

Wozu ambulante Schutzmassnahmen des Vereins für Opfersicherheit?

Opfer von organisierter sexualisierter Gewalt vor anhaltender Gewalt zu schützen, kann eine äusserst grosse Herausforderung darstellen – für Betroffene selbst wie auch für Menschen in ihrem Umfeld.

1. Wenn die Traumatisierung anhält

In der Fachsprache wird bei Traumafolgestörungen in der Regel von posttraumatischen Störungen gesprochen. Bei manchen Betroffenen liegen die Traumatisierungen aber nicht nur in der Vergangenheit, sondern es kommt auch aktuell noch zu Gewalterfahrungen.

Bei traumatisierten Menschen, die weiterhin Opfer von Gewalt werden, spricht Gysi deshalb von «Belastungsstörungen bei anhaltender Traumatisierung» (BSAT) und weist darauf hin, dass sich die Therapien zB. von posttraumatischen Belastungsstörungen deutlich von denjenigen der BSAT unterscheiden. (Gysi 2020) Bei der BSAT geht es primär um das Schaffen von Sicherheit und nicht um das Aufarbeiten unverarbeiteter Traumatisierungen.

2. Keine nutzbringende Therapie bei anhaltendem Täterkontakt

In der Literatur zu Traumatherapie wird durchgehend betont, dass «kein Täterkontakt mehr bestehen darf», damit eine Therapie wirklich erfolgreich sein kann und Betroffene Heilung erfahren dürfen [Reddemann 2014].

Täterkontakt mit einem Täter kann in unterschiedlicher Form stattfinden: persönlich, allein oder zusammen mit anderen Menschen, telefonisch, schriftlich, über das Internet, und viele weitere Formen [Fliss 2013]. Kontaktaufnahmen einer Täterschaft können dabei auch versteckt erfolgen, zB. mit einer Postkarte von einem Ort, wo früher oft Gewalt passiert ist, jedoch mit unauffälligem Begleittext, oder über einen Eintrag auf Facebook mit einem Bild, das für Aussenstehende unauffällig ist, bei Betroffenen jedoch eine Erinnerungen an frühere Gewalt aktivieren und sie einschüchtern soll.

Für eine erfolgreiche Verarbeitung traumatisierender Erfahrungen ist das kognitive und emotionale Bewusstsein, dass «es vorbei ist», sowie der volle körperliche und psychische Schutz in der Gegenwart, essenziell.

Fliss schreibt dazu: «Nach meiner Erfahrung haben die meisten Menschen aus Zusammenhängen organisierter Gewalt bei Therapiebeginn noch Täterkontakt. Setzt man den Abbruch des Täterkontakts als Bedingung für eine Therapie voraus, bleiben die meisten Betroffenen ohne Hilfe. Vielfältige Unterstützung ist eine wesentliche Voraussetzung und Bedingung für einen allmählichen und schrittweisen Abbruch des Täterkontakts» [Fliss 2013].

In Traumatherapien bei Opfern organisierter Gewalt mit anhaltenden Traumatisierungen kann es sehr schwierig bis fast unmöglich sein, den Kontakt zu Tätern ohne spezielle Unterstützung zu unterbinden. Im Extremfall arbeiten eine Therapeutin und ein Alltagsanteil allein gegen organisierte Gewaltstrukturen – ein Kampf, der kaum zu gewinnen ist. Hinzu kommt, dass die Anzahl Psychotherapiestunden durch Vorgaben der Krankenkassen und anderen Finanzierern stark limitiert ist und in keinem Verhältnis steht zum Zeitaufwand, den organisierte Gewaltstrukturen einzusetzen bereit sind, wenn ein Opfer aussteigen will.

3. Limitationen aktueller Angebote bei anhaltender Gewalt

Wenn Menschen mit DIS und anhaltenden Gewalterfahrungen institutionellen Schutz aufsuchen wollen, dann begegnen ihnen aktuell fast überall wesentliche Einschränkungen und Schwierigkeiten:

