jede Datenbank wurde eine an die Begrifflichkeiten und Funktionsweise der jeweiligen Datenbank angepasste Suchstrategie entwickelt und mit den Ergebnissen in einem Protokoll dokumentiert. Die Recherchen wurden vorrangig auf Englisch durchgeführt, da hier die aussagekräftigsten Ergebnisse zu erwarten waren. Es wurden sieben psychologische Zeitschriften und Selbsthilfezeitschriften per Hand- suche nach relevanten Titeln gesichtet. Insgesamt wurden 179 Referenzen bearbeitet. Die mit einer Anzahl von 101 Titeln meisten Beiträge beschäftigen sich mit den „Folgen von Terroranschlägen“. Die restlichen Titel verteilen sich gleichmäßig auf die weiteren Bereiche „Selbsthilfeangebote nach Terrorismus im In- und Ausland“, „generelle Hilfeangebote und Interventionen“ sowie „Kontraindikationen für Selbsthilfeangebote nach Terrorereignis“. Zur Recherche von bestehenden Angeboten zur „Selbsthilfe nach Terroranschlag“ wurde ergänzend eine freie Internetrecherche durchgeführt.

*Expert*inneninterviews*

Zum Einbezug von Expert*innenmeinungen wurden Interviews mit verschiedenen Akteur*innen in den Themenfeldern „Selbsthilfe“ und „Terror(-folgen)“ geführt. Die Auswahl der Interviewpartner*innen sollte sowohl die professionelle Versorgung als auch die Selbsthilfeunterstützung repräsentieren. Ein Zugang zu selbsthilfeaktiven Terroropfern konnte nicht realisiert werden.

In diesem Rahmen fanden am 24. Juni sowie am 02. Juli 2019 jeweils ein persönliches Interview statt, ein weiteres Expert*inneninterview wurde telefonisch am 09. Juli 2019 geführt. Zu den Interviewpartner*innen gehörten die Leiterin einer SHU mit langjähriger Erfahrung in der Zusammenarbeit mit SHG verschiedenster Art, der ärztliche Leiter einer Traumaambulanz mit einer Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der Leiter einer Landesstelle für Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV), der vor seiner Tätigkeit bei der PSNV in einer SHU mitgearbeitet hat.

Die Durchführung der Expert*inneninterviews wurde methodisch an das Experteninterview nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2010, S. 131-138) angelehnt. Die Interviews folgten keinem vorab festgelegten Leitfaden im engeren Sinne, sondern orientierten sich an den jeweils für relevant erachteten Themenbereichen. Diese veränderten sich mit dem sich weiter entwickelnden Kenntnisstand im Projekt.

Aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit erfolgte die Auswertung der Interviews ohne Transkription und wissenschaftlich-systematische Auswertung. Die Inhalte wurden, basierend auf den angefertigten Tonaufnahmen, inhaltlich zusammengefasst, um Kernaussagen zu dokumentieren.

Zusätzlich zu den Expert*inneninterviews fanden acht telefonische Kurzbefragungen statt. Darunter ist zu verstehen, dass sich zum einen Teilnehmende der Befragung der SHU beim Vorliegen von weiteren, möglicherweise relevanten Informationen zum Thema, zu einem telefonischen Austausch bereiterklären konnten. Zum anderen ergaben sich aus diesen Telefonaten weitere Kontakte mit Informationen, die im Rahmen der Expertise weiterverfolgt wurden. Die Gesprächsinhalte wurden im Telefonat stichwortartig dokumentiert.

Befragung der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen

Die bundesweite Online-Umfrage von SHU, durchgeführt vom IMS, erfolgte vom 17. Juni bis 7. Juli 2019. In diesem Zeitraum wurden mit Hilfe der so genannten ROTEN ADRESSEN der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS, www.nakos.de) insgesamt 335 Einladungen an alle registrierten Selbsthilfekontakt- und -unterstützungsstellen verschickt, davon 332 per Online und drei per Post an Einrichtungen, die online nicht erreichbar waren. Der Fragebogen (Anhang C) selbst umfasste 12 Fragen bzw. 40 Items und konnte – je nach Erfahrungshintergrund – in 10 bis 20 Minuten beantwortet werden. Im Rahmen der Online-Befragung konnte der Fragebogen zur Voransicht als PDF-Datei heruntergeladen werden. Alternativ zur Online-Befragung konnte ein Ausdruck der PDF-Version auch ausgefüllt per Post oder Fax an das IMS geschickt werden.

Nach zwei Erinnerungsschreiben, die angesichts der für Deutschland derzeit ungewöhnlichen Thematik (*Terror und Selbsthilfe*) noch einmal die wissenschaftliche Seriosität und den Nutzen der Befragung unterstreichen sollten, konnten 106 bzw. 31,6 % auswertbare Rückmeldungen einbezogen werden. Dies ist – gemessen an den Fragestellungen der Studie und dem generell begrenzten Zugang von SHU zu dieser Problematik – eine akzeptable Rücklaufquote.

Der Fragebogen wurde quantitativ sowie qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in einem Ergebnisbericht an die HAWK übergeben.

Terrorismus und Terroropfer

Terrorismus umfasst alle Formen von Gewalt, die mit dem Ziel angewendet werden, Angst und Schrecken bei den Opfern und deren Angehörigen, in der Bevölkerung oder in Bevölkerungsteilen auszulösen bzw. zu verbreiten. Es ist diese (häufig politische) Motivation und Absicht, die bei den Opfern terroristischer Gewalttaten in besonderem Maße spezifische psychische Reaktionen und gesundheitliche Folgen auslösen können und damit auch spezifische Hilfe und Unterstützung nötig machen.

Die tatsächlichen Ereignisse und Handlungen, die als terroristisch bzw. Terroranschläge bezeichnet werden können, ähneln in ihrer materiellen Dimension anderen Gewalttaten bzw. (Groß-)Schadensereignissen (wie Verbrechen, Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen).

Vier Gruppen von Terroropfern sind zu unterscheiden:

- (1) Menschen, die von einer terroristischen Gewalttat unmittelbar betroffen sind (Überlebende),
- (2) nicht unmittelbar betroffene Angehörige von Menschen, die von einer terroristischen Gewalttat unmittelbar betroffen sind (Angehörige von Überlebenden)
- (3) nicht unmittelbar betroffenen Menschen, die Angehörige durch eine terroristische Gewalttat verloren haben (Hinterbliebene) und
- (4) direkte und indirekte (z.B. über Massenmedien) Zeugen einer terroristischen Gewalttat.

Gesundheitliche Folgen von Terroranschlägen

Derzeit gilt ein Terroranschlag in Deutschland, der mit atomaren, radiologischen oder biologischen Waffen ausgeführt wird, als eher unwahrscheinlich (Sefrin, 2017). Bisherige und zu erwartende Anschlagsformen mit entsprechenden körperlichen Verletzungen sind eher Messer/ Axt (Stich-, Schnittwunden), Kraftfahrzeuge (Polytrauma), Sprengstoff (Explosionsverletzungen) und Schusswaffen (penetrierende Verletzungen). Hinzu kommen mögliche spezifische gesundheitliche Folgen. So gehören Atemwegserkrankungen zu den häufigsten körperlichen Krankheitsfolgen des Terroranschlags auf das World Trade Center (WTC) 2001 (9/11). Körperliche Verletzungen sind die häufigsten gesundheitlichen Schädigungen nach einem Terroranschlag.

Es ist davon auszugehen, dass die akute Belastungsstörung und die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) die häufigsten psychischen gesundheitlichen Folgen von Terroranschlägen sind. Dauern die psychopathologischen Symptome einer akuten Belastungsstörung länger als 4 Wochen an, so wird die Diagnose in der Regel in PTBS umgewandelt. Allerdings erleidet nicht jeder einem potenziell traumatisierenden Ereignis ausgesetzte Mensch eine psychische Folgestörung, sondern bleibt langfristig gesund, oftmals klingen die Symptome schon nach Stunden oder Tagen wieder ab.

Laut DiMaggio & Galea (2006) liegt die Prävalenz für eine PTBS nach terroristischen Ereignissen bei der direkt betroffenen Bevölkerung zwischen 12 und 16 %. Fünf bis sechs Jahre nach dem Terroranschlag auf das WTC stieg die Prävalenz von PTBS in der Bevölkerung von New York City auf 19 % (Perlman et al., 2011). Eine Vielzahl von Studien zeigt eine höhere Prävalenz unter Frauen als unter Männern, das Erkrankungsrisiko von Frauen nach einem Terroranschlag ist in etwa doppelt so hoch wie bei Männern (Bowler et al., 2012; DiMaggio & Galea, 2006).

Selbst bei indirekten Zeugen des Terroranschlags auf das WTC waren Stressreaktionen eine gesundheitliche Folge des Anschlags (Perlman et al., 2011). Es gibt Belege dafür, dass drei bis fünf Tage nach 9/11 44 % der erwachsenen Bevölkerung der USA substantiellen Stress erlebten. Folgende nationale Studien zeigten, dass über das ganze Land hinweg Personen Angst und Unsicherheit verspürten, und dass zwei Monate später die Raten von PTBS-Symptomen zugenommen hatten. Risikofaktoren, die mit diesen Symptomen in Verbindung stehen, waren bis zu vier Jahren nach 9/11: bereits vor 9/11 bestehende Psychopathologie, weibliches Geschlecht, kürzliche Immigration in die USA und erhöhte Stundenzahl der mit dem Terroranschlag verbundenen Medienberichterstattung.

Aus der Literatur und den Expert*inneninterviews ergaben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Ursache „Terroranschlag“ spezifische Formen von PTBS oder anderen psychischen Erkrankungen hervorruft. Im Gegenteil scheinen Terroranschläge nicht in höherem Ausmaß PTBS zu verursachen als andere traumatische Erlebnisse (Durodié & Wainwright 2019, Experteninterview Traumatologie).

Weitere psychische gesundheitliche Störungen sind Depressionen, Drogen-, insb. Alkoholmissbrauch und Angststörungen (Perlman et al., 2011).

Besondere Erwähnung verdient in diesem Zusammenhang, dass auch Trauerreaktionen pathologisch verlaufen können, wenn Trauer nach einem gewaltsamen Tod eines*einer Angehörigen durch schwerwiegende und länger anhaltende Symptome charakterisiert ist (Bauwens, 2017). Zudem haben Menschen, die Angehörige infolge eines Terroranschlags verloren haben, ein höheres Risiko, eine PTBS zu erleiden (Liu et al., 2014; Neria et al., 2010).

