

Die Bundeswehr im Einsatz - Psychosoziale Belastungen und ihre Bewältigung

Orientierungshilfe für Mitglieder des
Psychosozialen Netzwerkes der Bundeswehr



BUNDESWEHR

Die in der vorliegenden Publikation vorgetragene(n) Ansichten und Meinungen sind ausschließlich diejenigen der Autoren und geben nicht notwendigerweise die Sicht oder die Auffassung des Bundesministeriums der Verteidigung wieder.

Zur besseren Lesbarkeit wird auf die sprachliche Nennung der Geschlechter verzichtet.

Mit den gewählten Formulierungen sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

Die Bundeswehr im Einsatz - Psychosoziale Belastungen und ihre Bewältigung

Eine Orientierungshilfe für Mitglieder des Psychosozialen Netzwerkes der Bundeswehr
Gerd-Dieter Willmund und Peter Zimmermann (Hrsg.)

Psychotraumazentrum des
Bundeswehrkrankenhauses Berlin

Vorwort zur 3. Auflage

In den letzten Jahren hat das Psychotraumazentrum der Bundeswehr in Berlin mit seinen Kooperationspartnern eine Reihe von Studien zu psychischen Belastungen und Erkrankungen von Soldaten mit und ohne Auslandseinsatz durchgeführt. Dadurch konnten u. a. wichtige epidemiologische Erkenntnisse gewonnen werden. Es ist nun bekannt, dass 20 bis 25 % aller Bundeswehrsoldaten unter psychischen Erkrankungen leiden. Die Behandlungsquote ist mit 10 bis 20 % der Betroffenen immer noch deutlich zu niedrig, so dass der Verbesserung der Versorgungssysteme, aber auch der Aufklärungsarbeit in der Truppe in den nächsten Jahren ein zunehmender Stellenwert zukommen wird. Dies wurde zum Anlass genommen, eine dritte Auflage der Monographie „Die Bundeswehr im Einsatz - Psychosoziale Belastungen und ihre Bewältigung“ des Psychotraumazentrums für die Psychosozialen Netzwerke der Bundeswehr zu erarbeiten. Die ersten beiden Auflagen sind bereits nach wenigen Jahren nunmehr komplett vergriffen.

Diese Neuauflage wurde komplett überarbeitet und durch zusätzliche Themenschwerpunkte ergänzt, so dass sie aus Sicht der Autoren die dynamische Entwicklung im psychosozialen Arbeitsfeld der Bundeswehr widerspiegelt.

Sie wird ergänzt durch weitere kürzlich erschienene Broschüren („Wenn der Einsatz nicht endet“/„Wenn der Einsatz noch anhält“), die Ratgeber für einsatzbedingt psychisch belastete Soldaten sowie deren Angehörige darstellen. In dieser Kombination ist nun eine Schriftenreihe entstanden, die den Umgang mit diesen Personengruppen in der Zukunft deutlich verbessern soll. Für Freunde elektronischer Medien ist zudem die Website www.PTBS-Hilfe.de sowie seit 2016 die App „Coach PTBS“ verfügbar, die u. a. auch nützliche Audiodateien wie Entspannungstrainings enthält.

Wie auch in den Voraufgaben soll das vorliegende Buch eine Einführung in wichtige Aspekte der Arbeit mit psychisch belasteten und erkrankten Soldaten geben, um zu mehr Handlungssicherheit in den Psychosozialen Netz-

werken der Bundeswehr beizutragen. Es ist dabei nicht das Ziel, ein Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie mit dem Anspruch auf Vollständigkeit zu schaffen. Ebenso sind die Texte nicht als handlungsverbindliche Richtlinien zu verstehen, sondern geben die Erfahrungen der Autoren aus ihrer langjährigen praktischen Tätigkeit als Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter oder Militärgeistliche der Bundeswehr wieder.

Eine vollständige und umfassende Darstellung des Gesamtsystems kann kein erreichbares Ziel sein. So wird es leider auch nicht möglich sein, alle Institutionen und Personen, die sich engagiert für die psychischen Belange von Soldaten einsetzen, zu Wort kommen zu lassen oder im Anhang zu erwähnen. Die dadurch entstehenden Unvollständigkeiten sollen aber keinesfalls einer Bewertung der Bedeutung der entsprechenden Angebote entsprechen, sondern sind der Unzulänglichkeit einer verkürzten Darstellung geschuldet. Insbesondere das überarbeitete Portal www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/ptbs-hilfe stellt eine sinnvolle und wichtige Ergänzung dar, um einen vollständigen Überblick über die verfügbaren Angebote zu erhalten.

Abschließend sei darauf hinzuweisen, dass nicht durchgängig geschlechtsspezifische Anpassungen von Bezeichnungen durchgeführt wurden. Dies ist der Vielzahl der Autoren geschuldet. Es sind aber im Regelfall stets alle Geschlechter angesprochen.

Der geneigte Leser wird gebeten, sich an der Weiterentwicklung dieser dritten Auflage durch Rückmeldungen und Anregungen an das Psychotraumazentrum der Bundeswehr zu beteiligen. Wir freuen uns auf die Diskussion und wünschen viel Erfolg und Freude bei der Lektüre.

Im Namen aller Autoren
Peter Zimmermann

Inhaltsverzeichnis

I	Grundlagen Psychosozialer Arbeit	9
	1. Das Psychosoziale Netzwerk der Bundeswehr <i>Rita Quasten</i>	11
	2. Militärseelsorge als Partnerin im Psychosozialen Netzwerk <i>Christian Fischer</i>	21
	3. Sozialarbeit als Teil des Psychosozialen Netzwerkes <i>Carolyn Rose</i>	23
	4. Die Familienbetreuungsorganisation <i>Martin Kasten</i>	27
	5. Angehörigenarbeit <i>Carolyn Rose</i>	29
	6. Einsatzweiterverwendungsgesetz und Einsatzunfallverordnung <i>Michael Heilmann & Thorsten Roth</i>	33
	7. Datenschutz und Berufsgeheimnis / Schweigepflicht <i>Stefan Mahr</i>	39
II	Psychosoziale Belastungen, Folgen und Störungsbilder	43
	8. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) <i>Robin Hauffa</i>	45
	9. Weitere einsatzbedingte Störungen <i>Gregor Leutheußer</i>	49
	10. Moralische Verletzungen und Wertorientierungen bei Einsatzsoldaten <i>Peter Zimmermann, Christian Fischer, Christina Alliger-Horn</i>	57
	11. Stress und Stressbewältigung <i>Volker Eisenlohr</i>	59
	12. Mobbing <i>Volker Eisenlohr</i>	67
	13. Depressive Erkrankungen <i>Volker Eisenlohr</i>	73
	14. Suizidverhalten <i>Herbert Jacobs</i>	85
	15. Suizidologie – Hintergrundwissen und Ableitungen für die Praxis <i>Gerd Willmund & Christian Helms</i>	103

16. Burnout <i>Volker Eisenlohr</i>	115
17. Schlafstörungen <i>Volker Eisenlohr</i>	127
18. Gastbeitrag: Sekundäre Traumatisierung von Familienmitgliedern von Soldaten und Veteranen <i>Dietmar Golth</i>	137
III Therapie und Behandlung	149
19. Erste Gespräche im Psychosozialen Netzwerk <i>Peter Zimmermann</i>	151
20. Therapie psychischer Erkrankungen in Bundeswehrkrankenhäusern <i>Peter Zimmermann</i>	157
21. Neue Medien in der Psychotherapie <i>Gerd Willmund & Heinrich Rau</i>	159
22. Selbstfürsorge bei Helfern im psychosozialen netz der bundeswehr <i>Christina Alliger-Horn</i>	165
23. Das „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ <i>Rita Quasten</i>	173
24. Interdisziplinäre Zusammenarbeit am Beispiel der Fachberatungsseminare <i>Susanne Bruns & Carolyn Rose</i>	185
25. Rehabilitation – Individuelle Begleitung von Beginn an <i>Franziska Langner</i>	193
26. Zurück ins Leben <i>Andreas Lison</i>	201
27. Animal Assisted Intervention and Therapy - Wie können Tiere bei der Behandlung von Veteranen mit Einsatzfolgestörungen in der Bundeswehr unterstützen <i>Kai Köhler</i>	205
28. Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL) – Kommunikationstraining für Paare <i>Silke Jensen</i>	213
29. Ansprechstellen, Interessenverbände, private Initiativen, Selbsthilfegruppen, Fachverbände <i>Überarbeitet von Manuela Schmidt</i>	217
30. Weitere Studien und Schriften	227
31. Autorenverzeichnis	229
32. Literaturverzeichnis	231

I Grundlagen Psychosozialer Arbeit

1. DAS PSYCHOSOZIALE NETZWERK DER BUNDESWEHR

Rita Quasten

Einleitung

Psychosoziales Netzwerk – hinter diesem eher abstrakten Namen verbirgt sich ein Konzept, das vor Ort ganz konkrete und schnelle Hilfe bei den unterschiedlichsten sozialen oder psychischen Anliegen und Belastungen leisten soll. Das Angebot richtet sich sowohl an aktive und ehemalige Soldatinnen und Soldaten und Reservistinnen und Reservisten, als auch an Zivilbeschäftigte der Bundeswehr sowie die Angehörigen aller Bundeswehrranggehörigen.

Das PSN setzt sich aus Mitgliedern der vier Fachdisziplinen Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Militärseelsorge zusammen. Diese Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bilden jeweils vor Ort das Psychosoziale Netzwerk eines Standortes. Sie können von Ratsuchenden direkt, persönlich, telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werden. Selbstverständlich werden alle Anliegen vertraulich behandelt. Sollte die Unterstützung durch das PSN nicht ausreichen, vermitteln die Mitglieder des PSN die Hilfesuchenden auf Wunsch an qualifizierte Stellen weiter.

Das PSN, oder richtiger: die PSN der Bundeswehr, sind das Ergebnis einer langjährigen Entwicklung, an deren Beginn die Erkenntnis stand, dass die psychische Gesundheit der Soldatinnen und Soldaten ein elementarer Faktor für eine leistungsfähige Bundeswehr ist. Der Arbeit der PSN liegen jedoch weder ein begründender Erlass, noch ein Konzept mit konkreten Handlungsan-

weisungen zugrunde. Vielmehr sind die Bestimmungen für die Tätigkeit und Organisation der PSN sehr allgemein und an diversen Stellen formuliert. Daher soll im Folgenden kurz die Entwicklung der PSN geschildert werden, ehe Aufbau und Arbeit sowie das Ziel der PSN beschrieben werden.

Entwicklung und rechtlicher Hintergrund

Am 20.12.2004 wurde das „Medizinisch-Psychologische Stresskonzept“ (MedPsychStressKonBw) erlassen.¹ Dieses Konzept, das gemeinsam von Sanitätsdienst und Psychologischem Dienst der Bundeswehr entwickelt wurde, ist die begründende Unterlage für das Psychosoziale Netzwerk der Bundeswehr. Hierin wird Stressbewältigung als Teil der psychosozialen Betreuung beschrieben, die gemeinschaftlich von Sanitätsdienst und Psychologischem Dienst geleistet wird. Ergänzt werden diese beiden Fachdienste durch den Sozialdienst und die Militärseelsorge beider Konfessionen, die für eine ganzheitliche psychosoziale Betreuung von Soldatinnen und Soldaten sowie ihrer Angehörigen unabdingbar sind.

Damit wurde im MedPsychStressKonBw das Zusammenwirken der vier Fachdienste im Netzwerk erstmals verbindlich begründet. Inzwischen ist diese Zusammenarbeit innerhalb der Bundeswehr weitestgehend etabliert, auch wenn es an einigen Standorten, insbesondere bei nicht besetzten Dienstposten, immer noch zu Schwierigkeiten in der konkreten Zusammenarbeit kommen kann.

¹ Medizinisch-Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr (MedPsychStressKonBw). Fachkonzept zur psychophysischen Stressbewältigung bei Soldatinnen und Soldaten sowie ihren Angehörigen im Zusammenhang mit Extrembelastungen in der Bundeswehr. Fü San I 1 – Az 42-13-40 / PSZ III 6 – Az 66-01-10, 20. Dezember 2004.

Die ursprünglich einsatzbezogene Erkenntnis der Notwendigkeit psychosozialer Unterstützung zeigt sich daran, dass die ersten Konzepte zu diesem Themenkomplex im Bezug zur Einsatzrealität der Bundeswehr stehen und daraufhin formuliert wurden. Das „Rahmenkonzept zur Bewältigung einsatzbedingter Belastungen bei Soldaten vor, während und nach Einsätzen und besonderen Auslandsverwendungen“ vom Januar 1997 bildete hierbei den Anfang, wobei bereits im Oktober 1998 mit dem „Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen bei Soldaten im täglichen Dienst und im Einsatz“ auch ein expliziter Bezug auf den Grundbetrieb hergestellt wurde.

Seither erfolgte eine ständige Weiterentwicklung der Konzepte zur psychosozialen Unterstützung. Das „Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen von Soldaten im täglichen Dienst und im Einsatz“ vom 22. März 2004 ist maßgeblich für die konkrete vernetzte Arbeit der Fachdienste im PSN auf Standortebene. Denn hier werden die Vorgesetzten explizit dazu angehalten, sich der „Unterstützung durch Truppenärzte, Truppenpsychologen, Militärseelsorger und/oder Sozialarbeiter“ zu bedienen, wenn sie psychische Belastungen bei ihnen unterstellten Soldatinnen oder Soldaten erkannt haben. In Folge dessen wurde für alle Verbände die Arbeit der Psychosozialen Netzwerke verbindlich festgeschrieben.² Allerdings fehlen konkrete Ausführungsbestimmungen oder Verfahrensanweisungen für die einzelnen Fachdienste.

Die konkreten Aufgaben und Arbeit des PSN

Das Psychosoziale Netzwerk setzt sich zusammen aus Vertretern des Sanitätsdienstes, des Psychologischen Dienstes, des Sozialdienstes sowie der Militärseelsorge. Seine Mitglieder bieten allen Angehörigen der Bundeswehr sowie deren Angehörigen fachliche Beratung und Unterstützung bei psychosozialen Problemen. Das vom Generalinspekteur am 31.10.2012 erlassene neue Rahmenkonzept „Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“ (Konz ErhSteigPsychFit) legt explizit fest, dass dieses Angebot auch für Angehörige, ehemalige Soldatinnen und Soldaten, Reservistinnen und Reservisten sowie zivile Beschäftigte gilt. Neben der Funktion als Ansprechpersonen für diese Gruppen unterstützen die Mitglieder der Psychosozialen Netzwerke die Vorgesetzten an den jeweiligen Standorten in deren gesetzlich verankerter Fürsorgepflicht. Dies beinhaltet die Sorge für Soldatinnen und Soldaten, die psychischen Belastungen ausgesetzt sind, aber ebenso auch andere Fragen oder Konflikte, die in der alltäglichen Zusammenarbeit auftauchen.

Das PSN stellt ein unmittelbares und niedrigschwelliges Unterstützungsangebot dar. Unmittelbar bedeutet dabei, dass Ansprechpersonen vor Ort verfügbar sind und über Ressourcen verfügen, die es ihnen erlauben, bei vielen Problemen schnelle Entlastung oder neue Perspektiven zu schaffen. Niedrigschwellig bedeutet, dass es keine großen Zugangsbarrieren für die Inanspruch-

² Für das Heer: „Bewältigung psychischer Belastungen bei Soldaten im Zusammenhang mit Besonderen Auslandseinsätzen“ zuletzt am 18.01.2007. Für den Einsatz: „Weisung zur Bewältigung von psychischen Belastungen sowie zur truppenpsychologischen Betreuung und Krisenintervention bei Einsätzen der Bundeswehr“, zuletzt am 27.07.2005. Für die Luftwaffe: „Handbuch zur Bewältigung besonderer Belastungen bei Soldaten im Friedens- und Einsatzbetrieb der Luftwaffe“ (Fü L I 1) am 25.05.2004. Für das fliegende Personal aller Teilstreitkräfte: „Konzept zur psychophysischen Stressbewältigung im Rahmen akuter und chronischer Stressexposition des Fliegenden Personals der Bundeswehr“ (BMVg - P II 4 - vom 01.09.1995). Für die Marine: „Ständiger Befehl der Flotte Nr. 131, Umgang mit psychischen Dienst- und Einsatzbelastungen sowie truppenpsychologische Unterstützung der Flotte“ und „Ständiger Befehl der Flotte Nr. 930, Bewältigung von extremen Belastungssituationen durch den Einsatz von Kriseninterventionsteams“. Für den Sanitätsdienst und den Psychologischen Dienst das Medizinisch-Psychologische Stresskonzept am 20.12.2004, das der Sozialdienst mit Erlass vom 13.09.2005 und das Katholische Militärbischofsamt, KMBA III, mit Verfügung vom 01.12.2005 übernommen haben.

nahme der Unterstützungsleistung gibt. Es bedarf lediglich eines Termins bei der entsprechenden Stelle, aber keines Antrags oder einer Überweisung oder ähnliches. Die im PSN vertretenen Fachprofessionen sind ohnehin an den Standorten tätig, weshalb die Hemmschwelle der Kontaktaufnahme gering gehalten werden kann. Eine Begegnung am Standort kann auch „wie zufällig“ erfolgen. Die Zusammenarbeit im PSN ist interdisziplinär, gleichberechtigt und vertrauensvoll. Dabei ist für die schnelle und unbürokratische Hilfeleistung von entscheidender Bedeutung, dass die handelnden Personen am Standort sowohl die Kompetenzen der anderen Fachdisziplinen kennen als auch Gesichter mit diesen verbinden können. Wesentlicher Faktor für den Erfolg der PSN ist die Bekanntheit der handelnden Personen – untereinander, aber eben auch am gesamten Standort.

Darüber hinaus kann die Zusammenarbeit im PSN auch zur eigenen Entlastung dienen, weil niemand allein für alle Fragen und Probleme von Hilfesuchenden zuständig sein muss, sondern die Kompetenzen einander ergänzen. Zudem ist es möglich, sich in der Zusammenarbeit auch gegenseitig zu stützen und für die eigene Psychohygiene zu sorgen.

Die Vertreterinnen und Vertreter aller vier im PSN vertretenen Disziplinen unterliegen in ihrem beruflichen Handeln der Schweigepflicht. Das heißt, dass eine Weitergabe von Informationen über Hilfesuchende oder auch nur ein Austausch über Betroffene nur unter Wahrung der Schweigepflicht oder unter Vorliegen einer Entbindung von dieser Schweigepflicht erfolgen darf. Ansonsten dürfen sich auch die Mitglieder im PSN nur anonymisiert über konkrete Unterstützungsfälle austauschen. Diese Verschwiegenheit gewährt den Hilfesuchenden einen besonderen Schutz, wenn sie die Unterstützung durch das PSN in Anspruch nehmen.

Jeder Bundeswehrstandort wird von einem PSN betreut. An größeren Standorten sind die Disziplinen des

PSN, Medizin, Psychologie, Sozialarbeit sowie katholische und evangelische Militärseelsorge, in der Regel mit eigenen Dienstposten vertreten. Kleine Standorte werden von diesen PSN mitbetreut oder, entsprechend den Einzugsgebieten von Truppenärzten, Militärseelsorgern und anderen Beteiligten zu regionalen PSN zusammengefasst.



Abbildung 1: Das Logo des Psychosozialen Netzwerkes der Bundeswehr

Die einzelnen Psychosozialen Netzwerke sind auf Standortebene angesiedelt. Auf Grund der unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten, wie z. B. der Standortgröße und damit einhergehend der Entfernung zwischen den Dienstsitzen der einzelnen Mitglieder des PSN, ergeben sich Unterschiede in der konkreten Arbeit der PSN. Grundsätzlich impliziert das Konzept der PSN eine enge Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern und damit zwischen den Disziplinen. Das drückt sich z. B. in regelmäßigen Treffen aller PSN-Angehörigen aus, die dem Austausch von Informationen, über Betroffene, zu konkreten Fragen, Entwicklungen am Standort, Unterstützung von Standortverantwortlichen, der Entwicklung von Lösungsansätzen, der Vermittlung von weiterführenden Hilfsangeboten etc. dienen. Selbstverständlich wird auch beim Austausch der PSN-Mitglieder untereinander die Schweigepflicht beachtet. Eine Informationsweitergabe erfolgt auch in diesem Rahmen nur mit Zustimmung der Betroffenen.

Die dezentrale Organisation der PSN erlaubt es ihnen, sehr flexibel auf den individuellen Bedarf der Hilfesuchenden und auf die Gegebenheiten am Standort zu reagieren. Daher ist es auch nicht möglich, die Arbeit der PSN allgemeingültig zu beschreiben. Zu den typischen Angeboten gehören, neben der Verfügbarkeit als Ansprechpersonen, z. B. die Begleitung oder punktuelle Unterstützung von Selbsthilfegruppen, die Organisation von Veranstaltungen, Unterrichtung über Stress, psychische Belastungen, PTBS usw., auf Angebote der Bundeswehr aufmerksam zu machen oder Betroffene untereinander zu vernetzen. Das geschieht auch mit dem Ziel, Betroffene von psychischen Erkrankungen aus dem Versteck und der Isolation herauszuholen und Transparenz zu schaffen und so das Klima innerhalb der Bundeswehr zu verändern.



Abbildung 2: Deutschland-Karte PSN

Das Psychosoziale Netzwerk steht den Soldatinnen und Soldaten sowie ihren Angehörigen nicht nur an

den Standorten im Inland, sondern auch während eines Auslandseinsatzes zur Verfügung. Ärztinnen und Ärzte, Truppenpsychologinnen und Truppenpsychologen sowie Militärseelsorger gehen mit in den Einsatz und bilden dort ein PSN. Sie werden in ihrer Arbeit unterstützt durch Peers und Truppenpsychologiefeldwebel. Auch im Einsatz gibt es unterschiedliche Angebote psychosozialer Unterstützung, die von Gesprächsmöglichkeiten, Gottesdiensten, Vermittlung von Entspannungstechniken, seelsorgerlicher Unterstützung bis hin zur Entlastung durch Ablenkung und Zerstreuung reichen. Als spezielles und gut etabliertes Angebot der Militärseelsorge sind auch die Oasen zu nennen.

Die „Arbeitsgruppe Psychosoziale Unterstützung (AG-PSU)“, eine interdisziplinär zusammengesetzte ministerielle Arbeitsgruppe, hat in Abstimmung mit den Fachaufsicht führenden Stellen Leitlinien für die Zusammenarbeit im Psychosozialen Netzwerk der Bundeswehr entwickelt und die Funktionen der einzelnen Fachprofessionen detailliert beschrieben.

Die Kooperation der Fachdienste im PSN dient dabei nicht nur der Verbesserung der individuellen gesundheitsförderlichen Maßnahmen, sondern soll langfristig die Qualität der gesamten Präventions-, Interventions- und Therapiemaßnahmen der Bundeswehr sicherstellen und erhöhen. Allerdings ist die Arbeit im PSN im Wesentlichen eine Leistung im Rahmen der Betreuung und Fürsorge des Dienstherrn für alle Bundeswehrangehörigen.

Leistungen im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung (utV) stehen ausschließlich den Soldatinnen und Soldaten zur Verfügung. Als medizinischer Ratgeber kann der Sanitätsoffizier im Psychosozialen Netzwerk aber selbstverständlich auch hinsichtlich aller anderen Hilfesuchenden agieren.

Der Besuch der Truppenarztsprechstunde ist für alle Soldatinnen und Soldaten ein normaler Vorgang, der

im Krankheitsfall, aber auch für vielerlei Fragen zu speziellen Verwendungen angezeigt ist. Nur über den Truppenarzt haben Soldatinnen und Soldaten Zugang zu gesundheitlichen Hilfestellungen, zu Fachärzten, speziellen Untersuchungen, Psychotherapien oder Kurmaßnahmen aller Art.

Darüber hinaus führen Truppenärzte bei allen Soldatinnen und Soldaten im Rahmen der Einsatzrückkehreruntersuchung eine erste Risikoeinschätzung psychosozialer Belastung mit Hilfe des PTSS 10 (Post Traumatic Symptom Scale 10) durch, um stressbedingte Erkrankungen oder psychische Belastungsreaktionen frühzeitig zu erkennen. Damit stehen sie in der besonderen Verantwortung zu erkennen, wann weitere gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen einzuleiten sind.

Die Arbeit im PSN ist aber keine Therapie, sondern präventive Tätigkeit zur Bewältigung psychosozialer Probleme. Das bedeutet für die Truppenärzte, dass sie belastete Soldatinnen und Soldaten mit Einfühlungsvermögen an die anderen Fachdisziplinen des PSN heranzuführen müssen. Insofern hat der Truppenarzt auch eine Drehscheibenfunktion im PSN.

Die Psychologinnen und Psychologen können vor allem ihre Expertise aus der Einzelfallberatung von Bundeswehrangehörigen, aus der Führungsberatung und ihren Erfahrungen in der Stabsarbeit, aus der Angehörigenbetreuung nach Verletzungs- und Todesfällen, aus der Krisenintervention sowie aus ihrer Einsatzerfahrung in die Zusammenarbeit im PSN einbringen. Insbesondere ihre Kenntnisse über die Entstehung, das Erkennen und die Bewältigung von Stress und Belastungsreaktionen sind für die im PSN Hilfesuchenden von besonderem Wert. Sowohl Psychoedukation als auch individuelle Gesprächsangebote und Strategien zur Stressbewältigung können den Betroffenen vermittelt werden.

Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Bun-

deswehr beraten, betreuen und unterstützen im Einzel- und Mehrpersonensetting alle Bundeswehrangehörigen sowie deren Angehörige bei gesundheitlichen, partnerschaftlichen, erzieherischen und wirtschaftlichen Schwierigkeiten, zunehmend auch bei Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Dienst. Sie leisten Sucht- und Schuldnerberatung, geben Formulierungshilfen, formulieren Stellungnahmen, leisten Prävention, Akuthilfe sowie kontinuierliche Beratung und Begleitung in Lebenskrisen, bei Krankheit, Verletzung, Behinderung, Tod und Trauer.

Insbesondere auch während eines Auslandseinsatzes leisten die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Verbund mit den Familienbetreuungseinrichtungen für die Familien in der Heimat wesentliche Unterstützung durch Beratungs- und Gesprächsangebote, verschaffen Sicherheit und vermitteln Informationen.

Psychisch auffällige und ernsthaft gefährdete Personen unter den Hilfesuchenden zu erkennen und an die entsprechenden fachlich zuständigen Stellen im medizinischen oder psychotherapeutischen Kontext weiterzuleiten, gehört zu den wesentlichen Aufgaben in diesem Bereich. In der sozialen Arbeit sind neben regelmäßigen Sprechzeiten an den Bundeswehrstandorten auch Hausbesuche oder Treffen an „neutralen“ Orten möglich und üblich.

Die Militärseelsorge beider Konfessionen nimmt im PSN ihren seelsorgerlichen Auftrag für alle Bundeswehrangehörigen sowie deren Familienangehörige wahr. Durch den lebenskundlichen Unterricht der Militärseelsorger sollen die Soldatinnen und Soldaten zu ethischer Reflexion angeregt sowie in ihrer moralischen Urteilsfähigkeit und Gewissensbildung gestärkt werden.

Insbesondere im gemeinsamen Auslandseinsatz müssen Militärseelsorger die Sinnfragen der Soldatinnen und Soldaten aushalten und gemeinsam nach Antworten suchen. Das Angebot von Gebet, Ruhe, Gemeinschaft, ge-

meinsamen Gottesdienst, Andacht und Totengedenken ist in der Einsatzsituation von elementarer Bedeutung. Auch für die Familien zu Hause können die Militärseelsorger eine wichtige Stütze in der Zeit der Trennung sein, ebenso wie nach der Rückkehr und während der Wiedereingliederung in den Dienstalltag und das Familienleben. Insbesondere aber im Fall der Verwundung oder gar des Todes spielen Militärseelsorger eine wichtige Rolle. In der Arbeit mit Hinterbliebenen übernehmen Militärseelsorger häufig eine begleitende, stützende Funktion. Nach dem Überbringen der Todesnachricht gestalten sie häufig auch die Zeremonien der Beerdigung der Gefallenen mit und leisten seelsorgerliche Nachsorge für die Hinterbliebenen.

Die Arbeit des PSN ist auf Entlastung, Stressreduktion, Früherkennung von Überlastung und Verhinderung der Ausbildung psychischer Erkrankungen ausgerichtet. Das Ziel der Arbeit im PSN ist es, den Ratsuchenden unmittelbar zu helfen oder ihnen zumindest Entlastung zu verschaffen. Wo das nicht möglich ist, vermitteln die Mitglieder des PSN auf Wunsch andere Angebote innerhalb wie außerhalb der Bundeswehr.

Dabei ist die Arbeit der PSN Teil eines 3-Phasen-3-Ebenen-Modells der psychosozialen Unterstützung, das sowohl das gesamte Aufgaben- und Fähigkeitsspektrum der Streitkräfte im Grundbetrieb wie im Einsatz abdeckt als auch dem Intensitätsgrad der individuellen Problemsituation angepasst ist und das unterschiedliche Ausbildungs- und Qualifizierungsvoraussetzungen voraussetzt. In allen Phasen des Dienstes in den Streitkräften – also in der Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von Einsätzen – sind auch die im PSN vertretenen Fachprofessionen präsent. Zugleich funktioniert psychosoziale Unterstützung innerhalb der Bundeswehr auf drei Ebenen: Auf der ersten Ebene wird psychosoziale Unterstützung in Form von Selbst- und Kameradenhil-

fe geleistet. Ein gutes soziales Gefüge innerhalb einer Einheit trägt dazu bei, dass ein psychisch belasteter Soldat sehr unmittelbar und direkt von seinen Kameraden und Kameradinnen wahrgenommen wird und Entlastung und Unterstützung erfahren kann, ohne überhaupt einen Fachdienst in Anspruch nehmen zu müssen. Auch die Hilfe von Vorgesetzten ist Ausdruck kameradschaftlicher Unterstützung.

Sollte die unmittelbare Kameradenhilfe allein nicht ausreichen, kann das PSN der Bundeswehr auf der nächsten Ebene für die Belasteten aktiviert werden und im Rahmen seiner fachlichen Kompetenzen Beratung und psychosoziale Unterstützung leisten und zur Stressreduktion beitragen. Sollte die Unterstützung auf dieser Ebene nicht ausreichen, kann über die Truppenärzte die Vermittlung an die Fachuntersuchungsstellen in den regionalen Sanitätseinrichtungen oder den Bundeswehrkrankenhäusern erfolgen.³ Hier ist auf der dritten Ebene die fachärztliche, psychotherapeutische und psychiatrische Expertise vorhanden für Differentialdiagnostik und um ernsthaften psychischen Erkrankungen gezielt therapeutisch entgegenzuwirken.

Diese drei Ebenen der psychosozialen Unterstützung können weitestgehend bundeswehrintern sichergestellt und von Hilfesuchenden in Anspruch genommen werden. Das PSN agiert vor Ort auf der zweiten Ebene der psychosozialen Unterstützung. Zugleich ist es bundesweit implementiert und kooperiert mit vielen anderen Helfträgern innerhalb und außerhalb der Bundeswehr. Allerdings ist die Unterscheidung zwischen dem PSN und den weiteren Helfträgern für die Arbeit unabdingbar und stets zu berücksichtigen. Die Zusammenarbeit mit der Sozialberatung, den Familienbetreuungsorganisationen, mit Lotsen und Peers, mit Organisationen wie der Soldatenselbsthilfe gegen Sucht, der Einbezug von Disziplinarvorgesetzten, Kompaniefeldwebeln oder

³ Natürlich ist auch eine Überweisung an eine ambulante oder stationäre Einrichtung des zivilen Bereichs ist möglich.

Standortfeldwebeln – an einigen Standorten unter dem Begriff des „erweiterten PSN“ firmierend – ist zwar nachvollziehbar und im Sinne der Betroffenen sicher oft verständlich. Allerdings ist dabei zentral zu beachten, dass all diese Personen und/oder Gruppen nicht der Schweigepflicht unterliegen und es für das Gespräch über eine konkrete Person einer vollständigen Schweigepflichtsentbindung bedarf.

Die Arbeit des PSN wird ergänzt durch die Familienbetreuungsorganisation, Peers und Lotsen. Peers dienen allen psychisch belasteten Soldatinnen und Soldaten als Vertraute, die hierarchiefrei Unterstützung bei der Bewältigung psychischer Belastungssituationen leisten. Die Aufgabe der Lotsen ist es, Einsatzgeschädigte durch Begleitung und Weiterleitung an entsprechende Fachstellen gezielt und qualifiziert zu unterstützen. Diese beiden Konzepte untermauern die hohe Wertschätzung kameradschaftlicher Unterstützung. Mittlerweile existiert auch die psychosoziale Kameradenhilfe unter Reservistinnen und Reservisten als eigenes Konzept. Mit dieser Idee, auch im Kontext von Reservistinnen und Reservisten der Bundeswehr explizit psychosoziale Kameradenhilfe zu leisten, wird auch eine stärkere Anbindung an das PSN der Bundeswehr realisiert, was auch im Hinblick auf eine erfolgreiche Umsetzung des Rahmenkonzepts unbedingt sinnvoll ist.

