

## **Die Auswirkungen von Gewaltdelikten auf die Opfer**

**Prof. Dr. GÜNTER H. SEIDLER**

**Leiter der Sektion Psychotraumatologie  
am Universitätsklinikum Heidelberg**

### **1. Einleitung**

Das Thema der Jugendkriminalität ist durch spektakuläre Berichterstattung von Überfällen in Bahnhöfen und U-Bahn-Stationen durch Jugendliche in der letzten Zeit öffentlich breit in die Diskussion geraten.

An der Sektion Psychotraumatologie der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg gibt es seit vielen Jahren eine Beschäftigung mit den Folgen von individueller Gewaltkriminalität für die Opfer, allerdings nicht im Sinne einer Thematisierung der Folgen von Gewalt durch Jugendliche. Hier dürfte aber eine Spezifitätsfrage – „Haben Gewalttaten durch Jugendliche andere Auswirkungen auf die Opfer als solche, die von Erwachsenen begangen werden?“ – eine Überdifferenzierung darstellen, und zu den Folgen von Gewaltkriminalität liegen durchaus Befunde vor.

Die Thematik fällt in unserer in Fachdisziplinen aufgeteilten Welt in das Fachgebiet der Psychotraumatologie, die dabei ist, sich als eigenständige Disziplin zu etablieren.<sup>1</sup> Die Psychotraumatologie ist ein in-

<sup>1</sup> Seidler, G. H.: Auf dem Wege zur Psychotraumatologie. In: ders./Eckart, W. U. (Hrsg.): Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung. Gießen 2005, S. 27-40.

terdisziplinäres Querschnittsfach, das quer zu bestehenden Disziplinengrenzen verläuft und diese verbindet. So hat die Psychotraumatologie eine große Nähe zur Kriminologie, zur Soziologie und Politologie, und sie hat ebenfalls einen klinischen Teil.<sup>2</sup> Auch vor diesem Hintergrund sollte man etwa die Psychotraumatologie nicht von der Gewaltforschung trennen. Dem trägt etwa die Zeitschrift „Trauma und Gewalt“<sup>3</sup> Rechnung, und auch die neue „Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung“<sup>4</sup> richtet sich ebenso an Juristen und Gesellschaftswissenschaftler wie an Kliniker und thematisiert ebenso wie die Folgen von Gewalt diese selbst etwa in ihren Entstehungsbedingungen und Präventionsmöglichkeiten.

### **2. Folgen von Gewalttaten**

Vom 1.1.2002 – 30.6.2004 wurde an der Sektion Psychotraumatologie mit Mitteln des Weissen Rings die „Heidelberger Gewaltopferstudie“<sup>5</sup> in Kooperation mit dem Institut für Kriminologie der Universität Heidelberg und der Polizeidirektion Heidelberg durchgeführt. Im Mittelpunkt dieser Studie stand die Frage nach Prädiktoren für Traumafolgestörungen bei Opfern krimineller Gewalt, also die Frage, wer nach einem derartigem Gewaltereignis besonders gefährdet ist, psychosoziale, seelische und andere Störungen und Probleme zu entwickeln. Aus dieser Studie werden hier einige Ergebnisse vorgestellt.

An der gesamten Studie mit ihren fünf Messzeitpunkten nahmen 82 Personen teil, die in Heidelberg in der Zeit vom 1. 1. 2002 bis zum

<sup>2</sup> Seidler, G. H./Wagner, F./Feldmann, R. E.: Die Genese der Psychotraumatologie – Eine neue Disziplin im Kanon der medizinischen Fächer. In: Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder 2008, S. 178-191.

<sup>3</sup> [www.traumaundgewalt.de](http://www.traumaundgewalt.de)

<sup>4</sup> [www.gptg.eu](http://www.gptg.eu)

<sup>5</sup> Seidler, G. H./Micka, R./Laszig, P./Nolting, B. V./Rieg, K.: Akut traumatisierte Gewaltopfer und ihre Therapie I – Die Heidelberger Gewaltopferstudie HeiGOS: Situation und Forschung. In: Seidler, G. H./Laszig, P./Micka, R./Nolting, B. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie – Krankheitsbilder – Therapie. 2. Aufl. Gießen 2006, S. 103-122.