Im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wird im Anhang auf den Zustand der „persistierenden komplexen Trauerreaktion“ verwiesen. Schätzungen zufolge beträgt bei persistierender Trauer die Komorbidität mit Depression 55 % sowie mit irgendeiner Angststörung über 60 % (Simon et al., 2007).

Zudem werden pathologische Trauerreaktionen auch als „komplizierte Trauer“ bezeichnet (Znoj, 2016). Gemeint ist damit ein chronischer Zustand, der sich durch eine über Jahre hinweg kaum abzeichnende Verminderung der Belastung auszeichnet und häufig von weiteren psychischen und somatischen Symptomen begleitet ist. In der Regel ist mit chronisch ein Zeitraum von über sechs Monaten gemeint, je nach Kulturkreis kann jedoch auch eine längere Trauerzeit noch als physiologisch betrachtet werden, z. B. in Europa das Trauerjahr (Maercker & Augsburger, 2017, S. 968). Prävalenzzahlen für eine deutsche Population an Personen, die einen großen Verlust aufweisen liegen nach einer Untersuchung von Kersting et al. (2011) bei 7 %, übertragen auf die generelle Bevölkerung 4 %. Das trauerauslösende Ereignis lag durchschnittlich zehn Jahre zurück. Frauen scheinen dabei ein doppelt so hohes Risiko für eine komplizierte Trauerreaktion zu haben als Männer, ältere Menschen scheinen zudem besonders betroffen zu sein.

Gemeinschaftliche gesundheitsbezogene Selbsthilfe von Terroropfern

Hilft man sich selbst, so bedeutet dies, dass man in einer Situation, in der Hilfe möglich, üblich, angemessen oder auch sozialstaatlich angeboten bzw. garantiert wird, diese ersetzend oder ergänzend selbst und eigenständig aktiv wird. Dies kann als einzelne Person erfolgen (individuelle Selbsthilfe), als Person(en) innerhalb natürlicher sozialer Systeme wie Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis u. ä. (erweiterte individuelle Selbsthilfe) und innerhalb eigens zu diesem Zweck ‚künstlich‘ geschaffener sozialer Systeme wie Gruppen und Organisationen (gSH in Selbsthilfefzusammenschlüssen). *Diese Expertise bezieht sich ausschließlich auf gSH.*

Im Sozialversicherungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) wird im Hinblick auf die Förderfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Unterscheidung zwischen gesundheitsbezogener und sozialer gemeinschaftlicher Selbsthilfe getroffen. Danach ist Selbsthilfe gesundheitsbezogen, wenn SHG, SH-Organisationen und SH-Kontaktstellen einen engen Bezug zu medizinischen Erfordernissen haben und sich an den Krankheitsbildern eines eigens zu diesem Zweck erstellten Krankheitsverzeichnisses orientieren. SH-Strukturen oder -Aktivitäten, die dem psychosozialen, dem sozialen Sektor oder dem Bereich des bürgerschaftlichen Engagements zuzurechnen sind und sich auf Familie, Partnerschaft, Alter, Nachbarschaft, Kultur, Lebensführung, Lebenskrisen, besondere soziale Situationen usw. beziehen werden als soziale SH bezeichnet und sind nach SGB V nicht förderfähig. *Der Auftrag der Expertise bezieht sich ausschließlich auf gesundheitsbezogene SH.*

Im Hinblick auf die gSH von Terroropfern in SHG sind weitere Unterscheidungen hilfreich. Als *spezifische (anlassbezogene) SHG* werden im Weiteren SHG, die explizit die Bewältigung der gesundheitlichen Folgen von Terroranschlägen zum Ziel haben, von *unspezifischen SHG* abgegrenzt, die sich unabhängig von dem Anlass mit der Bewältigung von gesundheitlichen Probleme beschäftigen, die *auch* bei Terroropfern auftreten können.

Zudem können horizontale und multidimensionale spezifische SHG von Terroropfern unterschieden werden (Watkins, 2017). *Horizontale Gruppen* werden von unmittelbar Betroffenen, teilweise spontan, ohne bestehende Finanzierung oder Organisationsstruktur initiiert. Die Teilnahme basiert auf dem gemeinsamen Erleben desselben Ereignisses. Im Rahmen von *multidimensionalen Gruppen* initiieren und unterstützen Personen mit zurückliegenden Katastrophenerfahrungen Personen mit neuen Erfahrungen. Die unterstützenden Personen können ebenso Personen mit einer Mischung aus eigener und professioneller Erfahrung im Umgang mit traumatisierenden Ereignissen sein.

Aktuelle Möglichkeiten der gesundheitlichen Selbsthilfe für Terroropfer in Deutschland

Spezifische Selbsthilfegruppen bzw. -aktivitäten für Terroropfer

Spezifische SHG bzw. -Aktivitäten für Terroropfer in Deutschland halten wir für ausgesprochen selten. Im Rahmen einer Internetrecherche konnten keine diesbezüglichen SH-Aktivitäten identifiziert werden, bei der Befragung der SHU wurden von drei Einrichtungen terror-spezifische Kontakte zu SHG genannt. Über Anfragen von Menschen als Opfer terroristischer Angriffe und/oder anderer Gewaltformen berichteten die SHU von durchschnittlich rund 19 Fällen in den letzten fünf Jahren, darunter neun Anfragen mit terroristischem Hintergrund bei fünf SHU.

Unspezifische Selbsthilfegruppen bzw. -aktivitäten für Terroropfer

Gleichwohl gibt es SHG und -Aktivitäten für Menschen, die an den gleichen gesundheitlichen Problemen leiden, wie Terroropfer (vgl. Tab. 1). Folgestörungen bei Terroropfern sind überwiegend PTBS, Depressionen, Alkohol-Abusus, Angststörungen und einige mehr. Es ist damit zu rechnen, dass Terroropfer mit entsprechenden gesundheitlichen Problemen sich auch an der gSH beteiligen.

Tab. 1: Über Internet zugängliche/kontaktierbare Selbsthilfeaktivitäten (Beispiele, Deutschland)

Selbsthilfegruppen

DBT-(Dialektische-Behaviorale Therapie)-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Traumafolgestörungen / PTBS, KPTBS (Komplexe PTBS), BPS (Borderline-Persönlichkeitsstörung), dissoziative Störungen, Sucht, Essstörung, SVV (Selbstverletzendes Verhalten) [31.08.2019]:

https://www.sekis-berlin.de/selbsthilfe/suche-nach-gruppen/details/?no_cache=1&tx_sekissearch_details%5BsekiId%5D=6266

DBT-(Dialektische-Behaviorale Therapie)-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Borderline, posttraumatischer Belastungsstörung und/oder anderen dissoziativen Störungen [31.08.2019]:

<https://www.dbt-selbsthilfegruppe-karlsruhe.de/startseite/>

Lebensfreunde – Selbsthilfegruppen für Jugendliche und Erwachsene Menschen mit Depressionen, Traumata, Angsterkrankungen und deren Angehörige [31.08.2019]:

<https://www.shg-lebensfreunde.de/>

Eisblume – Selbsthilfegruppe für Angehörige von an PTBS erkrankten Soldatinnen und Soldaten [31.08.2019]:

<https://www.angriff-auf-die-seele.de/cms/hilfe/ehrenamtliche-hilfen/261-geisblumeq-selbsthilfegruppe-fuer-angehoerige-an-ptbs-erkrankten-soldatinnen-und-soldaten.html>

Virtuelle Selbsthilfe

PTBS: Übersicht über einige Facebook-Gruppen und Internetforen [31.08.2019]:
<http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/online-selbsthilfeangebote>

PTBS: Selbsthilfe-Forum [31.08.2019]:
<https://ptbs-selbsthilfeforum.de/forum/>

Angesichts der Möglichkeit pathologischer Trauerreaktionen bereitet es systematische Schwierigkeiten, die Teilnahme an Trauer-SHG von Terroropfern als gesundheitliche oder soziale Selbsthilfe einzustufen. Unseres Wissens unterscheiden Trauer-SHG nicht zwischen „normaler“ und „komplexer“ Trauerbewältigung, in der Regel werden Trauergruppen aber der sozialen SH zugerechnet.

Bislang haben wir keine Hinweise darauf gefunden, dass die besondere Verursachung der Gesundheitsprobleme durch einen Terroranschlag auch eine besondere Situation bzw. besondere Anforderungen an die gSH mit sich bringt.

Die Wirkungsforschung zu SHG im Bereich psychischer Störungen erbringt überwiegend positive Ergebnisse, wenngleich das Potenzial für qualitativ hochstehende Studien leider nicht ausgeschöpft wird. Die Forschung in Deutschland bleibt dabei hinter der internationalen Forschung zurück. Die Evidenz für positive Wirkungen ist im Bereich der Suchtselbsthilfe am besten und im Bereich Angststörungen gibt es Anhaltspunkte für positive Wirkungen (vgl. WiSe-Team, 2019). International gibt der Review von Pistrang et al. (2008) einen guten Überblick. Der Review umfasst zwölf Studien und bietet zwar ebenfalls begrenzte, aber vielversprechende Belege dafür, dass Menschen mit drei Arten von Problemen von der Teilnahme an SHG profitieren: Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, mit Depression und Angst sowie bei Trauer. Sieben Studien berichteten positive Veränderungen für die Teilnehmenden von SHG. Die aussagekräftigsten Ergebnisse stammen aus zwei randomisierten Studien, die zeigten, dass die Ergebnisse der SHG mit denen professioneller Interventionen vergleichbar waren. In fünf der zwölf Studien zeigten sich keine Unterschiede in der psychischen Gesundheit zwischen den Mitgliedern von SHG und Nichtmitgliedern. In keiner Studie konnten Belege für negative Auswirkungen der SHG-Teilnahme gefunden werden.