- Psychiatrische Kliniken wissen oft noch wenig über die kPTBS und die dissoziative Identitätsstörung. Zudem bestehen wie in manchen Kliniken falsche Vorstellungen zu beiden Störungen, speziell zur dissoziativen Identitätsstörung (DIS). Hinzu kommt, dass psychiatrische Kliniken in der Regel nicht dafür eingerichtet sind, PatientInnen vor Gewalt durch Täter zu schützen, speziell beim Vorliegen einer DIS. Kliniken sind primär darauf fokussiert, Menschen mit akuter Selbst- und Fremdgefährdung zu behandeln, aber nicht, sie vor Gewalt von aussen zu schützen. Wenn es Opfern zudem nicht gelingt, ausreichend klar über ihre Gefährdung zu sprechen, dann werden sie häufig fälschlicherweise in Borderlineprogrammen oder mit der Fehldiagnose eines Wahns oder einer Psychose mit Medikamenten behandelt.
Die meisten psychiatrischen Kliniken verfügen heute über keine spezialisierten Angebote für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen. Zudem stehen Kliniken unter grossem Kostendruck und verfügen nicht über die Ressourcen, um Opfer organisierter sexualisierter Ausbeutung ausreichend lange und fundiert stationär behandeln zu können.
- Frauenhäusern fehlen in der Regel die Ressourcen, um Menschen mit DIS vor Tätern schützen zu können. Hinzu kommt, dass davon ausgegangen werden muss, dass täterloyale Anteile die Adressen von Frauenhäusern umgehend der Täterschaft melden würden. Dies hätte zur Folge, dass die Orte der Frauenhäuser nicht mehr geheim wären. Frauenhäuser lehnen deshalb Schutzaufenthalte von Frauen mit DIS und anhaltendem Täterkontakt normalerweise ab.
- Bei Schutzhäusern im Rahmen des Menschenhandels bestehen ähnliche Probleme wie bei Frauenhäusern. Das Personal ist in der Regel zu wenig ausgebildet für die Arbeit mit Menschen mit DIS, zudem fehlen die erforderlichen Ressourcen für Personal und Weiterbildung.
- Ambulante Begleitungen wie Assistenz über die Invalidenversicherung oder ambulante Psychiatriepflege umfassen in der Regel nur einige wenige Stunden pro Woche und können niemals einen umfassenden Schutz anbieten. Zudem kann es nicht Aufgabe solcher Menschen sein, für die Sicherheit von Opfern zu sorgen.
- Ausführliche polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen, um die Straftaten einer Täterschaft aufzudecken, diese in Untersuchungshaft zu nehmen und dadurch einem Opfer Schutz zu gewähren, sind wie beschrieben sehr komplex und können in der Regel keinen ausreichend raschen Schutz anbieten.
- Ein Polizeischutz wäre theoretisch denkbar, wäre aber für einen Zeitraum über viele Wochen zu kostspielig.
- Zeugenschutzprogramme sind erstens erst möglich, wenn ein Opfer ausführliche Aussagen bei Polizei und Justiz machen können, und zweitens nur, wenn ein Opfer sich an die aufwändigen Sicherheitsvorgaben halten kann. Bei Menschen mit DIS ist dies in der Regel erst nach längerer Therapie möglich, bei anhaltendem Täterkontakt fast unmöglich.
- Private Schutzmassnahmen durch Angehörige und FreundInnen sind verschiedentlich versucht worden, sind für das Umfeld emotional aber äusserst belastend und zeitlich sehr aufwändig. Solche Massnahmen lassen sich nicht über mehrere Monate aufrechterhalten. Hinzu kommt, dass viele Opfer sozial isoliert sind oder dass die missbrauchende Täterschaft oft aus dem familiären Umfeld kommt.
- Ambulante Schutzmassnahmen durch spezialisierte Organisationen aus dem Bereich des Menschenhandels sind in der Vergangenheit ebenfalls gescheitert, primär am fehlenden Fachwissen der involvierten Fachleute zu DIS.

Daraus lässt sich ableiten, dass für Menschen mit DIS und anhaltenden Traumatisierungen aktuell meist keine ausreichenden Schutzmöglichkeiten bestehen. Deshalb sollten andere Möglichkeiten zum Schutz von Opfern vor organisierter sexualisierter Ausbeutung im Rahmen ambulanter Schutzmassnahmen gefunden werden – zum Schutz der Opfer und um hohe Folgekosten zu vermeiden.

Die hohen finanziellen Kosten von Opfern für SteuerzahlerInnen werden oft unterschätzt und erhöhen sich, je länger die Gewalt andauert. Bonomi et al. konnten bereits 2007 nachweisen, dass Missbrauchsoffer im Durchschnitt um 36% höhere Gesundheitskosten verursachten, mit mehr Notfallbehandlungen, mehr ambulanten Behandlungen, mehr Medikamenten, mehr hausärztlicher Betreuung und mehr Behandlungen durch Fachärztinnen und -ärzten. [Bonomi 2008] Letourneau et al. berechneten 2018 Folgekosten nach Kindesmissbrauch von \$ 9.3 Milliarden für die USA. [Letourneau 2018]

4. Merkmale eines ambulanten Schutzangebots

Alternative Schutzmassnahmen für Menschen mit schweren Traumafolgestörungen (zB DIS) und anhaltenden Traumatisierungen sollten folgende Kriterien berücksichtigen:

1. 24h Schutz zu Hause und unterwegs (wenn möglich gemeinsam mit Angehörigen): der Schutz zu Hause macht Sinn, um Betroffene nicht aus ihrem Umfeld zu reißen und sie möglichst im normalen Tagesablauf zu unterstützen. Hinzu kommt, dass die Kommunikationswege dissoziierter Anteile am besten zu Hause entdeckt und stillgelegt werden können (allenfalls mit der Möglichkeit zu forensischer Beweissicherung der Kommunikation mit einer Täterschaft).
2. Schutz und Begleitung durch Fachleute mit Basiswissen zu dissoziativer Identitätsstörung und organisierter Kriminalität (Psychiatriepflege, Psychologinnen, Sozialpädagoginnen), ähnlich zum Personal in Frauenhäusern. Erfahrungsgemäss greifen Täter ein Opfer nicht an, wenn es in Begleitung ist.
3. Enge Zusammenarbeit des schutzgebenden Umfelds mit TherapeutInnen mit Spezialwissen zu Traumafolgestörungen.
4. Störungsspezifische Behandlung des Opfers gemäss internationalen Leitlinien [ISSTD, 2011] durch eine Therapeutin resp. einen Therapeuten mit ausreichendem spezifischem Fachwissen zu DIS und genügend Berufserfahrung.
5. Weiterführen der Schutzmassnahmen auch während psychiatrischen Hospitalisationen, da psychiatrische Kliniken erfahrungsgemäss keinen ausreichenden Schutz vor erneuter Gewalt anbieten können.



Begleitung bei amb. Schutzmassnahmen

6. Spezialisierte Supervision der involvierten Fachleute.
7. Etablieren eines Sicherheitskonzepts mit der Polizei, um auf plötzliche Bedrohungen vorbereitet zu sein.
8. Zusammenarbeit mit einer Anwältin oder einem Anwalt mit Basiswissen zu DIS und organisierter Kriminalität.
9. Zusammenarbeit mit forensischen Fachleuten, die mithelfen können, Kommunikationswege zwischen Täterschaft und dissoziierten Anteilen aufzudecken und allenfalls für weitere polizeiliche Ermittlungen zugänglich zu machen.

Solche Schutzmassnahmen müssten anhalten, bis

- a. ein Opfer mit all seinen Anteilen in der Lage ist, sich gegen Kontaktversuche, Drohungen und Erpressungen einer spezialisierten Täterschaft zur Wehr zu setzen, oder
- b. durch verschiedene Massnahmen die Täterschaft davon abgehalten werden kann, den Kontakt zum Opfer weiterhin zu suchen (mit oder ohne Einbezug der Strafverfolgungsbehörden).

5. Die Rolle des Vereins für Opfersicherheit

Der «Verein für Opfersicherheit» (VfO) hat sich zum Ziel gesetzt, in einem weltweit erstmaligen Pionierprojekt solche ambulante Schutzmöglichkeiten aufzubauen. Bisher gab es für Menschen, die weiterhin Opfer organisierter Ausbeutung wurden, keine Schutzmöglichkeiten, falls sie nicht ausreichend stark waren, um über bestehende Schutzmöglichkeiten auszusteiern.

Das Angebot des VfO soll keine bestehenden Angebote konkurrenzieren. Wenn Frauen zB. ausreichend stabil sind für ein Frauenhaus, dann soll weiterhin eine Zuweisung an eine entsprechende Institution erfolgen. Das Angebot des VfO setzt dort an, wo bestehende Schutzmassnahmen nicht ausreichen können.

Der Verein für Opfersicherheit wurde im Oktober 2020 von verschiedenen schweizweit bekannten Fachpersonen aus Therapie, Polizei und Justiz gegründet.

Literatur:

Bonomi, A.E., et al., *Health care utilization and costs associated with childhood abuse*. Journal of general internal medicine, 2008. 23(3): p. 294-299.

- Fliss, C., *Psychotherapie bei noch bestehendem Täterkontakt, in Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*, M. Sack, U. Sachsse, and J. Schellong, Editors. 2013, Schattauer Verlag: Stuttgart.
- Gysi, J. *Diagnostik von Traumafolgestörungen*. 2020. Hogrefe Verlag, Bern/Göttingen
- ISSTD, *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision, of the International Society for the Study of Trauma and Dissociation*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2011. 12(2): p. 115-187.
- Letourneau, E.J., et al., *The economic burden of child sexual abuse in the United States*. *Child Abuse & Neglect*, 2018. 79: p. 413-422.
- Reddemann, L., *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT®-Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*. Vol. 241. 2014: Klett-Cotta.