30. 6. 2003 Opfer einer Gewalttat geworden waren. Mit einem von der Arbeitsgruppe selbst entwickelten „Gewaltopferinterview“ und zahlreichen standardisierten Instrumenten fanden in der zweiten und dritten Woche nach dem Ereignis sowie in der fünften, 26. und 52. Woche danach Erhebungen und Untersuchungen statt.

## 2.1 Klinisch beschreibbare Folgen („Krankheitsbilder“)

In den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts gab es in den USA zahlreiche Konferenzen zur Frage seelischer Störungen bei Menschen nach Extrembelastungen.<sup>6</sup> Es wurden Forschungsergebnisse vorgestellt zu Traumatisierungen bei Soldaten des Korea-Krieges und der Atombomben-Abwürfe,<sup>7</sup> von Baeyer u. a.<sup>8</sup> berichteten über die „Psychiatrie der Verfolgten“ und Krystal/Niederland<sup>9</sup> beschrieben die Folgen von Traumatisierungen in Familien. Ganz besondere Bedeutung kam Figley<sup>10</sup> mit seinen Befunden zu in Vietnam traumatisierten Soldaten zu. Bislang hatte nämlich die Meinung gegolten, Extremereignisse wie Kriege oder Konzentrationslagerhaft könnten von vorher nicht geschädigten Menschen symptomfrei überstanden werden. Angesichts des Befundes, dass zwar 58.000 US-amerikanische Soldaten im Vietnamkrieg gefallen waren, sich aber mehr als doppelt so viele Kriegsteilnehmer in der Folgezeit umbrachten, in Verbindung damit, dass alle Kriegsteilnehmer vor ihrem Einsatz gut psychiatrisch untersucht worden waren und als „unauffällig“, der medizinischen Bezeichnung für „gesund“, dokumentiert worden waren, ließ sich diese Auffassung nicht mehr halten. Es wurde festgestellt, dass nahezu unabhängig von der Art des Ereignisses das re-

<sup>6</sup> Lifton, R. J.: From Hiroshima to the Nazi Doctors: The Evolution of Psychoformative Approaches to Understanding Traumatic Stress Syndromes. In: Wilson, J.P./Raphael, B. (Hrsg.): International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, New York 1993, S. 1-9.

<sup>7</sup> Lifton, R. J.: Thought Reform and the Psychology of Totalism. New York 1961; ders.: Psychological Offers to the Atomic Bomb in Hiroshima. In: Daedalus 92, 1963, S. 462-497.

<sup>8</sup> Baeyer, v. W. R./Häfner, H./Kisker, K. P.: Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachterliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen. Berlin 1964.

<sup>9</sup> Krystal, H./Niederland, W. G.: Psychic Traumatization. Boston 1971.

<sup>10</sup> Figley, C. R.: Trauma and its Wake. New York 1978.

sultierende Krankheitsbild dasselbe war. Diese Diskussion führte dazu, dass 1980 das Krankheitsbild der PTSD in das große Manual „DSM-III“<sup>11</sup> aufgenommen wurde. Die Befunde und Ergebnisse dieser Tagungen fanden dann ihren Niederschlag in dem „International Handbook of Traumatic Stress Syndromes“.<sup>12</sup>

### 2.1.1 Allgemein: Was für Folgen kann es geben?

Diese „PTSD“, posttraumatic stress disorder, oder im deutschen: Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS, gibt es auch bei Gewaltopfern. Es gibt bei der PTBS drei Symptomgruppen: Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal. Sie können sich nach einer Situation der Lebensgefahr, verbunden mit Todesangst, einstellen.

Intrusionen, von lat. „intrudere“, eindringen, sind Erinnerungsbruchstücke vom Ereignis, die – ausgelöst („getriggert“) durch minimale Ähnlichkeitsreize – immer wieder in das Erleben der betreffenden Person eindringen. Das kann jeden Sinneskanal betreffen. Es kann sein, dass das Opfer immer wieder Geräusche im Kopf hat oder Gerüche, es können Wortreste sein oder, in der Öffentlichkeit am ehesten bekannt, optische Erinnerungsreste, Bilder oder ganze Filme, so genannte „flashbacks“. Gelegentlich hat jemand eine Möglichkeit gefunden, dieses „Kopfkino“ spontan auf eine nicht selbstschädigende Art und Weise zu beenden, etwa durch Musik oder körperliche Tätigkeit. Häufiger ist aber, dass sich jemand nicht anders zu helfen weiß, als dieses Überschwemmt-Werden mit Alkohol zu beenden.