Weniger positiv als die Studienergebnisse fällt häufig die Bewertung der Wirkungen durch Expert*innen aus dem Bereich der medizinischen Versorgung aus. So schätzte im Rahmen der Expert*inneninterviews der ärztliche Leiter einer Traumaambulanz, ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Datenlage als Evidenznachweis für eine hilfreiche Intervention durch SH bei psychischen Erkrankungen als sehr schlecht ein. Aus therapeutischer Sicht sei es das Entscheidende, dass SH einen Einfluss auf die Psychopathologie habe. Bei der Befragung von Personen, ob ihnen etwas gutgetan habe oder nicht, bekomme man keine Aussage über die Qualität eines Angebotes. Zudem könne es durch SH auch Effekte geben, die Betroffene im Grübeln bestärken. Nicht zu beantwortende Fragen („Warum trifft es gerade mich?“; „Warum war die Polizei nicht früher da?“) würden eher zu einer Aufrechterhaltung der Bedeutung des Ereignisses führen. Diese Gefahr sei besonders groß, wenn Gruppen unbegleitet seien und sich dann als „Grü-

bel- bzw. Sorgenkreis“ gestalten würden. Wenn man das Nachdenken über das Ereignis hingegen sein lassen könne, entstünde auch wieder „Platz für anderes“.

In die Entwicklung von Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) werden in der Regel Betroffene einbezogen. Die in Leitlinien getroffenen Aussagen beruhen somit auf den (soweit möglich evidenzbasierten) Einschätzungen von fachlichen wie selbst betroffenen Expert*innen. S3-Leitlinien sind Leitlinien mit dem höchsten Anspruch an die Evidenzbasierung der getroffenen Aussagen und Empfehlungen.

Die von mehreren Fachgesellschaften entwickelte S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ (Flatten et al., 2011) wurde seit mehr als fünf Jahren nicht mehr aktualisiert und wird deshalb im Register der AWMF als abgelaufen geführt. In dieser Leitlinie wird keine Aussage über SH getroffen. In der 2018 von der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) überarbeiteten S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (Gühne et al., 2019) hingegen werden in einem eigenen Kapitel umfangreich Forschungsergebnisse zur SH gewürdigt. Dabei wird deutlich, dass diese zwar überwiegend positive Wirkungen belegen, sie aber wegen grundsätzlicher methodischer Einschränkungen nicht den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin entsprechen *können*. Dennoch wird u. a. folgende Empfehlung formuliert bzw. aus der ersten Version der Leitlinie aufrechterhalten: „Empfehlung 8 (2012): Patienten sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden. Empfehlungsgrad: KKP. Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens“ (ebd., S. 71). KKP steht dabei für Klinischer-Konsensus-Punkt und repräsentiert eine Empfehlung, zu deren Begründung keine Studien durchgeführt werden können, oder die einer breiten Werte- und Präferenzentscheidung in unserer Gesellschaft entsprechen. Ohne hier eine vertiefte Diskussion in die methodische Kontroverse um die Evidenzbasierung der Gesundheitsversorgung zu führen (vgl. dazu Borgetto et al. 2018), soll darauf hingewiesen werden, dass die vorliegende Evidenz durchaus als höher als Expert*innenmeinungen eingestuft werden kann (siehe oben).

Voraussetzungen, Risiken und Kontraindikationen für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen für Betroffene nach Terroranschlägen

Es ist anzunehmen, dass für die Teilnahme an SHG für Betroffene nach einem Terroranschlag bestimmte Voraussetzungen bestehen, die eine Person erfüllen sollte, um sich keinen gesundheitlichen Risiken auszusetzen, einen Nutzen von der Teilnahme zu haben und den Gruppenprozess innerhalb einer SHG nicht zu irritieren oder gar andere Teilnehmer*innen zu schädigen.

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten zwar keine Beiträge zu gesundheitlichen Risiken für Teilnehmende an SHG nach Terroranschlägen gefunden werden. In Bezug auf die Teilnahme von Personen mit PTBS an Gruppentherapieangeboten werden jedoch Voraussetzungen für eine konfrontative Therapie diskutiert, die auch als Voraussetzungen für die SHG-Teilnahme in Betracht kommen.

Wöller (2010, S. 5) hebt hervor, dass Gruppenkohärenz, interpersonelles Lernen sowie die „Universalität des Leidens“ als gruppenspezifische Wirkfaktoren bei traumatisierten Patient*innen betrachtet werden können. Jedoch wird auch berichtet, dass gruppenspezifische Maßnahmen ungünstige Auswirkungen haben können, „wenn das Gruppenangebot nicht an die spezifischen Verarbeitungsformen der traumatisierten Personen angepasst ist oder die Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Gruppenmaßnahme nicht vorliegen“ (ebd.). Patient*innen sollten deshalb vor unkontrollierten Überflutungen durch traumatische Affekte geschützt werden und in störungshomogenen Therapiegruppen gemeinsam unter angepasster Interventionstechnik agieren (ebd.) Unter Bezugnahme auf das Konsensusmodell der Traumatherapie (ebd., S. 6) hebt Wöller hervor, dass die äußere und innere Stabilität die Voraussetzung für jegliche Art der traumakonfrontativen Arbeit sei. In den Leitlinien zu PTBS wird folgendes ebenfalls erwähnt: „Es zeigt sich, dass aufgrund klinischer und kasuistischer Evidenz bei bestimmten Patienten eine zu frühe Konfrontationsphase ohne ausreichende Stabilisierung zu Risiken und Nebenwirkungen führen können. Dazu gehören vor allem erhöhte Suizidalität, vermehrtes selbstverletzendes Verhalten, psychosomatische Dekompensationen, vermehrte Dissoziation“ (Flatten, et al., 2011, S. 52).

Aus diesem Grund muss die Frage danach, inwieweit das Sprechen über traumatische Erfahrungen in Gruppensituationen eine heilende oder schädliche Wirkung hat, differenziert beantwortet werden. „Wenn es sich bei den berichteten traumatischen Erfahrungen zwar um Erinnerungen mit hohem subjektivem Belastungsgrad handelt, aber nicht im engeren Sinne eine traumatische Erinnerungsverarbeitung mit posttraumatischen oder dissoziativen Phänomenen vorliegt, kann das Sprechen über Traumatisierungen in einer schützenden Atmosphäre durchaus eine entlastende Wirkung haben. Liegt jedoch eine traumatische Erinnerungsverarbeitung in Form intrusiver oder dissoziativer Phänomene vor, ist von einem Sprechen über die traumatischen Erfahrungen keine Entlastung zu erwarten. Es muss vielmehr mit einer zunehmenden Überflutung durch traumatisches Material und einer entsprechenden Verschlechterung des Befindens gerechnet werden“ (Wöller, 2010, S. 15).

Wöller gibt einige Empfehlungen zur Indikation gruppentherapeutischer Maßnahmen bei traumatisierten Patient*innen an:

- 1) „Liegen ausgeprägte Defizite im Bereich der Emotionsregulierung gleichzeitig mit intrusiven und/oder dissoziativen Symptomen vor, sind zunächst Gruppentherapiekonzepte zu empfehlen, die die Fähigkeit zur Emotionsregulierung verbessern und gleichzeitig Interventionsmöglichkeiten zum Umgang mit posttraumatischen und dissoziativen Zuständen beinhalten“ (Wöller, 2010, S.17). Über Details von Traumatisierungen wird dabei nicht gesprochen (ebd.). Wöller empfiehlt auf Basis davon begleitende einzeltherapeutische Sitzungen.

In Bezug auf den ersten Aspekt konnten in einer teilstrukturierten Internetrecherche viele SHG für Menschen mit einer PTBS gefunden werden, die die Regel aufgestellt haben, nicht über traumatische, gewalttätige oder suizidale Inhalte zu sprechen, da diese Trigger für andere Teilnehmer*innen bergen können (bspw.: <https://www.dbt-selbsthilfegruppe->

karlsruhe.de/%C3%BCber-uns/gruppenregeln/). Eine Gesprächspartnerin aus der telefonischen Nachbefragung der SHU berichtete von einer PTBS-SHG, in der eine gesicherte Diagnose der PTBS, die Auseinandersetzung mit dem Thema in einer Therapie, sowie das Unterschreiben von Regeln für den Umgang in der Gruppe Voraussetzungen für die Teilnahme sind.

- 2) Längerfristig sollten Patient*innen, wenn möglich und nach abgeschlossener Stabilisierung, auch traumakonfrontative Interventionen angeboten werden.
- 3) Bei ausreichender Stabilität können traumakonfrontative Interventionen im Gruppensetting erfolgversprechend sein.
- 4) Störungshomogene Gruppentherapien sollten zu Beginn den Vorzug erhalten (ebd.). Im späteren Verlauf sind heterogene Gruppenangebote vorzuziehen, wobei eine begleitende Einzeltherapie wünschenswert ist.

Weinberg, Nuttman-Shwartz & Gilmore (2005) schreiben in Bezug auf Wöllers vierten Aspekt, dass klinische Studien belegen, dass Betroffene sich durch Gruppentherapien deutlich besser fühlen, empirische Studien dagegen meist keine solide Evidenz für eine Verbesserung aufzeigen. Sie berichten, dass sich viele Betroffene selbst nach einer dieser Gruppentherapien von der Gesellschaft isoliert fühlen und ihre Gefühle noch nicht vor anderen äußern könnten. Laut den Autor*innen könnte dies der Homogenität der Gruppen geschuldet sein. Sie schlagen vor, dass Betroffene im Anschluss an die Phase, in der sie homogene Gruppen besucht haben, zu heterogenen Gruppen wechseln, um diese als Übergang zur Integration in die Gesellschaft zu nutzen.

Im Rahmen der Expert*inneninterviews wurde diskutiert, ob SH-Angebote ggf. nur für einen Teil von Betroffenen von Terroranschlägen hilfreich sein könnten. Nach dem Kölner Risiko Index (KRI; Bering et al., 2015) findet eine Einschätzung des Risikos, nach einem Großschadensereignis später an Folgeschäden zu erkranken, in drei Gruppen statt: Die „Selbsterholer“ umfassen Betroffene, die aller Wahrscheinlichkeit nach aus eigenen Kräften den Verarbeitungsprozess bewältigen. Als „Risikoperson“ wird klassifiziert, wer Gefahr läuft, in Zukunft eine Traumafolgestörung zu entwickeln. Bei dieser Personengruppe ist eine psychotherapeutische Begleitung indiziert. Personen, bei denen zunächst noch unklar ist, ob diese eine Folgestörung entwickeln, werden als „Wechsler“ bezeichnet. Zur Vermeidung einer Folgestörung wird bei dieser Gruppe eine Stabilisierung angestrebt (Weber & Kirmes, 2018, S. 48). Im Expert*inneninterview mit dem Leiter einer Landesstelle für PSNV wird die Gruppe der Wechsler als Zielgruppe von SH-Angeboten benannt. Diese Personen befinden sich noch in einem Zustand der Verarbeitung, sind nicht therapiebedürftig im eigentlichen Sinne, aber könnten von einem Austausch über das Geschehene profitieren. Auch für Selbsterholer könnte die SHG ein hilfreiches Angebot darstellen. Bei Risikopersonen sei jedoch „Vorsicht geboten“, da SH keine Therapie ersetzen könne und diese zuerst notwendig sein könnte. Auch wurde als Voraussetzung angesprochen, dass SHG-Teilnehmer*innen das Erzählte anderer hören und selbst erzählen können müssen (Nachbefragung SHU-Leitungen).