Familienbetreuung innerhalb der Streitkräfte ist Teil der seit dem 01. Juli 2014 sogenannten Familienbetreuungsorganisation. Beim Einsatzführungskommando der Bundeswehr in Potsdam existiert ein Leit-Familienbetreuungszentrum. Weitere 31 Familienbetreuungszentren mit hauptamtlichem Personal sind deutschlandweit angesiedelt. Darüber hinaus werden bis zu 50 nebenamtlich betreute Familienbetreuungsstellen durch Truppenteile befristet betrieben, von denen Teile in Einsätzen aktiv sind.⁴

Mittlerweile gibt es ein umfassendes Hilfs- und Betreuungsangebot, über das die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PSN informiert sein sollten, um bei Bedarf den Hilfesuchenden möglichst unmittelbar, unkompliziert und effizient die nötige Unterstützung zukommen lassen zu können.

Der Zentrale Sanitätsdienst hat mit der Internetseite www.ptbs-hilfe.de ein anonymes Angebot geschaffen, das Informationen über die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), einen Onlinetest zur Selbsteinschätzung, die rechtliche Situation Erkrankter, Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten und viele weitere Informationen anonym und leicht zugänglich macht. Darüber hinaus ist am Bundeswehrkrankenhaus Berlin die kostenlose zentrale Telefonhotline der Bundeswehr unter der Rufnummer 0800/5887957 rund um die Uhr erreichbar. Die Internetseite „Angriff auf die Seele“ bietet ebenfalls Informationen und Unterstützung zum Thema psychische Belastungen (<http://www.angriff-auf-die-seele.de/cms/>). Ein umfangreiches Informations- und Unterstützungsportal ist die Internetseite Bundeswehr-Support (<https://www.bundeswehr-support.de/bws/>), die einen Überblick über die Angebote und Tätigkeiten aller Partner im Netzwerk der Hilfe bietet.

Psychosoziale Belastungen in der Bundeswehr

Psychische und soziale Belastungsfaktoren unterschiedlichster Art können in allen Berufsfeldern auftreten. Mit dem Dienst in der Bundeswehr sind jedoch sowohl im Grundbetrieb als auch im Einsatz einige Besonderheiten verbunden, die sich psychisch oder sozial belastend auswirken können. Das PSN trägt diesem Umstand Rechnung. Was eine psychosoziale Belastung ist, lässt sich immer nur individuell bzw. im Einzelfall (subjektiv) klären.

⁴ http://www.einsatz.bundeswehr.de/portal/a/einsatzbw/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3!5EyprHK9pPKU1PjUzLzixJlqDctMTczJzM1Lym1pCi1DQvXS8IKV-_INIREQAXI8_j/

Anders als das Gewicht eines Rucksacks lässt sich die Schwere einer Belastung nicht objektiv messen. Es ist durchaus möglich, dass eine Person mit einem Erlebnis gut umgehen kann, während dieselbe Situation eine andere Person überfordert. Dementsprechend kann es keine objektive „Belastungstabelle“ geben, der sich die individuelle Beanspruchung einer Person entnehmen ließe. Allerdings gibt es Ereignisse, Konflikte oder Situationen, die häufiger Schwierigkeiten bei ihrer Bewältigung verursachen als andere.

Im Grundbetrieb können dies z. B. eine Überforderung, aber auch eine Unterforderung durch die gestellten Aufgaben sein, zwischenmenschliche Probleme am Arbeitsplatz oder häufige Umzüge in Folge von Versetzungen. Auch das Training für Einsatzsituation unter realitätsnahen Bedingungen kann belasten, ebenso wie die Tatsache, dass eine erhöhte Einsatzwahrscheinlichkeit sich insgesamt auf den Dienstalltag auswirkt – sei es dadurch, dass ein Einsatz bevorsteht, die Soldatinnen und Soldaten sowie ihre Angehörigen sich nach der Rückkehr aus einem Einsatz wieder in den Alltag einfinden müssen oder dadurch, dass im Einsatz befindliche Kameraden und Kameradinnen vertreten werden müssen. Selbstredend kann auch für das dienstliche und soziale Umfeld der Umgang mit der Verwundung oder gar dem Tod eines Kameraden oder einer Kameradin sehr belastend sein.

Seit nunmehr 20 Jahren bedeutet der Dienst in den Streitkräften für Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr auch, dass sie sich immer wieder in Auslandseinsätze begeben müssen, in denen sie sich nicht nur physischen Belastungen und außergewöhnlichen Situationen stellen müssen, sondern sie auch vielfältige psychische Herausforderungen bewältigen müssen. Dazu zählen unter anderem die lange Trennung von Familie und sozialem Umfeld, die Spezifik der Unter-

bringung im Lager wie z. B. kaum Privatsphäre, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten mit der Heimat oder Besonderheiten der Versorgungssituation, ein Leben unter ständiger Bedrohung, schlimmstenfalls auch Töten, Verwundung oder gefallene Kameraden.

Ein Thema, dem erst langsam Beachtung geschenkt wird, sind psychische Erkrankungen in der Folge von Einsätzen. Unter dem Schlagwort „PTBS“ hat sich mittlerweile zwar die Erkenntnis verbreitet, dass Einsätze eine enorme psychische Belastung darstellen, aber immer noch herrscht bei vielen Bundeswehrangehörigen folgende Ansicht vor: „Wer nicht blutet, ist nicht verletzt.“

Die Veröffentlichungen der Daten der sogenannten „Dunkelzifferstudie“ offenbaren dabei ein teilweise trauriges Bild, denn nur jeder zweite von PTBS betroffene Studienteilnehmer hat Hilfe in Anspruch genommen, was einer Dunkelziffer von 45 % entspricht und nur 10-20 % waren in fachgerechter Therapie. Negativ ist neben dieser Dunkelziffer aber insbesondere die Erkenntnis, dass andere einsatzbezogene psychische Störungen „nicht hinreichend frühzeitig erkannt, selten diagnostiziert und behandelt [werden]. Dies gilt sowohl für die Inanspruchnahme bundeswehrinterner wie auch außerhalb der Bundeswehrstrukturen aufgesuchter Dienste.“⁵

Positiv zu vermerken sind vor allem die Tatsache, dass die Zahl der an PTBS Erkrankten deutlich geringer ausfällt, als zuvor erwartet und in der Öffentlichkeit dargestellt und Soldatinnen und Soldaten insgesamt seltener eine psychische Erkrankung ausbilden als die Gesamtbevölkerung. Allerdings ist die psychiatrische Erkrankungsquote von 20-22 % trotzdem besorgniserregend. Das Klima innerhalb der Bundeswehr ist dem Sprechen über psychische Verwundbarkeit allgemein und eigene Betroffenheit im Besonderen und damit einem offenen

⁵ http://tu-dresden.de/aktuelles/news/Downloads/ptbs_lang.

und verständnisvollen Umgang mit psychischer Erkrankung nach wie vor abträglich. Im Interesse der Prävention aber auch zur Unterstützung der Therapie ist hier verstärkt auf einen Bewusstseinswandel hinzuwirken. Unabdingbar sind zudem das Bereitstellen weitreichender Informationen und Aufklärung über psychische Erkrankungen für alle Bundeswehrangehörigen sowie deren Angehörige, vor allem aber auch für Menschen in Vorgesetztenfunktion. Gerade hier können die Psychosozialen Netzwerke (PSN) wertvolle Arbeit leisten.

Zugleich lassen die Ergebnisse der Dunkelzifferstudie darauf schließen, dass bis zu 20 % der in besonderer Auslandsverwendung eingesetzten Soldatinnen und Soldaten bereits vor ihrem Einsatz psychische Probleme haben. Das ist höchst problematisch, weil eine solche Vorbelastung das Risiko erhöht, „mit einer einsatzbezogenen neuen psychischen Erkrankung zurückzukehren bzw. im Falle episodischer Erkrankungen, wie der Depression, neuerlich eine Krankheitsperiode zu erleiden.“⁶ Neben dem Ausmaß an belastenden Ereignissen im Einsatz ist die einschlägige Vorbelastung der Soldatinnen und Soldaten damit der wichtigste Prädiktor für die Entwicklung einer einsatzbedingten psychischen Störung.

Diese Erkenntnisse unterstützen den Ansatz, der psychischen Gesundheit der Soldatinnen und Soldaten mehr Aufmerksamkeit zu schenken, und zwar nicht nur und erst nach einem Einsatz, sondern ebenso im Grundbetrieb wie vor, während und nach Einsätzen. Hier in der Fläche ein entsprechendes Angebot zu schaffen, ist Aufgabe der PSN.

Ziel der Arbeit im PSN

Zur Gesunderhaltung ihrer Angehörigen wie zur Sicherstellung ihrer Einsatzbereitschaft müssen in der Bundeswehr zweierlei Ziele realisiert werden: Die Stärkung der individuellen Resilienz aller Soldatinnen und Soldaten bei gleichzeitiger zielgerichteter Entlastung psychisch Be- oder sogar Überlasteter.

Ein wichtiger Schritt in diesem Sinne ist der gezielte Einsatz eines klinisch-diagnostischen Instrumentariums. Das vom Psychologischen Dienst der Bundeswehr entwickelte Verfahren „Screening der psychischen Fitness“ dient dazu, alle Soldatinnen und Soldaten, insbesondere psychisch vorbelastete, gezielt unterstützen zu können. Ein Aspekt dieser Unterstützung ist die Aufklärung der Betroffenen über mögliche präventive oder therapeutische Interventionen. Noch größere Bedeutung kommt aber der Erarbeitung oder Vermittlung von Bewältigungsstrategien und der Steigerung der Resilienz aller Bundeswehrangehörigen zu. Denn diese ist ein wesentlicher Faktor zur Reduktion psychischer Belastungsreaktionen.

Resilienz bezeichnet die individuelle psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber negativ erlebtem Stress, also die Fähigkeit, „belastende, schwierige Lebenssituationen bis hin zu Traumata (einschließlich Erkrankungen/Verwundungen) zu bewältigen.“⁷ Ist die Resilienz eines Menschen stark ausgeprägt, verringert sich dementsprechend die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung in Folge psychischer Belastungen.

Soldatinnen und Soldaten müssen daher im Sinne der Stärkung psychischer Widerstandskraft gegenüber Stressbelastungen intensiver ausgebildet und zur Bewältigung dieser Belastungen zugleich intensiver betreut werden. Hier spielen die Angehörigen der PSN

⁶ http://tu-dresden.de/aktuelles/news/Downloads/ptbs_lang

⁷ Rahmenkonzept Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen (Konz ErhSteigPsychFit), [http://dv-online.bundeswehr.org/PDF_ONL/Erlassregister_BMVg/07_Fue_S/07/03/Rahmenkonzept zum Erhalt und zur Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen.pdf](http://dv-online.bundeswehr.org/PDF_ONL/Erlassregister_BMVg/07_Fue_S/07/03/Rahmenkonzept%20zum%20Erhalt%20und%20zur%20Steigerung%20der%20psychischen%20Fitness%20von%20Soldaten%20und%20Soldatinnen.pdf).

eine doppelte Rolle: Sie können einerseits die Betroffenen direkt unterstützen, zum anderen beraten sie aber auch militärische Vorgesetzte in der Frage, wie der Dienstalltag so gestaltet werden kann, dass er die psychische Fitness aller Beteiligten fördert.

Möglichen Belastungen muss aber weiterhin bei der täglichen Dienstausbübung im Grundbetrieb und im Einsatz ständige Aufmerksamkeit gewidmet werden. Präventive Maßnahmen können die Belastbarkeit aller Bundeswehrangehörigen steigern. Interdisziplinäre fachliche Unterstützung, wie sie das PSN leistet, kann zur Bewältigung von Belastungen beitragen und überlastete Soldaten und Soldatinnen psychisch stabilisieren. Gelingt diese Stabilisierung nicht, müssen die Betroffenen an die jeweils fachlich zuständigen Behandlungseinrichtungen weitergeleitet werden.

Da die Familienangehörigen und das soziale Umfeld den psychosozialen Rückhalt der Soldaten und Soldatinnen bilden, ist der Einbezug der Angehörigen in Maßnahmen der Betreuung und Fürsorge durchaus angezeigt. Zugleich können Belastungen innerhalb der Familien die Einsatzfähigkeit negativ beeinflussen, weshalb diese auch durch die Arbeit der PSN identifiziert und ihnen entgegengewirkt werden sollte.

Das alles unterstreicht die Notwendigkeit und Bedeutung der Psychosozialen Netzwerke für die niedrigschwellige, möglichst flächendeckend zu gewährleistende psychosoziale Unterstützung innerhalb der Bundeswehr.

Ausblick

Das Psychosoziale Netzwerk der Bundeswehr ist ein gut etabliertes Instrument zur psychosozialen Unterstützung aller Bundeswehrangehörigen. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg seiner Arbeit ist die Bekanntheit. Das gilt sowohl für die handelnden Personen im PSN als auch für die vielfältigen Angebote psychosozialer Unterstützung innerhalb wie außerhalb der PSN. Damit sind zugleich zwei wichtige Aufgaben für die weitere Entwicklung angesprochen: Denn bislang gibt es keinen leicht zugänglichen und stets aktuellen Überblick über die vielfältigen Unterstützungsangebote der Bundeswehr und zudem ist es mitunter sehr kompliziert, die fachlich zuständigen Personen an den verschiedenen Standorten zu identifizieren und die Zusammenarbeit sicherzustellen. Hier besteht im Interesse der Hilfesuchenden noch Verbesserungsbedarf.

2. MILITÄRSEELSORGE ALS PARTNERIN IM PSYCHOSOZIALEN NETZWERK

Christian Fischer

Mit ca. 180 Seelsorgern und Seelsorgerinnen leisten die Evangelische und Katholische Militärseelsorge nahezu flächendeckend ihren Dienst in Deutschland und in der Auslandseinsatzbegleitung. An ihrer Seite stehen in den Militärpfarrämtern jeweils eine Pfarrhelferin oder ein Pfarrhelfer.

Allgemeines:

In der Militärseelsorge begegnen sich: der Wunsch von Bundeswehrangehörigen, ihren christlichen Glauben zu leben, die Aufgabe der Kirche zu Verkündigung, Seelsorge, ethischer Orientierung und diakonischem Handeln und die Verpflichtung des Dienstherrn, den Bundeswehrangehörigen ungestörte Religionsausübung zu ermöglichen und Seelsorge zugänglich zu machen. Dabei wirken Staat und Kirche gemeinsam – dem Frieden verpflichtet.

Die Kooperation mit dem Sanitätspersonal, der Truppenpsychologie, dem Sozialdienst der Bundeswehr, den Feldjägern und vor allem der militärischen Führung spielt eine große Rolle. Das Vertrauen, das den Geistlichen entgegengebracht wird, beruht zum einen auf ihrer verlässlichen Präsenz, ebenso aber auch auf ihrer Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gegenüber den anderen Diensten in der Truppe.

Soldatinnen und Soldaten bringen dieselben Wünsche und Fragen in die Seelsorge wie alle anderen Menschen auch, zu Partnerschaft und Familie, zum Umgang mit Kollegen, zur Berufs- und Lebensplanung und zur ethischen und religiösen Orientierung. Speziell für das Leben in und mit der Bundeswehr sind die

häufigen Abwesenheiten von Zuhause und dem Heimatstandort durch Lehrgänge, Auslandseinsätze und lange Seereisen, die besondere Prägung durch Befehl und Gehorsam, ein kompliziertes Beurteilungswesen, die Erfahrung von Entbehrung, Einsamkeit und Zweifel am Auftrag, die zuweilen traumatisierende Nähe von brutaler Gewalt und Angst, die Last der Verantwortung, die Schuld für Versagen, aber auch die weithin tragende Erfahrung von Fürsorge und Kameradschaft. Die Militärseelsorge widmet sich allen Angehörigen der Bundeswehr in Gespräch, Gebet und Gottesdienst und nicht zuletzt auch im erwachsenenpädagogischen Rahmen des Lebenskundlichen Unterrichts. Sie bringt Zivilität und geistliche Geborgenheit in eine ansonsten straff organisierte militärische Organisation.

Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen als Militärgeistliche nicht in der soldatischen Hierarchie, sie unterliegen der seelsorglichen Schweigepflicht und dem Beichtgeheimnis und sind so Gesprächspartner besonderer Art.

Spirituelle Angebote, Andachten und Gottesdienste gibt es überall dort, wo die Menschen arbeiten und leben, zu Hause und in den Feldlagern weit weg von der Heimat. Nicht selten, dass gerade in der Fremde ein neuer Zugang zu Glaubens- und Sinnfragengefunden wird.

Unterstützt werden beide Militärseelsorgen durch die Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung (EAS) und die katholische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung (KAS). Beide Organisationen unterstützen mit Betreuungsmaßnahmen (Freizeit und Kulturveranstaltungen, Erwachsenenbildung und Familienarbeit) Soldaten und ihre Angehörigen im In- und Ausland. Nahezu alle Soldaten haben während ihrer

Dienstzeit in Deutschland ein "Soldatenheim" (EAS oder KAS) je nach geografischen Gegebenheiten, oder im Auslandseinsatz eine "Oase" kennengelernt.

EAS und KAS verstehen sich ausdrücklich als Dienstleister für Militärseelsorge und Bundeswehr.

Besonderes:

Bezogen auf unter Einsatzfolgen leidenden Menschen gibt es seit dem 01. Januar 2012 ein ökumenisch verantwortetes und evangelisch geführtes Seelsorgeprojekt.

Auf die unterschiedlichen Zielgruppen zugeschnitten gibt es Veranstaltungsangebote über Wochenenden, verlängerte Wochenenden und ganze Wochen für folgende Zielgruppen:

1. Hinterbliebene
2. Körperlich und seelisch Verwundete mit ihren Familien
3. Einsatzbelastete mit ihren Familien
4. Ehemalige mit ihren Familien
5. Psychosoziale Unterstützer mit ihren Familien
6. Angehörige anderer nicht-militärischer Organisationen mit ihren Familien

Insgesamt gilt:

Im Seelsorgeprojekt werden Bundeswehrangehörige und deren Familien bei der Bewältigung der Rückkehr nach dem Auslandseinsatz unterstützt und Beziehungen zwischen Partnern, Eltern und Kindern gestärkt. Auch Alleinstehenden gelten die Hilfsangebote. Es werden Raum und Möglichkeiten zur Entspannung geboten, um einsatzbedingte Belastungen zu reduzieren. Familien werden für das Thema „Traumatisierung“ und „PTBS“ sensibilisiert und mögliche Auswirkungen auf

die unmittelbar Betroffenen und ihr familiäres Umfeld aufgezeigt. Es wird aufgeklärt über Themenbereiche wie „Depressionen“, „Angst“ und „Burn-Out“. Unterschiedliche Veranstaltungen zur Bewältigung einsatzbedingter Verwundung werden angeboten. Menschen werden in Lebenskrisen und in der Trauer gestärkt.

Andachten, Gottesdienste und Seelsorgegespräche werden von Pfarrerinnen und Pfarrern angeboten. Ein Team von Fachkräften, das auf die Zielgruppe zugeschnitten ist, begleitet darüber hinaus die Teilnehmenden.

Alle Veranstaltungen sind geprägt vom Prinzip der Freiwilligkeit. Neben Einzel- oder Paargesprächen, Familien- und Kleingruppengesprächen, Frauen- oder Elternrunden wird auch eine Kinderbetreuung angeboten, die die Möglichkeit einer fachlichen Kinderberatung bietet. Es gibt intensive Kooperationen mit Bundeswehrkrankenhäusern.

Angebote des Seelsorgeprojektes: Seminare für Soldatinnen und Soldaten Paarseminare:

- Verwundetenferienwochen mit Familien
- Familienentspannungswochenenden
- Familienseminare
- Tiergestütztes Lernen
- Pilgern
- Hinterbliebenenseminare
- Kunstprojekte Unterstützung der therapeutischen Arbeit der Bundeswehrkrankenhäuser (z.B. bei moralischen Verletzungen)

3. SOZIALARBEIT ALS TEIL DES PSYCHOSOZIALEN NETZWERKES

Carolyn Rose

Sozialarbeit ist eine der beiden Säulen des Sozialdienstes der Bundeswehr. Die rechtlichen Grundlagen für die Tätigkeiten des Sozialdienstes im Allgemeinen und der Sozialarbeit (und Sozialberatung) im Besonderen sind durch Erlass für den Bereich der Bundeswehr fest verankert (Zentrale Dienstvorschrift A – 2641/1 Az 23-19-01). Die rechtlichen Grundlagen, die Aufgaben von Sozialarbeit und Sozialberatung, die Zusammenarbeit mit Verantwortlichen innerhalb und außerhalb der Bundeswehr sowie die beruflichen Voraussetzungen für die Tätigkeiten sind dort beschrieben und festgelegt.

Kleine Geschichte der Sozialarbeit in der Bundeswehr

1953 wurden die ersten Fürsorgestellen bei den obersten Bundesbehörden eingerichtet. Verwaltungsorganisatorisch waren sie in die Gesundheitsabteilungen des Bundesinnenministeriums integriert und nach Aufstellung der Bundeswehr dessen Verwaltungsbereich zugeordnet. 1960 gab es eine Ausdehnung des Fürsorgebereichs auf die Wehrbereichsverwaltungen, indem dort Fürsorgedezernate gebildet wurden. 1973 wurden erste graduierte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eingestellt als Reaktion auf veränderte Problemkonstellationen innerhalb der Bundeswehr. Die Aufnahme der Ausbildungskriterien und Fähigkeiten der graduierten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wurden in den Erlass über Sozialarbeit vom 21. Juni 1975 aufgenommen. Parallel zur Konsolidierung des Sozialdienstes fand eine inhaltliche Schwerpunkterweiterung statt. Nach Einrichtung der Fürsorgedezernate in den

Wehrbereichsverwaltungen wurde die Beratung und Betreuung aller Familienangehörigen der Bundeswehrangehörigen und der weiblichen Bediensteten auf den Sozialdienst übertragen.

Sozialarbeit in der Bundeswehr

Sozialarbeit in der Bundeswehr ist betriebliche Sozialarbeit, d.h. sie wird geleistet im Spannungsfeld des Auftrages des Dienstherrn und den Lebenslagen der einzelnen Bundeswehrangehörigen und ihrer Familien. Ziel ist es, Hilfeleistungen zu ermöglichen, um den Anforderungen in Dienst und Familie gerecht zu werden.

Die Aufgaben sind vielfältig und erfordern neben den Kenntnissen und Methoden der Sozialarbeit auch gute Kenntnisse über Aufbau und Struktur der Bundeswehr, über dienstrechtliche Grundlagen und sie erfordern eine gute Vernetzung im zivilen und dienstlichen Umfeld des Zuständigkeitsbereiches.

Nicht an jedem Standort gibt es einen Sozialdienst der Bundeswehr, aber es ist sicher gestellt, dass für jeden Standort im In- und Ausland ein Sozialdienst zuständig ist. Die Zuständigkeitsbereiche der Sozialdienste sind regional festgelegt, so dass sich nicht nur Angehörige von Dienststellen, sondern vielmehr alle Bundeswehrangehörigen und ihre Familien in der Region an „ihren“ Sozialdienst wenden können.

Sozialarbeit wird geleistet in Form von Vorträgen und Unterrichten zu Themen der Sozialarbeit, in Gruppen- und am häufigsten in Einzelgesprächen. Dazu zählen sowohl Beratungen von Vorgesetzten, die auf aktuelle soziale Problemlagen im dienstlichen Alltag reagieren als auch Gespräche im dienstlichen oder privaten, familiären Umfeld einzelner Ratsuchender. Zentrale

Grundlage für die Beratungsarbeit ist die Verpflichtung der Sozialarbeiter zur Verschwiegenheit gemäß § 203 StGB.

Sozialarbeit verbindet das Wissen anderer Fachdisziplinen

Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter haben ein breites Wissens- und Erfahrungsspektrum. Das Studium der Sozialarbeit, oder Sozialen Arbeit, vermittelt für die Berufsausübung fundierte Kenntnisse aus den Bereichen Pädagogik, Medizin, Psychologie, Recht, Soziologie und Verwaltung. Ergänzt werden diese Studieninhalte durch nützliche Methoden, wie z. B. Gesprächsführung.

An Beispielen soll kurz verdeutlicht werden, wie diese Kenntnisse in die Beratungen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter einfließen.

Im Rahmen einer Beratung bei Ver- oder Überschuldung bedarf es einiger grundlegender Rechtskenntnisse um Schuld- und Vertragsverhältnisse, der Insolvenzordnung und bspw. des Unterhaltsrechts. Sofern Ratsuchende dies möchten, können sie bei dem Prozess der Änderung des wirtschaftlichen Verhaltens begleitet werden. Während Schuldnerberatungsstellen und Rechtsanwälte sich um rechtliche Abwicklung der wirtschaftlichen Lage kümmern und mit den Gläubigern in Kontakt treten, unterstützen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bei der Änderung des Konsumverhaltens, das sich häufig nicht allein aufgrund wirtschaftlicher Gegebenheiten der Lage anpasst.

In Beratungen anlässlich Trennung und Scheidung wird u. a. ein Überblick über die rechtlich einzuleitenden Schritte gegeben, die möglichen finanziellen Folgen betrachtet und auch über die emotionalen Verletzungen gesprochen, die eine gescheiterte Partnerschaft bedeuten.

In der Trauerbegleitung Hinterbliebener werden Kenntnisse über emotional-psychische Verarbeitungsprozesse und die gesundheitlichen Auswirkungen von emotionalem Stress eingebracht. Darüber hinaus wird nach Ressourcen gesucht, die in der Verarbeitung der Trauer hilfreich sein könnten.

In der Sozialarbeit werden die Erkenntnisse anderer Fachdisziplinen genutzt und in der täglichen Arbeit vereint.

Sozialarbeit ist Netzwerkarbeit

Diese drei kurzen Beispiele sollen verdeutlichen, dass Sozialarbeit im Verbund mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen geleistet wird. Die Vermittlung zu juristischen, medizinischen, psychologischen Fachkräften und zu anderen Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Bundeswehr gehört zur Arbeit. Dazu bedarf es guter Kenntnisse über die im eigenen Zuständigkeitsbereich verfügbaren Ansprechpartner und deren Möglichkeiten.

Sozialarbeit in der Bundeswehr ist betriebliche Sozialarbeit

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Sozialdienst sind Teil des „Betriebes“ Bundeswehr. Sie gehören der Verwaltung an, durch ihren Auftrag alle Bundeswehrangehörigen zu beraten sind sie aber auch fester Bestandteil in militärischen Dienststellen. Teilweise haben sie ihre Büros in einzelnen Kasernen ihres Zuständigkeitsbereiches oder/und sie nutzen dort Räumlichkeiten im Rahmen von Sprechstunden. Durch die Präsenz in beiden Bereichen, Verwaltung und Streitkräfte, erlangen sie Kenntnisse über Strukturen und Arbeitsabläufe, die ihrer Beratungsarbeit und damit in letzter Konsequenz allen Ratsuchenden zu Gute kommt. Durch den Auftrag sowohl Dienststellen/Vorgesetzte zu beraten als auch individuelle Beratungen für einzelne Bundes-

wehrangehörige und ihre Familien sicher zu stellen, werden sie zu Mittlern zwischen den Anforderungen des Dienstherrn und den sich verändernden Lebenswelten der Soldatinnen und Soldaten, zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ihrer Familien. Somit kann betriebliche Sozialarbeit tätig werden, wenn die Interaktion zwischen dienstlichen und persönlichen, privaten Anforderungen zu Leistungseinschränkungen führt oder führen könnte und gemeinsam mit den Akteuren nach Kompensationsmöglichkeiten suchen.

Betriebliche Sozialarbeit findet in dem Spannungsfeld dienstlicher Notwendigkeiten und Anforderungen, Wahrnehmung sozialer Verantwortung und der Förderung von Wohlbefinden statt.

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten im Sozialdienst der Bundeswehr zusammen mit Sozialberaterinnen und Sozialberatern (Dipl.Verwaltungswirte (FH)), die die materiell-rechtliche Beratung der aktiven und ehemaligen Bundeswehrangehörigen und ihrer Familien wahrnehmen.

Literatur:

Bundesministerium der Verteidigung. (1983). VMBI 1983, S. 159ff.: Sozialdienst der Bundeswehr ("Sozialdienstlerlass") überführt in: ZDV A-2641/1 Az 23-19-01 Klein, S., Appelt, HJ, (2010). Praxishandbuch betriebliche Sozialarbeit. Asanger Verlag, Kröning

4. DIE FAMILIENBETREUUNGSORGANISATION

Martin Kasten

Die Familienbetreuungsorganisation (FBO) trägt in ihrer heutigen Struktur als ein wesentliches Element im Gesamtpaket Betreuung und Fürsorge zur Realisierung der Vereinbarkeit von Familie und Dienst bei. Dieser Aufgabe stellt sich die FBO nicht nur während besonderer Auslandsverwendungen, sondern auch bei einsatzgleichen Verpflichtungen, längerfristigen Übungen im Ausland, Missionen, sowie im Grundbetrieb.

Hierzu ist sie bundesweit aufgestellt und trägt insbesondere den besonderen Belastungen Rechnung, die sich für Familien aus den längeren Abwesenheiten der Soldatinnen und Soldaten ergeben. Mit ihren 31 hauptamtlichen Familienbetreuungscentren (FBZ) und den bis zu 50 ein-satzbedingt eingerichteten temporären Familienbetreuungsstellen (FBSt) steht sie den Soldatinnen und Soldaten und deren Familien jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.

Die 31 FBZ stehen den Angehörigen während der einsatzbedingten Abwesenheit der Soldatinnen und Soldaten rund um die Uhr als Ansprechpartner zur Verfügung. Als zentraler Bestandteil des „Netzwerks der Hilfe“ berät, betreut, informiert und unterstützt die FBO und vermittelt Ansprechpartner in allen Fällen der Betreuung und Fürsorge innerhalb und außerhalb der Bundeswehr. Die FBO ist Ansprechpartner für alle Sorgen und Nöte, vermittelt die Gewissheit, nicht allein zu sein, wenn Hilfe benötigt wird, informiert rasch und umfassend, bringt betroffene Angehörige zusammen, gibt jederzeit Auskunft über die aktuelle Lage im Einsatzland, führt Informations- und Betreuungsveranstaltungen durch und bleibt auch nach dem Einsatz Ansprechstelle.

Ein Hauptauftrag der FBO ist die Information der Angehörigen von Soldatinnen und Soldaten über die Lage in

den Einsatzgebieten. Hierzu werden, wann immer möglich und in enger Abstimmung mit den Dienststellen der Soldatinnen und Soldaten, Erstinformationsveranstaltungen vor Beginn des Einsatzes durchgeführt. Idealerweise informiert der jeweilige Truppenteil hierbei über den bevorstehenden Einsatzauftrag sowie über Land und Leute. Die Partner im Netzwerk der Hilfe stellen ihre Unterstützungsmöglichkeiten während und für die Zeit nach dem Einsatz vor.

Neben dem Aufzeigen des jeweiligen Unterstützungsangebotes runden Informationen über versorgungsrechtliche Angelegenheiten, Broschüren mit Checklisten und Hinweisen zur Stressbewältigung vor, während und nach dem Einsatz sowohl für Soldatinnen und Soldaten als auch deren Angehörige das Informationsangebot ab.

Der Betreuung der Angehörigen der Soldatinnen und Soldaten während des Abwesenheitszeitraumes kommt eine besondere Bedeutung zu. In Informations- und Betreuungsveranstaltungen, die regelmäßig etwa einmal im Monat stattfinden, werden die Angehörigen über die aktuelle Lage in den Einsatzgebieten informiert. Ergänzend können Vorträge von Einsatzrückkehrern sowie den bereits von der Erstveranstaltung bekannten Partnern im Netzwerk der Hilfe die Information für die zu Betreuenden bereichern. Die Veranstaltungen bieten Zeit und Gelegenheit, damit die Angehörigen untereinander Kontakte knüpfen und über gemeinsame Sorgen, Probleme und Herausforderungen sprechen können. Hinweise zur Reintegration der Soldatinnen und Soldaten in den Alltag nach der längeren Abwesenheit ergänzen das Informationsangebot. Auch Informationen über die kostenlose Betreuungskommunikation mit den Soldaten in den Einsatzländern können hier vermittelt werden. Insbesondere bei Ausfall dieser so wichtigen Kommunikation kann ein Kontakt vermittelt oder über die Umstände des Ausfalles informiert werden.

Je nach örtlichen Gegebenheiten und Möglichkeiten werden die Betreuungsveranstaltungen auch mit einem Besuch in nahe gelegenen Freizeit- oder Naturparks, Museen und/oder zoologischen Gärten verbunden und so die Kommunikation und Kohäsion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erlebnisorientiert gefördert.

Die Bundeswehr ist eine Armee im Einsatz. Seit Jahren leisten Bundeswehrangehörige ihren Dienst für Sicherheit und Stabilität. Es wird deshalb den Bundeswehrangehörigen angeboten, bis zu zwei Personen zu benennen, die in besonderen Fällen (z. B. schwere Erkrankung der bzw. des Bundeswehrangehörigen oder in Unglücksfällen), schnell und umfänglich informiert werden. Unabhängig von einer Unterrichtung in besonderen Fällen, informiert die FBO regelmäßig über allgemeine Geschehnisse in den Einsatzgebieten bzw. lädt zu Informationsveranstaltungen ein.

Gemeinsam mit der bzw. dem Bundeswehrangehörigen entscheidet die benannte Person, welches Familienbetreuungszentrum die einsatz- oder missionsbegleitende Betreuung durchführen soll. Die FBO kann den Angehörigen in keinem Falle alle erdenklichen Sorgen und Belastungen, die ein Einsatz mit sich bringt, abnehmen. Wichtig ist jedoch, im entscheidenden Moment da zu sein, wenn die FBO gebraucht wird, um schnell die richtige Hilfe und Unterstützung vermitteln zu können.