Das Vermeidungsverhalten spielt sich in zwei „Räumen“ ab: im realen Außen und im erlebten Innen. Im Außen wird alles vermieden, was an das Ereignis erinnern könnte, Orte, Menschen mit demselben

<sup>11</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III. 3. Aufl. Washington, D.C. 1980 (dt.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III. Deutsche Bearbeitung und Einführung von K. Koehler und H. Saß. Weinheim 1984).

<sup>12</sup> Wilson/Raphael (o. Fn. 6).

Akzent wie die Täter ihn hatten, mit derselben Kleidung usw., aber es wird auch vermieden, über das Ereignis zu reden oder daran zu denken.

„Vermeidungsverhalten nach Innen“, auch „numbing“ genannt (stumpf, taub werden), besteht darin, dass im Erleben alles zurücktritt, was mit Lebendigkeit zu tun hat, also im Wesentlichen die Affekte, weil etwa Freude, Trauer, Wut – kurz: alle Bewegtheiten insgesamt – wieder zum Trigger werden würden für die schwer aushaltbaren Intrusionen. Fachterminologisch spricht man von „Dissoziation“, Alltagsredeweisen für dieses „Abschalten“ sind etwa: „Der Lokführer konnte noch nicht vernommen werden, er steht unter ‚Schock‘“, „wie ein Computer funktionieren“, „neben sich stehen“, „alles ist wie im Film“, „wie eine Maschine funktionieren“.

Die dritte Symptomgruppe, das „Hyperarousal“, die „Übererregung“, ist Ausdruck davon, dass der Organismus des Opfers in der Situation der Lebensgefahr physiologisch hängen geblieben ist. In so einer Situation kann jemand nicht schlafen; es resultieren Schlafstörungen. Eine Traumasituation ist eine Situation der Entmächtigung; jemand oder etwas war stärker als man selbst, das Subjekt hatte keine Kontrolle über die Situation. Wenn nun der Ehepartner, der Vorgesetzte, der Arbeitskollege, der Richter oder der Psychotherapeut eindringlich mit dem Opfer spricht, „auf es einredet“, kann es sein, dass diese Verhaltensweise als Trigger für das Ohnmachtserleben der Traumasituation wirkt und das Opfer um sich schlägt. Kürzer gesagt: zu den Symptomen des Hyperarousals gehören „Reizbarkeit und Wutausbrüche“. Und wenn der Organismus eines Menschen auf „Lebensgefahr“ eingestellt ist, kann sich jemand auch nicht mehr konzentrieren. So gehören u. a. Konzentrationsstörungen zur Symptomgruppe des Hyperarousals.

Die Symptome einer PTSD können sich auch Jahre nach dem Ereignis manifestieren; man spricht dann von einer „late onset-PTSD“. Diese PTSD ist bei weitem nicht die einzige Traumafolgestörung, allenfalls die am besten untersuchte und die bekannteste.

In der Medizin, auch in deren „Psychofächern“, belegt man unterschiedliche Leidenszustände bei derselben Person mit unterschiedlichen diagnostischen Nummern und spricht dann von „Komorbiditäten“, also von verschiedenen Krankheitsbildern bei derselben Person. In diesem Sinne hat die PTSD eine hohe Komorbidität. Das Ereignis hat häufig außer der PTSD eine schwere Depression zur Folge oder es entwickeln sich Sucht- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, um nur einige wenige zu nennen. Suizidalität ist für Traumatisierte ein ständiger Begleiter, und Suizide sind sehr häufig.