Rezeptartig anwendbare bzw. prüfbare Voraussetzungen, Risiken und Kontraindikationen sind aus der Literatur nicht ableitbar. Es dürfte ein umfangreicher und breit angelegter Prozess notwendig sein, um Grundsätze zu erarbeiten, die für Betroffene nachvollziehbar und im Rahmen der Selbsthilfeunterstützung anwendbar sind.

Dass hier ein Bedarf besteht, zeigen die Ergebnisse der SHU-Befragung: Die SHU sehen einen sehr hohen Bedarf bei der Aus- und Fortbildung der SHU für das Thema „Opfer von Terror und/oder Gewalt“. Dies trifft für 41 % der antwortenden SHU „völlig“ und für weitere 44 % „eher“ zu. Gleichzeitig erfordern SHG für Terroropfer nach Einschätzung des Großteils der antwortenden SHU (trifft für 79 % völlig bzw. eher zu) eine professionelle Anleitung (z. B. durch Psychotherapeut*innen oder Psychotraumatolog*innen). Diese Forderung steht in einem Gegensatz zur klassischen Idee der „Selbsthilfe“, im Sinne der Sozialgesetzgebung würde es sich – je nachdem, wie „Anleitung“ konkret zu verstehen ist bzw. ausgestaltet wird – nicht mehr um eine SHG handeln. Auch werden durchaus Risiken der gSH gesehen, so etwa das Risiko einer Re-Traumatisierung der Opfer oder das Risiko der Selbstüberforderung (jeweils über 70 % „trifft völlig“ oder „trifft eher“ zu).

Unterstützung von Terroropfern durch die gesundheitliche Selbsthilfe in anderen von Terroranschlägen bereits betroffenen Ländern

Europäische Ebene

Bei der Recherche nach Angeboten für Opfer von Terror waren verschiedene internationale Angebote aufzufinden. Im Namen der United Nations (UN) wird bspw. die Internetpräsenz „Victims of Terrorism Support Portal“ (United Nations, 2019a) betrieben. U. a. kann man dort in einer Datenbank Organisationen zur Opferhilfe bei Terrorismus in den verschiedenen Mitgliedstaaten und aus ausgewählten Nicht-Mitgliedstaaten recherchieren (United Nations, 2019b). In diesem Rahmen stellen verschiedene Staaten aus Regierungssicht einen Kurzbeitrag mit Informationen zu Hilfeangeboten für Opfer von Terrorismus im jeweiligen Staat zur Verfügung.

Jedoch wird nicht explizit auf SH-Angebote verwiesen. Der Eintrag der Niederlande (United Nations, 2019c) bspw. berichtet, dass Opferhilfe in den Niederlanden vorwiegend als ehrenamtliches Angebot ausgeführt wird. Bei der weiterführenden Suche nach Organisationen außerhalb des Portals findet man das Angebot der niederländischen Opferhilfe „Slachtofferhulp Nederland“, bei dem zwar keine SH im klassischen Sinne vermittelt wird, man allerdings mit Leidensgenoss*innen in Kontakt treten kann. Dieses Angebot ist nicht speziell an Terroropfer oder Opfer von Großschadensereignissen adressiert (Slachtofferhulp Nederland, 2019).

Mit dem „Network of Associations of Victims of Terrorism - NAVT“ existiert eine weitere internationale Kooperation von Organisationen zum Thema „Opfer“ und

„Terrorismus“ (NAVT, 2019a) mit dem Ziel der Vertretung von Opferinteressen auf Ebene der Europäischen Union (EU). Neben dem Bilden eines Netzwerks soll u. a. best-practice-sharing in der Hilfe und Unterstützung von Terroropfern betrieben werden. Im Rahmen der Internetpräsenz findet sich ein „selfhelp guide“ (NAVT, 2019b), innerhalb dessen verschiedenste Informationen zum Umgang mit Terrorereignissen für unterschiedliche Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden. In einer dort vorliegenden Studie zur Reflexion des Ereignisses vom 11. März 2004 in Madrid, wird von Zusammenschlüssen der SH für Betroffene und Angehörige als notwendige soziale Angebote für Opfer berichtet (Asociación de ayuda a las víctimas del 11-M, 2011, S. 20). Jedoch werden keine näheren Informationen aufgezeigt. Die Studienergebnisse werden zudem nur in spanischer Sprache publiziert. Ein direktes Angebot von SH für Angehörige oder Betroffene von Terror- oder Großschadensereignissen findet sich hier nicht.

Landesebene

In Österreich vermittelt der „Bundesverband Selbsthilfe Österreich - BVSHOE“ (BVSHOE, 2019a) als Dachverband landesweit SH-Angebote. Auf der Internetseite findet sich kein Hinweis auf SH-Zusammenschlüsse von Terroropfern (BSVSHOE, 2019b). Es gibt darüber hinaus in Österreich das „Nationale Netzwerk Selbsthilfe - NANES“ (BVSHOE, 2019c) als Initiative der Selbsthilfedachverbände der Bundesländer Kärnten, Niederösterreich, Salzburg und Vorarlberg. Die Internetpräsenz des Zusammenschlusses (www.nanes.at) ist derzeit in Bearbeitung und lässt somit keine weitere Analyse der Angebote zu. Die „Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe ÖKUSS“ (ÖKUSS, 2019) ist ebenfalls in die Vermittlung und Organisation von SH-Angeboten involviert. Jedoch findet sich auch hier kein Hinweis auf SH-Aktivitäten zum Thema „Terror“ oder ähnlichen Angeboten. Die meisten SHG beziehen sich auf Erkrankungen.

In der Schweiz finden sich über die „Selbsthilfe Schweiz“ (Selbsthilfe Schweiz, 2019) keine expliziten SH-Angebote für Opfer von Terror. Die meisten Angebote beziehen sich auch hier auf Erkrankungen, worunter auch Angebote für PTBS zu finden sind. Als weitere Akteurin im Themenbereich ist die „Opferhilfe Schweiz“ (Opferhilfe Schweiz, 2019) als Beratungsstelle aktiv. Die Organisation umfasst Vertretungen in den jeweiligen Kantonen. Es findet sich kein Hinweis auf den Umgang mit Terror- oder Großschadensereignissen oder SH-Angebote in diesem Bereich.

In Frankreich gibt es eine Organisation für Opfer von Terrorismus namens „Association française des Victimes du Terrorisme - AfVT“ (AfVT, 2019). Auf der Internetpräsenz werden Informationen und Aktivitäten rund um die bisher in Frankreich stattgefundenen Terroranschläge gegeben. Dort werden keine Hinweise auf SH-Zusammenschlüsse gegeben. Die Informationen werden ausschließlich auf Französisch dargestellt.

In Großbritannien wurde 1991 „Disaster Action“ gegründet, eine Dachorganisation von SHG von Überlebenden und Hinterbliebenen von Unglücken. Neben der Bereitstellung von Informationen unterstützt „Disaster Action“ die Gründung von spezifischen horizontalen SHG für Opfer (Überlebende und Hinterbliebene) von Ter-

roranschlägen und anderen Katastrophen (Disaster Action, 2019). Teilnehmer*innen berichten von emotionaler und instrumenteller Unterstützung, z. B. in Bezug auf staatliche finanzielle Unterstützung, vor allem aber von dem Hauptnutzen, dass sie mit ihrer Erfahrung nicht allein waren (Watkins, 2017). Zur Anzahl solcher Gruppen in Großbritannien ließen sich keine Zahlen finden.

Eine neuere Gründung einer SH-Organisation in Großbritannien ist „Survivors Against Terror (SAT)“. SAT ist ein Netzwerk von hinterbliebenen Familienmitgliedern und Überlebenden von Terroranschlägen, das 2018 gegründet wurde (Survivors Against Terror, 2018). Ihre Ziele sind eher nach außen als nach innen gerichtet: SAT will das Land dabei unterstützen, Terrorismus effektiver anzugehen, will sicher stellen, dass Opfer und ihre Familien die Unterstützung bekommen, die sie verdienen und will der Öffentlichkeit helfen, ihren Teil dabei zu übernehmen, den Terror zu besiegen.

Im Rahmen der Präsenz der USA im „Victims of Terrorism Support Portal“ (United Nations, 2019d) wird auf das „Office for Victims of Crime“ verwiesen, eine Abteilung des US Departments of Justice, die u. a. Informationen für Opfer von internationalem Terrorismus bereitstellt (Office for Victims of Crime, 2019). Ein Hinweis auf SH-Angebote wird nicht gegeben. Auch über den „healthfinder“ des US Departments of Health and Human Services findet sich kein Eintrag zu SH-Angeboten für Terroropfer (Healthfinder, 2019).

Die gemeinnützige Organisation „Strength to Strength“ wurde in den USA gegründet, um Opfer von Terrorismus und deren Angehörige in der ganzen Welt durch die Bereitstellung von Informationen verschiedenster Art zu unterstützen (Strength to Strength, 2019a). Dabei ist deren selbstgesetztes Ziel, die weltweite Vernetzung von Terroropfern, um Erfahrungen auszutauschen und sich gegenseitig zu helfen. Dabei handeln sie unter dem Motto „Überlebende heilen Überlebende“ (vgl. Strength to Strength, 2019b). Es werden regelmäßig regionale Treffen und Veranstaltungen organisiert, darunter ein Angebot namens „Survivors Circle“, bei dem Opfer verschiedenster Terrorereignisse und deren Angehörige zusammengebracht werden, um sich gemeinsam auszutauschen (Strength to Strength, 2019c). Unklar ist jedoch, ob die Organisation von Betroffenen gegründet wurde.