Dafür steht die Kernaussage der FBO: „Wir kümmern uns um Sie!“

Im Internet stehen unter www.familienbetreuung-bundeswehr.de weitere aktuelle Informationen über die Familienbetreuungsorganisation zur Verfügung. In naher Zukunft wird sich dies auch in dem neu erstellten Betreuungsportal zusammen mit den weiteren Einrichtungen der Betreuung in der Bundeswehr wiederfinden.

5. ANGEHÖRIGENARBEIT

Carolyn Rose

Unter Angehörigenarbeit soll hier die Beratung und Betreuung von Familienangehörigen von körperlich und psychisch erkrankten Soldatinnen, Soldaten und zivilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verstanden werden. Auch außerhalb der Bundeswehr wird dieser Begriff häufig in Zusammenhang mit Angehörigen von Patientinnen und Patienten verwendet.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie des Bundeswehrkrankenhauses (BwK) Berlin, Psychotraumazentrum, werden seit 2012 regelmäßig psychoedukative Seminare für Angehörige von an PTBS erkrankten Soldatinnen und Soldaten durchgeführt.

Damit wird einem Bedürfnis von Angehörigen nach Information zur Erkrankung der Partnerin/des Partners und dem Austausch mit anderen Betroffenen entsprochen.

Warum Angebote für Angehörige?

Studien in anderen Streitkräften und im zivilen Gesundheitsbereich haben gezeigt, dass insbesondere die Angehörigen, die im engeren Umfeld der Erkrankten leben, starken Belastungen ausgesetzt sind. Vor allem in der Zeit vor einer Diagnose und der dann einsetzenden Behandlung sind sie diejenigen, die trotz der eigenen Hilfslosigkeit in Bezug auf die Veränderung ihrer Partnerin/ihrer Partners, die Familie zusammenhalten und den Alltag organisieren. Dabei erreichen sie häufig die Grenzen ihrer eigenen Leistungsfähigkeit.

Was möchten Angehörige?

Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen, die im Rahmen der Seminare der Angehörigenstudie des BwK Berlin geäußert wurden:

1. Information und Verständnis
Da Angehörige durch die Erkrankung ihres Partners selbst stark belastet sind, wünschen sie sich mehr Verständnis durch andere Familienmitglieder, Freunde und Mitmenschen bezüglich der Krankheit und dem Umgang mit den Betroffenen. Sie erleben häufig durch die eigene Familie zusätzlich Unverständnis und Vorwurfshaltungen, die ihre eigene Befindlichkeit schwächen.
2. Umgang mit dem Erkrankten
Angehörige wünschen sich, dass ihnen Wege aufgezeigt werden, wie sie der Partnerin/dem Partner mitteilen können, dass er sich verändert hat, ohne diese/diesen zu verletzen oder das Vertrauen dieses Menschen zu verlieren.
Außerdem wünschen sie sich Rat und Hilfe beim Umgang mit den Betroffenen, wenn der Weg in das Hilfesystem durch Krankheitseinsicht gefunden wurde.
3. Psychologische Beratung
Angehörige wünschen sich an therapeutischen Sitzungen teilnehmen zu können, um den Kontext der Gespräche ihrer Partnerinnen und Partner besser zu verstehen und selber mehr Verständnis für die Arbeit der Psychiatrie zu gewinnen.
Durch die Erkrankung der Partnerin/des Partners ist die Paarbeziehung häufig schwer belastet, so dass der Wunsch nach professioneller Paarberatung besteht. In einigen Fällen wurde auch der Wunsch nach Einzelberatungen geäußert.

4. Abgrenzung und eigene Psychohygiene

Um nicht selber aufgrund der belastenden Situation zu erkranken, wünschen sich Angehörige mehr Möglichkeiten zur Abgrenzung und zur Förderung der eigenen Psychohygiene. Hierbei geht es meist um niedrigschwellige Angebote wie z. B. mehr Zeit mit Freunden, Wellnessangebote, Sport- und Freizeitmöglichkeiten ohne Sorge um die Partnerin oder den Partner haben zu müssen.

5. Kennenlernen anderer betroffener Angehöriger

Die Angehörigen äußern den Wunsch nach Austausch mit anderen betroffenen Familien, auch um voneinander lernen zu können.

Wie kann unterstützt und geholfen werden?

Einfluss auf das private Umfeld der Familien zu nehmen, ist im Rahmen der dienstlichen Möglichkeiten nur begrenzt umsetzbar.

Dies liegt u. a. daran, dass aktive (Einsatz-) Soldatinnen und Soldaten nicht selten Hemmungen haben, ihr familiäres Umfeld an dienstlichen Problematiken, dem Einsatzgeschehen oder einem etwaigen psychotherapeutischen Behandlungsprozess teilhaben zu lassen. Daraus resultieren Befürchtungen der Angehörigen, ausgegrenzt zu werden und es entstehen die beschriebenen Bedürfnisse. Dementsprechend sind Angebote für Angehörige sehr wertvoll, da sie diesem Ausgrenzungsprozess positiv entgegenreten. Hilfsangebote gibt es sowohl seitens der Bundeswehr als auch in der Trägerschaft bundeswehrrahmer Institutionen.

Informationsschriften wie z. B. die Broschüre „Wenn der Einsatz noch nachwirkt...eine Orientierungshilfe für Angehörige von Soldaten“ können unterstützen und sensibilisieren.

„Diese Broschüre richtet sich an alle Angehörigen von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr, die psychisch belastet aus einem Auslandseinsatz heimgekehrt sind. (...) Die Broschüre soll helfen, Angehörigen einen Eindruck zu vermitteln, welche seelischen Problematiken im Zusammenhang mit Auslandseinsätzen der Bundeswehr für die teilnehmenden Soldatinnen und Soldaten entstehen können, welche Folgen das für die Familie hat und wie man angemessen damit umgehen kann.“ (Klappentext der o.g. Broschüre)

Darüber hinaus wurde vom Evangelischen Kirchenamt der Bundeswehr in Zusammenarbeit mit dem Psychotraumazentrum der Bundeswehr ein Kinderbuch herausgegeben.

„Ein schattiges Plätzchen – mein Papa hat PTBS“ (Text: Kathrin Schrocke, Illustration: Lilli L'Arronge) „wurde entwickelt, um die Einbeziehung von Kindern in den Verarbeitungsprozess von Einsätzen zu erleichtern und kindgerechte, anschauliche Erklärungen zur Krankheit und ihren Symptomen zu liefern.“ (aus dem Vorwort von Chr. Fischer und PD Dr. med. P. Zimmermann)

Gemeinsame therapeutische Sitzungen mit dem Patienten und seinem Ehepartner im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung in den Bundeswehrkrankenhausern sind möglich und gängige Praxis, allerdings nur nach dessen Zustimmung in Absprache mit den Therapeuten.

Das Bundeswehrkrankenhaus Westerstede hat seit September 2013 eine Angehörigengruppe, die sich regelmäßig unter Leitung einer Psychologin trifft. In dieser Gruppe wird dem Bedürfnis nach Austausch, gegenseitiger Unter-/Stützung aber auch professioneller Informationsvermittlung über psychiatrische Krankheitsbilder entsprochen.

Auch in den anderen Bundeswehrkrankenhäusern in Berlin, Hamburg, Koblenz und Ulm wurden und werden für Angehörige Gruppenangebote geschaffen.

Das BwKrhS Berlin, Psychotraumazentrum, führt seit 2012 vierteljährlich psychoedukative Seminare für Paare, in denen eine Partnerin/ein Partner an einer PTBS erkrankt ist, durch. Diese Seminare („Partnerschaft und PTBS“) werden wissenschaftlich begleitet. Erste Evaluationsergebnisse deuten auf eine nachhaltige Verbesserung der sozialen Unterstützungserlebens und der Lebensqualität bei Angehörigen hin.

Zusammen mit dem evangelischen Kirchenamt (EKA) wird das Psychotraumazentrum weitere Seminare für Angehörige konzipieren und wissenschaftlich begleiten. Für Angehörige von suchterkrankten Soldatinnen und Soldaten einer QE-Gruppe (QE = qualifizierter Entzug) wird z. B. ein psychoedukatives Wochenende für die Paare gestaltet, das von einem Psychotherapeuten und einer Sozialarbeiterin durchgeführt werden.

Das Paarseminar „Partnerschaft und PTBS“ wird eine Weiterentwicklung erfahren, die wieder wissenschaftlich begleitet wird. Zusammen mit einer spezialisierten Therapeutin wird ein pferdeunterstütztes Seminarangebot durchgeführt, in dem die durch die Krankheit belastete Partnerschaft im Mittelpunkt steht.

Darüber hinaus werden Wochen-/endseminare für die Familien von Soldatinnen und Soldaten angeboten z. B. von der Militärseelsorge, dem Bundeswehr-Sozialwerk, der EAS und KAS und weiteren bundeswehrrahmen Trägern. Weitere und sehr hilfreiche Ansprechpartner sind bei [www. bundeswehr-support.de](http://www.bundeswehr-support.de) zu finden.

Innerhalb der Bundeswehr wird somit insgesamt der Bereich der Angehörigenarbeit bei psychischen Erkrankungen von Soldaten zukünftig noch mehr an Bedeutung gewinnen.

6. EINSATZ-WEITERVERWENDUNGSGESETZ UND EINSATZUNFALLVERORDNUNG

Michael Heilmann & Thorsten Roth

Allgemeines

Zur Sicherstellung einer umfassenden Information der betroffenen Stellen und einer zentralen Koordinierung der Maßnahmen der militärischen Personalführung wurde dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) die Aufgabe „Zentrale Koordinierung aller die Personalführung betreffenden Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Verwundung/Verletzung von Soldatinnen und Soldaten im Auslandseinsatz“ übertragen.

Im Rahmen dieser Funktion bearbeitet die „Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle für Menschen, die unter Einsatzfolgen leiden (ZALK)“ derzeit alle Anträge und Personalvorgänge nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz (EinsatzWVG) von aktiven und ehemaligen Soldatinnen und Soldaten. Dies schließt die notwendigen Entscheidungen ein.

Insbesondere betrifft dies folgende Sachverhalte:

- die Aufnahme in die Schutzzeit,
- die Beendigung der Schutzzeit,
- den Eintritt bzw. die Einstellung in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art,
- die Beendigung des Wehrdienstverhältnisses besonderer Art,
- die Festlegung der sechsmonatigen Probezeit sowie
- die dauerhafte Weiterverwendung.

Die ZKAE prüft in allen Fällen auch die Anwendbarkeit der Einsatzunfallverordnung (EinsatzUV). Bei Bedarf führt die Koordinierungsstelle hierzu die notwendigen

Sachverhaltsermittlungen (u. a. Zeugenbefragungen) durch.

Zusätzlich berät und informiert die ZKAE alle am Verfahren beteiligten Stellen einschließlich der Antragsteller über die Anwendung des EinsatzWVG/EinsatzUV.

Die ZALK ist wie folgt zu erreichen:

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat ZS 2 ZALK
Alte Heerstraße 81 • 53757 St. Augustin
Tel.: 02241 15 3368 • Fax: 02241 15 2838
E-Mail: BAPersBwZALK@bundeswehr.org

Einsatz-Weiterverwendungsgesetz (EinsatzWVG)

Das EinsatzWVG vom 12. Dezember 2007 ist am 17. Dezember 2007 im Bundesgesetzblatt verkündet worden. Es ist am Tag nach der Verkündung – also am 18. Dezember 2007 – in Kraft getreten.

Für Einsatzgeschädigte sieht das EinsatzWVG Regelungen vor, die grundsätzlich eine Weiterverwendung beim Bund ermöglichen.

Da im Geschäftsbereich des BMVg überwiegend Soldaten und Soldatinnen (hierzu zählen auch vorübergehend im Soldatenstatus verwendete und geschädigte Zivilpersonen, z. B. Wehrübende) betroffen sein werden, sollen zunächst für diesen Personenkreis die Auswirkungen des Gesetzes dargestellt werden.

Die Abfolge stellt sich, dargestellt in großen Schritten, so dar, dass nach einem im Auslandseinsatz erlittenen Einsatzunfall in einer sog. Schutzzeit die erforderliche gesundheitliche Wiederherstellung und berufliche Qualifizierung stattfinden soll. Hieran schließt sich ge-

gebenfalls eine Weiterverwendung beim Bund an. Voraussetzung für eine Weiterverwendung ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 30 Prozent. Die Schutzzeit dient der Herstellung der Weiterverwendungsfähigkeit. Sie umschließt die Zeit, in der Einsatzgeschädigte medizinische Leistungen zur Behandlung der gesundheitlichen Schädigung sowie Leistungen zur beruflichen Qualifizierung erhalten, die benötigt werden, um die Aufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit, eine Weiterverwendung nach dem Einsatz WVG oder eine sonstige Eingliederung in das Arbeitsleben zu erreichen. In den Genuss der Schutzzeit kommt, wer eine nicht nur geringfügige gesundheitliche Schädigung durch einen Einsatzunfall erlitten hat. Auf die Schutzzeit wird nur verzichtet, wenn eine gesundheitliche Wiederherstellung bzw. berufliche Qualifizierung zum Wiedereinstieg in das Berufsleben keinen Erfolg verspricht. Denn Ziel soll letztlich die berufliche Weiterverwendung sein.

Die Schutzzeit ist auf fünf Jahre mit Verlängerungsmöglichkeit um drei Jahre sowie hinsichtlich des Alters bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres⁸ befristet. Zu beachten ist, dass sich das Ende der Fünfjahresfrist an dem Beginn des Bezugs von Leistungen zur beruflichen Qualifizierung ausrichtet. Nicht maßgeblich ist der Beginn der medizinischen Behandlung nach dem Einsatzunfall. Der Gesetzgeber geht aber davon aus, dass in diesem Zeitraum auch eine abschließende Feststellung über den Gesundheitszustand der durch den Einsatzunfall betroffenen Person getroffen werden kann.

Während der Schutzzeit dürfen Einsatzgeschädigte nicht ohne ihre Zustimmung wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt oder entlassen werden.

Einsatzgeschädigte Soldatinnen und Soldaten, deren

(Zeit-)Wehrdienstverhältnis während der Schutzzeit endet, treten zur weiteren gesundheitlichen Wiederherstellung und beruflichen Qualifizierung kraft Gesetzes in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art ein, sofern sie dem nicht widersprechen. Während dieser Zeit haben sie die Rechtsstellung eines Soldaten auf Zeit (etwa hinsichtlich der Besoldung).

Während der Schutzzeit wird die fiktive Nachzeichnung des militärischen Werdegangs durch Einbeziehung in Personalauswahlentscheidungen gewährleistet. Soldatinnen und Soldaten können also während der Schutzzeit befördert werden.

Nach dem Ende der Schutzzeit und der gesundheitlichen Wiederherstellung sowie einer ggf. notwendigen beruflichen Qualifikation können Soldatinnen und Soldaten die Übernahme als Berufssoldat bzw. Berufssoldatin beanspruchen, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge des Einsatzunfalls um mindestens 30 Prozent gemindert ist und wenn sie trotz verringerter gesundheitlicher Eignung auf vorhandenen Dienstposten noch dienstgradgerecht militärisch einsetzbar sind. Dies gilt auch für Mannschaftsdienstgrade und Unteroffiziere ohne Portepee, die nach den soldatengesetzlichen Regelungen bisher nicht Berufssoldat werden konnten. Ausgenommen sind Personen, die bereits im Ruhestand waren (z. B. ein früherer Berufssoldat, der eine Dienstleistung absolviert hat) oder welche die für sie festgesetzte soldatische Altersgrenze erreicht oder überschritten haben.

In jedem Fall muss die Eignung für die militärische Verwendung in einer Probezeit nachgewiesen werden. Reicht die bisherige Dienstzeit nicht aus, weil sie schon während der Schutzzeit endet, schließt sich bis zum

⁸ Ziel der Schutzzeit ist die Gewährleistung einer späteren beruflichen Tätigkeit und nicht ein lückenloser Übergang aus der Ausbildungs- in die Pensionsphase. Die Maßnahmen zielen auf eine Weiterverwendung. Die daran gemessen hohe Altersgrenze beruht auf § 59 des Soldatengesetzes, wonach eine Heranziehung zu Dienstleistungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes längstens bis zum Ablauf des Monats möglich ist, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird. Bei den in Frage kommenden schwerwiegenden Verletzungen und der dadurch bedingten Dauer der Schutzzeit ist davon auszugehen, dass diese Zeit ausreichend sein wird, um die für den Anspruch auf Einsatzversorgung oder auf Weiterverwendung erforderliche Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 30 Prozent hinreichend genau zu bestimmen.

Ende der Probezeit ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art an. Dies gilt auch dann, wenn die Dienstzeit erst während der Probezeit endet.

Nach erfolgreicher Probezeit folgt die Ernennung zur Berufssoldatin oder zum Berufssoldaten.

Die Vorteile gegenüber der normalen Bewerbung als Berufssoldat oder Berufssoldatin liegen darin,

- dass es für eine Übernahme nicht auf den Bedarf ankommt,
- dass eine eingeschränkte Dienstfähigkeit ausreicht, die weniger Anforderungen stellt als die ansonsten geforderte körperliche und gesundheitliche Eignung nach Art. 33 Abs. 2 des Grundgesetzes, § 3 Abs. 2 und § 37 Abs. 1 Nr. 3 SG, und
- dass statt einer ansonsten vorgeschriebenen Bestenauslese in Konkurrenz zu anderen Bewerbern nur für die betreffende Person objektiv die Eignung festgestellt werden muss.

Die zugrundeliegende gesetzliche Regelung ist das Ergebnis einer Abwägung des verfassungsrechtlichen Leistungsprinzips beim Zugang zu öffentlichen Ämtern (Bestenauslese nach Eignung, Leistung und Befähigung gemäß Art. 33 Abs. 2 GG) mit dem Sozialstaatsprinzip. Das Gesetz schafft einen Ausgleich zwischen diesen beiden Verfassungsprinzipien. Es trägt Härtefällen Rechnung, in denen sich eine außerordentliche Gefährdungslage realisiert, die nicht mit anderen berufstypischen Gefährdungs- und Belastungslagen vergleichbar ist, und konkretisiert den Gedanken der Aufopferung für die Allgemeinheit. Allerdings wird sichergestellt, dass niemand im öffentlichen Dienst beschäftigt wird, dem die notwendige Qualifikation fehlt. Neben der (abgesenkten) Dienstfähigkeit wird deshalb die bereits erwähnte sechsmonatige erfolgreiche Probezeit zur Feststellung der Eignung für die Weiterverwendung gefordert.

Die Regelungen für Soldatinnen und Soldaten gelten

auch für vorübergehend im Soldatenstatus verwendetes, durch einen Einsatzunfall geschädigtes Personal (z. B. Reservistendienstleistende). Sie können demnach Berufssoldatin oder Berufssoldat werden.

Einsatzgeschädigte Soldatinnen und Soldaten (allerdings nicht Berufssoldatinnen und Berufssoldaten) können bei mehr als 30-prozentiger Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Ende der Schutzzeit, in der ggf. ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art begründet wird, statt einer Weiterverwendung als Berufssoldatin oder Berufssoldat auch eine Weiterverwendung als Beamter auf Lebenszeit im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung schriftlich beantragen, wenn sie die nötige Laufbahnbefähigung besitzen. Diese kann im Rahmen der beruflichen Qualifizierung erworben werden. Voraussetzung ist weiter, dass zumindest die notwendige, wenn auch verringerte, Dienstfähigkeit für das Beamtenverhältnis besteht.

Die beamtenrechtliche Probezeit wird im Beamtenverhältnis auf Probe absolviert. Dieses Probebeamtenverhältnis beendet ein Wehrdienstverhältnis, auch ein solches besonderer Art.

Wird, ohne dass es auf den Bedarf ankommt, objektiv die Eignung festgestellt, steht der Übernahme in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit grundsätzlich nichts entgegen.

Schließlich bietet sich einsatzverletzten Soldaten und Soldatinnen (allerdings ebenfalls nicht den Berufssoldaten und Berufssoldatinnen) die Übernahme in ein unbefristetes Arbeitnehmerverhältnis im Geschäftsbereich des BMVg:

Hierzu können einsatzgeschädigte Soldatinnen und Soldaten bei mehr als 30-prozentiger Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Ende der Schutzzeit, in der ggf. ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art begründet wird, statt einer Weiterverwendung als Berufssoldat oder als Beamter auf Lebenszeit auch eine Weiterverwendung in einem unbefristeten Arbeitnehmerver-

hältnis im Geschäftsbereich BMVg beantragen, wenn sie über ein Mindestmaß an gesundheitlicher Eignung verfügen. Die grundsätzliche Eignung ist in einer sechsmonatigen Probezeit nachzuweisen. Das EinsatzWVG gewährt dann bei Erfüllung der Einstellungsbedingungen einen bedarfsunabhängigen Einstellungsanspruch, wobei sich allerdings Art und Inhalt der zu übertragenden Tätigkeit nach der individuellen Eignung und den tatsächlichen Beschäftigungsmöglichkeiten im Geschäftsbereich BMVg richten.

Die bisher beschriebenen Regelungen betreffen einsetzungsgeschädigte Soldaten und Soldatinnen, die bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mehr als 30 Prozent einen Anspruch auf Weiterverwendung als Berufssoldat, Beamter auf Lebenszeit oder in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis beim Bund erhalten sollen. Da auch zivile Aufgaben im Ausland mit vergleichbaren Gefährdungslagen wahrgenommen werden, war es verfassungsrechtlich aus Gleichbehandlungsgründen notwendig, dem Einsatzversorgungsgesetz unterfallendes Zivilpersonal in das EinsatzWVG einzubeziehen. Für ziviles Bundeswehrpersonal (Beamte, Arbeitnehmer) sowie für Beamte und Arbeitnehmer aus anderen Bundesressorts sind daher den Regelungen für militärisches Personal vergleichbare Vorschriften eingefügt worden.

Auch für Zivilpersonal des Bundes ist bei einer Einsatzunfallschädigung gesetzlich vorgesehen:

- eine Schutzzeit zur gesundheitlichen Wiederherstellung und ggf. beruflichen Qualifizierung, etwa durch Erwerb einer beamtenrechtlichen Laufbahnbefähigung,
- das Verbot der Zuruhesetzung, Entlassung oder Kündigung während der Schutzzeit wegen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit,
- die Einbeziehung in Personalauswahlentscheidungen während der Schutzzeit,

- die Verlängerung auslaufender Beamtenverhältnisse (zu denken ist an den Beamten auf Zeit) und befristeter Arbeitsverhältnisse bei Arbeitnehmern für die Dauer der Schutzzeit (diese endet jedoch in jedem Fall mit Vollendung des 65. Lebensjahres)
- nach dem Ende der Schutzzeit und einer Probezeit von sechs Monaten die Weiterverwendung
- in einem Beamtenverhältnis auf Lebenszeit - Voraussetzungen sind die notwendige Laufbahnbefähigung und eine Mindestdienstfähigkeit oder
- in einem unbefristeten Arbeitnehmerverhältnis – Voraussetzungen: Mindestmaß an gesundheitlicher Eignung und die Fähigkeit, die übertragenen Tätigkeiten auszuüben (Berufsbeamten und Beamten auf Probe ist der Wechsel in ein Arbeitnehmerverhältnis jedoch nicht möglich).

Die Weiterverwendung erfolgt regelmäßig jeweils im eigenen (Herkunfts-) Geschäftsbereich. Eine Ausnahme gilt für vorübergehend im Auswärtigen Dienst verwendete Beschäftigte des Bundes. Bei ihnen ist das entsendende Ressort für die Weiterverwendung in der Pflicht. Das EinsatzWVG trägt zusätzlich den Fällen Rechnung, in denen Einsatzgeschädigte bereits aus dem Dienst- oder Arbeitsverhältnis ausgeschieden sind und bei denen erst danach einsatzunfallbedingte Schäden festgestellt werden.

Hier ist vor allem an Spätschäden durch psychische Gesundheitsstörungen zu denken. Für hiervon betroffene Personen besteht bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ein Wiedereinstellungsanspruch, bei früheren Soldaten und Soldatinnen in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art, das der gesundheitlichen Wiederherstellung und der ggf. notwendigen beruflichen Qualifizierung für eine Weiterverwendung dient.

Folgende Voraussetzungen bestehen für eine Wiedereinstellung früherer Soldatinnen und Soldaten:

- Die betroffene Person darf nicht in einem Wehrdienstverhältnis als Berufssoldat oder Berufssoldatin gestanden haben und darf noch nicht die Altersgrenze für die Beendigung eines Wehrdienstverhältnisses besonderer Art (Vollendung des 65. Lebensjahres) erreicht haben.
- Die gesundheitliche Schädigung ist erst nach Ablauf des Wehrdienstverhältnisses erkannt worden.
- Die Berufungsvoraussetzungen der §§ 37 und 38 SG (z. B. Deutscheineigenschaft, Verfassungstreue, keine mehrjährige strafgerichtliche Verurteilung durch ein deutsches Gericht) sind mit Ausnahme der körperlichen Eignung nach § 37 Abs. 1 Nr. 3 SG gegeben.
- Einstellung wird schriftlich beantragt.
- Auch wenn diese Voraussetzungen vorliegen, kann nicht wieder eingestellt werden,
- wem bereits eine Einsatzversorgung gewährt wird oder wer bereits einmal wieder eingestellt und aus diesem Wehrdienstverhältnis ausgeschieden war oder
- bei dem die gesundheitliche Schädigung nicht ausschlaggebend für die Nichteingliederung in das Arbeitsleben ist oder bei dem die gesundheitliche Schädigung eine bereits erfolgte Eingliederung in das Arbeitsleben nicht behindert oder bei dem das Erreichen auch nur eines Ziels der Schutzzeit nicht zu erwarten ist, also weder die Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit, die Weiterverwendung nach dem EinsatzWVG oder eine sonstige Eingliederung in das Arbeitsleben.

Eine Wiedereinstellung kann erfolgen, wenn keine Bedenken aus den vorgenannten Gründen vorliegen.

Entsprechende Regelungen bestehen für die Wiederein-

stellung von bereits ausgeschiedenen Beamten auf Zeit (sie werden als Beamte auf Widerruf erneut eingestellt) und von Arbeitnehmern, deren Schädigung durch einen Einsatzunfall erst nach dem Ende ihres befristeten Arbeitsverhältnisses erkannt worden ist (sie werden in ein erneutes befristetes Arbeitsverhältnis eingestellt).

Die Antragsfrist für die Wiedereinstellung beträgt zwei Jahre seit Eintritt des Einsatzunfalls. Ihr Beginn kann sich ausnahmsweise unter bestimmten Voraussetzungen verschieben.

Dies beispielsweise, wenn bei einer besonderen Auslandsverwendung der Fristbeginn nicht an einem konkreten Unfallgeschehen festgemacht werden kann; in diesem Fall ist für den Fristbeginn die erstmalige ärztliche Diagnose maßgeblich. Die Frist kann noch länger dauern, höchstens jedoch zehn Jahre seit Eintritt des Einsatzunfalls, wobei allerdings plausible Hinderungsgründe für eine rechtzeitige Antragstellung glaubhaft gemacht werden müssen. Nach Wegfall des Hinderungsgrundes muss der Antrag innerhalb von drei Monaten gestellt werden.

Einsatzunfallverordnung

Wegen den zum Teil recht langen Bearbeitungszeiten bis zur Feststellung des Einsatzunfalls hat der Gesetzgeber das Bundesministerium der Verteidigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales am 24. September 2012 ermächtigt, die Verordnung über die Vermutung der Verursachung einer psychischen Störung durch einen Einsatzunfall (Einsatzunfallverordnung) zu erlassen (BGBl. I S. 2092).

Die Einsatzunfallverordnung ist vor allem bei der Anwendung des EinsatzWVG von Bedeutung. Einsatzgeschädigte nach § 1 dieses Gesetzes sind Personen, die eine nicht nur geringfügige gesundheitliche Schädigung durch einen Einsatzunfall erlitten haben. Dieser Zusam-

menhang wird in den Fällen, in denen die Einsatzunfallverordnung zur Anwendung kommt, vermutet. Eine langwierige Einzelfallbegutachtung und die Prüfung, ob ein Einsatzunfall vorliegt, entfällt insoweit. Es genügt die Feststellung, dass die Betroffenheit von einer bewaffneten Auseinandersetzung, die Teilnahme an einer solchen Auseinandersetzung oder eine vergleichbare Belastung vorgelegen hat. Zusätzlich muss die Diagnose der psychischen Störung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie der Bundeswehr und die Bewertung aus medizinischer Sicht, dass eine nicht nur geringfügige Schädigung vorliegt, erfolgen.

Da fachärztlicherseits „lediglich“ eine Zusammenhangsvermutung zu einem Einsatzereignis dokumentiert und kein umfangreiches Gutachten erstellt werden muss, sind die neuen Verfahrenswege komplikationslos und ohne wesentlichen Zeitverzug umsetzbar. Die Verordnung stellt eine deutliche Verbesserung für die Situation der Betroffenen dar.

Mit der Anwendung der Einsatzunfallverordnung wird unmittelbar die weitere Prüfung ermöglicht, ob die Voraussetzungen für den Eintritt in eine Schutzzeit oder für eine Wiedereinstellung in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art vorliegen.

7. DATENSCHUTZ UND BERUFSGEHEIMNIS / SCHWEIGEPFLICHT

Stefan Mahr

Vertrauen als Grundlage der Verarbeitung / Behandlung

Der Datenschutz und das Berufsgeheimnis (bspw. die ärztliche Schweigepflicht) sind zwei miteinander korrespondierende Rechtsgebiete, die inhaltliche Gemeinsamkeiten aber auch elementare Unterschiede aufweisen. Gemeinsamer Ausgangspunkt und Grundlage für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten von Betroffenen (Patienten, Probanden, etc.) ist deren Vertrauen an den Verarbeiter und Verantwortlichen (Ärzte, Berufspsychologen, Anwälte, etc.). Hieraus lässt sich ableiten, dass der Vertrauensschutz des Betroffenen schon seit geraumer Zeit einen festen Bestandteil ärztlicher Ethik darstellt.⁹

Abgrenzung des allgemeinen Datenschutzes von der Schweigepflicht

Der¹⁰ „Datenschutz“ ist eher weit auszulegen. Hier geht es um das allgemeine Interesse, personenbezogene Daten vor unberechtigter Kenntnisnahme Dritter zu schützen. Datenschutz ist deshalb ein weitläufiges Element, welches auch die Rechte des Einzelnen erfasst.¹¹ Das Recht der personenbezogenen Daten beschäftigt sich daher in erster Linie mit der Verarbeitung jener Daten, welche der „Betroffene“ (bspw. Patient, Proband) dem „Verarbeiter“ (bspw. Arzt, Forschungsprojektverantwortlicher) anvertraut hat, so beispielsweise für Abrechnungszwecke oder medizinische

Forschungsprojekte. Das spezifische Ziel des Datenschutzes ist es hierbei, einen bestmöglichen Schutz der einzelnen Datenverarbeitungsvorgänge zu gewährleisten. Demgegenüber ist die „ärztliche Schweigepflicht“ ein konkreter Begriff, der deutlicher abgrenzbar ist. Hier geht es speziell um die Verschwiegenheit als Schaffung des Gegenstückes zum Vertrauen der „Betroffenen“. Gegen diese Verschwiegenheitsverpflichtung verstößt der Arzt dann, wenn er Behandlungsdaten und persönliche Umstände eines Patienten unbefugt einem Dritten offenbart. Der Patientendatenschutz will folglich ein generelles Schutzniveau bei dem Umgang mit Patientendaten gewährleisten, währenddessen die ärztliche Schweigepflicht verhindern will, dass unbefugte Dritte überhaupt erst an solche Patientendaten gelangen, zu deren Umgang sie unabhängig von der Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen keine Berechtigung haben. Im Ergebnis ist also festzustellen, dass der Datenschutz und die Schweigepflicht von den Voraussetzungen ihrer Einhaltung unterschiedlich sind: Wenn der Datenschutz gewahrt ist, bedeutet das nicht, dass zugleich auch die (ärztliche) Schweigepflicht beachtet wurde und umgekehrt. Dennoch sind Datenschutz und Schweigepflicht vom Verarbeiter (Arzt, Forscher, Anwalt, etc.) kumulativ – je nachdem, ob nun gerade die Datenverarbeitung oder die Offenbarung an Dritte betroffen ist – zu beachten.

Gesetzliche Grundlagen

Normenhierarchisch ist der allgemeine Datenschutz wie folgt geregelt; Gemäß Art.8 der Charta der Grundrech-

9 vgl. Robert Leonhardt aus Kapitel_7_aus_15-00454_Broschüre_A5_Psychosoziale_Belastungen_Bw-Krankenhaus_Berlin_BN

10 vgl. Deutsch/Spickhoff, MedizinR, Rn. 607. in Dennis-Kenji Kipker, veröffentlicht in Iurratio Ausgabe 2/2012

11 vgl. Quaaas/Zuck, MedizinR, § 12, Rn. 63. in Dennis-Kenji Kipker, veröffentlicht in Iurratio Ausgabe 2/2012

te der Europäischen Union (GRCh) in Verbindung mit Art. 16 Abs. 1 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) hat jede natürliche Person das Recht (Grundrecht) auf Schutz der sie betreffenden personenbezogenen Daten. Nach Art.1 schützt die Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) die Grundfreiheiten natürlicher Personen hinsichtlich bei der Verarbeitung und dem freien Verkehr personenbezogener Daten. Ergänzend zum vorrangigen europäischen Recht findet sich der Schutz personenbezogener Daten auf nationaler Ebene als Grundrecht (informationelle Selbstbestimmung) in Art. 2 Abs.1 in Verbindung mit Art.1 Abs.1 Grundgesetz (GG) wieder. Für die nationale Ausgestaltung des Datenschutzes findet das Bundesdatenschutzgesetz neuer Fassung (BDSG nF.) ergänzend zur EU-DSGVO Anwendung.