### 2.1.2 Häufigkeiten derartiger Folgen

Die Wahrscheinlichkeit, mit der bei einem Opfer nach einem Gewaltereignis eine Traumafolgestörung auftritt, ist mittlerweile gut bekannt. Nach einer Vergewaltigung ist die Wahrscheinlichkeit, im Vergleich zu allen anderen Ereignisarten einschließlich Kriegsteilnahme nachfolgend eine PTSD zu entwickeln, am höchsten. In der führenden amerikanischen Studie<sup>13</sup> wird die Lebenszeitprävalenz für PTSD nach Vergewaltigung mit 55,5% angegeben, in einer Münchener Untersuchung an 14- bis 24-Jährigen mit 50 %.<sup>14</sup> Auf die Nennung von Zahlen für andere einzelne Ereignisarten kann hier verzichtet werden. Nur als Maßstab oder zum Vergleich sei erwähnt: Als „Zeuge“ in einen Unfall oder ein Gewaltereignis involviert zu sein, geht mit einer Häufigkeit von 6,9 %<sup>15</sup> bzw. 7 %<sup>16</sup> PTSD-Entwicklung einher, eine lebensbedrohliche Erkrankung mit 23, 4 %<sup>17</sup>.

<sup>13</sup> Kessler, R. C./Sonnega, A. u. a.: Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. In: Archives of General Psychiatry 52 (1995), S. 1048-1060.

<sup>14</sup> Perkonig, A./Kessler, R. C./Storz, S./Wittchen, H. U.: Traumatic Events and Post-traumatic Stress Disorder in the Community: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 101 (2000), S. 46-59.

<sup>15</sup> Maercker, A.: Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In ders. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung, 3. Aufl. Heidelberg 2009, S. 13-32.

<sup>16</sup> Kessler/Sonnega u. a. (o. Fn. 13).

<sup>17</sup> Maercker (o. Fn. 15).

Auf die Notwendigkeit zur Berücksichtigung von Komorbiditäten wurde schon hingewiesen. Die Komorbiditätsraten der PTSD mit anderen psychischen Störungen liegen zwischen 62 %<sup>18</sup> und 92 %<sup>19</sup>. In der Untersuchung von Perkonig et al.<sup>20</sup> wurde bei 87,5% der PTBS-Patienten mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert.

## 2.2 Soziale Folgen

Ein traumatisches Ereignis hat nicht nur Folgen, die sich in psychotraumatologisch definierten Krankheitsbildern beschreiben lassen. Für das weitere Leben der Opfer sind häufig andere Folgen viel gravierender.

Fallbeispiel:

Eine junge Frau Anfang 30, Lehrerin, verheiratet, wurde während einer Mountainbike-Tour durch den Odenwald Opfer einer Vergewaltigung durch einen 18-jährigen Mann. Während der Tat dissoziierte sie, in ihren Worten: „Dann löste ich mich aus meinem Körper und schwebte über dem Ganzen und ich fragte mich nur: ‚Was machen die beiden denn da?‘“ – Eine solche „peritraumatische Dissoziation“ ist ein wichtiger Prädiktor für die spätere Entwicklung einer PTSD, ermöglicht dem Opfer aber in der lebensgefährlichen Situation das Überleben. Es ermöglichte der hier vorgestellten Patientin auch, eine gute Täterbeschreibung geben zu können, und der Täter wurde bald darauf gefasst. Es handelte sich um einen Mitbürger aus ihrem Wohnort.

<sup>18</sup> Davidson, J. R./Hughes, D./Blazer, D. G./George, L. K.: Posttraumatic Stress Disorder in Community. An Epidemiological Study. In: Psychological Medicine 21 (1999), S. 1713-1721.

<sup>19</sup> Shore, J. H./Vollmer, W. M./Tatum, E. L.: Community Patterns of Posttraumatic Stress Disorders. In: Journal of Nervous and Mental Disease 177 (1989), S. 681 – 865; Yehuda, R./McFarlane, A. C.: The Conflict between Current Knowledge about PTSD and its Original Conceptual Basis. American Journal of Psychiatry 152 (1995), S. 1705-1713.

<sup>20</sup> O. Fn. 14.

Nach dem Ereignis, nicht erst nachdem der Täter identifiziert worden war, begann das, was man regelhaft Traumatisierten gegenübersehen kann: Sie wurde zunehmend von ihren Mitbürgern gemieden, wurde marginalisiert und regelrecht aus der Ortsgemeinschaft ausgeschlossen. Zu manifesten Vorwürfen kam es, als der Täter bekannt wurde: „Ja, muss sich doch nicht wundern, wenn die auch so rumläuft....! – Bringt unseren Heinz da in so eine Situation und womöglich noch ins Gefängnis!“

Die Ehe zerbrach, und auch im Schuldienst war sie wegen ihrer Konzentrationsstörungen nicht mehr arbeitsfähig, so dass sie nicht verbeamtet wurde. Ihre Bilanz: „Wenn ich das alles vorher gewusst hätte, hätte ich ihn nie angezeigt!“ Damit lässt sich die Frage stellen: Um was für soziale Folgen geht es?