Es lassen sich auch keine verlässlichen Zahlen zu der Gründung und Arbeit von spezifischen SHG von Terroropfern in den USA finden. Es kann jedoch aus Hinweisen und Kommentaren in verschiedenen Quellen davon ausgegangen werden, dass z. B. nach dem Terroranschlag auf das WTC eine nennenswerte Zahl von Gruppen für Hinterbliebene (nicht nur von direkten Opfern, sondern auch von Helfer*innen z. B. von der Feuerwehr) entstanden ist (Watkins, 2017, S. 36; Richardson, 2016).

Erkenntnisse internationaler wissenschaftsbasierter Literatur

In einem Expert*innen- und gleichzeitig Betroffenenbericht analysiert Watkins (2017) den Nutzen und die Herausforderungen der Gründung und Unterstützung von SHG (peer support groups) auf der Grundlage wissenschaftlicher Literatur und zweier Fallstudien über zwei Gruppen in Großbritannien für Überlebende und Hin-

terbliebene der Terroranschläge vom 11. September 2001 in den USA und dem Angriff auf Paris vom 13. November 2015.

Watkins (2017, S. 35 f.) unterscheidet grundsätzlich drei verschiedene Ansätze zur Gründung und Unterstützung von SHG von Terror-/Katastrophenopfern:

- *Vertikale Gruppen* werden von professionellen Anbieter*innen initiiert und unterstützt. Gruppenleiter*innen mit professioneller Expertise unterstützen, im Idealfall vorausplanend, die Sicherung der Angebote, Finanzierung und die Kompetenzen von Personen mit Erfahrungen in der Bewältigung katastrophengebündelter Traumata. Diese Gruppen sind im Verständnis gSH in Deutschland keine eigentlichen SHG, sondern Unterstützungs- oder Therapiegruppen (Borgetto, 2004).
- *Horizontale Gruppen* werden von unmittelbar Betroffenen, teilweise spontan, ohne bestehende Finanzierung oder Organisationsstruktur initiiert. Die Teilnahme basiert auf dem gemeinsamen Erleben desselben Ereignisses.
- Im Rahmen von *multidimensionalen Gruppen* initiieren und unterstützen Personen mit zurückliegenden Katastrophenerfahrungen Personen mit neuen Erfahrungen. Die unterstützenden Personen können ebenso Personen mit einer Mischung aus eigener und professioneller Erfahrung im Umgang mit traumatisierenden Ereignissen sein.

Die drei Gruppenformen beschreiben Idealtypen, die in der Realität nicht immer in Reinform anzutreffen sind. Jede Form birgt sowohl Vor- als auch Nachteile.

Watkins kommt zu dem Schluss, dass sich nach einem terroristischen Ereignis sowohl Betroffene desselben Ereignisses als auch Betroffene unterschiedlicher Ereignisse gegenseitig unterstützen können. Als Begründung verweist sie auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Bedeutung sozialer Verbundenheit und insbesondere sozialer Unterstützung als Protektivfaktor für Traumaopfer (Hobfoll et al., 2007). Zudem verweist sie auf Berichte und Analysen von Katastrophenopfern aus den USA, die den positiven Einfluss von gSH auf die Linderung und Genesung von psychischen Folgen von Terroranschlägen und Naturkatastrophen hervorheben (Fisher et al. 2006).

Eine der beiden Fallstudien von Watkins (2017) untersucht eine sechs Monate nach dem Terroranschlag vom 11. September 2001 auf das WTC von der Autorin als Betroffene mit gegründete horizontale SHG von hinterbliebenen Familien in Großbritannien. Die Gruppe teilte Informationen z. B. über den Zugang zu Wohltätigkeitsfonds, überwiegend diente sie der Überwindung sozialer Isolation und der Herstellung einer Gemeinschaft mit Personen, die das gleiche erlebt haben. Kurzzeitig bildete sich eine therapeutische Untergruppe unter der Leitung eines Psychotherapeuten. Nach 15 Jahren, bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Fallstudie, bestand die Gruppe noch immer.

Die zweite Fallstudie (Watkins, 2017) untersucht eine horizontale SHG für Überlebende, die sich vier Monate nach dem Pariser Terroranschlag vom 13. November 2015 zum ersten Mal traf. Bei dem Terroranschlag wurde eine britische Person

getötet und 15 überlebten, einige von ihnen körperlich verletzt. Die dementsprechend eher kleine Gruppe trifft sich monatlich in London für etwas 2,5 Stunden. Die Autorin war als ausgebildete Traumatherapeutin an der Gruppengründung maßgeblich beteiligt. Obwohl sich einige der Teilnehmer*innen bereits über soziale Medien vernetzt hatten, war das Treffen von Angesicht zu Angesicht für sie wichtig und hilfreich. Die Ziele und der Nutzen der Gruppe waren mit denen aus der ersten Fallstudie vergleichbar. Zuletzt wurde in der Gruppe die Intention geäußert, sie zu einer multidimensionalen Gruppe zu erweitern und für Opfer anderer Terroranschläge zu öffnen.

Aus den Fallstudien wird ersichtlich, dass gerade in der Zeit unmittelbar nach einem Anschlag das Bedürfnis nach Informationen ein besonders wichtiger Aspekt für die Betroffenen ist und das Fehlen von koordinierten Informationen und Ansprechpartner*innen zu einer Verschlimmerung der seelischen Zustände von Betroffenen führt. Das Vorhandensein von ausreichend Informationen und Kontaktstellen ist dementsprechend wichtig für Betroffene. Die Begegnung, der Austausch und Ratschläge in Gruppen in Bezug auf Finanzierung und Informationsbeschaffung tragen also zur psychischen Gesundheit der Betroffenen bei. SH übernimmt hier Aufgaben, die nicht originär dem SH-Gedanken als gegenseitige Unterstützung durch gleichermaßen Betroffene entsprechen, aber eben auch immer wieder der SH zufallen, weil andere (Fach-)Stellen die entsprechenden Aufgaben nicht wahrnehmen (können).

Bei den Ereignissen vom 11. September in den USA wurden 343 Feuerwehrmänner der Feuerwache von New York City mit einem Durchschnittsalter von 40 Jahren getötet. Sie hinterließen 246 Witwen und Lebenspartner*innen. In einer Studie wurde u. a. untersucht, welche Wirkungen die Teilnahme von Feuerwehrwitwen an informellen Gruppen und Unterstützungsgruppen der Feuerwehr hatten (Richardson, 2016). Dabei wurde – anders als in vielen Studien üblich – auf das Konzept des posttraumatischen Wachstums von Tedeschi und Calhoun (1995) Bezug genommen. Unter posttraumatischem Wachstum ist eine positiv erlebte psychologische Veränderung als Ergebnis des Kampfes mit schwierigen Lebensumständen zu verstehen.

Über 50 % der 55 an der Studie teilnehmenden Witwen nahmen in den ersten zwei Jahren nach Ereignis psychologische Einzelgespräche in Anspruch, nach zehn Jahren waren es noch ca. 30 %; die Teilnahme an offiziellen Gruppentherapieangeboten sank unter 10 %. Als häufigste Form sozialer Unterstützung wurden informelle Treffen mit anderen Feuerwehrwitwen angegeben. 70 % gaben an, andere Witwen zum Besprechen von Anliegen bezogen auf das Ereignis zu treffen. 73 % der Befragten gaben an, andere Witwen zu treffen, um unter Leute zu kommen. Im Jahr 2011, zehn Jahre nach dem Anschlag, trafen sich noch immer 60 % der Befragten.

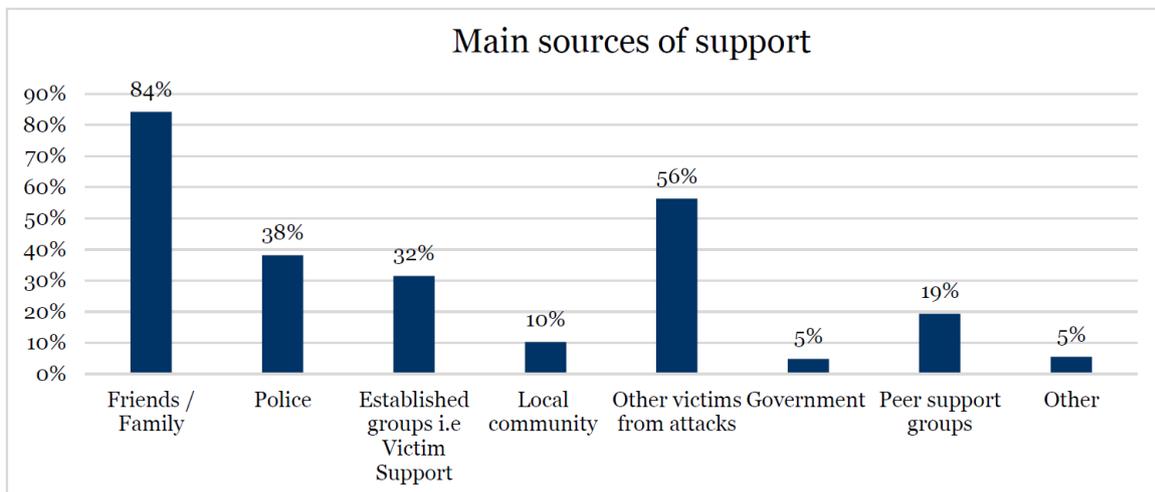
Auf die Frage, wie ausgeprägt diese formlosen Treffen ihren persönlichen Heilungsprozess unterstützt haben, gaben 58 % „stark“ oder „sehr stark“ an. Von den Witwen, die sich formlos mit anderen trafen und diesen Aspekt bei der Verarbeitung der Ereignisse eine starke oder sehr starke positive Wirkung zusprachen, gaben 56 % an, dass der geteilte Schmerz, gefolgt von 26 % Freundschaft, für sie die Wirkfaktoren darstellten. Die Daten zeigten, dass sich die Witwen gegenseitig

unterstützten, um emotionale Stärke zu finden und Gefühle zu besprechen. Durch die neue Situation als Alleinerziehende wurden ebenso Erziehungsfragen angesprochen. Die Witwen unterstützten sich außerdem beim Ausfüllen notwendiger Formulare, um finanzielle Unterstützung zu erhalten. Die Studie liefert einen deutlichen Beleg für posttraumatisches Wachstum durch die Teilnahme an SH-Aktivitäten nach einem Terroranschlag für hinterbliebene Angehörige. Die Studie stellt jedoch bisher die einzige ihrer Art da, die im Projektzeitraum recherchiert werden konnte, weshalb die Ergebnisse unter einem gewissen Vorbehalt zu sehen sind.