Dagegen ist das Berufsgeheimnis (wie ärztliche Schweigepflicht) vorrangig im § 203 Strafgesetzbuch (StGB) national normiert. Die Schweigepflicht bzw. das Berufsgeheimnis ist die rechtliche Verpflichtung bestimmter Berufsgruppen (Anwälte, Ärzte, Forscher, etc.), ihnen anvertraute Geheimnisse von Betroffenen nicht unbefugt (ohne Rechtsgrundlage, freiwillige Einwilligung des Betroffenen, etc.) an Dritte weiterzugeben. Sie dient unmittelbar dem Schutz des persönlichen Lebens- und Geheimnisbereiches einer natürlichen Person.

Die Schweigepflicht und allgemeine Datenschutzvorschriften stehen auch im BDSG nF. nebeneinander: „Die Verpflichtung zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten oder von Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnissen, die nicht auf gesetzlichen Vorschriften beruhen, bleibt unberührt.“ (§ 1 Abs.1 Satz 2 BDSG nF.). Grundsätzlich müssen also beide Rechtsvorschriften eingehalten werden. Die EU-DSGVO kennt diese Vorschrift nicht, aber es wird argumentiert, dass beide Regelungen unabhängig voneinander angewend-

bar sind. Hinzu kommt die Anforderung aus dem Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO der verlangt dass, die Daten nur von schweigepflichtigem Personal verarbeitet werden dürfen: „Die in Absatz 1 genannten personenbezogenen Daten dürfen zu den in Absatz 2 Buchstabe h genannten Zwecken verarbeitet werden, wenn diese Daten von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet werden und dieses Fachpersonal nach dem Unionsrecht oder dem Recht eines Mitgliedstaats oder den Vorschriften nationaler zuständiger Stellen dem Berufsgeheimnis unterliegt, oder wenn die Verarbeitung durch eine andere Person erfolgt, die ebenfalls nach dem Unionsrecht oder dem Recht eines Mitgliedstaats oder den Vorschriften nationaler zuständiger Stellen einer Geheimhaltungspflicht unterliegt.“

Haftung bei Verstößen¹²

Mit Inkrafttreten der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung im Mai 2018 wurden alle nationalen Gesetze auf die jeweiligen Bestimmungen entsprechend zugeschnitten. Obwohl es dabei keiner separaten Übertragung in nationales Recht bedarf, wurden die Einzelgesetze dennoch derart umformuliert, dass sie den Bestimmungen in der EU-DSGVO nicht zuwiderlaufen. Sie dürfen Sie lediglich ergänzen.

Im neuen BDSG werden mithin auch die Bußgeld- und Strafvorschriften entsprechend abgewandelt. Ein direkter Bezug zu den betreffenden Passagen der EU-DSGVO wird hergestellt. Die Regelungen sind dann auf insgesamt drei Paragraphen verteilt (§§ 41 bis 43 BDSG nF.). Diese ergänzen dabei nur die EU-DSGVO und sind bezogen auf den Katalog an Verstößen umfassend gekürzt.

¹² vgl. <https://www.datenschutz.org/verstoss/>

Bei einem Verstoß gegen den Datenschutz werden die Strafen gemäß BDSG nF. zum Teil angehoben:

1. Die wissentliche, gewerbsmäßige und unberechtigte Weitergabe zahlreicher personenbezogener Daten kann eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe zur Folge haben. Beim Erschleichen von Daten oder unberechtigter und entgeltlicher Datenverarbeitung bleibt der derzeitige Strafraum bestehen.
2. Die Geldbuße bei einem ordnungswidrigen Verstoß wurde auf 50.000 Euro gedeckelt. Betrachtet werden dabei aber nur noch zwei Tatbestände gesondert: der Verstoß gegen das Auskunftsrecht sowie die nicht rechtzeitige Unterrichtung des Betroffenen.

Die Streichung von Delikten aus dem BDSG nF. bedeutet nicht, dass nur noch diese sanktioniert werden können. Vielmehr verdankt sich dies der Tatsache, dass die meisten anderen zuvor geführten Verstöße nunmehr in die EU-DSGVO aufgenommen wurden. In dieser sind eigens Strafen für einen Verstoß gegen den Datenschutz vorgesehen. Welcher Verstoß gegen den Datenschutz in der Datenschutz- Grundverordnung sanktioniert wird, ergibt sich aus Artikel 83 DSGVO.

Eine Verletzung von Privatgeheimnissen kann nach § 203 StGB mit einer Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 1 Jahr bestraft werden, wobei alle Mitarbeiter des PSN dabei abgeleitet werden können. Neben dem § 203 StGB wird die (ärztliche) Schweigepflicht auch unter den Schutz der ärztlichen Berufsordnungen der Landesärztekammern gestellt. Ein Verstoß kann im Rahmen von berufsrechtlichen Maßnahmen zu einer Mahnung (durch den Präsidenten), Rüge (durch den Kammervorstand) oder einer Rüge plus Ordnungsgeld (bis zu 5.000 Euro) führen. Bei schwerwiegenden Ver-

letzungen der Berufspflichten erfolgt ein berufsgerichtliches Verfahren. Ein Berufsgericht besteht aus einem Richter und zwei ärztlichen Beisitzern und kann die Strafen Warnung, Verweis, Entziehung des passiven Berufswahlrechts (Kammerwahl), eine Geldbuße bis zu 50.000 Euro oder die Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs.

Fünf Offenbarungsbefugnisse können zur Durchbrechung der Schweigepflicht führen:

- vorherige, freiwillige Einwilligung zur Weitergabe von Informationen durch den Patienten oder durch bestellte Betreuer
- konkludente (mutmaßliche) Einwilligung bei Bewusstseins Einschränkungen aufgrund von Indizien
- durch gesetzliche Offenbarungspflicht z. B. nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) oder durch eine Offenbarungsbefugnis, z. B. aus der Meldeerlaubnis des Bundeskrebsregistergesetzes
- Offenbarungsbefugnis aus dem Güterabwägungsprinzip nach dem sogenannten rechtfertigenden Notstand gem. § 34 StGB, wobei das Interesse, das dem Straftatbestand der ärztlichen Schweigepflicht zu Grunde liegt gegenüber einem anderen Rechtsinteresse geringwertiger zu sein hat.
- Anzeigepflicht geplanter Straftaten nach § 138 ff. StGB, wie z. B. von Mord, Totschlag, Landesverrat, etc.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle Mitglieder des PSN gesetzlich oder auch durch Berufsordnungen zur Einhaltung der Schweigepflicht angehalten sind, wobei Ausnahmetatbestände möglich sind. Aus beruflichen Gründen können nach § 53 Strafprozessordnung Ärzte, Geistliche und Psychologische Psychotherapeuten von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht vor einer Strafkammer Gebrauch machen, um Loyali-

tätskonflikte zu sich selbst oder Dritten gegenüber zu vermeiden. (Dieses Recht steht dem Sozialberater, Sozialtherapeuten oder dem Truppenpsychologen bzw. auch dem Disziplinarvorgesetzten nicht zu.)

Die Verarbeitung von Patienten- bzw. Probandendaten

Das Erheben von sozialmedizinischen Daten

Grundsätzlich ist die Erhebung von Sozialdaten nur zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung der Aufgaben des PSN erforderlich ist. Diese sind vorrangig beim Ratsuchenden selbst zu erheben. Sie können jedoch auch bei Dritten erhoben werden, wenn der Ratsuchende vorher zugestimmt hat und die Datenerhebung beim Dritten auch fachlich notwendig ist. Die Zustimmung des Ratsuchenden, der nachweislich auf die Freiwilligkeit, den Frageninhalt sowie auf die fachlichen Gründe vorher hinzuweisen ist, ist schriftlich einzuholen. Wenn Befunde oder Unterlagen von Disziplinarvorgesetzten, anderen Mitarbeitern des PSN, oder weiteren Dritten zur Auftragsbefreiung beschafft werden sollen, ist ebenfalls vom Ratsuchenden eine schriftliche Schweigepflichtentbindung/Einwilligung einzuholen.

Technisch, Organisatorische Maßnahmen (TOM's) zum Schutz der erhobenen (pers.bez.) Daten

Die von Mitarbeitern des PSN erhobenen und gespeicherten Daten sind gegenüber unbefugter Einsichtnahme oder Mitnahme zu sichern. Daher sind während der Dienststunden die Diensträume beim Verlassen zu verschließen und die PCs zu sperren. Nach Dienstschluss sind sämtliche Unterlagen mit personenbezogenen Daten in Schränken oder verschließbaren Schreibtischen gesichert aufzubewahren. Entsprechende Daten sind nur in Verschlussmappen weiterzugeben. Personenbezogene Daten dürfen nicht in das häusliche Umfeld mitgenommen werden

Die Nutzung von personenbezogenen Daten

Für die Verwendung solcher Daten im Rahmen eines interdisziplinären Austausches eines PSN muss sich der jeweilige Datenbesitzer von dem Betroffenen schriftlich von der Schweigepflicht entbinden lassen. Wenn die personenbezogenen Daten pseudonymisiert weitergeleitet werden und demnach für den Empfänger anonymisiert sind, dann bedarf es keiner Erlaubnis.

Zusammenfassung

Im Allgemeinen ist jedes Mitglied des PSN dazu verpflichtet beim Umgang mit personenbezogenen Daten sorgfältig auf die Einhaltung der Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen zu achten. Bezogen auf die jeweilige berufliche Spezialisierung sollten auch die besonderen Dienstvorschriften bzw. Berufsordnungen herangezogen werden. Vor allem bei der interdisziplinären Zusammenarbeit ist darauf zu achten, dass vor Beginn eines Datenaustausches entweder entsprechende Schweigepflichtentbindungen/Einwilligungen vorliegen oder eine valide Pseudonymisierung/Anonymisierung stattgefunden hat. Durch eine revisionssichere Aufbewahrung sind missbräuchliche Kenntniserhebung und Nutzung geschützter Daten zu vermeiden.

II Psychosoziale Belastungen, Folgen und Störungsbilder

8. DIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

Robin Hauffa

Allgemeine Informationen zur PTBS

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder englisch Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) kennzeichnet eine mögliche Reaktion eines Individuums auf ein traumatisches Erlebnis. Als traumatisch gelten katastrophale Geschehnisse wie Naturkatastrophen, Überfälle, Vergewaltigung, Unfälle u. ä., „die bei nahezu jedem Menschen eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würden“ (ICD-10). Über die genaue Abgrenzung zwischen belastenden Ereignissen und einem Trauma wird in der Wissenschaft aber noch diskutiert. Die PTBS kann sowohl bei Opfern, Zeugen oder auch Helfern auftreten. Dabei ist zu beachten, dass nicht jeder Mensch nach einem solchen Erlebnis an einer PTBS erkrankt. Neben einer gesunden Verarbeitung des Erlebten können auch andere psychische Störungen wie z. B. Depression oder Angststörungen auftreten.

Die nach Extrembelastungen entstehenden Symptomkomplexe wurden bereits in der Antike beobachtet und in Homers „Ilias“ beschrieben (Shay, 1991). Auch in Samuel Pepys Tagebüchern werden typische Symptome einer PTBS als Folge des Londoner Brandes von 1666 beschrieben (Daly, 1984). Eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema erfolgte jedoch erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Hier seien beispielhaft das „railway spine syndrome“ nach John Eric Erichsen (1866) oder das „irritable heart“ nach daCosta (1871) genannt. Weitere wichtige Stationen auf dem Weg zur Diagnose der „posttraumatischen Belastungsstörung“ waren das Konzept des „Granatenschocks“, der

„Kriegszitterer“ sowie die Behandlung traumatischer Neurosen im Zweiten Weltkrieg. Die gehäufte Beobachtung von kriegsbedingten psychischen Störungen bei Vietnam-Veteranen führte schließlich zur Entwicklung des Konzeptes der posttraumatischen Belastungsstörung und dessen Aufnahme in die Klassifikationssysteme psychischer Störungen Anfang der 1980er Jahre.

Symptomatik und Diagnostische Kriterien

In den aktuellen Konzepten müssen zur Vergabe der Diagnose PTBS alle folgenden Kriterien erfüllt sein:

- A. Erleben eines Traumas (A-Kriterium)
- B. Wiedererleben des Traumas (Intrusion)
- C. Vermeidung traumarelevanter Reize
- D. erhöhtes Erregungsniveau (Hyperarousal)
- E. Zeitkriterium

Die Symptomatik muss einem traumatischen Ereignis folgen (A-Kriterium). Die beiden gängigsten Definitionen eines Traumas finden sich in der ICD-10 und dem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; dt.: Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Ein Ereignis, bei dem Menschen verletzt wurden oder zu Tode kamen und dies bei der betroffenen Person Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen auslöst, wird im DSM-IV als Trauma definiert. Dabei reicht es auch aus, wenn Tod oder Verletzung nur angenommen oder befürchtet wurden. In der ICD-10, dem im deutschen Gesundheitssystem genutzten Klassifikationssystem werden jene Ereignisse als Trauma bezeichnet, die bei nahezu jedem Menschen tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden. Die DSM-IV berücksichtigt im Unterschied zur ICD-10 deutlich

mehr das subjektive Erleben des Traumas. Forscher konnten zeigen, dass das subjektive Erleben des Ereignisses das Entstehen einer PTBS besser vorhersagt als objektive Kriterien.

Das Wiedererleben ist gekennzeichnet durch sich aufdrängende Erinnerungen, Flashbacks, Alpträume und starke psychische Belastung bei Konfrontation mit Reizen, die mit dem Erlebnis in Zusammenhang stehen. Die Symptome reichen von einfachen Sinneseindrücken wie z. B. Gerüchen oder Geräuschen bis hin zu Flashbacks, bei denen der Betroffene das Empfinden hat, er erlebe gerade eine reale traumatisierenden Situation.

Die Vermeidung betrifft vor allem Umstände, die der Belastung ähneln, oder Reize, die mit dem Trauma verbunden sind. Sie lösen häufig das für die Patienten sehr unangenehme Wiedererleben aus. Dabei sind die Erkrankten oft nicht in der Lage, den Zusammenhang zwischen dem Reiz und der folgenden unangenehmen Reaktion herzustellen. Einige Wissenschaftler berücksichtigen in dieser Kategorie außerdem eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität mit vermindertem Interesse oder verminderter Teilnahme an wichtigen sozialen Aktivitäten, das Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen, eingeschränkter Bandbreite der Gefühle sowie das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Unfähigkeit, sich an bestimmte Aspekte des Traumas zu erinnern.

Das erhöhte Erregungsniveau beinhaltet Schlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Wachsamkeit und erhöhte Schreckhaftigkeit. Sie sind für Familien, Kameraden und Helfer oft ein erstes wichtiges Zeichen der Erkrankung.

Bei der Diagnose der PTBS sind zeitliche Kriterien zu berücksichtigen. Die ICD-10 fordert ein Auftreten der Symptome innerhalb von sechs Monaten nach Ende der Belastung, lässt aber in speziellen Fällen Ausnahmen zu. Beim DSM-IV müssen die Symptome min-

destens einen Monat lang vorliegen (ansonsten Akute Belastungsstörung). Bei einer Symptombdauer von unter drei Monaten spricht man von einer akuten, bei längerer Symptombdauer von einer chronischen PTBS.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass für die Diagnose einer PTBS alle der genannten Kriterien erfüllt sein müssen, insbesondere das intrusive Erleben. Oft berichten hochbelastete Soldaten von traumatischen Erfahrungen oder einer hohen Belastung im Einsatz, zeigen aber nicht die Kriterien für eine PTBS sondern nur einen Teil der oben genannten oder andere Symptome. In diesen Fällen liegt eine partielle PTBS oder eine andere psychische Störung als Folge des Auslandseinsatzes vor. Am häufigsten finden sich Anpassungsstörungen (z. B. in Form einer Burnout-Symptomatik) Depressionen oder Angststörungen; aber auch andere Erkrankungen kommen vor. Diese sind nicht weniger krankheitswertig als eine PTBS sondern nur eine andere Art der Reaktion. Auch sie müssen behandelt werden.

Neben den bereits beschrieben klassischen PTBS-Symptomen können folgende Beschwerden Hinweis auf eine einsatzbedingte psychische Störung sein:

- Schlafstörungen
- Alpträume
- Depressive Verstimmung
- Schreckhaftigkeit
- Sozialer Rückzug
- Reizbarkeit
- Stimmungsschwankungen
- Schuldgefühle
- Ängste (z. B. in Menschenmengen, auf großen Plätzen)
- Häufige körperliche Beschwerden (Verspannungen, Schmerzen, Abgeschlagenheit)

In der Praxis kommt es häufig vor, dass Soldaten sehr lange nicht erkennen, dass der Auslandseinsatz sie verändert hat. Die Veränderung vollzieht sich häufig schleichend. Dies führt zu einer deutlich späteren Inanspruchnahme des Psychosozialen Netzwerkes und somit verspäteten Diagnosestellung. Erschwerend kommt hinzu, dass die entstehenden Symptome bei den Betroffenen oft Scham- und Schuldgefühle auslösen. Zum einen kann die Symptomatik zu Verhalten führen, welches für Außenstehende nicht nachvollziehbar ist. So kann der Betroffene zum Beispiel in Deutschland keine Grünflächen betreten, weil so etwas im Einsatz lebensgefährlich war. Zum anderen erschüttert die Erkenntnis, aufgrund des Einsatzes eine psychische Störung entwickelt zu haben, häufig das Selbstbild des Soldaten. Die Erschütterung betrifft Bereiche wie das Selbstwertgefühl und Kompetenzerleben, die Identifikation mit der Rolle des Soldaten, aber auch das grundlegende moralisch-ethische Wertesystem. Dies wird durch die immer noch bestehende Stigmatisierung psychischer Störungen in der Bevölkerung noch verstärkt. Oft sind die Soldaten auch gut in der Lage, ein traumatisches Erlebnis durch Ressourcenaktivierung initial zu kompensieren. Erst später, durch ein anderes, oft unscheinbares Ereignis (wie z. B. Trennung in der Partnerschaft, leichter Verkehrsunfall, Versetzung), kommt es zur Dekompensation. Hier ist es vor allem wichtig, an die Möglichkeit einer PTBS oder anderen einsatzbedingten Erkrankung zu denken, um dem Betroffenen zu helfen.

Epidemiologie

Die Häufigkeit der PTBS in der Allgemeinbevölkerung liegt nach einer Untersuchung aus den USA bei 7,8 % (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Im Gegensatz dazu finden sich in Europa deutlich geringere Raten mit 1,9 % (Alonso et al., 2004). Für Deutsch-

land werden Zahlen von 2,3 % (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008) bis 2,9 % (Hauffa et al., 2010) angegeben. Die 12-Monats-Prävalenz der PTBS betrug bei Einsatzteilnehmern ISAF 2,9 % (Wittchen et al., 2012). Für australische Veteranen des ersten Golfkrieges werden Häufigkeiten von 5,4 % berichtet (Ikin, Sim & Creamer, 2004). Von den in Afghanistan eingesetzten US-Veteranen leiden 6,2 %, von den im Irak eingesetzten 12,2 % (Marines) bzw. 12,9 % (Army) an einer PTBS (C. W. Hoge et al., 2004). In einer ersten kleinen Stichprobe zeigten bis zu 2,5 % der bei ISAF eingesetzten deutschen Soldaten Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung (Hauffa, Brähler, Biesold & Tagay, 2007).

Ablauf von Diagnostik und Therapie in der Bundeswehr

Die diagnostische Einordnung ist im Einzelfall oft schwierig und sollte durch einen im Fachgebiet erfahrenen Untersucher erfolgen. Bei Verdacht auf eine PTBS sollte in Absprache mit dem Betroffenen über den Truppenarzt die Vorstellung in einem Bundeswehrkrankenhaus oder einer FU-Stelle erfolgen. Praktische Hinweise zur Kommunikation mit an PTBS oder einer anderen einsatzbedingten psychischen Störung erkrankten Soldaten finden sich im Kapitel zur Gesprächsführung.

Zur Veranschaulichung wird an dieser Stelle exemplarisch ein möglicher Ablauf von Diagnostik und Therapie dargestellt. Nach Stellung der Verdachtsdiagnose erfolgt zunächst eine ambulante Vorstellung in einer FU-Stelle eines Bundeswehrkrankenhauses oder eines Fachsanitätszentrums. Dort verschafft sich der behandelnde Arzt einen diagnostischen Überblick. Im Regelfall wird der Patient gebeten, zusätzlich Fragebögen auszufüllen oder mit einem klinischen Psychologen zu sprechen. Im Anschluss wird in Absprache mit dem

Patienten das weitere Vorgehen festgelegt, das von Erkrankungsbild und Erkrankungsschwere abhängt. Wenn kein Behandlungsbedarf besteht, kehrt der Soldat normal in den Dienst zurück. Manchmal ist es zur weiteren Diagnostik aber notwendig, die Aufnahme in einem Bundeswehrkrankenhaus zu veranlassen. Dies geschieht (außer in extrem seltenen Ausnahmefällen) nur mit dem Einverständnis des Patienten. Für eine gründliche Diagnosestellung ist in der Regel ein Aufenthalt von ein bis zwei Wochen notwendig. Für diese Zeit sollte der Soldat Sportbekleidung und Dinge zur Freizeitgestaltung (Bücher, Musik etc.) mitbringen. Auf Seiten des Soldaten bestehen häufig Ängste, mit Medikamenten ruhig gestellt („chemische Zwangsjacke“) oder am Bett fixiert zu werden. Dies entspricht jedoch nicht der Realität. Die Stationen sind offen und bieten regelmäßige Ausgangsmöglichkeiten, v.a. am Wochenende. Während des stationären Aufenthaltes werden alle Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten getroffen. So wird einigen Patienten vorgeschlagen, ein schlafförderndes Mittel oder ein Antidepressivum zu nehmen. Die letztendliche Entscheidung trifft aber immer der Patient. Dies sollte den betroffenen Solda-

ten, insbesondere wenn sie diesbezügliche Bedenken haben, immer wieder erläutert werden. In der Regel besteht eine Therapie aus mehreren Bausteinen, die dem Patienten angeboten werden. Diese beinhalten neben Gesprächen mit Ärzten und Psychologen auch Gruppengespräche, das Erlernen von Entspannungsverfahren, Sportangebote, Physiotherapie, Ergotherapie, Akupunktur oder Aromatherapie. Im Anschluss an die Diagnostik wird entschieden, ob und wie eine weiterführende Behandlung durchgeführt wird. Es besteht unter anderem die Möglichkeit einer ambulanten Psychotherapie im Heimat-/ Standortnähe, einer stationären Psychotherapie in einem der Bundeswehrkrankenhäuser oder in einer zivilen Fachklinik. Ambulante Therapien dauern im Regelfall 6-18 Monate bei einem 50-min-Gespräch in der Woche, stationäre zwischen drei und sechs Wochen. In komplizierten Fällen sind Intervalltherapien mit mehreren mehrwöchigen Blöcken und dazwischenliegenden Arbeitsphasen notwendig. Abweichungen von dem hier skizzierten Ablauf sind dabei je nach den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen des Einzelfalls problemlos möglich.

9. WEITERE EINSATZBEDINGTE STÖRUNGEN

Gregor Leutheußer

Wie Wittchen et al. (2012, 2013) in ihrer zweiteiligen Studie „Prävalenz, Inzidenz und Determinanten von traumatischen Ereignissen, PTBS und anderen psychischen Störungen bei Soldatinnen und Soldaten mit und ohne Auslandseinsatz“, die unter anderem in Zusammenarbeit mit dem Psychotraumazentrum der Bundeswehr in Berlin entstand, bewahrheiteten sich die ursprünglichen Befürchtungen hinsichtlich des Auftretens einer PTBS nach dem Auslandseinsatz glücklicherweise nicht. So zeigten 2,9 % der befragten Soldaten der ISAF-Kontingente 20/21 innerhalb eines Jahres nach dem Einsatz Symptome einer PTBS. Für die Einsatzkontingente 26/27 lagen die Zahlen bei 1,9 % für alle PTBS-Erkrankten. Dieser augenscheinlich große Unterschied zwischen den verschiedenen Jahren war statistisch jedoch nicht signifikant, kann also rein zufällig sein. Weiterhin dürfen die Zahlen nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei einem Teilnehmer an einem Einsatz mit „einem 2- bis 4-fach erhöhten PTBS-Risiko“ im Vergleich zu einem Soldaten, der nicht im Einsatz war, gerechnet werden muss. Die ermittelten Zahlen lagen leicht unter denen der Britischen Armee, waren jedoch deutlich geringer als die der US-Streitkräfte.

Als weiteres Ergebnis konnte konstatiert werden, dass neben der PTBS noch andere psychische Störungen gehäuft auftraten. Die Querschnittstudie ermittelte eine 12-Monats-Prävalenz (der Anteil der Soldaten, der während der letzten 12 Monate unter der Erkrankung litt) für Angststörungen von 10,8 %, für affektive Störungen von 10,8 % und für Alkoholstörungen von 3,6 %. Dies gab Anlass, diesen Erkrankungen, sofern sie nicht schon vorher behandelt worden sind, ein eigenes Kapitel in dieser Orientierungshilfe zu widmen. Damit soll es

den Teilnehmern des Psychosozialen Netzwerkes etwas verständlicher werden, unter welcher psychischen Störung der vor ihnen sitzende Hilfesuchende leidet und soll unterstreichen, dass auch diese Erkrankungen einsetzbedingt sein können. Darüber hinaus entsprechen die häufigsten nach einem Einsatz neu aufgetretenen psychischen Störungen, wie sie für die Einsatzkontingente 26/27 ermittelt worden sind, auch den häufigsten psychischen Erkrankungen der Gesamtbevölkerung, wie sie die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (Wittchen, 2012) ermittelt hat. Diese gibt eine 12-Monats-Prävalenz von 16,2 % für Angststörungen, 11,2 % für Alkoholstörungen und 11 % für affektive Störungen an. Ein Grundwissen über diese Erkrankungen ist somit auch außerhalb des Einsatzkontextes für die Mitglieder des Psychosozialen Netzwerkes hilfreich.

Angststörungen

Die Angststörungen stellen nach Wittchen (2013) die häufigsten Erkrankungen dar, die nach einem Auslandseinsatz neu aufgetreten sind. Der Bereich der Angststörungen umfasst im derzeit gültigen Klassifikationssystem des ICD-10 (in diesem Kapitel zitiert aus „Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen“, Verlag Huber, 2012) mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder, wobei aufgrund der Einsatzrelevanz hier etwas genauer auf die Agoraphobie und die Panikstörung eingegangen werden soll.

Agoraphobie:

Die Agoraphobie ist definiert durch: „Deutliche und anhaltende Furcht vor oder der Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen:

1. Menschenmengen
2. Öffentliche Plätze

3. Allein Reisen

4. Reisen, mit weiter Entfernung von Zuhause.“

Weiterhin müssen körperliche Symptome wie z. B. Herzklopfen/-rasen, Schweißausbrüchen, Zittern vorliegen, es können aber auch Gefühle von Unsicherheit oder Angst vor Kontrollverlust auftreten. Dabei ist dem Betroffenen klar, dass sein Verhalten nicht angemessen ist und er leidet darunter.

Gerade im Auslandseinsatz sind die oben genannten Orte und Situationen mit der erhöhten Gefahr verbunden, Opfer möglicher feindlicher Handlungen zu werden. Aufgrund der generell erhöhten Anspannung während des Einsatzes und der meist fehlenden Möglichkeit sich diesen Situationen zu entziehen, fallen die Symptome den Betroffenen oft erst nach der Rückkehr nach Deutschland auf, wenn plötzlich jeder Besuch im Kaufhaus zu schwersten Ängsten führt und die Fahrt mit der U-Bahn zur unüberwindbaren Hürde geworden ist. Anfangs versuchen die Erkrankten ihre Einkäufe auf solche Uhrzeiten zu verlegen, in denen die Geschäfte eher leer sind, doch bald werden auch diese Besuche vermieden. Nach dem „Zwei-Faktoren-Modell der Angst“ (nach Mowrer) ist hierfür ursächlich, dass der Betroffene lernt, dass er sich durch die Meidung des angstauslösenden Faktors den unangenehmen Gefühlen entziehen kann. Leider führt dies fast immer dazu, dass auch andere Situationen gemieden werden (sog. „Reizgeneralisierung“). Im schlimmsten Fall verbleibt dann nur noch das eigene Haus als „sicherer“ Ort, aus dem man sich nur unter Begleitung heraus traut.

Panikstörung

Eine Panikstörung trat in der Längsschnittstudie nach Auslandseinsatz bei einem beachtlichen Teil der Studienteilnehmer neu auf, während sie bei keinem Teilnehmer aus der Kontrollgruppe neu auftrat. Sie ist durch wiederholte Panikattacken

gekennzeichnet, „die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan auftreten“. Eine Panikattacke wiederum erfüllt alle der folgenden Kriterien:

- „Es ist eine einzelne Episode von intensiver Angst und Unbehagen.“
- „Sie beginnt abrupt.“
- „Sie erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten.“

Weiterhin müssen wie bei der Agoraphobie körperliche Symptome auftreten. Panikstörungen gehen häufig mit einer Agoraphobie einher (Diagnose: „Agoraphobie mit Panikstörung“).

Diagnostik/Therapie der Angststörungen

Angststörungen haben unbehandelt eine schlechte Prognose, da sie nur selten von selbst verschwinden und tendenziell immer belastender werden. Daher sollte bei Verdacht auf Vorliegen einer Angststörung fachärztlicher Rat gesucht werden um durch eine ausführliche Diagnostik die Verdachtsdiagnose zu erhärten/zu entkräften und eventuell andere psychische Störungen nicht zu übersehen. Außerdem müssen potentielle körperliche Ursachen für eine Angstsymptomatik ausgeschlossen werden. Anschließend erfolgt eine meist verhaltenstherapeutisch orientierte Therapie, die oftmals rein ambulant absolviert werden kann. Gelegentlich ist eine medikamentöse Unterstützung notwendig, wobei vor allem Medikamente aus der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) genutzt werden. Bei Behandlung ist die Prognose der Angsterkrankungen in der Regel sehr gut.

Anpassungsstörungen:

Fallbeispiel:

Die 21jährige Hauptgefreite A., seit 6 Wochen eingesetzt als Stabsdienstsoldatin in Mazar-E-Sharif, be-

schreibt in der Truppenarztsprechstunde, dass sie etwa zwei Wochen nach Ankunft in Afghanistan Ein- und Durchschlafstörungen bekommen hätte, die sie aber nicht sonderlich in ihrer täglichen Arbeit einschränkten. Weiterhin klagt sie, dass ihr Verlobter ihr sehr fehlen würde und ihr die räumliche Enge und das Verbleiben im Lager sehr auf die Stimmung schlagen würden. Sport, Lesen und telefonische Kontakte mit der Heimat würden ihr nach wie vor Freude bereiten, dennoch sei sie „nicht mehr die Selbe wie in Deutschland“, das sei auch ihren Kameradinnen und Kameraden aufgefallen. Die Diagnose der „Anpassungsstörung“ findet sich aufgrund einer gewissen diagnostischen Unschärfe in vielen Statistiken über die Prävalenz psychischer Störungen nicht, dabei stellt sie sowohl im stationären als auch ambulanten Rahmen eine sehr häufig gestellt Diagnose dar und findet sich auch in § 1 der Einsatzunfallverordnung explizit als „psychische Störung (, die) durch einen Einsatzunfall verursacht“ werden kann, wieder. Nach dem ICD-10 ist eine Anpassungsstörung dadurch definiert, dass es sich „um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten“, handelt.

Die genauen Kriterien nach ICD-10 lauten wie folgt:

- A. „Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.“
- B. „Symptome und Verhaltensstörungen (außer Wahngedanken und Halluzinationen) wie sie bei affektiven Störungen (F3), bei Störungen des Kapitels F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens

(F91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.“

- C. „Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei der längeren depressiven Reaktion (F43.21). Bis zu einer Dauer von sechs Monaten kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden. Unabhängig von der Erfüllung dieses Zeitkriteriums kann stets eine vorläufige Diagnose gestellt werden.“

Kriterium A ist an sich selbsterklärend. Im Zusammenhang mit dem Einsatz könnten solche Belastungen etwa die ständige potentielle Bedrohungslage sein, der erlebte „Kulturschock“ (wird in der ICD-10 sogar explizit erwähnt) oder auch Konflikte mit Vorgesetzten/anderen Kameraden. Aber auch die Trennung von Familie und Freunden zuhause kann bereits genügen, eine Anpassungsstörung auszulösen. Es sei nochmals betont, dass es sich im Gegensatz zur PTBS eben nicht um ein „Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß“ handelt. Kriterium B sei der Vollständigkeit halber erwähnt. Es besagt einerseits, dass sich eine Anpassungsstörung mit vielfältigen Symptomen zeigen kann, und dass eine vorliegende psychische Erkrankung nicht einfach als „Anpassungsstörung“ bezeichnet werden darf, obwohl z. B. die Kriterien einer PTBS oder einer depressiven Episode erfüllt sind. Die genaue diagnostische Einteilung sollte jedoch dem psychiatrischen Facharzt vorbehalten bleiben. Gleiches gilt für das Zeitkriterium C. Der Verdacht, dass ein Soldat eine Anpassungsstörung hat, sollte nicht zu einer „großzügigen Krankschreibung“ durch den Truppenarzt führen, da sich die Anpassungsstörung ja „selbst heilt“, wenn der Soldat aus der belastenden Situation genommen wird (siehe hierzu auch das Kapitel „Burnout“), sondern zu einer zü-

gigen Vorstellung bei einem entsprechenden Facharzt. Weiterhin gilt es für den Truppenarzt, aber auch für alle anderen Kontaktpersonen, mit denen der betroffene Soldat spricht, auf suizidale Gedanken zu achten, da auch Anpassungsstörungen mit einem erhöhten Suizidrisiko eingehen (ausführliche Besprechung im Kapitel „Suizid“). Anpassungsstörungen können durch viele unterschiedliche Gründe, die natürlich auch ineinander spielen können, ausgelöst werden und sich durch vielfältige Symptome zeigen, sodass eine ausführliche Diagnostik obligat ist und das anschließende therapeutische Vorgehen stets individuell festgelegt werden muss. Oft ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung notwendig. Gleichzeitig ist eine Anbindung an den Sozialdienst vor Ort ebenfalls sehr wichtig, da die Betroffenen meist nicht alle möglichen Optionen kennen und teilweise auch gar nicht dazu in der Lage sind aktiv zu werden.

Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen traten im Querschnittteil der Studie Wittchens bei Soldaten nach Auslandseinsatz signifikant häufiger auf als in der Kontrollgruppe (12-Monats-Prävalenz: 2,5 %). Darüber hinaus stellen sie in der Gesamtbevölkerung die fünfthäufigste Gruppe psychischer Störungen (12-Monats-Prävalenz: 3,3 %). Somatoforme Störungen umfassen in der ICD-10 folgende Krankheitsbilder: (undifferenzierte) Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung, somatoforme autonome Funktionsstörung und anhaltende Schmerzstörung. Im Folgenden sollen die Somatisierungsstörung und die anhaltende Schmerzstörung etwas genauer beleuchtet werden.

Somatisierungsstörung:

Folgende Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Diagnose gestellt werden kann (sinngemäße Wiedergabe):

- A. Über mindestens 2 Jahre verschiedene und wechselnde körperliche Symptome, denen keine körperliche Krankheit als Ursache zugeordnet werden kann.
- B. Aufgrund ständiger Beschäftigung mit den Symptomen entsteht dem Patienten dauerhaftes Leid und es werden zahlreiche Untersuchungen (drei oder mehr) bei verschiedenen Spezialisten angestrebt. Umfangreiche Selbstmedikation und häufige Inanspruchnahme von „örtlichen Laienheilern“ kann ebenfalls vorkommen.
- C. Weigerung anzuerkennen, dass keine körperliche Ursache vorliegt.
- D. Vorliegen mindestens sechs verschiedener Symptome aus mindestens zwei der folgenden Gruppen: Magen-Darm-Trakt, Herz-Gefäß-System, Urogenitaltrakt, Haut- und Schmerzsymptome.
- E. Kein Vorliegen ausschließlich in Zusammenhang mit anderen schweren psychischen Störungen.

Wie aus den Kriterien ersichtlich wird, haben an einer Somatisierungsstörung Erkrankte einen langen Leidensweg hinter sich und fühlen sich sehr häufig vom Behandler unverstanden. Besonders wichtig ist es den Patienten nicht als „Simulanten“ hinzustellen, sondern ihm zu signalisieren, dass man seine Sorgen ernst nimmt und ihm fachgerechte Hilfe anbietet. Dazu gehören jedoch keine teuren, apparativen Untersuchungen ohne klare Indikation, da negative Untersuchungsergebnisse den Patienten leider nicht „überzeugen“, dass er körperlich gesund ist, sondern in der Regel nur zu noch mehr Untersuchungen führen.

Nach Ausschluss körperlicher Ursachen und Stellung der Diagnose durch einen Facharzt für Psychiatrie sollte in der Regel eine Psychotherapie erfolgen, die gegebenenfalls auch medikamentös unterstützt werden muss.

Anhaltende Schmerzstörung

Fallbeispiel:

Der 36jährige Hauptfeldwebel B. hat mittlerweile sechs ISAF-Einsätze absolviert. Bisher sei ihm jedoch noch „nie etwas Schlimmes“ passiert, bis auf einen Sturz vom Fahrzeug im letzten Einsatz vor etwa 9 Monaten. Dabei habe er sich einen Bruch des linken Schulterreckgelenks zugezogen, der konservativ behandelt werden konnte. Trotz der Aussage seiner Orthopäden, dass die durchgeführten Bildgebungen eine regelrechte Heilung zeigen würden, klagt er nach wie vor über starke Schmerzen in der Schulter, die ihn in seiner Beweglichkeit einschränken würden. Aufgrund dessen könne er nur noch im Innendienst eingesetzt werden. Die Teilnahme an der Einsatzvorbereitung für den nächsten geplanten Einsatz musste er absagen. Trotz der Geburt seiner zweiten Tochter wolle er seine Kameraden nicht im Stich lassen und habe ein schlechtes Gewissen deswegen. Er wolle nun in einer orthopädischen Spezialklinik vorgestellt werden, da er sich sicher sei, dass mit der Schulter „etwas nicht stimme.“

Diese Störung ist folgendermaßen definiert:

- A. „Mindestens sechs Monate kontinuierlicher, an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann, und der anhaltend der Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Patienten ist.“
- B. Sinngemäß: Kein Vorliegen ausschließlich in Zusammenhang mit anderen schweren psychischen Störungen.

Im Unterschied zur Somatisierungsstörung liegen die Symptome also nur in einem Körperteil vor und müssen auch „nur“ sechs Monate anhalten, bis man die Diagnose vergeben darf. Die anhaltende Schmerzstörung

kann einerseits ohne jede körperliche Ursache auftreten, z. B. in Folge starker psychischer Belastung, dann spricht man von einer „**anhaltenden somatoformen Schmerzstörung**“. Liegt andererseits eine ursprünglich körperliche Ursache, z. B. ein Unfall oder eine Erkrankung, dem Schmerz zugrunde, so spricht man von einer „**chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren**“, wenn gleichzeitig psychische Faktoren eine entscheidende Rolle in Intensität und Dauer des Schmerzes spielen. Gerade bei Vorliegen eines Einsatz- oder dienstbedingten Unfalls sollte letztere Störung in Betracht gezogen werden, wenn trotz leitliniengerechter Behandlung keine Verbesserung oder, im Gegenteil, sogar eine Verschlimmerung eintritt. Nicht selten spielt auch ein sogenannter „sekundärer Krankheitsgewinn“ eine Rolle, wenn etwa durch die Schmerzstörung ein weiterer Auslandseinsatz oder eine unangenehme Verwendung vermieden werden kann. Dabei handelt es sich jedoch nicht um bewusste Simulation, sondern um für den Patienten echte Schmerzen unter denen er leidet.

Wie auch bei der Somatisierungsstörung sollte die Diagnose nach Ausschluss aller in Frage kommenden organischen Ursachen von einem psychiatrischen Facharzt gestellt werden. Die Therapie verläuft mit psychotherapeutischem Fokus, wobei die medikamentöse Therapie, z. B. mit Amitriptylin, eine wichtige Rolle spielt.

Suchterkrankungen

Wie eingangs erwähnt, weisen laut Wittchen in den ersten 12 Monaten nach dem Einsatz 3,6 % der Soldaten eine Alkoholstörung auf. Analog dazu werden in der S3-Leitlinie der AWMF zur Posttraumatischen Belastungsstörung (AWMF-Register-Nr. 051/010), bei der die Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie federführend war, die Substanzabhängigkeiten unter dem

Punkt „Weitere Störungen, bei denen traumatische Erlebnisse maßgebend beteiligt sind“ aufgeführt.

Hinter dem Schlagwort „Alkoholstörung“ verbergen sich in der Regel die Diagnosen „schädlicher Gebrauch von Alkohol“ und „Alkoholabhängigkeit“. Der Vollständigkeit halber sollen hier die Kriterien des ICD-10 aufgelistet werden, die erfüllt sein müssen, um eine Diagnose zu stellen (aufgrund des eingeschränkten Platzes teilweise nur sinngemäße, verkürzte Wiedergabe):

Schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1):

- A. „Deutlicher Nachweis, dass der Alkoholgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen können.“
- B. „Der Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können.“
- C. „Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.“
- D. Sinngemäß: Es darf gleichzeitig keine andere alkoholspezifische Erkrankung vorliegen (außer Intoxikation).

Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2):

- A. Sinngemäß: Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen über mindestens einen Monat bestanden haben oder, falls nicht, in den letzten 12 Monaten wiederholt aufgetreten sein.
 1. „Ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.“
 2. Sinngemäß: Verlust der Kontrolle über den Konsum (Beginn, Beendigung, Menge, erfolgloser Abstinenzwunsch).

3. Sinngemäß: Körperliches Entzugssyndrom (z. B. starkes Schwitzen, Zittern, Erbrechen, Orientierungsstörungen, Halluzinationen – Kann bis zum Tod führen!).
4. Sinngemäß: Toleranzentwicklung mit Steigerung der Menge um die gleiche Wirkung zu erreichen.
5. Sinngemäß: Einengung auf Alkoholkonsum mit Vernachlässigung anderer Interessen.
6. „Anhaltender Alkoholgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (siehe F10.1), deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.“

Die Gründe für einen anhaltenden Alkoholkonsum während eines Auslandseinsatzes oder danach sind vielfältig, es sollen nur einige exemplarisch genannt werden:

- Die beruhigende, sedierende Wirkung von Alkohol kann helfen in den Schlaf zu kommen, wenn der Betroffene nach der Rückkehr aufgrund wiederkehrender Erinnerungen solchen nicht finden kann.
- Die Trennung vom Partner während oder kurz nach dem Einsatz kann ebenfalls zu einer Situation führen, in der Alkohol als ein vermeintlich schneller „Problemlöser“ genutzt wird. Aufgrund seiner angst- und spannungslösenden Wirkung kann Alkohol helfen in einer Bedrohungslage zur Ruhe zu kommen und vermeintliche Momente der Entspannung zu erhalten.

Der Umgang mit alkoholbedingten Problemen gehört aufgrund der weiten Verbreitung auch jenseits des Auslandseinsatzes zum „täglichen Brot“ der Mitglieder des Psychosozialen Netzwerks. Aufgrund des als stark empfundenen Stigmas, das eine Alkoholkrankung in unserer Gesellschaft noch immer darstellt, suchen Betroffene jedoch nur selten oder zu spät Hilfe. Hier ist

im Vorfeld der Truppenarzt gefragt, bei auffälligen Blutwerten, die auf eine Alkoholstörung hinweisen könnten, zusammen mit dem Soldaten zu klären, woher diese stammen könnten. Dabei sollte eine Vorverurteilung unterbleiben, da jeder menschliche Organismus unterschiedlich auf Alkohol reagiert und interindividuelle Unterschiede zu erwarten sind. Auch ein Blick in die älteren Befunde der G-Karte kann helfen, den Verlauf z. B. der Leber-Transaminasen zu verfolgen und in Verbindung mit den aktuellen Werten zu setzen.

Sollte sich der Verdacht auf das Vorliegen einer alkoholassozierten Störung bestärken, sollte, am besten in Einverständnis mit dem Patienten, eine Vorstellung bei einem psychiatrischen Facharzt erfolgen. Alternativ kann auch eine Aufnahme in einem Bundeswehrkrankenhaus erfolgen. Dort finden regelmäßig dreiwöchige Gruppentherapien („Qualifizierter Entzug“) statt, in denen vor allem über Alkohol aufgeklärt wird und zusammen mit dem Patienten Empfehlungen für das weitere Vorgehen herausgearbeitet werden. Unabhängig davon sollte den Soldaten der Besuch einer Selbsthilfegruppe vor Ort empfohlen werden, Adressen hierzu finden sich im Internet. Es ist ebenfalls wichtig ihnen zu vermitteln, dass selbst bei Diagnose einer Alkoholabhängigkeitserkrankung nicht sofort eine Beendigung des Dienstverhältnisses droht, sondern die Behandlung im Mittelpunkt steht und dass nach erfolgreichem Abschluss einer solchen und anhaltender Abstinenz ein normales Fortführen der Laufbahn weitestgehend möglich ist.

WICHTIG: Beim Verdacht auf Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms und/oder berichteten Entzugssymptomen in der Vergangenheit ist eine ca. einwöchige stationäre Entgiftung notwendig, da der Alkoholentzug unbehandelt in etwa 10-15 % der Fälle in ein sog. Alkoholdelir mündet und dieses wiederum in bis zu 25 % der Fälle unbehandelt zum Tod führt. Bis zum Beginn der Entgiftungsbehandlung sollte ein anhaltender moderater Konsum empfohlen werden. Im Zweifel sollte stets ein Facharzt zu Rate gezogen werden.

Im Anschluss an einen qualifizierten Entzug kann sich je nach Stadium der Erkrankung eine bis zu mehrere Monate dauernde Entwöhnungsbehandlung in einer zivilen Fachklinik anschließen. Anschließend sollten regelmäßige Vorstellungen bei Truppen- und Facharzt erfolgen um die Abstinenz zu kontrollieren. Dies erfolgt nicht aus Misstrauen, sondern aus Fürsorge gegenüber den Patienten, gerade vor dem Hintergrund der sehr hohen Rückfallgefahr (über 50 %) bei Alkoholerkrankungen.

Bei Verdacht auf Vorliegen einer unbehandelten alkoholassozierten Störung sollten das Führen von Kraftfahrzeugen, die Arbeit in Gefahren- und sicherheitsrelevanten Bereichen, und die unbeaufsichtigte Nutzung von Schusswaffen aus Gründen des Eigen- und Fremdschutzes untersagt werden.

WICHTIG: Da Alkoholabhängigkeitserkrankungen häufig auch mit depressiven Erkrankungen vergesellschaftet sind, sollte auf Suizidalität geachtet werden.

10. MORALISCHE VERLETZUNGEN UND WERT-ORIENTIERUNGEN BEI EINSATZSOLDATEN

Peter Zimmermann, Christian Fischer,
Christina Alliger-Horn

Die Teilnahme an einem militärischen Auslandseinsatz bedeutet für viele Soldaten eine das weitere Leben prägende Erfahrung. Während der Monate außerhalb Deutschlands werden vielfältige Eindrücke gewonnen, so z.B. durch das enge kameradschaftliche Miteinander in den Feldlagern, nicht zuletzt auch mit Soldaten anderer Nationen, aber auch durch den Kontakt mit der einheimischen Kultur und Bevölkerung.

Diese Begegnungen können außerordentlich bereichernd sein und dazu führen, dass psychische Reifungsprozesse einsetzen, die neue positive Perspektiven auf das Leben ermöglichen. So werden beispielsweise vielfach die Vorzüge und Besonderheiten der eigenen Lebenswirklichkeit in Deutschland deutlich intensiver und oft auch wertschätzender wahrgenommen.

Damit kann zusätzlich auch eine Veränderung persönlicher Wertorientierungen einhergehen: Militärangehörige nehmen in die Einsätze ihre im Heimatland in vielen Jahren eines Sozialisationsprozesses gelernten Einstellungen und Wertorientierungen mit. Diese bedeuten für sie ein ethisches Fundament, das ihr Denken und ihre Handlungen vor Ort mitbestimmt und auch Stabilität in Belastungs- und Krisensituationen verleiht. Werte sind ein Koordinatensystem, das Orientierung und innerlichen Halt bietet.

In ihrer umfassenden Breitenwirkung wirken persönliche Werte aber auch bei der Entstehung einsatzbezogener Belastungen oder gar Erkrankungen mit. In

Studien des Psychotraumazentrums zeigte sich, dass ein sehr reflektierter, intensiver Werte-Bezug von Soldaten eine Schutzwirkung gegenüber der Entstehung von Depressionen im Einsatzverlauf haben kann, unabhängig von der Art der jeweiligen Werte.

Auf der anderen Seite können aber stark altruistische und kameradschaftliche Werte, wie die Orientierung am Wohl anderer Menschen (Benevolenz und Universalismus), zu einem verstärkten Leiden an Symptomen, z.B. der posttraumatischen Belastungsstörung, beitragen. Menschen mit diesen Werten sind nicht verwundbarer als ihre Kameraden. Durch ihre Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, nehmen sie aber das Leid ihrer Kameraden und Mitmenschen, das sie im Einsatz beobachten, stärker auch als eigene Belastung wahr. Besonders stark zeigt sich der Einfluss eigener Wertesysteme auf die psychische Gesundheit, wenn es zu sogenannten moralischen Verletzungen kommt (Moral Injury). Darunter versteht man die Verletzung eines Menschen, die sich nicht auf einer körperlichen oder psychischen Ebene abspielt, sondern die das moralische und ethische Empfinden in Frage stellt.

Dies kann durch andere Personen verursacht werden, beispielsweise wenn Vorgesetzte Befehle erteilen, die als fragwürdig bewertet werden. Etwa wenn aus Gründen der militärischen Lage eine zivile humanitäre Hilfeleistung verboten wird, zu der sich der Soldat verpflichtet fühlen würde. Ein ausgeprägter Zorn auf die Verursacher ist häufig die Folge, der über Jahre einen hartnäckigen Begleiter darstellen kann.

Eine moralische Verletzung kann aber auch durch eigenes Verhalten entstehen. Die Teilnahme an Kampfhandlungen mit der Notwendigkeit, zu verletzen oder zu töten, kann mit Schuldgefühlen einhergehen und im Laufe der Zeit zu Scham führen - zu dem dauerhaften Gefühl, ein schlechter Mensch zu sein. Schuld und Scham wiederum ziehen in vielen Fällen das Bedürfnis nach sich, sich von anderen oder sich selbst zu isolieren. Buchstäblich verstecken sich die Betroffenen vor ihrem Leben und vereinsamen. Depression kann die Folge sein.

Bei der Behandlung posttraumatischer psychischer Erkrankungen, aber auch schon zur Vorbeugung in der Einsatzvorbereitung, nehmen daher moralische Aspekte des Einsatzgeschehens einen zunehmenden Stellenwert ein. So werden im Psychotraumazentrum des Bundeswehrkrankenhauses Berlin traumatisierte Soldaten nicht nur Trauma-therapeutisch behandelt. Sie können auch an einer Gruppentherapie teilnehmen, bei der gemeinsam mit ebenfalls Betroffenen die skizzierten moralischen Konflikte und die Veränderungen in Wertesystemen durchgesprochen werden.

Diese Arbeit findet mit Unterstützung und Begleitung der Militärseelsorge (Arbeitsfeld Seelsorge des Evangelischen Kirchenamtes), statt, wobei sich der interdisziplinäre Austausch gerade für diese Fragestellung als sehr nützlich erwiesen hat. Eine erste wissenschaftliche Auswertung des Programms ergab, dass sich wesentliche Dimensionen des Schamerlebens dadurch verbessern lassen.

Zur Unterstützung der therapeutischen Arbeit ist auch eine Graphic Novel erarbeitet worden, die die Veränderungen rund um moralische Verletzungen in leicht verständlicher Form aufbereitet.

11. STRESS UND STRESSBEWÄLTIGUNG

Volker Eisenlohr

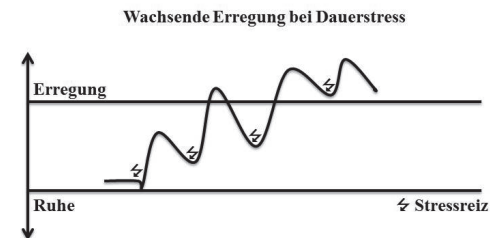
Grundlagen

Stress (lat.: stringere = anspannen) ist per se kein negativer Zustand, denn ohne Herausforderung, die sich aus „stressigen“ Situation ergibt, wäre unser Leben äußerst reizarm und unterfordernd. Stress ist erforderlich, um sich zu entwickeln; so ermöglicht er uns, neue Einsichten zu gewinnen und zu lernen.

Hans Selye, der Vater der Stresstheorien, verstand unter Stress eine unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird. Jeder Stressor, also jeder Stress erzeugende Faktor, sollte unabhängig von seiner Qualität im Wesentlichen gleiche biologische Reaktionen auslösen. Dieses Syndrom körperlicher Anpassung nannte er „allgemeines Adaptationssyndrom“ und unterschied dabei eine Alarm-, Widerstands- und Erschöpfungsphase. Die Alarmphase ist zunächst durch eine „Schrecksekunde“ (Schockphase) gekennzeichnet, die mit Tachykardie sowie Verringerung des Blutdrucks und des Muskeltonus einhergeht; es folgt eine Gegenschockphase mit Aktivierung des sympathischen Nervensystems und wenige Minuten später eine hormonelle Stressreaktion mit Ausschüttung von Stresshormonen wie dem CRH und dem Cortisol.

In der Widerstandsphase wird der Organismus mit einer Reihe von physiologischen Veränderungen in die Lage versetzt, der Gefahr mit den Aktionen „Angriff“, „Flucht“ oder „Totstellen“ zu begegnen. Es kommt zum Anstieg von Blutdruck und Atemfrequenz, zur Bronchodilatation, verbesserter Durchblutung der Herz- und Skelettmus-

kulatur, darüber hinaus aber auch zur Vasokonstriktion (z. B. Gänsehaut durch Hautgefäßkontraktion), die Blutviskosität ist erhöht (schnellere Blutstillung bei Verletzungen), die Schweißsekretion vermehrt (man kann körperlich schwerer gefasst werden), die Pupillen erweitern sich, Glukosereserven werden (als „Treibstoff“ für den Muskel) in den Blutkreislauf ausgeschüttet, die Glykolyse verstärkt sich. Alle für die Konfrontation nicht unmittelbar benötigten Körperfunktionen laufen dagegen auf Sparflamme (z. B. Libido, Verdauung, Immunkompetenz). Dies verdeutlicht, dass die Stressreaktion entwicklungsbiologisch nur für kurze Zeit gedacht ist. Wenn die Belastung zu lange dauert oder zu stark ist, kommt es zur Erschöpfungsphase, in der sich der Organismus ausruhen beziehungsweise regenerieren muss, um einen Verlust der adaptiven Fähigkeiten und nachfolgender Schädigung der Organsysteme (z. B. Herz-Kreislauf-System, Hormon- und Immunsystem) zu vermeiden



Die Erkenntnis, dass Personen auf dieselben äußeren kritischen Lebensereignisse aber sehr unterschiedlich reagieren, führte zur Entwicklung des transaktionalen Stresskonzeptes nach Lazarus. Dabei wird Stress als ein Wechselspiel zwischen Personen und Umwelt definiert („transaktional“). Die von Selye beschriebene Stresssymptomatik entsteht, wenn der Betroffene in einer Primärbewertung eine Situation oder ein Ereignis

nis als herausfordernd, bedrohend oder schädigend einschätzt und in einer Sekundärbewertung die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen als beansprucht oder überfordert wahrnimmt. Die erste Einschätzung konzentriert sich auf Informationen aus der inneren oder äußeren Umwelt (zur „inneren“ Umwelt zählen etwa eigene Ansprüche, zu ehrgeizige Ziele, rigide Werthaltungen; zur „äußeren“ Umwelt beispielhaft Ansprüche Dritter, Aufgaben etc.). Bei der zweiten Einschätzung liegt der Schwerpunkt auf den Merkmalen der Person; hier spielt die Selbstwirksamkeitserwartung eine entscheidende Rolle. Darunter wird die Überzeugung verstanden, die spezifischen Anforderungen durch eigenes kompetentes Handeln unter Kontrolle zu bringen. Es geht also bei der Entstehung von Stress nicht nur um die objektiven Ressourcen, die jemand zur Verfügung hat, sondern auch um die subjektiv wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten (Copingmöglichkeiten).

Diese individuelle Bewältigungskompetenz hängt nicht nur von den aktuellen Gegebenheiten (wie etwa Chronizität oder Schwere der Stressoren bis hin zu traumatischen Erfahrungen), sondern auch von den persönlichen Vorerfahrungen und genetischen Voraussetzungen, die die Vulnerabilität einer Person ausmachen, ab (Margraf & Schneider, 2009, S. 837). Im Rahmen der Resilienzforschung (Resilienz bedeutet die Fähigkeit, mit belastenden Lebenssituationen erfolgreich umzugehen) zeigten sich insbesondere Menschen mit hohem Kohärenzsinn in der Stressbewältigung erfolgreich. Kohärenz beschreibt die Grundhaltung eines Individuums, die eigene Lebenswelt als verstehbar, in seinen Anforderungen als sinnhaft und beeinflussbar zu begreifen. Hohen Schutz gegen Stressoren bietet auch ein mit Hardiness (Widerstandsfähigkeit) beschriebener Persönlichkeitsfaktor, der sich durch Neugier auf das Leben und hohe Motivation, etwas zu bewirken (Enga-

gement und Selbstverpflichtung), durch den Glauben, Einfluss auf den Lauf der Dinge (Kontrolle) nehmen zu können und durch das Erleben von Veränderungen als Herausforderung auszeichnet.

Wird eine Person immer wieder durch Situationen hoher persönlicher Bedrohung oder durch mangelnde oder fehlende Bewältigungsstrategien überfordert, kann es zu physiologischen wie auch psychischen Fehlanpassungen mit konsekutiven funktionellen oder manifesten organischen oder psychischen Erkrankungen kommen. Dabei werden insbesondere Situationen, die subjektiv als neuartig, schwer vorhersehbar oder unkontrollierbar wahrgenommen werden, als besonders intensive Stressoren erlebt (Margraf & Schneider, 2009, S. 836). Stressoren werden zudem hinsichtlich ihrer Qualität (Eustress oder positiver Stress/Distress oder negativer Stress), ihrer Intensität, ihrer zeitlichen Ausdehnung (akut/chronisch) und der Betroffenheit (individuell/kollektiv) differenziert. Wir kennen externe und interne Stressoren (Delb, D'Amelio, Archonti & Schonecke, 2002, S. 202), die sich wiederum vielfältig unterteilen lassen (z. B. in physikalische, soziale, ökologische, ökonomische, berufliche, psychische Stressoren).

Beispiele wichtiger externer Stressoren:

Zeitdruck

- zu lange Arbeitszeiten
- zu viele Termine
- unklare und mehrdeutige Situationen
- zu viele oder zu wenig menschliche Kontakte
- Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen usw.

Beispiele wichtiger interner Stressoren:

- negatives Denken
- starke Selbstzweifel
- Selbstabwertung
- Schuldgefühle
- Perfektionismus

- Erwartungs- und Versagensängste
- unterdrückte Gefühle

Eine „mittlere Dosis“ Stress ist anregend und fördernd, während zu viel beziehungsweise zu wenig Stress Leistung behindert. Ein übermäßiges Sichschonen oder -schützen führt zu einem negativen Selbstbild und negativer Selbsterwartung und vermindert durch fehlende Übung beziehungsweise durch unzureichende Anreize Leistungsfähigkeit. In der Konsequenz erzeugen also auch immer geringere Belastungen Stress, was zu einem sich selbst verstärkenden negativen Teufelskreis führen kann (Delb et al., 2002, S. 133).

Im militärischen Kontext der Auslandseinsätze unterscheiden wir operationelle („betriebliche“) und besondere einsatzspezifische Stressoren (BMVg - FÜS 1: Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen von Soldaten).



Operationelle Stressoren:

- Dienstzeitbelastung
- Monotonie
- unzureichendes dienstliches Informations- und Kommunikationsverhalten
- Leben auf beengtem Raum, mangelnde Intimsphäre
- lange Trennung vom sozialen Umfeld (Partner, Familie, Freunde) in der Heimat
- lang anhaltend eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten

- fremdartige Kulturen und Gebräuche
- belastende Umwelteinflüsse und eingeschränkte Sauberkeit und Hygiene

Einsatzspezifische Stressoren:

- Eindrücke von Not, Elend, Zerstörung und Gewaltanwendung
- persönliches Gefährdungsrisiko („gefühlte Sicherheitslage“)
- Gefühl der Ohnmacht gegenüber Gewalt und Unrecht an der Zivilbevölkerung im Einsatzland
- Einsatzgrundsätze (Rules of Engagement)
- Anwendung rechtmäßiger Gewalt, die den Soldaten selbst zum Verursacher von Tod und Verwundung macht

Stressbezogene Symptomatik

Um Stress rechtzeitig zu reduzieren beziehungsweise einen Ausgleich davon zu schaffen ist es wichtig, sich seiner eigenen typischen Stresssignale auf kognitiver, emotionaler und körperlicher/motorischer Ebene bewusst zu werden.

Typische Signalmuster sind zum Beispiel:

- auf kognitiver Ebene (Was geht mir durch den Kopf?): Grübeln, Katastrophisieren, Schwarz-Weiß-Denken
- auf emotionaler Ebene (Was fühle ich?): Wut, Angst, Depression, Gereiztheit, Panik
- auf körperlicher (physiologischer) Ebene (was geht in meinem Körper vor?): Anspannung, Unruhe, Übelkeit, Kloß im Hals, Nacken und Kopfschmerzen
- auf motorischer (Verhaltens-)Ebene (Was mache ich?): Angriff (Fäuste ballen), Flucht (Weggehen), „Totstellen“ (Schultern hoch und Kopf einziehen)

Stressbewältigungsstrategien

Effektive Stressbewältigung kann an den folgenden Punkten ansetzen (Litzcke & Schuh, 2010, S.53):

1. Bei den Stressoren: Ihre Zahl kann verringert werden, indem man einige ausschaltet oder reduziert.
2. Beim Menschen selbst: in dem man sich über langfristige Stressbewältigungsmethoden stabiler macht, also
 - Belastbarkeit durch aktive Entspannung erhöht,
 - positives Verhalten (Fähigkeiten) aufbaut,
 - Bewertung der Stresssituation verändert.
3. Sind weder Stressoren noch eigenes Verhalten oder Bewerten beeinflussbar, können Techniken zur kurzfristigen Stressreduktion eingesetzt werden (s.u.).

Stressbewältigungsstrategien sollten nicht als „Methode“ oder „Technik“, sondern als Lebenshaltung verstanden werden (Kirch, 2010, S. 29).

Maßnahmen der langfristigen Stressbewältigung sind besonders wirksam, wenn:

1. Man Ursachen der Belastung verändern, beseitigen oder reduzieren will und kann.
2. Eine Belastung vorhersehbar ist und man sich darauf vorbereiten kann.

Maßnahmen der kurzfristigen Stressbewältigung mildern die Auswirkung bereits aufgetretener Stressreaktionen und kappen Stressspitzen; zur kurzfristigen Erleichterung sind sie sinnvoll, wenn man:

1. Die Ursache einer Belastung nicht verändern will oder kann.
2. Sich in einer akuten Stresssituation befindet und wieder kontrolliert reagieren will.
3. Bemerkt, dass die eigene Erregung zu hoch ist und man sie senken möchte.
4. Ein Aufschaukeln des Prozesses vermeiden möchte.

Stressbewältigungsstrategien mit kurzfristiger Wirkung:

1. Abreaktionen: kurzfristiger Abbau von Stresshormonen durch körperliche Aktivität möglich (Joggen, Holzhacken, Garten umgraben etc.). Cave: Keine Beeinträchtigung anderer, keine körperlichen Aktivitäten mit weiterem Aggressionsaufbau (z. B. häufig bei Wettkampf oder Kampfsport).
2. Ablenkung: gezielte Aktivitäten, die eine Belastung vorübergehend vergessen lassen (kurze körperliche Übungen, Spielen, Telefonieren, Musikhören, Aufräumen etc.); die innere Wahrnehmung wird auf einen anderen Reiz als den Stressor gelenkt (bewährt beim Kappen von Erregungsspitzen).
3. Gedanken-Stopp: hilft, sich von quälenden Grübeleien zu befreien. Ziel ist es, den Gedanken beim Auftreten frühestmöglich abzubrechen. Gedankenkreise werden erst durch ein laut, später leise ausgesprochenes, letztlich nur noch in Gedanken formuliertes plötzliches „Stopp“ unterbrochen. (Cave: Nur in Kombination mit z. B. dem Ruhebild einsetzen, um zu verhindern, dass sich gerade diejenigen Gedanken immer wieder ins Bewusstsein drängen, die gerade nicht gedacht werden sollen). Gleichzeitig kann mit der Hand z. B. auf den Tisch geschlagen werden. Zur Unterbrechung unerwünschter Gedanken können auch Unsinnformeln (Wortneuschöpfungen ohne Sinn und ohne Assoziationen) verwendet werden, die man sich unmittelbar nach dem Gedanken-Stopp immer wieder vorsagt.
4. Zufriedenheitserlebnis verschaffen: Hobbys oder andere angenehme Freizeitaktivitäten ohne Nützlichkeitsabwägungen, die ohne großen Aufwand, regelmäßig und am Besten mit vertrauten Menschen praktiziert werden können. Cave: „Nichtstun“ kann zum Stressor werden, wenn man dies als Faulheit betrachtet und abwertet!