### 2.2.1 Was für Folgen kann es geben?

Folgen können etwa sein:

**Herausfallen aus sozialen Bezügen**, auch auf der Grundlage eines Erlebens der Entfremdung von anderen Menschen, etwa im Sinne von: „Was ich erlebt habe, kann keiner verstehen!“, was ja so auch stimmt, und auf dem Hintergrund von Marginalisierungsprozessen, die von der Gegenüber-Seite ausgehen;

**Verlust des Arbeitsplatzes** und

**Zerbrechen der bestehenden Partnerbeziehung.**

Derartige Folgen schlagen sich aber in der Regel in keiner Statistik zu Gewaltfolgen nieder!

### 2.2.2 Häufigkeiten derartiger Folgen

In unserer Studie<sup>21</sup> klagten etwas mehr als 50 % aller Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer über Probleme mit Menschen aus ihrer Umgebung, die sie vor der Tat nicht hatten. Sie berichteten, dass andere Menschen sich zurückgezogen hätten oder aber sie sich selbst, dass die eigene Reizbarkeit und Empfindlichkeit höher sei als vorher, dass generell mehr Misstrauen, mehr Vorsicht, Scham und Angst vorherrschten, aber auch mehr Empörung gegen Ungerechtigkeiten auftauchte.

Bei knapp 50 % der Studienteilnehmer ging im Jahr nach dem Ereignis die bestehende Partnerschaft in die Brüche. Bei etwa mehr als 40 % der Studienteilnehmer gab es Veränderungen der beruflichen Situation nach dem Ereignis im Sinne einer Verschlechterung.

Bei diesen Veränderungen handelte es sich etwa um ausgefallene bzw. verschobene Beförderungen, Verlängerungen von Probezeiten, Kündigungen – sowohl durch den Arbeitgeber als auch durch den Arbeitnehmer – verschobene Universitätsexamina, Arbeitsausfälle im Studium, eine abgebrochene Dissertation und zwei aufgeschobene Examina. Geschlechtsunterschiede wurden in all diesen Bereichen keine gefunden.

Noch einmal sei ausdrücklich darauf hingewiesen: Ein umschriebenes Krankheitsbild ist therapierbar, die Beendigung einer Beziehung, der Abbruch einer Ausbildung oder eines Studiums hat aber Folgen für das Leben des Betroffenen weit über die Zeit einer Belastung durch Symptome hinaus!

Dann gibt es noch Konsequenzen, die sich als „existentielle Folgen“ beschreiben lassen.

<sup>21</sup> O. Fn. 5.

### 2.3 Existentielle Folgen

#### 2.3.1 Was können „existentielle Folgen“ sein?

Von Menschen ausgehende Gewalt führt, anders als etwa Naturkatastrophen, zu einer extremen Erschütterung des Vertrauens in andere Menschen. War der Täter dem Opfer schon vorher bekannt, ist die Erschütterung noch gravierender, und es kommen Zweifel und Misstrauen in das eigene Urteilsvermögen hinzu.

Beispiel:

Ein Ehepaar aus dem ländlichen Raum war in seinem eigenen Haus nachts überfallen worden. Die Forderung der Täter lautete auf Geldherausgabe. Im Haus war kein Geld vorhanden, und um ihrer Forderung Nachdruck zu verleihen, waren dem Ehemann von den Tätern mit einem Bügeleisen schwerste Verbrennungen auf seinem Rücken zugefügt worden. Er lag dabei neben seiner ebenfalls gefesselten und geknebelten Frau auf seinem Ehebett und konnte nicht sicher einschätzen, ob diese noch lebte. Drei Monate nach der Tat wurden die Täter gefasst. Es stellte sich heraus, dass der grausamste von Ihnen im Hause der Opfer bekannt war, und zwar als Gehilfe des Tierarztes. Die Ehefrau hatte ihn sogar bei seinem letzten Besuch im Haus mit Kaffee und Kuchen versorgt und ihm den Weg zur Toilette gezeigt. Die Frau war mehr erschüttert über diesen Sachverhalt als über das Ereignis selbst: „Wem kann ich denn eigentlich noch trauen?“, war ihr dauerndes Thema in der Therapie. „Ich hätte nie gedacht, dass ich mich so in jemandem täusche!“