In einer Befragung des oben bereits vorgestellten britischen Netzwerks SAT von 271 Terroropfern in Zusammenarbeit mit einem professionellen Anbieter von Meinungsumfragen, wurde ebenfalls deutlich, dass andere Terroropfer eine wichtige Quelle von Unterstützung sind (Survivors Against Terror, 2018; vgl. Abb. 1). Direkt nach der am häufigsten genannten Hauptquelle für Unterstützung, *Freunde / Familie* (84 %), gaben 56 % der Befragten *andere Opfer von Anschlägen* und 19 % *SHG (Peer support groups)* an.

Die Unterstützung durch SHG wurde ausschließlich als gut, sehr gut und herausragend bewertet. Nach der Schwierigkeit gefragt, mit anderen Menschen über ihre Erfahrungen zu sprechen, gaben 68 % der antwortenden Terroropfer an, dass sie es angenehm oder sehr angenehm empfinden, mit anderen Überlebenden zu sprechen, jedoch nur 25 % in Bezug auf Familienmitglieder.

Abb. 1: Hauptquellen der Unterstützung; Befragung von 271 Terroropfern (Survivors against Terror, 2018)



Möglichkeiten, Ansätze und Ableitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur künftigen Weiterentwicklung der gesundheitlichen Selbsthilfe im Bereich der Unterstützung von Terroropfern in Deutschland

Terroropfer in Deutschland haben im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen eines Terroranschlags vielfältige problem-/krankheitsbezogene Möglichkeiten von SH-Aktivitäten in Gruppen, aber auch durch virtuelle SH und Beratung durch SHU.

Dass es sinnvoll und möglich ist, in Deutschland die Gründung von spezifisch anlassbezogenen SHG für Terroropfer über gemeinsame Informations- und Gedenkveranstaltungen hinaus zu initiieren, darf bezweifelt werden. Auch international gibt es dazu unserer Kenntnis nach nur wenige Vorbilder. In Großbritannien wurde die Organisation „Disaster Action“ von Betroffenen selbst gegründet. In den USA existiert mit der Organisation „Strength to Strength“ eine Organisation mit ähnlichen Zielen, allerdings ist unklar, ob sie von Betroffenen selbst bzw. allein gegründet wurde und geleitet wird. *Sollten sich vergleichbare Initiativen von Betroffenen in Deutschland bilden, ist deren Unterstützung und Förderung jedoch zu empfehlen.*

Es ist zudem davon auszugehen, dass SHG im Bereich psychischer Folgestörungen Terroropfern empfohlen werden können, wenn diese bestimmte psychosoziale Kompetenzen (wieder) erlangt haben und bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen nach Terroranschlägen offenbar einem erhöhten psychischen Risiko ausgesetzt sind und als besonders vulnerable Gruppe gelten müssen, dabei aber auch möglicherweise in der gSH eine besonders passende Ressource finden können, da auch die Teilnehmer*innen in SHG überwiegend weiblich sind (Borgetto & Kolba 2007). Erreichen SHU Anfragen nach Gruppengründung bzw. Gruppenteilnahme unter Bezugnahme auf individuelle Terrorfolgen, so klären diese üblicherweise die Voraussetzungen mit den Unterstützten Suchenden und sprechen mit ihnen über Chancen und Risiken (und ggf. Gruppenregeln) (Expert*inneninterview SHU).

SHG sind in der Regel selbst, d. h. von Betroffenen geleitete Gruppen ohne professionelle Anleitung oder Begleitung – sieht man von punktueller Unterstützung in schwierigen Gruppensituationen durch Mitarbeiter*innen von SHU ab. Ebenso im Rahmen der SH ist die auf Initiative der Gruppe erfolgende (ehrenamtliche) Kooperation mit professionellen Akteur*innen aus dem Gesundheitsversorgungssystem. Wird die Gruppe jedoch über einen längeren Zeitraum therapeutisch geleitet oder unterstützt, so ist eher von einer niedrigschwelligen Gruppentherapie auszugehen. Ob und inwieweit dies von SHU unterstützt und/oder vermittelt wird, ist hier nicht zu eruieren, jedoch kann diese wiederum nicht Gegenstand der Förderung der gSH von Terroropfern durch die GKV sein.

Angesichts der doch nennenswerten Zahl an Gruppen und Initiativen (von denen vermutlich der größere Teil auch SH im engeren Sinne ist), die der Bewältigung von Gewalterfahrungen unterschiedlicher Art dienen und die zumindest teilweise an SHU angebunden sind und von diesen unterstützt werden (SHU-Befragung),

scheint es ratsam, SHU bei der Begleitung solcher Gruppen und auch der Beratung von Gewaltopfern zu unterstützen.

Am sinnvollsten erscheinen psychotraumatologische Fortbildungs- und Unterstützungsangebote sowie die Schaffung jeweils regionaler Transparenz und Vernetzung der Hilfsangebote für Terror- bzw. Gewaltopfer (SHU-Befragung). Weitere Unterstützung könnte im Bereich der Erstellung von Informationsmedien, Informationen zu Rechtsansprüchen und bei der regionalen Vernetzung entsprechender Institutionen erfolgen.

Zudem ist dringend zu empfehlen, einen Prozess zur Klärung der individuellen Voraussetzungen der SHG-Teilnahme von traumatisierten Terroropfern und der Vorgehensweisen von SHU unter Beteiligung von professionellen Expert*innen aus der psychotherapeutischen und traumatologischen Versorgung in Gang zu setzen und zu fördern. Dabei sollte Wert darauf gelegt werden, dass entsprechende Vorgehensweisen zunächst aus dem Kreis der SH-Unterstützer*innen heraus entwickelt und „intern“ diskutiert werden (Expert*inneninterview SHU).

SHU können niedrigschwellige Vermittlerinnen und Beraterinnen für Menschen als Opfer terroristischer und kollektiver Gewalt bzw. traumatisierender Erlebnisse und Erfahrungen sein. SHU sind nicht als Krisenreaktionsdienste gerüstet und aufgestellt und sollten auch nicht konzeptuell in diese Rolle gedrängt werden, auch wenn einzelne SHU dazu die Bereitschaft und die Kompetenzen haben. In einem Gesamtkonzept der Hilfe für Terroropfer sollten jedoch alle Akteur*innen über das Potenzial und die Grenzen der SH informiert sein; und ebenso über die Akteur*innen der SH-Unterstützung. Gleichmaßen sollten aber auch die SHU die Angebote der Opferhilfe überblicken und anfragende Betroffene dorthin vermitteln können.

SH-Aktivitäten sind ein wichtiger Bestandteil der Bewältigung der gesundheitlichen Folgen von Terroranschlägen. Als Ersatz für eine Therapie kommen sie keinesfalls in Frage, im Gegenteil, die Teilnahme und Gründung einer Gruppe hat bereits eine gewisse Stabilität zur Voraussetzung. Damit sind diese zeitlich und sachlich gegenüber der Krisenversorgung und therapeutischen Nachsorge eher als nachrangig einzuordnen. Dennoch sollte ihre Bedeutung nicht unterschätzt werden.

Finanzierung der bereits bestehenden Aktivitäten der gesundheitlichen Selbsthilfe für Terroropfer

Gesundheitliche SH-Aktivitäten von Terroropfern finden in Deutschland so gut wie nicht in spezifischen, anlassbezogenen SHG statt. Inwieweit Terroropfer die Möglichkeit wahrnehmen, an problembezogenen SHG teilzunehmen, ist quantitativ kaum abschätzbar. Es gibt jedoch keinen Grund anzunehmen, dass dies nicht der Fall ist. Sofern eine Finanzierung dieser Gruppen erfolgt, findet sie zurecht im Rahmen der gesetzlich geregelten SH-Förderung durch die GKV statt.

Durch Mischformen, die professionelle Anleitung und therapeutische Elemente in Gruppen dauerhaft integrieren, entsteht eine Versorgungsleistung, die auf anderem Wege zu finanzieren ist. Es ist anzunehmen, dass es diese Mischformen gibt, es können jedoch keine Angaben zu deren derzeitiger Finanzierung gemacht werden.

Fazit / Zusammenfassung

Terroranschläge können bei direkt und indirekt betroffenen Menschen eine Vielzahl gesundheitlicher Schäden, Störungen und Erkrankungen verursachen, sowohl körperlicher als auch psychischer/seelischer Art. SH-Aktivitäten sind, teilweise unter bestimmten Voraussetzungen insbesondere bei SHG, geeignet, die Bewältigung der gesundheitlichen Folgen vor Terroranschlägen zu unterstützen. Entstehende spezifische SH-Initiativen von Terroropfern sollten unterstützt werden.

SHU können dabei helfen, sicher zu stellen, dass an SH interessierte Terroropfer Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen und Vermittlungs- und Aufklärungsaufgaben übernehmen. Sie können sich darüber hinaus mit anderen Einrichtungen der Opferhilfe zum Zweck des Austausches und der gegenseitigen Information vernetzen. Die Erfüllung beider Funktionen wiederum kann und sollte gefördert werden. Dabei sollten zunächst psychotraumatologische Fortbildungs- und Unterstützungsangebote sowie die Schaffung jeweils regionaler Transparenz und Vernetzung der Hilfsangebote für Terror- bzw. Gewaltopfer unterstützt werden. Darauf aufbauend ist dringend ein Prozess zur Klärung der individuellen Voraussetzungen der SHG-Teilnahme von traumatisierten Terroropfern und der Vorgehensweisen von SHU zu empfehlen, der zunächst aus dem Kreis der SH-Unterstützer*innen heraus entwickelt werden sollte.

Die gesundheitliche gSH und die SHU sollten dementsprechend in ein Gesamtkonzept zur Opferhilfe eingebunden werden.

Literatur

AfVT – Association française des Victimes du Terrorisme (2019). Zugriff am 25.08.2019 auf: <https://www.afvt.org/>.

Asociación de ayuda a las víctimas del 11-M (AV11-M) (2011). Las víctimas 36 meses después. Zugriff am 25.08.2019 auf: www.europeanvictims.net/guias/index.php.