5. Positive Selbstinstruktionen: Nicht die Ereignisse selbst führen zu negativen Gedanken und Gefühlen, sondern die negativen Selbstgespräche (innerer Monolog), in denen wir unsere Wahrnehmungen und Gefühle vergleichen und bewerten. In diesem Zusammenhang ist besonders auf stressverschärfende Gedanken mit z. B. Selbstüberforderung, Selbstvorwürfen, Selbstabwertungen und Angst vor körperlichen Symptomen zu achten. Positive Selbstinstruktionen können solche Gedanken kontrollieren.
- Atementspannung
 - Meditation
7. Signalpunkttechnik (Delb et al., 2002): ein visueller Auslöser zur Durchführung einer kurzen Entspannung. Als „Signalpunkt“ dient dabei ein kleiner Punkt in roter Farbe, der an markanter, aber nicht ständig im Blickfeld befindlicher, Stelle in der häuslichen Umgebung oder an der Arbeitsstelle aufgeklebt wird. So in „belastender“ Umgebung angebracht, kann sein Anblick zum Signal werden, sich zu sammeln, durchzuatmen, loszulassen. Zur Intensivierung kann dieser Augenblick des Innehaltens mit einer kleinen Entspannungsübung verbunden werden. Die Meditationslehrerin Doris Kirch empfiehlt alternativ etwa Naturbilder, Kristalle oder Buddhafiguren als „Erinnerungsanker“ (Kirch, 2010).

Mögliche Vorgehensweise:

- Welche negativen Gedanken treten (in Form von Selbstgesprächen) in Stresssituation auf?
 - Was ist real, was ist Interpretation?
 - Welche Vorteile beziehungsweise Nachteile bringt diese Überzeugung?
 - Ist der Gedanke hilfreich?
 - Welche Einstellung könnte helfen, das Ganze mit „anderen Augen“ zu sehen?
 - Überlegen Sie sich positiver Selbstgespräche für die negativen Gedanken, wobei die neuen Formulierungen glaubhaft sein müssen (kein unrealistische Optimismus).
 - Setzen Sie die positiven Instruktionen vor, während und nach der Stress auslösenden Situation ein.
6. Spontane Entspannung: Von spontaner Entspannung spricht man immer dann, wenn Entspannungstechniken punktuell eingesetzt werden, um eine aktuelle Erregung zu minimieren. Die Entspannungstechniken müssen zuvor bereits systematisch erlernt worden sein um spontan zu wirken. Entspannungsverfahren müssen einfach und praktikabel sein. Alle bedürfen der Übung. Aus der Vielzahl der Verfahren sind bewährt:
- progressive Muskelrelaxation
8. Visualisierung (imaginatives Verfahren; Delb et al., 2002): als „mentales Zielmanagement“. Im ersten Schritt werden die letzten entscheidenden Augenblicke einer Handlung mit positivem Ausgang visualisiert. Dieser Erfolg suggeriert indirekt, über Problemlösefähigkeiten zu verfügen, was seinerseits implizit Tugenden wie Mut, Ausdauer, Durchsetzungsvermögen, Konzentrationsfähigkeit etc. voraussetzt. Für diese Fähigkeit wählt man ein „Sinnbild“. In einem zweiten Schritt entwirft der Proband, mit einem Problem konfrontiert, vor seinem geistigen Auge ein „Lösungsbild“ und spielt die darin gefundene Lösung beliebig oft mental durch („Probehandeln“); zudem verbindet er das Problem mit dem „Sinnbild“ als Symbol für erfolgreiches Gelingen.
9. Entschleunigung: Unter Stress verfallen viele Menschen in hektische Aktivität (archaischer Fluchtversuch). „Denkzeit“ wird zugunsten von „Handlungszeit“ eingespart. Statt über die Richtung nachzudenken, erhöhen wir die Geschwindigkeit unserer Bewegung. Dies führt (Litzcke &

Schuh verweisen an dieser Stelle auf Watzlawick) zu einer „Mehr-Desselben-Strategie“ und in einen „Beschleunigungsteufelskreis“. Im Kern können wir nicht alle Erwartungen erfüllen. Nicht die eigenen und nicht die der anderen. Also gilt: Erst einmal bewusst innehalten, tief durchatmen, Zeit gewinnen, die Aufmerksamkeit nach innen richten.

Empfehlung für Gespräche: Sprechen Sie leise (Atemrhythmus bleibt erhalten), langsam (vermeidet Gegenreaktionen, wie sie bei zu lauten Gesprächen entstehen) und tief (beruhigt). Vermeiden Sie das Wort „möglichst“ (möglichst viel, möglichst oft, möglichst schnell).

Gemeinsam sind den Entspannungsverfahren der mentale Focus und eine akzeptierende Haltung gegenüber ablenkenden Gedanken.

Stressbewältigungsstrategien mit langfristiger Wirkung

1. Opferrolle ablegen: wer sich als Opfer widriger Umstände oder eigener Unzulänglichkeiten sieht, hat keine Wahl und fühlt sich hilflos. Opfer zu sein heißt keine Kontrolle ausüben. Kontrollverlust löst Stressreaktionen auszuüben.

Gegenmaßnahmen:

- bei Erfolgen Eigenanteile anerkennen
- keine Verallgemeinerung von Misserfolgen
- bei Misserfolgen herausfinden, welche Fähigkeiten fehlen (um diese dann zu erwerben)
- Situationen räumlich, zeitlich und gedanklich begrenzen, in denen man sich ausgeliefert fühlt
- nach Ansatzpunkten für eigenes Handeln und eigenen Beeinflussungsmöglichkeiten suchen

Wichtig: Jammern beenden!

2. Einstellungen ändern: eine wichtige Ursache für Stress liegt in den eigenen Gedanken, Erwartungen

und Einstellungen. Typische selbstschädigende Kognitionen sind zum Beispiel:

- Man glaubt, eine Situation nicht bewältigen zu können, obwohl man das objektiv könnte.
- Perfektionismus: man ist überzeugt, dass es eine perfekte Lösung gibt und ist mit der guten unzufrieden.
- Katastrophisierung: das Eintreffen oder die Bedeutung von den negativen Ereignissen wird stark überbewertet. Kontrollfrage: „Wie würde ich in einem Jahr über das Ereignis denken?“
- Denken in Alles-oder-Nichts-Kategorien (Schwarz-Weiß-Denken); z. B. „Alle sind gegen mich.“ oder „Niemand hilft mir.“ Das stimmt selten!
- Übergeneralisierung: aufgrund eines Vorfalles wird eine allgemeine Regel aufgestellt; zutreffender statt „immer“ ist „oft“, statt „nie“ „selten“, statt „alle“ „viele“, statt „sicher“ „wahrscheinlich“.

Solche unbedingten Ansprüche, Erwartungen und Vorstellungen (irrationale Glaubenssätze) erzeugen als innerer Antreiber Stress und können krank machen. Als Gegenmaßnahme kommt ein „bedingtes Erlauben“, ein „Hinnehmen von Realitäten“ in Frage, was aber Eigenschaften wie Gelassenheit, Klugheit, Bescheidenheit oder Pragmatismus erfordert. Vielfach ist es aber auch notwendig solche wenig hilfreichen dysfunktionalen Überzeugungen zu ändern. Oft bedarf man hierzu der Unterstützung Dritter oder gar therapeutischer Hilfe. Im Sinne einer „kognitiven Umstrukturierung“ müssen zunächst die o.g. belastenden Einstellungen durch eine genaue Analyse der Stresssituation erkannt, in ihrer Konsequenz und ihrem Realitätsgehalt hinterfragt und - sobald als negativ erkannt - durch alternativ entwickelte Gedanken ersetzt und in stressbelasteten Situationen erprobt werden. Die Kunst ist, die Grenze zwischen Akzeptieren/Hinnehmen und Verändern zu finden.

3. Verhalten ändern: Auch hier bedarf es mehrerer

Schritte; so gilt es zunächst, konkrete Ziele für Verhaltensänderungen (z. B. mehr Entspannung, Sozialkontakte, besseres Zeitmanagement) zu formulieren. Anschließend wird das zu ändernde Verhalten neutral, d.h. nicht wertend, über eine gewisse Zeitspanne (Faustregel: 14 Tage) beobachtet. Beginnen Sie mit Stressbereichen, in denen Veränderungen eher leicht zu erreichen sind und definieren Sie Zwischenziele, bei deren Erreichen Sie sich belohnen aber auch sanktionieren, wenn die Ziele nicht erreicht werden.

4. Achtsamkeit („Mindfulness-Based-Stress-Reduction“): Eine aus dem buddhistischen Ursprung herausgelöste Erfahrung, bei deren Übungen das nicht wertende Annehmen dessen, was gerade im Augenblick wahrnehmbar ist - seien es nun Emotionen, Gedanken oder Körperwahrnehmungen - im Vordergrund steht. Die Aufforderung der Achtsamkeitsübungen besteht in dem Anspruch, alle Empfindungen und mentalen Ereignisse bis hin zur völligen Akzeptanz des Augenblicks hinter sich zu lassen (Bohus & Wolf, 2009).

5. Soziale Unterstützung: Es gibt vier Ebenen sozialer stressreduzierender Unterstützung:

- instrumentelle Unterstützung in Form materieller Hilfe oder durch konkretes anderes Verhalten
- emotionale Unterstützung (freundliche Zuwendung, Anerkennung, Gesprächsbereitschaft)
- „evaluative“ Unterstützung durch Bestätigung von Meinungen, Feedback, Relativierung der eigenen Situation
- informelle Unterstützung zum Beispiel durch Wissen um potentielle Hilfe, Ratschläge, Information

6. Zeitmanagement:

- Zeitbewusstsein entwickeln (z. B. „Zeitdieben“ auf die Spur kommen, indem man einige Tage registriert, wo und wie die Zeit verbracht wird)

- nur ein Ziel auf einmal anstreben, Prioritäten für anstehende Arbeit setzen
- Pufferzeiten einplanen
- positive Selbst- und Fremdkontrolle schaffen, unter anderem Vorlieben zurückstellen, delegieren, Wiedervorlagesystem schaffen (nicht alles, was dringlich ist, ist auch wichtig), Vorsicht vor übertriebenem Perfektionismus, Mut zum „Neinsagen“

7. Systematische Entspannung:

- progressive Muskelrelaxation
- autogenes Training
- Atementspannung
- imaginative Verfahren einschließlich Hypnose
- Biofeedback

8. Lebensstil:

- Sport verbessert die physische und psychische Stressresistenz, weil:
 - körperliche Anstrengung durch Stressreaktion bereitgestellte Nährstoffe verbraucht
 - Stoffwechselprodukte schneller abgebaut werden
 - Adrenalin und Noradrenalin sowie Fettsäuren verbraucht werden.

Sport hilft nicht, wenn Stressmuster von Beruf oder Familie in den Sport hineingetragen werden.

- Ernährung mit mehr Ballaststoffen, weniger tierischem Fett (nicht mehr als 30 % der Gesamtenergiemenge, z. B. Mittelmeerkost), frische und einfache Zubereitung, wenig Alkohol, ausreichend Flüssigkeit (circa 0,02 l/kg Körpergewicht)

- ausreichend Schlaf, gegebenenfalls kurze Schlafpausen von bis zu 20 min tagsüber (um ein Aufwachen aus der Tiefschlafphase zu vermeiden)

9. Psychosoziale Unterstützung mit „CHARLY“:

Im militärischen Kontext wurde die multimediale Trainingsplattform Charly entwickelt, mit deren Hilfe

die Trainingsteilnehmer Zusammenhänge zwischen z. B. traumatischen Situationen und ihrer individuellen Stressreaktion erfahren können. Sie erkennen typische Symptome und Auswirkungen von Stressbelastungen und trainieren Kompetenzen und Selbstmanagementmethoden für den Umgang mit psychisch stark belastendem Stress.

12. MOBBING

Volker Eisenlohr

Der Begriff „Mobbing“ leitet sich als Verkürzung des lateinischen Begriffs „mobile vulgus“ (= aufgewiegelte Volksmenge, Pöbel) aus dem Englischen „to mob“ (= über jemanden herfallen, bedrängen, anpöbeln, angreifen) ab und wurde von Konrad Lorenz für Verhalten in der Tierwelt geprägt. Der schwedische Arzt und Psychologe Heinz Leymann bezog den Begriff erstmals auf Verhalten im Arbeitsleben (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005). In englischsprachigen Ländern wird üblicherweise allerdings der Begriff „bullying“ verwandt.

Mobbing bedeutet in Anlehnung an Leymann (1993, S. 21f.), dass jemand am Arbeitsplatz systematisch und über einen längeren Zeitraum (über ein halbes Jahr oder länger, mindestens einmal pro Woche) von einer oder mehreren Personen schikaniert, benachteiligt oder ausgegrenzt wird.

Mobbing findet in einem festen sozialen Rahmen wie dem Arbeitsleben, der Schule, in Heimen, in Gefängnissen aber auch im Internet („Cyber-Mobbing“) statt und findet sich weit weniger in freiwilligen, leicht zu wechselnden Zusammenschlüssen wie etwa Sportvereinen (Litzcke & Schuh, 2010).

Wie zeigt sich Mobbing?

Mobbing ist am Anfang selbst für das Mobbingopfer oft nicht einfach zu erkennen. Leymann (1993, S. 33) definiert 45 typische Handlungsweisen von „Mobberrn“; hierzu zählen u. a.:

1. Angriffe auf die Möglichkeit, sich mitzuteilen:
 - ständiges Unterbrechen
 - Anschreien, lautes Schimpfen
 - ständige Kritik an der Arbeit/am Privatleben
- Telefonterror
- mündliche oder schriftliche Drohung
- abwertende Blicke oder Gesten
- Andeutungen ohne etwas direkt auszusprechen
2. Angriffe auf die sozialen Beziehungen („social support“)
 - ist bevorzugter Schachzug all jener, die jemanden psychisch terrorisieren wollen
 - nicht mehr mit dem Betroffenen sprechen
 - sich nicht ansprechen lassen
 - den Betroffenen „wie Luft“ behandeln
 - von den Kollegen räumlich versetzt werden
3. Angriffe auf das soziale Ansehen (im Familien-, Freundes-, Kameraden- beziehungsweise Kollegenkreis)
 - sind Mobbingaktivitäten, die über die Zeit gesehen das Ansehen und damit auch das Selbstvertrauen des Betroffenen weitgehend untergraben können
 - hinter dem Rücken des Betroffenen schlecht über ihn sprechen
 - Gerüchte verbreiten
 - den Betroffenen lächerlich machen, erniedrigen, bloßstellen oder verhöhnen
 - jemanden als psychisch krank verdächtigen
4. Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation
 - keine oder sinnlose Aufgaben zuweisen
 - Aufgaben weit unter dem eigentlichen Können zuweisen
 - Aufgaben zuweisen, die die Qualifikation des Betroffenen übersteigen, um ihn scheitern zu lassen
5. Angriff auf Gesundheit und soziale Integrität
 - sexuelle Handgreiflichkeiten
 - Drohung oder Umsetzung körperlicher Gewalt

(„Denkzettel“)

- Verursachen von Kosten (zum Beispiel Waren bestellen)
- Sachschäden im privaten oder dienstlichen Umfeld erzeugen

Methoden und Möglichkeiten, zu mobben, richten sich (bei hoher Variabilität) auch:

- nach dem Berufsstatus:

So überwiegen z. B. bei Arbeitern verbale Sticheleien, bei Angestellten Ausgrenzung und Isolierung des Opfers, bei Beamten das Vorenthalten von Informationen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005, S. 10).

- nach der hierarchischen Position:

Die Attacken von Vorgesetzten konzentrieren sich auf die Arbeitsebene (denn sie haben Befugnisse, die Arbeitsbedingungen zu verändern), die der Kollegen stärker auf die soziale Ebene.

- nach dem Geschlecht:

Frauen werden eher auf der sozialen, Männer eher auf der fachlichen Ebene angegriffen.

Mobbinghandlungen zielen darauf ab, Selbstachtung und soziales Ansehen der Betroffenen zu untergraben. Ihre krankmachende Wirkung lässt sich als „kumulative“ Traumatisierung beschreiben (also als eine Abfolge traumatischer Ereignisse oder Umstände, die jedes für sich unerschwerlich bleiben können, in ihrer zeitlichen Abfolge und Häufung insgesamt aber oft sogar zu einer schweren traumatischen Verlaufsgestaltung führen) (Fischer & Riedesser, 1999, S. 332/124).

Der von Leymann beschriebene „klassische Mobbingverlauf“ besteht aus vier Phasen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005; Leymann, 1993):

Phase 1: ungelöster Konflikt

Ein Konflikt steht im Raum und bleibt ungelöst. Es kommt zur ersten Schuldzuweisung und vereinzelt persönlichen Angriffen.

Phase 2: Übergang zum Mobbing und Psychoterror

Der eigentliche Konflikt gerät in den Hintergrund, während die betroffene Person immer häufiger zur Zielscheibe systematischer Schikanen wird. Damit einher geht ein Verlust des Selbstwertgefühls sowie Isolation und Ausgrenzung.

Phase 3: arbeitsrechtliche Sanktionen/Rechtsbrüche

Die gemobbte Person ist stark verunsichert, kann sich nicht mehr konzentrieren, macht Fehler - sie gilt zunehmend als „problematisch“. Die Folgen: arbeitsrechtliche Sanktionen wie Abmahnung, Versetzung, Androhung der Kündigung.

Phase 4: Ausschluss aus der Arbeitswelt

Das Ziel der Mobber ist erreicht. Innerbetriebliches Abschieben oder Kaltstellen, Versetzungen, die betroffene Person kündigt oder ihr wird gekündigt beziehungsweise sie willigt in einen Auflösungsvertrag ein; gegebenenfalls langfristige Krankschreibung, Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Frühverrentung.

Einzelne Phasen können übersprungen oder - im günstigsten Fall – gestoppt werden.

Mobbing und die Folgen

Das Ausmaß der Mobbingfolgen hängt - neben der persönlichen Veranlagung des Opfers - von der Dauer und Intensität des Mobbingprozesses ab. Unabhängig vom Ausmaß hat nahezu jedes Mobbing Folgen für die Gesundheit sowie die berufliche und private Situation der Betroffenen.

Litzcke und Schuh (2010, S. 142ff.) weisen auf eine Reihe individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Folgen hin:

Individuelle Folgen

- Demotivation
- Leistungsver schlechterungen (Leistungs- und Denkblockaden)
- Angstzustände, Selbstzweifel und Rückzug (wobei nach Fischer und Riedesser (1999, S. 333) Selbstachtung und Selbstwert oder auch Bedürfnisse nach Sicherheit, Schutz und Geborgenheit als zentrales traumatisches Situationsthema betroffen sein können)
- Schuldgefühle
- Krankheiten (lt. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2005, S. 22) klagen fast 90 % der Gemobbten während oder nach dem Mobbingprozess über psychische und physische Probleme): Stehen am Anfang stressbedingte Symptome wie Schlafstörungen oder Kopfschmerzen, folgen nicht selten ernsthaftere und chronifizierende Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, des Herz-Kreislaufsystems bis hin zu Krebserkrankungen, Depressionen etc. Mitunter kommt es zu ärztlichen und psychologischen Fehldiagnosen, wenn nicht erkannt wird, dass die Arbeitsbedingungen die Hauptursache der psychischen und/oder physischen Störungen sind (Litzcke & Schuh, 2010, S. 133).
- Arbeitsplatzverlust (20 % kündigen selbst, 15 % werden vom Arbeitgeber gekündigt)
- familiäre Belastung u. a. durch Ängste, Ver Stimmungszustände und sozialen Rückzug des Mobbingopfers

Organisatorische Folgen

- verminderte Arbeitsproduktivität
- höhere Fehlzeiten
- höhere Fluktuation (Kündigung, Versetzungen)
- Verschlechterung des Betriebsklimas
- arbeitsrechtliche Verfahren

Gesellschaftliche Folgen

- Kosten durch Heilbehandlung, die Rehabilitationskuren, Arbeitsausfälle, Dauerarbeitslosigkeit und Frühverrentung.
- allgemeine Ziel und Orientierungslosigkeit ganzer Organisationen oder Wirtschaftszweige

Wer wird zum Mobbingopfer?

„Das typische Mobbingopfer“ lässt sich nicht definieren; doch können bestimmte Merkmale, Eigenschaften oder Berufsfelder geeignet sein, die Betroffenen besonders zu gefährden. Hierzu zählen beispielhaft:

- ein Lebens- oder Arbeitsstil, der nicht der (Gruppen) Norm entspricht
- das äußere Erscheinungsbild (zu groß, klein, dick, dünn, das Gangbild, die Kleidung)
- das Auftreten (unsicher, arrogant, unangepasst)
- Behinderungen und Krankheiten (z. B. Suchtproblematik)
- individuelle Merkmale wie Geschlecht (Frauen gefährdeter), Nationalität, Hautfarbe oder Alter (Ältere gefährdeter)
- soziale Berufe, Berufe aus dem Bank- und Versicherungswesen sowie der öffentlichen Verwaltung
- das Mobbingopfer ist meist erst 1-3 Jahre am neuen Arbeitsplatz (Problem der Integration ins bestehende Sozialgefüge)

Wer mobbt?

- in circa 40 % die Vorgesetzten („Bossing“ oder „downward bullying“), oft aus Angst vor Autoritätsverlust, zur Disziplinierung, aus Rache oder bei Antipathie
- in circa 20 % eine Gruppe von Kolleginnen/Kollegen („horizontal-bullying“), etwa aus persönlicher Feindschaft, um den eigenen Arbeitsplatz zu sichern, aufgrund der Andersartigkeit des Opfers oder um es zur Anpassung an die Gruppe zu zwingen

- in circa 10 % verbünden sich Vorgesetzte und Kollegen
- Mobbing von unten nach oben ist selten (nach Litzcke und Schuh im Durchschnitt 2 %, nur bei Beamten 11 %), so zum Beispiel bei einem unerwünschten (neuen) oder unbeliebten Vorgesetzten oder aus Konkurrenz
- je länger ein Mobbingprozess dauert, desto größer ist der Personenkreis, der sich daran beteiligt (fehlende Zivilcourage, Gruppendruck, Gleichgültigkeit)
- der typische Mobber ist zwischen 35 und 54 Jahren alt (70 % aller Mobbingfälle), männlich (60 %) und meist länger als sechs Jahre im Betrieb (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005, S. 16)
- Frauen werden eher von Frauen, Männer von Männern gemobbt.

Ursachen des Mobbing - eine Zusammenfassung

Zwar lassen sich Mobbing-Opfer und Mobbing-Täter beschreiben, eine spezifische Persönlichkeit, „der“ Charakter des Einzelnen, der Streit und Mobbing hervorruft, den gibt es nicht (Leymann, 1993, S. 141ff). Vielmehr entwickelt sich Mobbing immer aus einem Konflikt heraus. Oft resultieren Spannungen dabei aus problematischen Rahmenbedingungen, Fehlern und Defiziten in der Arbeitsorganisation, der Aufgabengestaltung der Arbeit sowie im Führungsverhalten (siehe im Folgenden Litzcke & Schuh, 2010, S. 142; Leymann, 1993, S. 129ff):

So tragen **sämtliche arbeitsorganisatorische Strukturen**, in denen man etwa durch quantitative Überbelastung (überfordernde Arbeitsbelastung) und qualitative Unterbelastung (Monotonie, Inhaltsleere) stärkere Stresseffekte feststellen kann, ein erhöhtes Risiko für Konfliktausbrüche und somit auch für Mobbing in sich, da sich Stress und Frust, aus denen man kei-

nen Ausweg sieht, sich häufig auf Kollegen/Kameraden entladen. Maßgeblich ist auch, ob sich die **Arbeitsaufgabe** in ihrem Inhalt und ihren Abläufen als interessant und geistig anspruchsvoll darstellt. Hier droht sonst die Gefahr eines „Langweile-Mobbing“: um seinen Geist überhaupt zu beschäftigen, nimmt man sich einen Kollegen/Kameraden vor, mit dem man „seinen Spaß“ treibt. Möglichkeiten zu lernen, Eigenständigkeit und Kreativität zu entwickeln bilden hier geeignete Gegenmaßnahmen. Große Bedeutung kommt auch dem **Führungs- und Vorgesetztenverhalten** zu. Werden von diesem organisatorische Zustände als unvermeidlich angesehen und dadurch bedingte Leistungsdefizite allein durch vermehrtes Antreiben aufzuwiegen versucht, besteht also Unfähigkeit, arbeitsbezogene Probleme gemeinsam zu lösen und dabei jede Sichtweise ernst zu nehmen, stellt dies eine wesentliche Einbruchstelle zur Personifizierung von Konflikten und damit zur Entstehung von Mobbing dar. Auch darf die Führung die Integration neuer Mitarbeiter nicht den unvorhersehbaren gruppenspezifischen Prozessen überlassen, vielmehr muss sie durch ein „soziales Coaching“ den Neuen in der Arbeitsgruppe/Einheit bekannt machen, um eine gute Aufnahme zu fördern.

Bei der **sozialen Dynamik innerhalb einer Arbeitsgruppe/Einheit** bleibt zudem zu bedenken, dass diese unter Druck zur Entwicklung von Konflikten neigt, was das Risiko von Mobbing wiederum erhöht. Um Druck auszugleichen verschärft die Gruppe ihre Normen nach innen. Abweichungen werden dann unter Umständen mit Unterdrückung oder Ausstoß geahndet. Ein Mensch wird zum „Sündenbock“. Auch Konkurrenz um bessere Arbeitsaufgaben oder einen attraktiveren Status können Konflikte und Mobbing auslösen.

Leymann (1993, S 146) hebt hervor, dass Mobbing ausbricht, „weil es geschehen darf“!

Was tun?

Der Betroffene kann, ist die Mobbingssituation aufgetreten, kaum noch etwas dagegen tun. Ggfs. bieten sich folgende Gegenmaßnahmen an:

- die sachliche Aussprache suchen (nur in 25 % der Fälle erfolgreich)
- Mobbingtagebuch führen (eigenes Vorgehen und das der Mobber aufzeichnen)
- Zeugen für bestimmte Vorgänge suchen
- sich Unterstützung nicht mobbender Kollegen/Kameraden sichern
- Personalrat einschalten
- Psychosoziales Netzwerk (Truppenarzt/Truppenpsychologe/Sozialdienst/Pfarrer sowie Vorgesetzten) einbeziehen
- den dienstlichen Beschwerdeweg beschreiten
- psychische Unterstützung durch Familienangehörige/Freunde/Partner suchen
- Kontakte zu Mobbingberatungsstellen und Selbsthilfegruppen herstellen (im Internet etwa über www.berufsinformation.org)
- Bundeswehrverband oder Rechtsanwalt (für Arbeitsrecht) einschalten
- für körperlichen und seelischen Ausgleich sorgen (z. B. durch Sport, Entspannungsverfahren)

Zur Mobbingprävention im militärischen Führungs- und Organisationsbereich werden in der „Ausbildungshilfe Menschenführung, Belastungsmanagement“ des Zentrums Innere Führung u. a. aufgeführt (Zentrum Innere Führung der Bundeswehr, 2005):

- Sinnvolle, für den/die Einzelne(n) nachvollziehbare Gestaltung des täglichen Dienstes; wo immer möglich sind alle Mitarbeiter/innen zu beteiligen und ihnen bei der Umsetzung Entscheidungsspielräume zu gewähren.
- Besonders physisch und/oder psychisch belastende

Anforderungen sind streng an zwingende dienstliche Notwendigkeiten zu knüpfen. Jeder Verdacht, persönliche Ziele zu verfolgen, ist auszuschließen.

- Paragraph 12 Soldatengesetz verpflichtet alle Soldaten im besonderen Maße, die Würde, die Ehre und die Rechte des Kameraden zu achten.
- Im Rahmen der helfenden Dienstaufsicht soll der/die Vorgesetzte sich auch um die Sorgen und Nöte der unterstellten Soldaten und Soldatinnen kümmern. Eine offene Atmosphäre schafft Vertrauen und lässt die eigene Position in der Gruppe und Karrieremöglichkeiten realistisch einschätzen.
- Bei erkannten Mobbingssituationen muss der/die Vorgesetzte als Unparteiische(r) sowohl der Verursacherseite (Täter) wie der Opferseite gleichermaßen (und unparteiisch) Gehör schenken.
- Nach dem Erkennen von Mobbing im eigenen/unterstellten Bereich wird der/die Vorgesetzte im Interesse einer Konfliktlösung mit allen Beteiligten nach einer einvernehmlichen Lösung (Neuanfang) suchen. Dazu kann es auch für den Vorgesetzten hilfreich sein, sich der Hilfe Außenstehender (z. B. MilSeels, SozDst, TrpArzt, Frauenbeauftragte) zu bedienen.
- Durch rechtzeitige und umfassende Information kann zudem verhindert werden, dass Ängste, Unsicherheiten und Fehleinschätzungen um Dienstort, eigene Verwendung und Karriere den Konkurrenzkampf verschärfen.

Allerdings wissen wir aus dem Zivilen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005, S. 29), dass in mehr als 50 % aller Mobbingfälle erst die Kündigung beziehungsweise die Auflösung des Arbeitsvertrages das Mobbinggeschehen am Arbeitsplatz beendet. Es kommt daher darauf an, durch vorbeugende Maßnahmen Mobbingverläufe erst gar nicht entstehen zu lassen.

13. DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN

Volker Eisenlohr

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Das Bundesgesundheitsministerium verweist auf Schätzungen, wonach weltweit inzwischen circa 350 Millionen Menschen unter einer Depression leiden. Bis zum Jahr 2020 werden Depressionen oder affektive Störungen laut Weltgesundheitsorganisation weltweit (nach den kardiovaskulären Erkrankungen) die zweithäufigste Volkskrankheit sein (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012, Heft 51, S. 7 sowie www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/depression.html und Boll-Klatt/Kohrs, Praxis der psychodynamischen Psychotherapie 2014, S 347).

Viele Betroffene klagen anfangs über allgemeinen Leistungsabfall, diffuse körperliche Beschwerden oder unspezifische psychische bzw. vegetative Symptome. Dabei müssen normale Trauerreaktionen, Stimmungsschwankungen und Befindlichkeitsstörungen von depressiven Erkrankungen abgegrenzt werden.

Wann sprechen wir von einer depressiven Störung?

Depressive Erkrankungen sind den so genannten affektiven Störungen (ICD-10: F30–F39) zugeordnet, d. h. Veränderung von Stimmung (Affektivität) und allgemeinem Aktivitätsniveau (Antrieb) stellen die primäre und charakteristische Kennzeichnung dieser Erkrankungen dar, wobei die „schwere Depression“ und die „Manie“ die beiden Pole des Gesamtspektrums bilden.

Die praktische Arbeit mit depressiv erkrankten Patienten zeigt, dass depressive Symptome äußerst vielschichtig sind. Trotz dieser Variabilität im Erscheinungsbild einer Depression kennzeichnen kardinale Symptome der Depression die einzelnen Unterformen

depressiver Störungen (Gall-Peters/Zarbock, Praxisleitfaden Verhaltenstherapie, 2012, S. 39). Neben einer syndromalen Kategorisierung lassen sich affektive Störungen zudem hinsichtlich Schweregrad, Dauer und Verlauf definieren.

Nach ICD-10 unterscheiden wir folgende Hauptkategorien (und Unterformen) affektiver Störungen:

- F30 Manische Episode (untergliedert u. a. in Hypomanie, Manie ohne/mit psychotische Symptomen)
- F31 Bipolare affektive Störung (historisch: „manisch-depressive Erkrankung“ oder „Zyklothymie“)
- F32 Depressive Episode (leicht oder mittelgradig, ohne oder mit somatischem Syndrom; schwer ohne oder mit psychotischen Symptomen)
- F33 Rezidivierende depressive Störungen (untergliedert wie F32)
- F34 Anhaltende affektive Störungen (untergliedert u. a. in Zyklothymia und Dysthymia)
- F38 Andere affektive Störungen (untergliedert u. a. in rezidivierende kurze depressive Störungen, saisonale affektive Störung und rezidivierende gemischte affektive Episoden)
- F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Die modernen diagnostischen Kriterien nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mit ihren vorwiegend deskriptiven und neutralen Begrifflichkeiten unterscheiden sich deutlich von der früheren ätiologischen, also an den vermeintlichen Ursachen orientierten Diagnostik, mit ihrer Unterscheidung in neurotische, reaktive und endogene (d.h. körperlich bedingte) Depression, da nach heute vorherrschender Auffassung jede Depression mehr

oder weniger fehlangepasste (neurotische), situationsbedingte (also reaktive) und körperliche Ursachen hat (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012, Heft 51, S. 8).

Der differentialdiagnostischen Klärung einer depressiven Störung liegt ein mehrstufiger Entscheidungsprozess zugrunde (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012, Heft 51, S. 9):

- Erfüllen Art und Anzahl der depressiven Symptome die Schwellenkriterien für eine depressive Episode?
- Ist die Episode leicht-, mittel- oder schwergradig ausgeprägt (anhand der Ausprägung und Anzahl der Symptome)?
- Liegt eine rezidivierende Depression oder eine Depression im Rahmen einer bipolaren Störung vor?
- Wurde die Depression durch Substanzen (= substanzinduzierte Depression) oder durch einen körperlichen Faktor ausgelöst?

Arten und Diagnostik depressiver Störungen:

Depressive Episoden:

Hauptsymptome depressiver Episoden (entspricht Major Depression des DSM) sind nach der ICD-10 (siehe dort Kapitel F32) bzw. S3-Leitlinie/NVL (Unipolare Depression, Langfassung, Januar 2012, Vers. 1.3, S.60):

- depressive, gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung

Zusatzsymptome sind nach ICD-10 (siehe dort Kapitel F32) bzw. modifiziert nach S3/NVL (Unipolare Depression, Langfassung, Januar 2012, Vers. 1.3, S. 60) Leitlinie:

1. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit;

2. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit;
4. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven;
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen;
6. Schlafstörungen;
7. verminderter Appetit.

In der ICD-10 kann bei leichten- bzw. mittelgradigen depressiven Episoden auch klassifiziert werden, ob zusätzlich zu den Haupt- und Zusatzsymptomen ein somatisches Syndrom vorliegt.