Zu den existentiellen Folgen zählt aber auch das, was man als „posttraumatische Reifung“ oder „posttraumatisches Wachstum“ bezeichnet.<sup>22</sup> Dieses Konzept wird immer wieder kritisch diskutiert, etwa mit der Frage, ob es nicht Ausdruck von Zynismus sei, ein Opfer etwa zu fragen, ob die erlittene Vergewaltigung mit Körperverletzung auch

<sup>22</sup> Fookan, I.: Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Maercker, A. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung, 3. Aufl. Heidelberg 2009, S. 65-85.

einen Anstoß für eine positive Entwicklung in seinem Leben gegeben haben könnte. Forschungslogisch ist es in der Tat so, dass an entsprechenden Studien natürlich nur die teilnehmen, die überlebt haben und nicht völlig gebrochen sind und sich ganz von der Welt zurückgezogen haben. Posttraumatische Reifung resultiert nicht etwa aus dem Ereignis selbst, sondern aus der daraus folgenden Art und Weise des Umganges damit. Sie kann sich auf eine Intensivierung der Wertschätzung des eigenen Lebens beziehen, auf eine Intensivierung persönlicher Beziehungen und/oder eines spirituellen Bewusstseins oder etwa auch auf ein deutlicheres Gewahrwerden eigener Stärken.

### 2.3.2 Häufigkeiten derartiger Folgen

In der angesprochenen Heidelberger Gewaltopferstudie HeiGOS antwortete ein gutes Drittel der Befragten positiv auf die Frage: „Können Sie sich vorstellen, dass das, was Sie durchgemacht haben, einen Sinn hat?“

**Tabelle 1: Können Sie sich vorstellen, dass das, was Sie durchgemacht haben, einen Sinn hat?**

	Frauen	%	Männer	%	Insg.	%
Keine Angabe	6	13,0			6	7,3
Nein	21	45,7	26	72,2	47	57,3
Ja	19	<b>41,3</b>	10	<b>27,8</b>	29	<b>35,4</b>
Gesamt	46	100,0	36	100,0	82	100,0

(Befunde zum 5. Messzeitpunkt = 52. Woche nach dem Ereignis.)

Inhaltliche Differenzierungen machten dann deutlich, dass überwiegend ein „Sinn“ zugeschrieben wird in der Hoffnung, dass sich dieser irgendwann später offenbaren wird. Insgesamt greifen eher Frauen auf diese Strategie zurück.

### 3. Was wollen Opfer?

Es lässt sich immer wieder beobachten, dass Menschen von anderen Menschen meinen sagen zu können, was diese brauchten und was ihnen helfen würde. Das gilt nicht nur im ärztlichen oder psychotherapeutischen Feld.

So gab es nach der Tsunami-Katastrophe von Weihnachten 2004 ein gigantisches Spendenaufkommen, auch und gerade für die aus den Katastrophengebieten zurückkehrenden deutschen Urlauber. Es gab aber nur eine Studie, an unserer Sektion durchgeführt, in der untersucht wurde, ob die angebotene Hilfe dem Bedarf und Bedürfnis der vermeintlich Hilfsbedürftigen entsprach.<sup>23</sup> Die Übereinstimmung zwischen erlebtem Bedarf der Betroffenen und von Helferseite zugeschriebenem Bedarf war gering. Auch hinsichtlich Kriminalitätsoffern werden fehlende empirische Kenntnisse häufig durch Stereotypen ersetzt.<sup>24</sup>

#### 3.1 Was wird vermutet was Opfer wollen?

Mit Sorge lässt sich beobachten, dass es in der aktuellen Diskussion um die in verschiedenen Feldern aufgedeckten Missbrauchsfälle eher unter kriminologischer Perspektive etwa um eine Verlängerung von Verjährungsfristen geht als um die Frage, wie es denn um die Versorgung der Opfer stünde. Hier wird nicht selten von Nicht-Opfern unterstellt, dass eine schärfere und länger mögliche Bestrafung von Tätern doch im Sinne der Opfer sei.