Bauwens J. (2017). Losing a family member in an act of terror: A review from the qualitative grey literature on the long-term affects of September 11, 2001. In: Clinical Social Work Journal, 45, 2, S. 146-158.

Borgetto, B. (2004). Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber

- Borgetto, B. & Kolba, N. (2007). Männer und Frauen helfen sich und anderen anders. Die Genderperspektive in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. *Selbsthilfe*, 4, 18-20.
- Borgetto, B., Tomlin, G., Max, S., Brinkmann, M., Spitzer, L. & Pfingsten, A. (2018). Evidenz in der Gesundheitsversorgung. Die Forschungspyramide. In Haring, R. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 1-13). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. Online first 22.12.2018. DOI 10.1007/978-3-662-54179-1
- Bowler R. M., Harris M., Lie J., Gocheva V., Stellman S. D., Wilson K., Alper H., Schwarzer R., Cone J. E. (2012). Longitudinal mental health impact among police responders tot he 9/11 terrorist attack. In: *American Journal of Industrial Medicine*, 55, S. 297-312.
- BVSHOE - Bundesverband Selbsthilfe Österreich (2019a). Zugriff am 25.08.2019 auf: <https://www.bundesverband-selbsthilfe.at/>.
- BVSHOE - Bundesverband Selbsthilfe Österreich (2019b). Unsere Mitglieder. Zugriff am 25.08.2019 auf: <https://www.bundesverband-selbsthilfe.at/>.
- BVSHOE – Bundesverband Selbsthilfe Österreich (2019c). Unsere Partner. Zugriff am 26.08.2019 auf: <https://www.bundesverband-selbsthilfe.at/partner/>.
- Disaster Action. Zugriff am 20.08.2019 auf: https://www.disasteraction.org.uk/leaflets/setting_up_family_and_survivor_support_groups/.
- Durodié B., Wainwright D. (2019). Terrorism and post-traumatic stress disorder: a historical review. In: *Lancet Psychiatry*, 6, S. 61-71.
- eXperience Gemeinsam gegen Traumata (2019). Gruppenregeln. Zugriff am 30.08.2019 auf: <https://www.experience-ptbs.de/die-gruppe/die-gruppenregeln/>.
- Fisher D., Rote K., Miller L., Romprey D., Filson B. (2006), From Relief to Recovery: Peer Support by Consumers Relieves the Traumas of Disasters and Recovery from Mental Illness, Systems and Psychosocial Advances Research Center Publications and Presentations, Paper 577. At: http://escholarship.umassmed.edu/psych_cmhsr/577.
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud C., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L., Wöller W. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, S. 202-210.
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S., Becker, T. (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage. Springer: Berlin
- Healthfinder (2019). Zugriff am 27.08.2019 auf: <https://healthfinder.gov/>.
- Hobfoll S., Watson P., Bell C.C., Bryant R.A., Brymer M.J., Friedman M.J., Friedman M., Gersons B.P., de Jong J.T., Layne C.M., Maguen S., Neria Y., Norwood A.E., Pynoos R.S., Reissman D., Ruzek J.I., Shalev A.Y., Solomon Z., Steinberg A.M., Ursano R .J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. In: *Psychiatry* 70, 4, S. 283-315.
- Kersting A., Brähler E., Glaesmer H., Wagner B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. In: *Journal of Affective Disorders*, 131, 1-3, S. 339-343.
- Liu B., Tarigan L. H., Bromet E. J., Kim H. (2014). World Trade Center disaster exposure-related probable posttraumatic stress disorder among responders and civilians: a meta-analysis. In: *PloS one*, 9, 7, e101491.

- Maercker A., Augsburger M. (2017). Psychotraumatologie: Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. In: Nervenarzt, 88, 9, S. 967-973.
- NAVT - Network of Associations of Victims of Terrorism (2019a). Zugriff am 25.08.2019 auf: <http://www.europeanvictims.net>.
- NAVT – Network of Associations of Victims of Terrorism (2019b). Selfhelp guide. Zugriff am 25.08.2019 auf: <http://www.europeanvictims.net/guias/index.php>.
- Neria Y., Olfson M., Gameroff M. J., DiGrande L., Wickramaratne P., Gross R., Pilowsky D. J., Neugebauer R., Manetti-Cusa J., Lewis-Fernandez R., Lantigua R., Shea S., Weissman M. M. (2010). Long-term curse of probable PTSD after the 9/11 attacks: A study in urban primary care. In: Journal of traumatic stress, 23, 4, S. 474-482.
- Office for Victims of Crime (2019). Help for Crime Victims – International Terrorism. Zugriff am 27.08.2019 auf: https://www.ovc.gov/help/international_terrorism.html.
- ÖKUSS – Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (2019). Zugriff am 26.08.2019 auf: https://oekuss.at/selbsthilfe_bundesebene.
- Opferhilfe Schweiz (2019). Zugriff am 25.08.2019 auf: <https://www.opferhilfe-schweiz.ch/de/>.
- Perlman S. E, Friedman S., Galea S., Nair H. P., Eros-Sarnyai M., Stellman S. D., Hon J., Greene C. M. (2011). Short-term and medium-term health effects of 9/11. In: Lancet, 378, 9794, S. 925-934.
- Pistrang N., Barker C., Humphreys K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. In: American Journal of Community Psychology, 42, 1-2, S. 110-121.
- Przyborski A., Wohlrab-Sahr M. (2010). Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. (3. Aufl.) München: Oldenbourg Verlag.
- Richardson K. (2016). The surviving sisters club: Examining social support and posttraumatic growth among FDNY 9/11 widows. In: Journal of Loss & Trauma 21 (1), S. 1–15.
- Sefrin P. (2017). Besondere Lage – Terroranschlag. In: Notarzt, 3, S. 68–80.
- Selbsthilfe Schweiz (2019). Selbsthilfe gesucht – Themenliste. Zugriff am 25.08.2019 auf: <https://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/selbsthilfe-gesucht/themenliste.detail.0a1a0230-b028-40bf-b235-d2319f108aa0.html>.
- Simon N. M., Shear K. M., Thompson E. H., Zalta A. K., Perlman C., Reynolds C. F., Frank E., Melhem N. M., Silowash R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. In: Comprehensive Psychiatry, 48, S. 395–399.
- Slachtofferhulp Nederland (2019). Contact met lotgenoten. Zugriff am 26.08.2019 auf: <https://www.slachtofferhulp.nl/emotionele-hulp/contact-met-lotgenoten/>.
- Strength to Strength (2019a). Zugriff am 27.08.2019 auf: <http://stosglobal.org/>.
- Strength to Strength (2019b). What we do. Zugriff am 27.08.2019 auf: <http://stosglobal.org/2013/05/what-we-do/>.
- Strength to Strength (2019c). Survivors Circle. Zugriff am 27.08.2019 auf: <http://stosglobal.org/2013/05/survivors-circle/>.

Survivors Against Terror (2018). Giving Voice to Survivors. Zugriff am 31.08.2019 auf: www.survivorsagainstterror.org.uk/assets/downloads/sat_survey_14_nov_formatted_v3.pdf

Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Newbury Park: Sage Publications.

United Nations (2019a). Victims of Terrorism Support Portal. Zugriff am 25.08.2019 auf: <https://www.un.org/victimsofterrorism/en>.

United Nations (2019b). Victims of Terrorism Support Portal – Directory of Organisations Supporting Victims of Terrorism. Zugriff am 26.08.2019 auf: <https://www.un.org/victimsofterrorism/en/directory>.

United Nations (2019c). Victims of Terrorism Support Portal – Government Support: Kingdom of the Netherlands. Zugriff am 26.08.2019 auf: <https://www.un.org/victimsofterrorism/en/node/2635>.

United Nations (2019d). Victims of Terrorism Support Portal – Government Support: United States of America. Zugriff am 27.08.2019 auf: <https://www.un.org/victimsofterrorism/en/node/1845>.

Watkins J. (2017): The value of peer support groups following terrorism: reflections following the September 11 and Paris attacks. In: Australian Journal of Emergency Management 32 (3).

Weber T., Kirmes M. (2018). Kurz- und mittelfristige psychosoziale Nachsorge nach Amoklagen und Terroranschlägen - Strukturelle Interdisziplinäre Nachsorge (SIN). In: Träume, 16, 2, S. 40-51.

Weinberg H., Nuttman-Shwartz O. & Gilmore M. (2005). Trauma Groups: An Overview. In: Group Analysis (2), S. 187–202.

WiSe-Team (2019). Wissenstransfer für die Selbsthilfe. Datenbank. Zugriff am 31.08.2019 auf <http://blogs.hawk-hhg.de/wise/datenbank/>.

Znoj H. (2016). Komplizierte Trauer. (2. überarb. Aufl.) Göttingen: Hogrefe. E-Book ISBN [PDF] 978-3-8409-2720-1.

Anhang

A. Operationalisierte Fragestellungen Projekt „ExTer“

Frage 1a: Welche Erkenntnisse gibt es zu aktuellen Möglichkeiten der gesundheitlichen Selbsthilfe für Terroropfer in Deutschland?

Frage 1b: Welche Erkenntnisse gibt es zur Unterstützung von Terroropfern durch die gesundheitliche Selbsthilfe in anderen, von Terroranschlägen bereits betroffenen, Ländern?

Frage 2: Welche (gesundheitlichen) Folgen ergeben sich für Betroffene von Terroranschlägen (Großschadensereignissen) im deutschen Inland?

Frage 3: Welche Hilfsangebote (welche SHG-Aktivitäten) gibt es in diesen Bereichen (SH-Organisationen, SHG an SHU, weitere Aktivitäten wie Beratung, virtuelle SH etc.)?

Frage 4a: Bergen bestimmte gesundheitliche Probleme von Terroropfern spezifische Risiken für die Betroffenen bzw. ggf. auch für die „anderen“ Mitglieder von SHG (z.B. möglicherweise Verstärkung von Angststörungen ...)?

Frage 4b: Sind diese spezifischen Risiken Kontraindikationen für gesundheitlichen Selbsthilfe? Erfordern diese spezifischen Risiken auch spezifische Rahmenbedingungen/Unterstützung und wenn ja, was durch wen?

Frage 5: Wie sieht eine Skizzierung von Möglichkeiten, Ansätzen und Ableitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur künftigen Weiterentwicklung der gesundheitlichen Selbsthilfe im Bereich der Unterstützung von Terroropfern in Deutschland aus?