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten;
2. mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren;
3. frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit;
4. Morgentief;
5. der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit;
6. deutlicher Appetitverlust;
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat;
8. deutlicher Libidoverlust.

Depressive Patienten mit somatischem Syndrom (in anderen Klassifikationen wird der Begriff „somatisch“ durch biologisch, vital, melancholisch oder endomorph ersetzt) neigen vergleichsweise stärker zur Entwicklung psychotischer Symptome und sind vermehrt suizidgefährdet; die Depression koppelt sich eher von psychosozialen Faktoren ab und neigt sich zu verselbstständigenden bzw. sich an chronobiologische Rhythmen anzukoppeln (häufigeres Auftreten im Frühjahr und Herbst), in extremer Ausprägung kommt es zu einem sehr raschen

Wechsel von depressiver Stimmung mit normaler Gemüthsstimmung (z. B. in einem 48-Stunden-Rhythmus) (S3-Leitlinie unipolare Depression, 2012, S. 62). Von einem somatischen Syndrom sollte nur ausgegangen werden, wenn vier der o.g. Symptome vorhanden sind. Bei Vorliegen der Kriterien für eine schwere depressive Episode muss zusätzlich geprüft werden, inwieweit psychotische Symptome in der gegenwärtigen Episode gegeben sind. Hierunter fallen Wahnideen (Versündigung, Verarmung, bevorstehende Katastrophe, hypochondrisch, nihilistisch), Halluzinationen (meist akustisch) oder ein depressiver Stupor. Wahn und Halluzinationen sind meist stimmungskongruent.

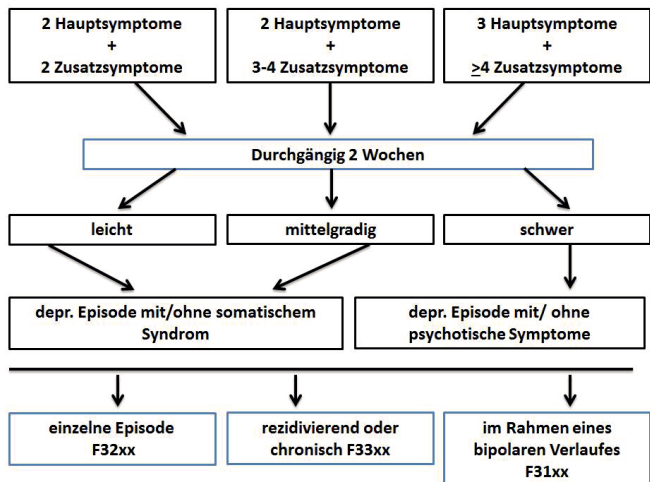
Zur Diagnosestellung einer depressiven Störung und ihrer Schweregradbestimmung nach ICD-10 sind die folgenden diagnostischen Kriterien maßgeblich:

- Mindestens zwei (schwere Episode: drei) Hauptsymptome müssen mindestens zwei Wochen anhalten.
- Schweregradbestimmung: Die Patienten leiden zusätzlich zu den Hauptsymptomen unter mindestens zwei (leichte Episode, F32.0), drei- bis vier (mittelgradige Episode, F32.1) bzw. mindestens vier (schwere Episode, F32.2) Zusatzsymptomen.
- Das somatische Syndrom ist bei leichter (F32.01) bzw. mittelgradiger depressiver Episode (F32.11) nur dann zu klassifizieren, wenn wenigstens vier dieser Symptome eindeutig feststellbar sind. Für die schwere depressive Episode ist diese Zusatzcodierung

nicht vorgesehen, weil davon auszugehen ist, dass diese aufgrund ihrer Schwere die somatischen Symptome mit einschließt.

- Eine schwere depressive Episode kann zusätzlich „mit psychotischen Symptomen“ (F32.3) klassifiziert werden, wenn Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor auftreten.
- Eine rezidivierende depressive Episode unterschiedlichen Schweregrades (F33.X) liegt vor, wenn es neben der gegenwärtigen depressiven Episode in der Vorgeschichte wenigstens eine weitere gab.

Algorithmus: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien (modifiziert nach Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S.11)



Rezidivierende depressive Störung:

Haupt- und Zusatzkriterien sowie Schweregradeinteilung entsprechen denen der monophasischen depressiven Episode. Zentrales Kriterium ist, dass in der

Vorgeschichte der gegenwärtigen depressiven Episode zumindest eine weitere depressive Episode eruiert ist.

Depressive Episode im Rahmen eines bipolaren

Verlaufs:

Auch im Rahmen eines bipolaren Verlaufs können depressive Symptome auftreten, die den Kriterien monophasischer depressiver Episoden entsprechen. Diagnoseleitend ist hier das zusätzliche Vorkommen hypomanischer oder manischer (oder auch gemischt affektiver) Episoden.

Die Gesamtzeiten depressiver Zeiten übertreffen i. d. R. bei weitem die (hypo-)manischen Zeiten. Rapid Cycling (F31.8) beschreibt ein bipolares Störungsbild mit mindestens 4 Phasen pro Jahr.

Zyklothymia:

Hierbei handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung (mindestens zwei Jahre) mit zahlreichen Perioden von depressiven Verstimmungen und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung oder rezidivierende depressive Störung zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vor (Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Dilling/Freyberger. 5. überarbeitete Auflage, S.145).

Dysthymia:

Bei einer Dysthymie handelt es sich um eine wenigstens mehrere Jahre anhaltende (chronifizierte) und gewöhnlich fluktuierende depressive Stimmungsstörung, bei der einzelne depressive Episoden selten – wenn überhaupt – ausreichend schwer sind, um als auch nur leichte oder als mittelgradige (rezidivierende) depressi-

ve Störung beschrieben zu werden. Gelegentlich kann allerdings eine depressive Episode die anhaltende affektive Störung überlagern (so genannte „double depression“). Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen.

Traditionell wurde die Dysthymie als neurotische Depression oder depressive Persönlichkeit eingeordnet. Sie kennzeichnet sich u. a. durch Antriebsminderung, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, sozialem Rückzug, Interessensverlust, Pessimismus und Weinerlichkeit; die Betroffenen sind aber in der Regel fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens zurechtzukommen. Sie beginnt gewöhnlich früh im Erwachsenenleben und führt zu erheblichem Leiden.

Sonstige depressive Störungen:

Zu den depressiven Symptomen mit gewisser Relevanz, die im Rahmen einer Ausschlussdiagnostik nicht den oben aufgeführten Kategorien zugeordnet werden können, zählen u. a. die Saisonale affektive Depression (F38.11) als Erkrankung der lichtarmen Herbst-/Winterzeit, Rezidivierende kurze depressive Episoden (F38.10) mit im vergangenen Jahr etwa einmal im Monat (Dauer typischerweise 2-3 Tage) aufgetretenen depressiven Episoden, die Atypische Depression (F32.8) mit Aufhellbarkeit der Stimmung, Hypersomnie, Hyperphagie u./od. Gewichtszunahme, „bleierner Schwere“ des Körpers, Erschöpfung sowie Überempfindlichkeit gegenüber subjektiv empfundener persönlicher Zurückweisung, letztlich auch die Affektive Störungen im Wochenbett („maternity blues“, F53.1 leichte/F53.2 schwere Störung) mit Beginn innerhalb von 6 Wochen nach der Geburt.

Wie erkenne ich depressive Störungen?

Patienten sprechen aus Scham, aus Angst vor Konsequenzen oder weil sie hinter ihren Symptomen oft organische Ursachen vermuten selten spontan über typische Symptome einer Depression.

Zur Erhärtung der Verdachtsdiagnose „Depression“ müssen die Symptome daher explizit erfragt werden, auf äußeres Erscheinungsbild (Kleidung, Körperpflege, Gestik und Mimik) sowie das interaktionelle Verhalten (Sprache, Psychomotorik) muss geachtet werden.

Die S3-Leitlinie (S3-Leitlinie unipolare Depression, 2012, S. 66) empfiehlt zur schnellen Erfassung einer unipolaren Depression orientierend den „Zwei-Fragen-Test“:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist die fundierte explorative Erfassung der formalen Diagnosekriterien mit Erhebung aller Haupt- und Nebensymptomen nach ICD-10 erforderlich. Standardisierte diagnostische Interviews wie das Composite International Diagnostic Interview (CIDI, WHO) oder das Strukturierte Klinische Interview für DSM IV (SKID I) dienen der weiteren Exploration der Symptomatik, der Erfassung möglicher Komorbiditäten und der differentialdiagnostischen Abklärung.

Im Rahmen verschiedener Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente wie dem „Beck Depressions-Inventar“ oder der „Hamilton Depressions-Skala“ lassen sich depressive Störungen etwa hinsichtlich ihrer Schwere weiter spezifizieren oder in ihrem Verlauf (z. B. „Allgemeine Depressionsskala“) beurteilen.

Differenzialdiagnose:

Traurigkeit, Euphorie, Selbstzweifel, Resignation, Geiztheit, Dysphorie und einzelne depressive oder auch manische Symptome sind nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer affektiven Störung (Leibing/Hiller/Sulz, Lehrbuch der Psychotherapie, 2004, S. 218).

Allerdings weisen Depressionen eine hohe Rate an Komorbidität (bis zu 75 %) auf (Leibing/Hiller/Sulz, Lehrbuch der Psychotherapie, 2004, S. 219):

An **psychischen Komorbiditäten** finden sich häufig Angst- und Panikstörungen, substanzbedingte Abhängigkeiten sowie somatoforme Störungen (Praxisleitfaden Verhaltenstherapie, S 48ff), aber auch Ess- und Persönlichkeitsstörungen (S3-Leitlinie S. 69).

Viele körperliche Erkrankungen können als **somatische Komorbiditäten** (wie z. B. Tumorerkrankungen, endokrinologische, kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen, metabolische Störungen, Infektionserkrankungen, Hirnerkrankungen) mit depressiven Symptomen verbunden und entweder deren direkte Ursache sein (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörungen) oder durch die erforderliche Begleitmedikation verursacht oder verstärkt werden; ggf. ist die psychische Symptomatik auch Ausdruck fehlender Krankheitsbewältigungsstrategien.

Bei depressiven Symptomen müssen psychopathologisch differenziert werden:

- depressive Episode (F32) und rezidivierende depressive Störung (F33)
- bipolare affektive Störungen (F33)
- anhaltende affektive Störungen (F34) wie Zylothymia und Dysthymia
- andere affektive Störungen (F38)
- Anpassungsstörungen (F43.2) als Zustände subjektiven Leidens und affektiver Beeinträchtigung (depressive Stimmung, Angst, Sorge oder eine Mischung daraus), welche in Zusammenhang mit ein-

schränkenden Lebensänderungen auftreten

- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) als prolongierte, komplizierte („pathologische“) Trauerreaktion bei unveränderter Trauerreaktion ab etwa 6 Monaten
- akute Belastungsreaktion (F43.0) oder posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Angst- und depressive Störung, gemischt (F41.2) als leichte nicht anhaltende ängstliche Depression
- postschizophrene Depression (F20.4)
- schizoaffektive (schizodepressive) Störung (F25)
- dementielle Erkrankungen (F00-F03)

Ursachen und Risikofaktoren

Bei der Entstehung von Depressionen ist von einem multifaktoriellen Geschehen mit einem Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren auszugehen. Nach den sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modellen entstehen depressive Störungen durch die Interaktion aktueller oder chronischer Belastungen (z. B. Stressoren) mit neurobiologischen bzw. psychischen Veränderungen sowie anderen modifizierenden Veränderungen (etwa vorherige psychische Störungen) vor dem Hintergrund einer Veranlagung (Vulnerabilität) der betreffenden Person. Die bestehenden Erklärungsmodelle unterscheiden sich danach zumeist nur hinsichtlich des Ausmaßes, in dem biologische, psychologische und soziale Aspekte betont werden (Gesundheitsberichterstattung, Heft 51, S.14). Die Bedeutung der verschiedenen Faktoren kann dabei von Patient zu Patient erheblich variieren (S3-Leitlinie S. 54).

Störungstheorien und Erklärungsmodelle

Stressreaktion bzw. Stressbewältigung scheinen entscheidenden Einfluss auf die an affektiven Störungen beteiligten Neurotransmittersysteme zu haben. Dabei

spielt eine zentrale Rolle, ob die Stressquelle kontrolliert werden kann oder nicht. Sind die Stressoren etwa nach dem Paradigma erlernter Hilflosigkeit (Seligmann) unkontrollierbar, überfordert dies bei anhaltender oder wiederholter Stressexposition die zentralnervösen Stressadaptationsmöglichkeiten schneller, als wenn eine Kontrolle wahrgenommen wird; die Folge ist depressionsäquivalentes Verhalten.

Besonders schwerer chronischer Stress wird durch Verlust- und emotionale Mangelbefahrung induziert. Depressive Patienten haben in ihrer Kindheit im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen zwei- bis drei-Mal so häufig Verlusterlebnisse, was den Schluss zulässt, dass Trennungserlebnisse eine gesteigerte Vulnerabilität bedingen, im späteren Leben depressiv zu erkranken (S3-Leitlinie Unipolare Depression, 2012, S 54f).

Psychodynamische Modelle der Beziehungsgeschichte depressiver Menschen beschreiben, wie sehr deren Trennungsempfindlichkeit erhöht ist, so dass eine ständige Abhängigkeit von wichtigen Bezugspersonen oder ein Gefühl von Beziehungslosigkeit und Einsamkeit bleibt (S3-Leitlinie Unipolare Depression, 2012, S 54f). Verlust-, Verunsicherungs- oder Enttäuschungserlebnisse in der Kindheit spielen in der Ätiologie der Depression dabei die zentrale Rolle. Die jeweils unterschiedlichen Verarbeitungsformen dieser Lebenserfahrung bestimmen die Psychodynamischen Modelle zur Depression. So beschreiben beispielhaft Boll-Klatt und Kohrs (Praxis der psychodynamischen Psychotherapie, 2014, S.334f) unbewusste Züge von Objektsehnsucht, Objektenttäuschung, Verzweiflung des Selbst und Selbstzweifel als psychodynamischen Kern des depressiven Grundkonfliktes [Wunsch nach Zuwendung versus Enttäuschung und Aggression gegen andere, Angst vor dem Alleingelassenwerden versus Unmöglichkeit, Zuwendung zu fordern (Autonomiegebot)], der zu zwei Subtypen von Depressionen führt: der anakliti-

schen Depression, die sich auf zwischenmenschliche Beziehungen und die damit verbundenen Gefühle von Abhängigkeit, Verlassenwerden, Zurückweisung, Sinnlosigkeit und Leere konzentriert und die introjektive Depression, die sich auf das Selbsterleben bezieht und durch Versagensgefühle, Selbstverachtung und dem Gefühl, grundsätzlich schlecht zu sein, charakterisiert ist. Durch ihr typisches interaktionelles Verhalten (u. a. fordernd und anklammernd bei starkem Bedürfnis nach Zuwendung, Bestätigung und Wertschätzung, hohe Verletzbarkeit und Kränkbarkeit, unterschwellige Aggression, Ambivalenz) lösen die Patienten bei anderen genau jene Verhaltens- und Reaktionsweisen auf, die vom Depressiven befürchtet werden (etwa Zurückweisung, Ablehnung, Gefühle, kritisiert und weniger geschätzt oder geliebt zu werden), was dann wieder im Sinne eines Teufelskreises die negativen Erwartungen bestärkt.

Ein **verstärkungstheoretisches interpersonelles Erklärungsmodell** (Lewinsohn) geht davon aus, dass im Vorfeld einer Depression potenziell verstärkende Ereignisse quantitativ und qualitativ abnehmen bzw. in der sozialen Umgebung nicht mehr im bisherigen Umfang erreichbar sind, z. B. durch Trennung, soziale Isolation oder Armut. Der Wegfall an Belohnungen, die für das Wohlbefinden einer Person bedeutsam waren, hat eine zunehmende depressive Verstimmung und Resignation zur Folge, die ihrerseits einen Rückgang von Verhaltensweisen bewirkt, die für die Erreichung alternativer Verstärkerquellen nötig wären. Gerade der Verlust sozialer Verstärkung durch wichtige Kontaktpersonen, sei es durch Tod, Trennung, Zurückweisung oder anhaltende Konflikte, hat entscheidende Bedeutung für die Depressionsentstehung (S3-Leitlinie Unipolare Depression, 2012, S. 55).

Kognitionspsychologische Hypothesen (Beck) gehen davon aus, dass Depressionen kognitive Störungen

(logische Fehler wie einseitiges, willkürliches, übertrieben negatives Denken) zugrunde liegen. Auslöser für diese kognitiven Störungen sind u. a. lebensgeschichtliche negative (stressbesetzte) Erfahrungen, Verlusttraumata (vor allem in der Kindheit), Nichtkontrolle und sozialisationsbedingte Vorgaben, die sich als kognitive Schemata verfestigen. Diese Schemata werden durch aktuelle belastende Situationen, ggf. durch die Erfahrung, eigenen überhöhten Ansprüchen nicht gerecht zu werden, aktiviert. In solchen Situationen neigt der Patient dazu, sich selbst, seine Umwelt und seine Zukunft negativ zu sehen (kognitive Triade). Solch irrationale negative Gedanken erleben die Patienten als automatisch, außerordentlich beharrlich und unfreiwillig. Diese kognitiven Prozesse bedingen danach neben Defiziten und Verlust von Verstärkern (Aktivitätsrate, Fertigkeiten, Belastungen) die Depression (Margraf/Schneider, Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2, 2009 S127f; Hautzinger, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, 2003, S29f).

Risikofaktoren für eine depressive Störung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S 14ff, S3-Leitlinie S 49f und Leibing/Hiller/Sulz, Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 2004, S. 219) sind:

Geschlecht: Frauen weisen für unipolare Depressionen (gilt nicht für bipolare Störungen) ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko wie Männer auf, das Erkrankungsrisiko liegt früher und steigt steiler an, das Rückfallrisiko ist höher

Lebensalter: Der Altersgipfel für Ersterkrankungen hat sich auf das 18. bis 25. Lebensjahr vorverlagert (früher:30-40. Lj.)

Sozioökonomische Faktoren: Getrennte und geschiedene Personen und solche ohne vertraute Personen erkranken eher (Mangel an sozialer Unterstützung); aktuell belastende Lebensereignisse

Frühere psychische Störungen: Personen mit Angst-

störungen (2-3x höheres Depressionsrisiko); frühere depressive Episoden; komorbider Substanzmissbrauch
Bipolare oder depressive Störungen in der Familiengeschichte

Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte

Persönlichkeitsfaktoren: Typus melancholicus mit zwanghaften Zügen privat wie beruflich (bei bipolaren Depressionen sind Introvertiertheit und Neurotizismus eher Risikofaktoren)

Körperliche Erkrankungen: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Hyperthyreose, Schädel-Hirn-Traumata, M. Parkinson und Alzheimer sind verstärkt mit Depressionen assoziiert

Verheiratete, Personen mit höherem Bildungsstand und beruflicher (sicherer) Anstellung sowie ein Wohn- und Lebensraum in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung haben die niedrigste Depressionsrate.

Verlauf und Prognose:

Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 19 % (Frauen: 25 %, Männer: 12 %), das mittlere Ersterkrankungsalter liegt zwischen 25 und 30 Jahren, bei bipolaren Störungen zwischen 15 und 25 Jahren. Depressionen gelten als häufigste psychische Erkrankung im Alter (geschätzt 8-10 %) [Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S. 19, 21 und 23].

Depressive Erkrankungen sind meist episodische Störungen. Der Beginn einer Episode kann akut (innerhalb von Tagen oder wenige Wochen), subakut (Wochen bis Monate) oder schleichend sein. Bei 60-75 % aller Betroffenen ist davon auszugehen, dass nach einer ersten depressiven Episode mindestens eine weitere Episode folgt; im Mittel werden bei rezidivierenden De-

pressionen fünf bis sechs Episoden über die Lebensdauer berichtet. Bei 15-30 % aller Patienten entwickelt sich eine chronische Depression (Dauer 2 Jahre oder länger) [Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S. 12].

Die Episodendauer ist höchst variabel und liegt bei der Hälfte aller Betroffenen unter 12 Wochen (meist 2-3 Monate, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51, S.12), in 25 % bei 3 bis 6 Monaten und bei 22 % bei mehr als einem Jahr. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S. 20). Mit steigender Episodendauer verkürzen sich die symptomfreien Zwischenzeiten, mit zunehmendem Alter nehmen die Episoden tendenziell auch an Schwere zu. Mit Hilfe von Psychotherapie und/oder Psychopharmaka können Dauer und Schwere der Episoden signifikant verkürzt werden.

Depressive Erkrankungen gehen mit einer erhöhten Sterblichkeit einher; dies steht zum einen mit Suiziden (3-4 % aller depressiv Erkrankten versterben laut Gesundheitsbericht des Bundes durch Suizid, von den schwer depressiv Erkrankten sind es lt. Stiftung Deutsche Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de) sogar 15 %) in Zusammenhang, zum anderen mit vorzeitigem Versterben durch Unfälle, körperliche Ursachen oder einen depressionstypischen ungesunden Lebensstil (Ernährung, Bewegungsmangel) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S.24f).

Was hilft?

Die Wahl der geeigneten Behandlungsalternative richtet sich nach klinischen Faktoren wie der Symptomschwere und dem Erkrankungsverlauf sowie der Patientenpräferenz. Grundsätzlich gibt es vier primäre Behandlungsstrategien (S3-Leitlinien Unipolare Depression, 2012, S. 74f):

- aktiv-abwartende Begleitung („watchful waiting“) über 14 Tage bei therapiekritischen Patienten

- medikamentöse Behandlung
- psychotherapeutische Behandlung
- Kombinationstherapie

Zu den ergänzenden Therapieansätzen zählen u. a. Schlafentzug (ca. 60 % depressiv Erkrankter profitieren davon), Lichttherapie (bevorzugt morgens zwischen 6 und 8 Uhr mit z. B. 10000 Lux für 30 Min., nicht nur bei saisonalen Depressionen), Bewegungstherapie und Stimulationsverfahren wie Elektrokrampftherapie (EKT, bei Therapieresistenz, schweren gehemmten Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Symptomen) sowie (noch eher experimentell) repetitive transkranielle Magnetstimulation, tiefe Hirnstimulation sowie Vagusnervstimulation (Benkert/Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage 2013, S.27ff).

Die Behandlung einer Depression lässt sich in drei Phasen aufgliedern:

- Akuttherapie: erstreckt sich in der Regel über sechs- bis zwölf Wochen (Behandlungsbeginn bis Remission).
- Erhaltungstherapie: durch Weiterführung der medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlung soll der noch instabile Zustand der Patienten so weit stabilisiert werden, dass ein Rückfall vermieden werden kann (alleinige Pharmakotherapie 4-9 Monate in unveränderter Dosierung, alleinige Psychotherapie über einen Zeitraum von acht- bis zwölf Monaten nach Ende der eigentlichen Therapie in Form niedrigerer Sitzungsfrequenz).
- Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe: mit dem Ziel, eine erneute Krankheitsepisode langfristig zu verhindern (nur für Patienten mit erhöhtem Wiederauftrittsrisiko, etwa bei rezidivierenden oder chronischen Depressionen, erforderlich). Eine medikamentöse Behandlung sollte in dieser Phase dann mindestens 2 Jahre

(S3-Leitlinie Unipolare Depression, 2012, S.77), ggf. auch lebenslang (Benkert/Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage 2013, S72f) erfolgen. Auch psychotherapeutische Langzeittherapien zeigen positive stabilisierende Effekte.

Bei leichten depressiven Episoden sollten Antidepressiva nur unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eingesetzt werden (z. B. positive Vorerfahrungen oder Präferenz des Patienten, schwerergradige Depressionen in der Vorgeschichte), bei akuten mittelgradigen depressiven Episoden soll dem Patienten eine antidepressive medikamentöse Therapie und bei akuten schweren depressiven Episoden (ebenso wie bei chronischen Depressionen und Dysthymien) eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.

Die frühe graduelle, mindestens 20-prozentige Besserung der Symptomatik innerhalb der ersten 2 Behandlungswochen stellt einen hochsensiblen Prädiktor für eine spätere stabile Response oder Remission dar (Benkert/Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage 2013, S. 69). Dies gilt für Antidepressiva, Psychotherapie und Placebo.

Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert und detailliert erfragt werden (S3-Leitlinie Unipolare Depression, 2012, S. 53f); evtl. besteht eine erhöhte Suizidalität in der Gruppe der 18-24-jährigen unter Antidepressiva (Benkert/Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage 2013, S. 60).

Lithium wird unabhängig von Alter und Geschlecht ein suizidprotektiver Effekt zugeschrieben

Medikamentöse Therapie

- Sie basiert auf dem Einsatz von Antidepressiva. Die Responderquote beträgt 50-75 %, für Placebo 30-40 % (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S. 29).
- Die meisten gebräuchlichen Antidepressiva folgen der sog. Monoaminomangelhypothese und verstärken direkt oder indirekt die serotonerge, noradrenerge und/oder dopaminerge Neurotransmission.
- Die volle Wirkung entfaltet sich erst nach einigen Tagen bis Wochen kontinuierlicher Einnahme (über zelluläre Anpassungsprozesse, u. a. durch Änderung der Empfindlichkeit und Dichte von Rezeptoren).
- Es kommt weder zur Suchtentwicklung noch zu einer Persönlichkeitsveränderung.
- Die verschiedenen Antidepressiva unterscheiden sich hinsichtlich ihres Wirkungsprofils. Neben stimmungsaufhellender Wirkung entfalten sie auch antriebssteigernde, antriebsneutrale oder antriebsdämpfende sowie beruhigende und angstlösende Wirkungen.
- Die häufigsten Nebenwirkungen von Antidepressiva betreffen das Gastrointestinal- und Herz-Kreislauf-System (QT-Zeit!), das Nervensystem, das Gewicht und die Sexualität.
- SSRI und andere neue Antidepressiva sind aufgrund des günstigeren NW-Profiles den TZA vorzuziehen (Benkert/Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage 2013, S. 11).
- Besonders zu Beginn der Therapie mit SSRI sollte auf Hinweise auf ein Serotoninsyndrom [Fieber, neuromuskuläre Symptome und psychopathologische Auffälligkeiten (z. B. delirante Symptome)] geachtet werden.
- Bei trizyklischen Antidepressiva sind deren anticholinerge und chinidinartige Nebenwirkungen zu beachten.
- Routineuntersuchungen: Routinelabor, EKG, RR und Puls vor Therapiebeginn, nach 1 Monat, dann alle 6 Monate [bei TZA Blutbild, Leberenzyme und RR/Puls vierteljährlich (Benkert/Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage 2013, S. 66)].
- Plasmakonzentrationsbestimmungen sind zur Therapieoptimierung sinnvoll (besonders bei TZA).
- Antidepressiva sollen mindestens 4-9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden.
- Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden sollten das Antidepressivum mindestens 2 Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einnehmen.
- Die Beendigung einer Erhaltungstherapie sollte sich über 6-8 Wochen erstrecken, die Beendigung einer Rezidivprophylaxe über 3-6 Monate.

Psychotherapeutische Behandlung

Psychotherapie kann alleine oder zusammen mit Antidepressiva als Teil eines Gesamtbehandlungsplans (Antidepressiva, psycho- und soziotherapeutische sowie psychoedukative und unterstützende Maßnahmen) eingesetzt werden. Zu den evidenzbasierten Psychotherapien, die zur Behandlung herangezogen werden, zählen die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die tiefenpsychologische Psychotherapie sowie die sogenannte Interpersonelle Psychotherapie (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S.30). Die Therapieplanung soll im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nach Möglichkeit mit dem Patienten, evtl. auch unter Einbeziehung von Angehörigen, abgestimmt werden. Die Behandlung umfasst Beziehungsaufbau, Psychoedukation einschließlich der - je nach psychotherapeutischem Verfahren - Vermittlung von Krankheitsmodellen sowie psychotherapeutischer Arbeit im engeren Sinne (in der Kognitiven Verhaltenstherapie beispielhaft Aktivitätsaufbau, Verbesserung sozialer Fertigkeiten, Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen) mit einer Abschlussphase zum Erhalt und zur Stabilisierung i.S. einer Rückfallprophylaxe. Die Therapie findet vorzugsweise einzeln, aber auch in Gruppen statt. Probleme ergeben sich aus den häufig langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz und der relativ großen Wirklatenz (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, S 31).

14. SUIZIDVERHALTEN

Herbert Jacobs

Einleitung

Wer im Feld psychosozialer Betreuung tätig ist, wird früher oder später mit der Problematik suizidalen Verhaltens konfrontiert. Ratsuchende mögen z. B. in schwierigen Situationen stecken, die ihnen vielleicht sogar unlösbar und aussichtslos erscheinen, so dass dem Helfer in den Sinn kommt, der Entwicklung von Suizidalität entgegenwirken zu müssen. Oder es drängt sich ihm die Frage auf, ob sein Gegenüber vielleicht schon keinen anderen Ausweg mehr sieht, als sich selbst zu töten. Andere Ratsuchende sind vielleicht vom Suizid eines Nahestehenden betroffen und suchen Erklärung, Entlastung und Unterstützung bei der Verarbeitung.

Beide Problemlagen, mögliches Suizidverhalten eines Ratsuchenden und der Wunsch nach Unterstützung bei der Verarbeitung des Suizids eines Nahestehenden, stellen eine besonders problematische Herausforderung für Helfer dar. Bei Suizidalität einerseits kann eine unmittelbare Lebensgefahr für den Suizidanten bestehen, die es abzuwenden gilt, ohne dass sicher erkennbar ist, wie viel Zeit dem Helfer für seine Hilfsbemühungen bleibt. Der Ruf nach spezialisierten Fachleuten, Psychiatern und klinischen Psychologen, ist verständlich. Er setzt aber voraus, dass die ersten Ansprechpartner, also die Mitglieder des Psychosozialen Netzwerks und übrigens auch militärische Vorgesetzte, für die Problematik der Suizidalität sensibilisiert sind. Sie müssen zu einer Einschätzung kommen, wann die Unterstützung solcher Fachleute mit oder ohne Einverständnis des Ratsuchenden erforderlich ist. Nach dem Suizid eines Nahestehenden andererseits werden die

davon Betroffenen auf diesen suizidalen Tod qualitativ anders, intensiver und verschiedenartiger reagieren als auf einen Tod durch Krankheit, Unfall, Gewalttat oder, z. B. bei einem Soldaten im Einsatz, durch Feindeinwirkung. Auch der Helfer selbst wird anders reagieren und sollte dies auch spüren und einordnen können.

Ziel dieses Kapitels ist es daher, durch Informationen für diese Problematik zu sensibilisieren und eine Orientierungshilfe zu geben, was bei Suizidalität beim Suizidanten und seinem sozialen Umfeld psychisch geschieht. Entsprechende Orientierung erleichtert Helfern, möglicher Suizidalität von Ratsuchenden entgegen zu wirken, bestehende Suizidalität besser zu erkennen und zu verstehen und Überlebende nach einer Suizidhandlung besser zu betreuen. Sie erleichtert außerdem die Unterstützung derjenigen, die einem Suizidanten nahe stehen, bei der Verarbeitung des Geschehenen. Und sie ermöglicht schließlich nicht zuletzt, eigene Reaktionen einzuordnen und zu verstehen, was zugleich zur Verbesserung der eigenen Arbeit und zur eigenen Psychohygiene beiträgt. Weiteres Ziel ist es sodann, Aspekte möglicher Vorgehensweisen darzustellen, um das Zusammenwirken der Mitglieder des Psychosozialen Netzwerks zu verdeutlichen.

Falsche Alltagsweisheiten und belegte Tatsachen zu Suizidverhalten

Information und Orientierung zum Themenfeld des Suizidverhaltens sind auch deshalb besonders notwendig, weil es zu diesem Thema eine ganze Reihe von Alltagsweisheiten gibt, die allesamt falsch sind (Davison, Neale & Hautzinger, 2007) und daher in die Irre führen.

Im Folgenden sollen daher solche Irrtümer aufgeführt und ihnen die zutreffenden Tatsachen gegenüber gestellt werden.

Falsch: „Wer über Suizid spricht, begeht ihn nicht.“

Oft äußern verzweifelte Menschen zuvor ihre Überlegung oder Absicht, sich das Leben zu nehmen. Solche Äußerungen werden oftmals von der Umgebung nicht ernst genommen. Erst nach der Suizidhandlung wird dem Umfeld klar, dass die Äußerungen ernst gemeint waren. Häufig machen Suizidanten aber auch Andeutungen, deren Hinweischarakter dem Umfeld kaum klar sein kann, sondern sich erst nach der Suizidhandlung erschließt. Nur selten aber lassen sich nach einem Suizid retrospektiv keinerlei Äußerungen oder Andeutungen finden.