<sup>23</sup> Vollath, C. C.: „Trauer ohne Grab“ – Verarbeitungsversuche von Opfern der Tsunami-Katastrophe 2004 und deren Angehörigen in der Bundesrepublik Deutschland unter Einbeziehung der psychosozialen Versorgungssituation. Ein Beitrag zur psychotraumatologischen Katastrophenforschung. Diss. sc. hum. Med. Fak. Universität Heidelberg 2008.

<sup>24</sup> Treibel, A./Funke, J./Hermann, D./Seidler, G. H.: Alltagsvorstellungen über Gewaltopfer in Abhängigkeit von Delikt und Geschlecht – eine internetbasierte Studie. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2008, S. 458-470.

### 3.2 Was wollen Opfer „wirklich“?

Empirische Studien zu der Frage, was Opfer „wirklich“ wollen zeigen dazu drei Ergebnisbereiche:

1. Opfer wollen in erster Linie als Opfer „anerkannt“, wahrgenommen werden. Geschieht dieses, ist das hilfreich für die Verarbeitung des Ereignisses. Hinsichtlich der Vergewaltigungsopfern des Zweiten Weltkrieges hat das Kuwert<sup>25</sup> eindrucksvoll herausgearbeitet, hinsichtlich der Vietnam-Veteranen Figley<sup>26</sup>, hinsichtlich auch von Kriminalitätsoffer haben Maercker und Müller<sup>27</sup> dazu gearbeitet, und hinsichtlich der aus Afghanistan zurückkehrenden traumatisierten deutschen Soldaten kann vermutet werden, dass sich hier Probleme manifestieren werden, wenn sie nämlich nicht als Helden gefeiert werden, sondern ihr Einsatz ihnen als von der Mehrheit der Bevölkerung nicht gewollt erkennbar werden wird.
2. Opfer wollen „Sicherheit“ und Schutz davor, noch einmal derartig geschädigt zu werden. Die Angst davor, erneut Opfer desselben Täters werden zu können, ist für viele sehr bedeutsam.
3. Opfer wollen einen Abschluss finden können im Bedrängt-Werden durch die Erinnerung an das Ereignis. Dieses wird insbesondere durch Ermittlungsarbeiten, Gerichtsverhandlungen und die befürchtete Entlassung des Täters immer wieder erschwert. Wichtig ist hier aus psychotraumatologischer Sicht trotzdem, dass die Opfer im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten informiert werden über den Stand der Ermittlung, über Freigangsregelungen des Täter und dann irgendwann die Entlassung.

<sup>25</sup> Kuwert, P.: Long-term Effects of World War II Trauma on Mental Health in the Elderly German Population. Med. Habil. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald 2009.

<sup>26</sup> O. Fn. 10.

<sup>27</sup> Maercker, A./Müller, J.: Social Acknowledgement as a Victim or Survivor: A Scale to Measure a Recovery Factor of PTSD. In: Journal of Traumatic Stress 17 (2004), S. 345-351.

Die Gefühle, welche die Opfer gegenüber den Tätern empfinden, decken ein weites Spektrum ab und reichen von Angst, Sorge, Trauer, Wut, Enttäuschung, Verwirrenheit, Hass und Ekel über neutrales Empfinden und Gleichgültigkeit hin zu Genugtuung, Belustigung, Mitleid und Sehnsucht.

In unserer Studie hatten wir auch gefragt: „Haben Sie Angst, nochmals Opfer dieses Täters zu werden?“

**Tabelle 2: Haben Sie Angst, nochmals Opfer dieses Täters zu werden?**

	Frauen	%	Männer	%	Insg.	%
Weiß nicht	11	23,9	6	16,7	17	20,7
Nein	15	32,6	16	44,4	31	<b>37,8</b>
Ja	20	<b>43,5</b>	14	<b>38,9</b>	34	<b>41,5</b>
Gesamt	46	100,0	36	100,0	82	100,0

(Befunde zum 5. Messzeitpunkt = 52. Woche nach dem Ereignis.)

Zwei Fünftel, nämlich 41 % der Opfer, befürchteten, erneut nochmals Opfer genau desselben Täters zu werden, so als hätte der Täter ein spezielles Interesse am Opfer.