Frage 6: Wie stellt sich die Finanzierung der bereits bestehenden Aktivitäten der gesundheitlichen Selbsthilfe für Terroropfer dar?

B. Übersicht Literaturquellen „ExTer“-Projekt

Im Folgenden werden die bei der Literaturrecherche verwendeten Journals/Zeitschriften und Datenbanken aufgelistet.

Zeitschriften:

- International Journal of Self-Help and and Self-Care
- British Journal of Psychology
- European Journal of Trauma & Dissociation
- Journal of Anxiety Disorders
- Psychosoziale Umschau
- Trauma
- Trauma und Gewalt

Datenbanken:

- Web of Science
- World Cat
- Social Services
- PubMed
- PSYINDEX
- PsyDoc
- Gesis
- Cochrane Library
- CINAHL
- Campbell Collaboration
- Open Grey
- Open Thesis

C. Fragebogen der SHU-Befragung

Grenzen und Potenziale der Selbsthilfeunterstützung für Menschen als Opfer terroristischer und kollektiver Gewalt

Erläuterungen zum Fragebogen für Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit für die Beantwortung einiger Fragen zu den Potenzialen der Selbsthilfeunterstützung für Opfer von Terror, Gewalt und Katastrophen nehmen (<http://blogs.hawk-hhg.de/exter/>). Auch wenn Sie hierzu keine Erfahrungen haben, ist dies für diese Untersuchung eine wichtige Information. Einige Fragen befassen sich damit, ob und wie gut Ihre Selbsthilfeunterstützungseinrichtung auf mögliche Anliegen durch Betroffene vorbereitet ist oder wäre, und ob nach Ihrer Einschätzung eine Selbsthilfeunterstützungseinrichtung überhaupt eine geeignete Anlaufstelle für Opfer von Terror und Gewalt sein kann.

In **Teil I** möchten wir etwas über Ihre **möglichen Erfahrungen** mit der Thematik erfahren. In **Teil II** stellen wir Fragen zum **Bedarf der Selbsthilfeunterstützung** in verschiedenen Bereichen, in denen Personen Opfer von Terror, Gewalt und/oder Unglücken geworden sind. Der Fragebogen umfasst 12 Fragen bzw. ca. 40 Items und kann – je nach Erfahrungshintergrund – in 10 bis 20 Minuten beantwortet werden.

Bei den offen formulierten Fragen reichen uns **Stichwörter** aus. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie den Online-Fragebogen möglichst bis zum **30. Juni 2019** beantworten könnten.

Für Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung: Dr. Stefan Nickel, Tel. 040 / 7410-52881 (jeweils Dienstag und Donnerstag von 14.00 bis 16.00 Uhr), E-Mail: nickel@uke.de

Herzlichen Dank für Ihre Beteiligung!

Bernhard Borgetto, Silke Schwinn – Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzminen/Göttingen

Christopher Kofahl, Stefan Nickel – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Eckdaten Ihrer Selbsthilfeunterstützungseinrichtung

1 Name Ihrer Unterstützungseinrichtung: 

Ort: 

I Erfahrungen mit Opfern, Angehörigen und Zeugen von Terror, Gewalt, Unglücken und Katastrophen in der Selbsthilfe

2 Existieren in Ihrem Einzugsbereich Selbsthilfeszusammenschlüsse oder -initiativen aus den unten genannten Themenkreisen?				
	Zusammenschlüsse/Initiativen von Opfern, deren Angehörigen und/oder Zeugen...	ja, sie werden von uns betreut	ja, aber sie werden von anderen Institutionen betreut (oder sind eigenständig)	uns sind keine derartigen Gruppen oder Initiativen bekannt
a	... in- oder ausländischer Terrorangriffe (politisch motivierte, organisierte, geplante Gewalttaten im öffentlichen Raum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	... von gesinnungsgetriebener, eher ungeplanter Gewalt (z. B. rassistische Übergriffe, Gewalthandlungen durch Hooligans, Banden o. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	... von Unglücken und Naturkatastrophen (z. B. Zugunglück, Tsunamis, Erdbeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	... staatlicher Konflikte und Gewalterfahrung als Zivilperson (z.B. Kriegshandlungen, Folter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	... als im Einsatz geschädigte Soldaten, Polizisten, Rettungskräfte (Krieg, gewalttätige Demonstrationen, Unglücke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	... individueller Gewalterfahrung im sozialen Nahraum (z.B. häusliche Gewalt, „Ehrenmorde“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	... sexueller Gewalterfahrung (z. B. Vergewaltigung, Kindesmissbrauch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	..., die sich <u>anlassübergreifend</u> mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) befassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	... von sonstigen, hier nicht definierten Gewaltereignissen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				
3 Falls ja: Um welche Selbsthilfeszusammenschlüsse oder -initiativen handelt es sich dabei? Bitte geben Sie für die jeweilige Gruppe/Organisation/Initiative an:				
a) Name der Gruppe/Organisation/Initiative (sofern dieser genannt werden darf, sonst bitte anonyme Beschreibung)				
b) Anlass der Gründung/Inhalte/Themen				
				

4 Sind Ihnen **digitale Selbsthilfeforen** (z. B. Facebook-Gruppen o. ä.) zu den genannten Themen bekannt?

ja nein Falls ja, welche?



5 Welche **Barrieren** gibt es Ihrer Erfahrung nach für die Teilnahme von Terror- und Gewaltopfern an gemeinschaftlichen Selbsthilfeaktivitäten? **Wie hoch** schätzen Sie diese ein?

	sehr hoch	eher hoch	eher niedrig	sehr niedrig	weiß nicht
a Schamempfinden	<input type="checkbox"/>				
b Vertrauensverlust ins Hilfesystem	<input type="checkbox"/>				
c Zerstörtes Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>				
d Angst vor Re-Traumatisierung	<input type="checkbox"/>				
e Hemmungen, über das eigene Schicksal zu sprechen	<input type="checkbox"/>				
f Emotionale Belastungen, die keinen Raum für die Aufarbeitung der Traumatisierung lassen	<input type="checkbox"/>				
g Unkenntnis über Möglichkeiten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>				
h sonstiges, und zwar: 	<input type="checkbox"/>				

6 Eine grundsätzliche Frage ist, ob **Selbsthilfefzusammenschlüsse** eine geeignete Form für die **Bewältigung von Terrorangriffen und/oder Posttraumatisierung** sind. Wie ist Ihre Einschätzung dazu?

Ein Selbsthilfefzusammenschluss...	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß nicht
a ... ist dafür grundsätzlich sehr gut geeignet.	<input type="checkbox"/>				
b ... braucht dafür eine professionelle Anleitung, z. B. durch einen Psychotherapeuten oder -traumatologen.	<input type="checkbox"/>				
c ... birgt ein hohes Risiko für eine Re-Traumatisierung.	<input type="checkbox"/>				
d ... birgt ein hohes Risiko der Selbstüberforderung.	<input type="checkbox"/>				
e ... hat ein besonders hohes Potenzial für emotionale Entlastung.	<input type="checkbox"/>				
f ... hilft den Mitgliedern in besonderer Weise, wieder in den Alltag zu finden.	<input type="checkbox"/>				

II Einschätzungen zu den Bedarfen der Selbsthilfeunterstützung

7	Wie schätzen Sie das Potenzial Ihrer Selbsthilfeunterstützungseinrichtung hinsichtlich der Betreuung von Gewaltopfern bzw. Gewaltopfergruppen ein?					
	Unsere Selbsthilfeunterstützungseinrichtung ...	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß nicht
a	... ist für die Betreuung und Beratung von Terror- und Gewaltopfern gut aufgestellt und qualifiziert.	<input type="checkbox"/>				
b	... hat einen guten Überblick über die Einrichtungen, die sich professionell mit Gewaltopfern befassen.	<input type="checkbox"/>				
c	... ist mit Einrichtungen, die sich professionell mit Gewaltopfern befassen, regional gut vernetzt.	<input type="checkbox"/>				
d	... müsste sich für das Thema „Opfer von Terror und/oder Gewalt“ aus- oder fortbilden.	<input type="checkbox"/>				
e	... ist eine sinnvolle Anlaufstelle für Gewaltopfer, um Hilfen zu erhalten.	<input type="checkbox"/>				
f	... ist in der Lage, entsprechende SHG zu begleiten und zu supervidieren.	<input type="checkbox"/>				
8	In welchen der folgenden Bereiche sehen Sie Fortbildungs- und Unterstützungsbedarfe für Ihre Einrichtung?					
a	<input type="checkbox"/> Rechtsansprüche (z. B. Opferentschädigungsgesetz)					
b	<input type="checkbox"/> Grundlagen der Psychotraumatologie					
c	<input type="checkbox"/> Überblick über die Hilfsangebote für Terror- bzw. Gewaltopfer					
d	<input type="checkbox"/> örtliche/regionale Vernetzung entsprechender Institutionen					
e	<input type="checkbox"/> Informationsmedien: Flyer, Videos ...					
f	<input type="checkbox"/> sonstige: 					
9	Existieren in Ihrem Netzwerk Einrichtungen oder Fachleute, die sich Opfern von Terror, Gewalt, Unglücken und/oder Katastrophen annehmen?					
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	Falls ja, welche, und befinden Sie sich mit diesen im Austausch?					
	Name oder Funktion der Einrichtung bzw. der Fachleute					Austausch?
a						ja <input type="checkbox"/>
b					ja <input type="checkbox"/>
10	Wie viele Anfragen von Menschen als Opfer terroristischer Angriffe hatten Sie in den letzten fünf Jahren?					
	_____ in 5 Jahren (falls keine, bitte eine „0“ eintragen)					
11	Wie viele Anfragen von Menschen als Opfer von anderen, oben genannten Gewaltformen hatten Sie in den letzten fünf Jahren?					

_____ in 5 Jahren (falls keine, bitte eine „0“ eintragen)

- 12 Falls Sie im Rahmen Ihrer Selbsthilfe-Tätigkeit persönliche Begegnungen mit einer Gruppe/ Initiative oder Anfragen von Terroropfern hatten, würden wir gern ein kurzes Telefoninterview mit Ihnen dazu führen. Wären Sie dazu bereit?

ja nein Falls ja, geben Sie bitte Ihren Namen und Telefonnummer an:



Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!