Unter Umständen stellt dieses Erleben eine Art Kontrollüberzeugung dar: Man meint zu wissen, von wem eine Gefahr ausgeht, und kann sich so auf diese konzentrieren und sich vielleicht vor der nächsten Tat dieses Täters schützen. Der Anteil derer, die überhaupt eine weitere Straftat erwarten, ist nämlich insgesamt geringer.

**Tabelle 3: Haben Sie Angst nochmals Opfer einer Gewalttat zu werden?**

	Frauen	%	Männer	%	Insg.	%
Weiß nicht	26	56,5	12	33,3	38	46,3
Nein	5	10,9	15	41,7	20	24,4
Ja	15	<b>32,6</b>	9	<b>25,0</b>	24	<b>29,3</b>
Gesamt	46	100,0	36	100,0	82	100,0

(Befunde zum 5. Messzeitpunkt = 52. Woche nach dem Ereignis.)

Lediglich knapp ein Drittel erwartet, erneut überhaupt Opfer einer weiteren Straftat zu werden, ohne Unterschied zwischen den Deliktarten.

**Tabelle 4: Haben Sie Interesse an einer Bestrafung des/der Täter/s?**

	Frauen	%	Männer	%	Insg.	%
Weiß nicht	15	32,6	5	13,9	20	24,4
Nein	8	17,4	10	27,8	18	22,0
Ja	23	<b>50,0</b>	21	<b>58,3</b>	44	<b>53,7</b>
Gesamt	46	100,0	36	100,0	82	100,0

(Befunde zum 5. Messzeitpunkt = 52. Woche nach dem Ereignis.)

Lediglich etwas über die Hälfte der Betroffenen hat ein Interesse an der Bestrafung des Täters. Weit verbreitet ist aber der Wunsch, es solle etwas geschehen, damit der Täter niemandem gegenüber mehr

eine solche Tat begeht. Der bevorstehende Prozess ist für viele Opfer eine starke Belastung. Männer geben mit 45 % etwas häufiger als Frauen mit 33 % an, vom Prozess nicht belastet zu sein. In Therapien sieht der Befund dann häufig durchaus anders aus.

Nur ungefähr ein Drittel glaubt an eine angemessene Bestrafung des Täters. Knapp die Hälfte antwortete mit „Weiß nicht!“, was wir so verstanden, dass sie sich kaum mit dieser Frage beschäftigt hatten, weil anderes für sie wichtiger war.

Auf die Frage „Haben Sie Angst vor der Entlassung des Täters?“ zeigen sich die Männer als die Starken: Ein Viertel der Frauen hat „Gar keine“ Angst, mehr als die Hälfte der Männer behauptet von sich, angstfrei zu sein.

#### 4. Zusammenfassung

Die Thematik fällt in die neue Disziplin der Psychotraumatologie. Diese wird als interdisziplinäres Querschnittsfach verstanden, in dem Gewalt und Gewaltfolgen sowie präventive und therapeutische Möglichkeiten auf individueller und überindividueller Ebene thematisiert werden.

Folgen von krimineller, individueller Gewalt lassen sich in verschiedenen Bereichen erkennen. Klinisch sind einzelne Gewaltfolgestörungen bereits gut definiert und konzeptualisiert, und es stehen wirksame Therapieverfahren zu ihrer Behandlung zur Verfügung. Soziale Folgen werden meist weniger registriert, sind aber – als sozialer Ausstoßungsprozess des Opfers, als Verlust des Arbeitsplatzes oder Zerbrechen von Beziehungen – in ihrer Bedeutung häufig gravierender als umschriebene Krankheitsbilder und insbesondere schwerer zu korrigieren. Existentielle Folgen betreffen das erschütterte Selbst- und Weltverständnis des Betroffenen und schlagen sich noch weniger in irgendwelchen Statistiken nieder.



---

Für einige Opfer stellt die Traumatisierung eine Reifungs- und Entwicklungschance dar. Viel zu wenig ist darüber bekannt, was für Kriminalitätsoffer aus deren eigener Perspektive wirklich hilfreich ist. Eine geringe Kenntnis von Opferbedürfnissen gibt es auch von Menschen, deren Schädigung auf andere Ereignisse zurückgeht.

Fehlende Kenntnisse werden dann häufig durch Stereotypen ersetzt. Dazu kann etwa ein unterstelltes Bedürfnis nach einer harten Bestrafung des Täters gehören oder die Annahme vorherrschender Affekte von Hass oder Rache.