Während also in der Fachliteratur (Abram, Berkemeier & Kluge, 1980) die Meinung vertreten wird, dass Suizidanten fast immer vorher zumindest Andeutungen über ihre Absicht machen, wird in Kreisen von Soldaten nach dem Suizid eines Kameraden sehr häufig behauptet, dass sich auch im Nachhinein keine Anzeichen finden ließen. Einerseits ist es möglich, dass suizidale Soldaten tatsächlich, anders als die meisten suizidalen Zivilisten, vor ihrer Suizidhandlung weniger häufig diesbezügliche Äußerungen oder auch nur Andeutungen machen. Dies könnte darauf zurückgehen, dass im soldatischen Umfeld über solche als Schwäche erlebten Empfindungen noch weniger gesprochen werden kann als im zivilen Umfeld. Hier spielt das Selbstbild des Soldaten und sein Anspruch an sich selbst („Mythos vom Soldaten“) eine entscheidende Rolle. Andererseits ist es möglich, dass die Soldaten im Umfeld eines Suizidanten stärker als im zivilen Bereich sich schwer tun, das Erkennen möglicher Anzeichen im Nachhinein vor sich und anderen zuzulassen. Auch hier spielen das Selbstbild des Soldaten und sein Anspruch an sich selbst eine Rolle,

ein guter Kamerad zu sein und gegenüber einer so extremen Notlage eines Kameraden nicht blind gewesen zu sein. Durch das enge Zusammenleben von Soldaten insbesondere im Einsatz nehmen sie an, dass sie einander sehr gut kennen und können sich nicht vorstellen, dass es weite Bereiche der Persönlichkeit und des Erlebens des anderen gibt, von denen sie nichts wissen, nämlich vieles, was für Auftrag und Zusammenleben im Einsatz nicht relevant ist. Vielleicht denken Soldaten bei der Frage nach vorausgegangenen Anzeichen und Andeutungen aber auch eher daran, ob sie Gründe und Argumente finden, die ihnen den Suizid nachvollziehbar erscheinen lassen, und verneinen dies.

Falsch: „Wenn jemand überlegt, Suizid zu begehen, dann wird er es mir nicht sagen.“

Wie eben ausgeführt, machen Suizidanten meistens vorher wenigstens Andeutungen über ihre Suizidgedanken. Aber auch wenn sie danach gefragt werden, äußern sie sich meist dazu. Erst im letzten Stadium vor der Suizidhandlung, wenn der Betroffene mit dem Leben abgeschlossen hat und der Entschluss sehr fest steht, wird er seine Absicht verheimlichen, weil er befürchtet, dass man die Ausführung seiner Suizidhandlung dann verhindern wird. Das ist aber meist erst zeitlich kurz vor der Ausführung der Handlung der Fall. Es ist also vielmehr sehr wichtig, bei Verdacht einen Ratsuchenden auf mögliche Suizidalität anzusprechen.

Falsch: „Wenn ich einen Ratsuchenden auf mögliche Suizidalität anspreche, bringe ich ihn womöglich erst auf die Idee, sich umzubringen.“

Mit Suizidanten erfahrene Helfer sind sich einig, dass diese Sorge unbegründet ist. Entweder der Ratsuchende macht sich längst selbst Gedanken über Suizid, oder durch die Nachfrage wird ihm erst recht bewusst, dass Suizid für ihn nicht in Frage kommt. Suizidalität ist, wie

noch ausgeführt werden wird, das Ergebnis eines intrapsychischen Prozesses und nicht einer Idee, auf die man durch eine Nachfrage vielleicht gebracht wird.

Falsch: „Suizidverhalten ist Ausdruck psychischer Krankheit.“

Suizidverhalten ist nicht Zeichen einer psychischen Krankheit, sondern kommt auch bei Personen vor, die vorher und nachher nicht als psychisch krank diagnostiziert werden können. So ist auch Suizidalität kein eigenes Krankheitsbild in den Klassifikationssystemen der Krankheiten (s. insbes. ICD (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) und DSM (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996)). Zwar kommt Suizidalität häufiger bei Personen mit Depression vor und bildet bei ihnen eine häufigere Todesursache als bei anderen Menschen, aber viele Depressive werden nie suizidal. Auch bei Schizophrenen ist der Suizid eine häufigere Todesursache als bei Gesunden, dennoch ist Suizidalität kein Merkmal der Schizophrenie. Ähnliches gilt auch für andere psychische Störungen. Vielmehr sind Konstellationen im Leben eines Menschen, die ihm unerträglich erscheinen und denen er sich aussichtslos nicht gewachsen fühlt, notwendige und hinreichende Bedingungen für Suizidalität. Das Erleben solcher Konstellationen wird zwar durch viele psychische Störungen begünstigt, ist aber nicht zwingend mit ihnen verknüpft.

Falsch: „Wenn sich der psychische Zustand bessert, verringert sich die Suizidgefahr.“

Auch diese nahe liegende Vermutung trifft nicht generell zu. Bei sehr schlechtem emotionalem Befinden sind oft auch Denken, Entschlusskraft und Tatkraft so vermindert, dass ein Betroffener auch Suizidgedanken nicht zu Ende denken, sich nicht zum Suizid entschließen und eine solche Tat nicht ausführen kann. Bessert sich nun der Zustand, so bessern sich meist zuerst

Denkfähigkeit, Entschlusskraft und Tatkraft, jedoch erst später das emotionale Befinden. Daher kann gerade in dieser Phase die Suizidgefahr am größten sein. Auch kommt es vor, dass sich der Zustand bessert, weil der Betroffene sich zum Suizid entschlossen und seine konkreten Planungen abgeschlossen hat. Dies gibt ihm oft eine innere Gelöstheit, weil sein unerträglicher Zustand sich dem Ende nähert.

Falsch: „Wer einmal einen Suizidversuch gemacht hat, versucht es nie wieder.“

Zwar mag die Erfahrung der Folgen eines Suizidversuchs, z. B. Schmerzen, Magenaspumpen, Aufenthalt auf einer Station der Akutpsychiatrie o.ä., abschreckend sein, die seelische Not einer unerträglich und ausweglos erscheinenden Lebenssituation kann schlimmer sein. Schon gar nicht hilft die Erfahrung, dass der Suizidversuch erfolglos war, künftig nach anderen Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Vielmehr ist zu hoffen, dass durch den Suizidversuch Hilfsmöglichkeiten aus der Umgebung aktiviert werden, durch die Probleme nachhaltig gelöst und die Lebenstüchtigkeit erhöht werden können. Dies ist jedoch leider oft genug nicht der Fall. So begehen Suizidanten nach Suizidversuch zu 10-20 % innerhalb von zwei Jahren, mehrheitlich innerhalb von sechs Monaten, eine weitere Suizidhandlung, die zumeist gefährlicher ist als der erste Versuch. Von 30 % aller Menschen, die durch Suizid sterben, lässt sich in Erfahrung bringen, dass sie in der Vorgeschichte einen oder mehrere Suizidversuche verübt haben (Abram et al., 1980). Da sich dies im Nachhinein nicht immer klären lässt, dürfte der tatsächliche Anteil noch höher liegen.

Falsch: „Wenn einer sich umbringen will, kann man ihn nicht davon abbringen.“

Der Entschluss, sich umzubringen, ist keineswegs das Ergebnis einer rationalen, ausgewogenen und umfassenden Lagebeurteilung mit anschließender Entschlussfassung. Vielmehr wird die Darstellung der psychischen Entwicklung zum Suizid zeigen, dass die Verhältnisse komplexer sind. Das Angebot einer hilfreichen Beziehung bildet eine oft ausschlaggebende Lageänderung und ist daher für die meisten Suizidanten wie eine Erlösung. Es spricht viel dafür, dass der Ausbau von Hilfsangeboten mit täglicher Erreichbarkeit rund um die Uhr in der Bundesrepublik Deutschland ein wesentlicher Faktor für die Abnahme der Häufigkeit zumindest der vollendeten Suizide im gleichen Zeitraum ist. In Einzelfällen kann es aber auch durchaus vorkommen, dass es nicht gelingt, dem Suizidanten das Angebot einer hilfreichen Beziehung spürbar zu machen. Je nach Persönlichkeit müsste die Fähigkeit zum Vertrauen erst entwickelt werden, bevor eine solche Beziehung erlebt werden kann. Unter Umständen kommt es jedoch schon vorher zum Suizid. Je nach Persönlichkeit wäre auch die Inanspruchnahme von Hilfe eine zu große narzisstische Kränkung (Henseler, 2000), die mit dem Selbstbild nicht vereinbar ist und daher die Lebensmöglichkeit ebenso gefährdet wie die bestehende Situation.

Falsch: „Suizidverhalten kommt nur in bestimmten gesellschaftlichen Schichten vor. Sie ist Fluch der Armut oder was für die Oberschicht, z. B. König Ludwig II. von Bayern.“

Suizidverhalten kommt in allen gesellschaftlichen Schichten vor und ist damit unabhängig von sozialem Status, Bildung, finanziellen Verhältnissen u. ä. Wohl aber kann eine plötzliche Verschlechterung des sozialen Status Suizidalität hervorrufen. So verschlechtert z. B. die Inhaftierung und Einleitung eines Strafverfahrens

oder auch die Einleitung eines Disziplinarverfahrens den sozialen Status einer Person plötzlich drastisch und kann zu Suizidalität führen. Gleiches gilt z. B. für die Auswirkungen eines Börsencrashes, der zu plötzlicher Verarmung führt.

Falsch: „Suizidverhalten ist abhängig von Jahreszeit, Wetter, Mondphasen u. ä.“

Erwartete Zusammenhänge mit Jahreszeit, Wetter, Mondphasen u. ä. ließen sich nicht bestätigen. Zwar gibt es eine bestimmte Form der Depression, die bevorzugt im Spätherbst auftritt, doch wirkt sich diese nicht auf die Häufigkeitsverteilung der Suizidhandlungen insgesamt aus. Stattdessen werden die meisten Suizide im Frühsommer verübt, die Spitze liegt im Mai. Erklärungen dafür finden sich in der Fachliteratur keine. Deutlicher zeigt sich eine Häufung zu bestimmten Zeiten der Woche. Die weitaus meisten Suizide werden in der Nacht von Sonntag auf Montag nach Mitternacht, also in den frühen Morgenstunden des Montags begangen. Dies lässt sich jedoch nicht auf kalendarische Phasen zurückführen, sondern auf die soziale bzw. gesellschaftliche Situation am Ende des Wochenendes. Der Suizidant kann sich am Wochenende am unauffälligsten zurückziehen und planen, hin und her überlegen, grübeln und zögern. Daher ist die Wahrscheinlichkeit vor Beginn des Alltags am Montagmorgen am größten, dass er sich nicht entschließen kann, in das alltägliche Leben zurückzukehren, sondern sich umbringt.

Falsch: „Suizidverhalten und seine Folgen wirken auf das soziale Umfeld so abschreckend, dass danach Suizidhandlungen anderer erst einmal unwahrscheinlich sind.“

In der Folge des Erscheinens von Goethes „Die Leiden des jungen Werthers“ 1774 spricht man in der einschlägigen Literatur vom „Werther-Effekt“, weil damals

angeblich die Rezeption des Buches unter jungen Erwachsenen der entsprechenden sozialen Schicht zu einer Welle von Suiziden führte. Diese historische Erfahrung ließ sich zwar nie wissenschaftlich exakt belegen, gab aber Anlass, die Frage nach Effekten der Imitation, bzw. fachlich gesehen: des Modelllernens, zu untersuchen. Dabei stellen sich erhebliche methodische Probleme, so dass solche Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen. Eine der wenigen durch die besonderen Umstände methodisch exakte Untersuchung belegt die drastische Erhöhung der Suizide nach der Fernsehserie „Tod eines Schülers“ 1981 und 1982, in der ein junger Mann der Mittelschicht sich durch Überfahrenlassen von einem Eisenbahnzug suizidiert. Der Anstieg der Suizide erfolgte vor allem bei jungen Männern der Mittelschicht, also des Personenkreises, der sich mit dem Suizidanten im Film besonders gut identifizieren konnte (Häfner & Schmidtke, 1991). Innerhalb der Bundeswehr wäre ein „Werther-Effekt“ wegen der hohen Homogenität der Soldaten zu erwarten, wurde aber bisher nicht beobachtet. Die Gründe können nur vermutet werden. Zum einen könnte das Idealbild des Soldaten von Stärke und Problembewältigungskompetenz zu weit von einem Suizidanten entfernt sein, um noch zu Identifikation zu führen. Zum zweiten könnte aber auch im Film die Darstellung der inneren Empfindungen und der psychischen Situation des Suizidanten näher und einfühlsamer gelingen, als sie im realen Leben stattfindet. Jedoch sind unter anderem auch wegen möglicher Effekte des Modelllernens Maßnahmen der psychosozialen Unterstützung nach dem Suizid eines Kameraden dringend anzuraten.

Falsch: „Suizidverhalten ist nur sehr selten im Vergleich zu anderen Gefahren.“

Suizidverhalten wird im Vergleich zu anderen Gefahren wie Krankheiten und Unfällen in unserer Gesellschaft

stark tabuisiert. Im Bewusstsein der Öffentlichkeit wird die Häufigkeit suizidalen Verhaltens daher bei weitem unterschätzt. Deshalb werden im nächsten Abschnitt einige Zahlen vorgelegt.

Statistische Angaben

Die Suizidrate eines Landes ist von vielen, auch von noch unbekanntem, Faktoren bedingt und wird nur zu einem geringen Teil erklärt vom Grad der Industrialisierung und von der Bevölkerungsdichte, mit denen die Rate steigt. Doch gilt diese Rate bei vielen Fachleuten zugleich als Maß für die psychische Gesundheit der Bevölkerung. In der Bundesrepublik Deutschland stieg die Zahl der Suizide bis 1980 kontinuierlich an, fiel bis 2007 mit Ausnahme einiger weniger Jahre auf 9.402, worauf bis 2011 ein leichter Anstieg auf 10.144 folgte.

Das Statistische Bundesamt gibt die Zahl der Suizide in Deutschland für das Jahr 2012 mit insgesamt 9.890 an. Das entspricht 12,1 Suiziden auf 100.000 Einwohner. Die Zahl ist also im Jahr 2012 wieder leicht gesunken. Damit liegt die Zahl der Toten durch Suizid mehr als zweieinhalb Mal so hoch wie die Zahl der Verkehrstoten, die für das Jahr 2012 mit 3.600 angegeben wird. Aufgrund verschiedener Aspekte der Erhebungsmethode geht das Statistische Bundesamt davon aus, dass es sich bei diesen Zahlenangaben um eine Unterschätzung der tatsächlichen Suizidhäufigkeit handelt (Rübenach, 2007; Vennemann, Berger, Richter & Baune, 2006).

Die Zahl der Suizidversuche wird 15 Mal so hoch wie die der tatsächlichen Suizide geschätzt.

Die Häufigkeiten sind unterschiedlich verteilt nach Altersgruppen und Geschlecht.

In der Kindheit sind Suizidhandlungen selten. Mit Beginn der Pubertät steigt die Rate an, in der Adoleszenz noch einmal. Die Rate der Suizidversuche erreicht dann im dritten bis vierten Lebensjahrzehnt (20-40 Jahre)

ihren Höhepunkt und fällt dann relativ rasch und stetig wieder ab, während die Rate der Suizide viel flacher und ab dem 8. Lebensjahrzehnt steil ansteigt, jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner der Bundesrepublik Deutschland. Der Anteil von Suiziden an den Suizidhandlungen nimmt also mit steigendem Alter zu, d. h. Suizidhandlungen werden mit steigendem Alter gefährlicher (Davison et al., 2007; Abram et al., 1980; Statistisches Bundesamt, 2008; Rübenach, 2007).

Suizide sind bei Männern zwei- bis dreimal so häufig wie bei Frauen. Suizidversuche sind umgekehrt bei Frauen etwa zweimal so häufig wie bei Männern. Daher ist der Anteil von Frauen an Suizidhandlungen insgesamt höher als der von Männern. Im Jahr 2012 suizidierten sich 7.287 Männer und 2.603 Frauen. Das entspricht 18,1 Suiziden auf 100.000 Männer und 6,3 Suiziden auf 100.000 Frauen.

Bei den Methoden von Suizidhandlungen werden sogenannte harte bzw. aktive und weiche bzw. passive Methoden unterschieden. Harte Methoden sind solche mit direkter Gewalteinwirkung auf den Körper, die zugleich ein hohes Sterberisiko haben, wie z. B. Erhängen, das in 95 % der Fälle zum Tod führt, Erschießen mit 88 %, Überfahrenlassen mit 75 %. Weiche Methoden sind z. B. Gasvergiftung, Schlafmittel und andere Medikamente. Beim Suizid werden vorwiegend harte Methoden verwendet, am häufigsten Erhängen (47,4 %) und Gift, beim Suizidversuch vorwiegend weiche, zu 75 % Tabletten.

Männer verwenden eher harte Methoden bei Suizid und Suizidversuch, Frauen eher weiche. Damit hängt natürlich die höhere Beteiligung von Männern an Suiziden und von Frauen an Suizidversuchen zusammen. Der Anlass für eine Suizidhandlung kann für sich allein genommen völlig banal sein. Er ist meist lediglich der Auslöser wie „der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“.

Die Motive für Suizidhandlungen von Heranwachsenden liegen bei weitem überwiegend in Konflikten in der Familie, in Schule und Beruf und im Liebeskummer. Mit steigendem Alter verliert die Elternfamilie an Bedeutung und Ehekonflikte werden wichtiger. Für Männer ist das Problemfeld „Schule und Beruf“ wichtiger als für Frauen.

Die Motive für Suizidhandlungen, also die Probleme, die vom Suizidanten genannt werden, dürfen nicht verwechselt werden mit den Ursachen für solches Verhalten, die erst dazu führen, dass die Betroffenen auf die Probleme mit Suizidhandlungen reagieren. Bei Heranwachsenden kommt hier dem familiären Milieu entscheidende Bedeutung zu. Heranwachsende Suizidanten stammen zu mehr als der Hälfte aus Familien, die durch ständige Schwierigkeiten und Konflikte vor allem der Eltern als äußerst konfliktbeladen, angespannt, ja zerrüttet bezeichnet werden müssen. Schulische und berufliche Konflikte können meist nur zusätzliche, kaum einmal einzige Ursache sein.

Die psychische Entwicklung zur Suizidhandlung

Suizidhandlungen beruhen zwar nicht auf einem eigenen Krankheitsbild, sondern haben verschiedene psychische Voraussetzungen, Ursachen, Motive und Verläufe. Doch alle Suizidanten verüben ihre Suizidhandlung in einer ganz bestimmten psychischen Verfassung, die der österreichische Psychiater Erwin Ringel als „Präsuizidales Syndrom“, also als der Suizidhandlung vorausgehende Verfassung, beschrieben hat (Ringel, 1999c, 1998, 1999a, 1999b). Diese psychische Verfassung entwickelt sich über einige Zeit hinweg und gipfelt schließlich in der Suizidhandlung. Jedoch kann diese Entwicklung bei dauerhaften Umständen sich über lange Zeit hinziehen oder bei plötzlichen Ereignissen sehr kurzfristig ablaufen. Die Zeitdauer ist also unbestimmt. Das Präsuizidale Syndrom besteht aus drei

Elementen: einer Einengung des psychischen Geschehens, einer gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggression und Suizidphantasien. Diese drei Elemente sind nicht unabhängig von einander, sondern drei Aspekte desselben psychischen Geschehens, das die Entwicklung zur Suizidhandlung ausmacht.

Einengung

Einengung bedeutet ein Sich-Einschränken, Sich-Verengen des gesamten psychischen Geschehens von seiner normalen Vielfalt zu einer Einengung. Sie lässt sich in vier Bereichen aufzeigen: der Einengung der persönlichen Möglichkeiten oder situativen Einengung, der Einengung der Gefühlswelt oder dynamischen Einengung, der Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen und der Einengung der Wertwelt.

Einengung der persönlichen Möglichkeiten oder situative Einengung

Der Mensch verfügt normalerweise über eine ganze Reihe von Möglichkeiten des Verhaltens, der Gestaltung und Entfaltung. Er hat immer einen gewissen Freiraum. Auf dieser Verhaltensebene kann der Mensch nun eine Einengung seiner persönlichen Möglichkeiten bzw. eine situative Einengung erleben. Dazu kann es durch objektive Außenfaktoren kommen. Z. B. nimmt eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses dem Betroffenen einige wichtig persönliche Möglichkeiten weg. Doch die Außenfaktoren, z. B. die Kündigung, können in unterschiedlichem Grade als einengend erlebt werden, vielleicht sogar als Befreiung. Entscheidend für die Wahrnehmung der Einengung sind also individuelle Voraussetzungen, sogenannte Innenfaktoren, z. B. die persönliche Bewertung und die individuelle psychische Belastbarkeit. Es kann auch zum Erleben situativer Einengung kommen, ohne dass tatsächlich persönliche Möglichkeiten verloren gegangen sind, z. B. wenn sich jemand einbildet, er sei unheilbar krank.

Dass die situative Einengung tatsächlich jeder Suizidhandlung vorausgehen muss, wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der Suizidant in seiner Situation ja keine andere persönliche Möglichkeit mehr sieht, als sich umzubringen. Diese Einengung hat sich zuvor entwickelt.

Einengung der Gefühlswelt oder dynamische Einengung

Auch im Bereich der Gefühlswelt und des Antriebs, also der Dynamik, zeigt sich dasselbe Phänomen der Einengung. Die Gefühlswelt engt sich immer mehr ein auf negative Gefühle, vor allem Angst und Depression. Der Antrieb lässt nur noch eintönige, starre Verhaltensweisen zu, die Verhaltensvielfalt geht mehr und mehr verloren. Änderungen der eigenen Situation und Verfassung werden nicht mehr erwartet, die Zeitperspektive wird eingeschränkt. Auch bei diesem Aspekt findet sich eine Einengung des psychischen Geschehens auf den Suizid hin.

Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen

Der dritte Bereich, der von der Einengung betroffen wird, ist der Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen. Der Suizidant fühlt sich verlassen und unverstanden und gerät in eine Isolation. Auch hier können diesen Gefühlen tatsächliche Veränderungen in der sozialen Umwelt zu Grunde liegen. Es kann aber auch eine innere Isolation durch eine Entfremdung in den äußerlich weiter bestehenden Beziehungen vorliegen.

Fallbeispiel 1:

Ein junger Soldat auf Zeit tötet sich im Auslandseinsatz. Seine Kameraden berichten glaubhaft, dass er sich in der Zeit im Einsatz in keiner Weise verändert habe. Er sei auch im Grundbetrieb zu Hause sehr still und zurückhaltend gewesen und habe kaum mit

anderen gesprochen, schon gar nicht über Privates und Persönliches. Dies sei auch im Einsatz so gewesen. Vielleicht konnte der junge Mann zu Hause mit seiner extrem zurückhaltenden Art zurechtkommen, vielleicht entwickelte sich auch dort schon ein präsuizidales Syndrom. Die im Einsatz rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche gleichbleibende Situation muss für ihn sehr viel stärker einengend gewesen sein, jedenfalls befand er sich in extremer sozialer Isolation. Dies wurde dann für ihn so unerträglich, dass er sich umbrachte.

Einengung der Wertwelt

Der vierte Bereich, der von der Einengung betroffen wird, ist die Wertwelt. Nichts wird mehr als echter Wert erlebt, der zeitlich und wertmäßig die momentane Situation überdauert und für den zu leben sich lohnen könnte. Alles ist beliebig, zufällig und wertlos.

Die Einengung des psychischen Geschehens, die sich in verschiedenen Erlebens- und Verhaltensbereichen aufzeigen lässt, ist ein wesentlicher Aspekt der psychischen Entwicklung, die zur Suizidhandlung führt.

Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression

Ein weiterer Aspekt der psychischen Entwicklung zur Suizidhandlung ist die gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression.

Im alltäglichen Lebensvollzug besitzt der Mensch eine psychische Energie, die es ihm ermöglicht, seine Welt mit aktivem Verhalten anzugehen, zu gestalten und zu verändern, und zwar sowohl Gegenstände als auch soziale Beziehungen. Dazu muss er immer psychische Energie, so ungefähr eine Art Mut, einsetzen, besonders aber dann, wenn sein Verhalten auf Hindernisse

und Widerstände stößt. Spätestens an dieser Stelle wird diese psychische Energie Aggression genannt. Aggression muss nach diesem Verständnis keineswegs zu zerstörerischen Verhaltensweisen führen. Das konkrete Verhalten hängt vielmehr von Lernerfahrungen ab, von der Vielfalt an Verhaltensmöglichkeiten, von der Bedeutsamkeit des zu erreichenden Zieles und von vielen anderen psychischen Faktoren. Aggression ist auch nötig zur konstruktiven Überwindung von Hindernissen. Für eine Person können die Hindernisse und Widerstände, die sich ihrem Lebensvollzug entgegenstellen, unüberwindlich sein. Ihre Verhaltensmöglichkeiten finden keinen Ansatzpunkt. Die Aggression wird angestaut, ihr Ausdruck wird gehemmt. Wenn z. B. ein Mensch von seinem Liebespartner verlassen wird, hat er kaum eine Möglichkeit, diesen Widerstand in seinem Leben aktiv bei Seite zu räumen. Besonders große Gefühlspotentiale werden dann angestaut, wenn die Beziehung schon lange konfliktreich war, und überhaupt in Konflikten, d. h. in Situationen, in denen keine klare Verhaltensrichtung möglich ist, sondern ein ständiges Hin und Her, das keine Ruhe gibt, die Gefühle aufschaukelt. Oft werden Hindernisse und Konflikte auch dadurch unüberwindlich, dass die eigene Durchsetzung, also der Einsatz von Aggression, verboten wird. Bei Heranwachsenden haben z. B. die Eltern vielleicht die aktive Durchsetzung und die Entwicklung von Eigenständigkeit von frühester Kindheit an immer unterbunden, sei es durch Verwahrlosung, durch Unterdrückung oder durch Überbehütung. Dann stauen sich im Jugendalter, dem Alter der Verselbstständigung und eigenen Durchsetzung, oft enorme Aggressionspotentiale auf, die keine Einsatzmöglichkeit im Lebensvollzug finden, also gehemmt sind.

Stauen sich Aggressionspotentiale auf, die also keine Einsatzmöglichkeit im Lebensvollzug finden, so wird

Lebensvollzug schließlich unmöglich. Der Betreffende „kann nicht mehr leben“. Das letzte Objekt, auf das diese Aggression schließlich doch noch und nur noch wirken kann, ist das eigene Selbst, das ja immer verfügbar bleibt. Die Aggression richtet sich gegen die eigene Person. Die eigentlich lebenserhaltende Energie kann so das eigene Leben bedrohen.

Über das Unmöglichwerden des Lebensvollzugs kann es also zum Aggressionsstau und zur Aggressionsumkehr kommen, die dann eine Suizidhandlung bewirken kann.

Diese Aggressionsumkehr und die zuvor beschriebene Einengung verursachen und verstärken sich gegenseitig. Wenn sich das psychische Geschehen einengt, kann die psychische Energie nicht auf die Außenwelt wirken und muss sich umkehren. Wenn umgekehrt die psychische Energie nicht auf die Außenwelt wirken kann, muss sich das psychische Geschehen einengen. Auch wenn die aggressive Energie schließlich zerstörerisch auf das eigene Selbst einwirkt, so ist und bleibt ihr Ziel doch eigentlich die Durchsetzung eigener Lebensgestaltung und eigenen Lebensvollzugs. Daher ist meist nur ein mehr oder weniger großer Teil der Energie umgekehrt auf das eigene Selbst. Der andere Teil ist, auch bei einer Suizidhandlung, weiter nach außen gerichtet. Auch bei weitgehender Umkehr der Aggression wird das Ziel, das Beste, was noch möglich ist, für sich zu tun, letztlich sogar noch mit einem Suizid angestrebt, wenn nämlich der Tod als das Beste, als Erlösung von der unerträglichen Lebenssituation, erscheint. Sind die Tendenzen der Aggression nach innen und außen stärker gemischt, so ist der Suizid auch stark ambivalent, d. h. es besteht nicht nur ein Todeswunsch, sondern auch der Wunsch, eigenen Lebensvollzug zu ermöglichen. Hinter einer Suizidhandlung steckt daher oft weniger der Wunsch, tot zu sein, als vielmehr der Wunsch, sei-

ne Ruhe zu haben, eine Pause im Leben zu haben, den Problemen entfliehen zu können, also der Wunsch nach einer Zäsur. Manche geretteten Suizidanten berichten, dass sie an Tod gar nicht gedacht hätten, sondern nur ihre Ruhe hätten haben wollen.

Bei einer solchen Mischung der Aggressionstendenzen findet sich sehr oft in mehr oder weniger starkem Maße das Bestreben, noch durch das Einwirken auf den eigenen Körper auch auf die Umweltbedingungen einzuwirken, indem ein Appell an die Umgebung gerichtet wird, dass dem Suizidanten Leben unter den bisherigen Umständen unmöglich ist. Diese Appelltendenz bewirkt meist tatsächlich positive Veränderungen, da die Umgebung Schuldgefühle gegenüber Suizidanten entwickelt, doch sind diese Veränderungen meist nur von kurzer Dauer.

Diese Mischung der Aggressionstendenzen, also von lebensbedrohenden und lebenserhaltenden Zielrichtungen, verursacht auch den hohen Anteil an Suizidversuchen: Noch im Tötungsversuch wirkt so viel lebenserhaltende Kraft, dass der Versuch erfolglos bleibt.

Fallbeispiel 2:

Ein Feldweibel, Soldat auf Zeit für acht Jahre, bereitet seine Suizidhandlung sorgfältig vor. Er will sich durch Autoabgase töten. Zu einem Zeitpunkt, an dem niemand ihn vermissen und in die Garage gehen wird, schließt er sich mit seinem Auto in der Garage ein. Am Auspuff befestigt er einen Schlauch, den er zur Abdichtung sorgfältig verklebt, und leitet ihn an der Fahrerseite in das Seitenfenster, das er gerade so weit offen lässt, dass der Schlauch hineinpasst. Die übrige Öffnung dichtet er mit Pappe ab. Er startet das Auto, atmet die Abgase ein und wird bewusstlos. Er erinnert sich als nächstes daran, dass er zu seiner großen Enttäuschung vor der Garage im Freien liegt.

Er weiß nicht, wie er dort hingekommen ist. Er war so lange im Inneren des Wagens geblieben, dass er durch Kohlenmonoxidvergiftung multiple Blutungen im Gehirn bekommen hat.

Dem Suizidanten ist dabei oft völlig unbewusst, dass er vielleicht nicht sterben wollte. Dies zu wissen und zu beachten ist für den Umgang mit geretteten Suizidanten wichtig. Jeder Suizidversuch muss daher auch sehr ernst genommen werden, selbst wenn es den Anschein hat, als ob er nur zur Erpressung der Umwelt dienen sollte. Wenn nämlich ein Mensch zur Einwirkung auf seine Umwelt, und sei es zur Erpressung, Hand an sich selbst legt, dann handelt es sich in jedem Fall um eine ernstzunehmende psychische Notlage. Andernfalls ist es einem Menschen kaum möglich, ohne äußeren Zwang bis zur Bewusstlosigkeit stinkende Autoabgase einzuatmen oder sich mit einem Messer mehrfach immer tiefer in der Pulsgegend in den Unterarm zu schneiden. Angesichts der Dynamik des Aggressionsgeschehens wird auch deutlich, dass die Unterscheidung von Suizidversuchen in die Dichotomie „misslungene Selbsttötung“ und „Demonstration einer Suizidabsicht“, wie sie für das ärztliche Berichtswesen der Bundeswehr vorgeschrieben ist, zum Zwecke der Berichterstattung eine starke Vereinfachung darstellt. Demgegenüber berücksichtigt „Suizidprävention bei Soldaten und Soldatinnen, Merkblatt für den Truppenarzt und die Truppenärztin“ die Komplexität des Geschehens und bietet eine differenzierte Weisung für die Praxis (Bundesministerium der Verteidigung, Inspekteur des Sanitätsdienstes, 2006).

Die Dynamik der Aggression beim Suizidgeschehen erklärt auch noch weitere der schon dargestellten statistischen Ergebnisse: Von der Pubertät an gewinnt die Durchsetzung eigener Lebensgestaltung zunehmend

an Bedeutung, die Suizidhandlungen nehmen entsprechend zu. Suizidhandlungen werden mit steigendem Alter gefährlicher, da länger dauernde Enttäuschungen und Aggressionsstaus heftigere Aggressionsumkehr bewirken. Männer können in ihrer traditionellen Geschlechtsrolle ihre Aggressionen eher zur Durchsetzung einsetzen und z. B. im sozialen Umgang und beim Sport eher nach außen abreagieren. Daher begehen Frauen mehr Suizidhandlungen. Männer dürfen aber weniger Appelle um Hilfe an ihre Umgebung richten, haben daher eine stärkere Aggressionsumkehr und müssen auch bei Suizidhandlungen stark, aktiv, aggressiv und entschlossen sein. Sie wählen daher härtere Methoden und begehen häufiger Suizidhandlungen mit tödlichem Ausgang. Die Wiederholung einer Suizidhandlung vergrößert die Gefahr, da bisher erfolglos nach außen gerichtete Aggression sich zusätzlich nach innen umkehrt.

Der auch in der Suizidhandlung immer noch auf die Außenwelt gerichtete Anteil der aggressiven Energie wird von den meisten Personen des sozialen Umfelds nicht bewusst erlebt, doch reagieren sie dennoch auf diesen aggressiven Akt. Da der Suizidant sich aber selbst etwas angetan hat, wird die Aggression der Umgebung meist ebenfalls nicht offen erlebt oder gar ausgedrückt. Oftmals kommt es zu Schuldgefühlen, also indirekten aggressiven Gefühlen sich selbst gegenüber.

Fallbeispiel 3:

Ein junger Soldat, Sportschütze, erhält die Nachricht, dass sich sein bester Freund, ebenfalls Sportschütze, mit der Sportwaffe suizidiert hat. Einige Stunden vorher hatten sie noch mit einander telefoniert, ohne dass ihm irgendwelche Probleme des Freundes bekannt oder spürbar gewesen wären. Er reagiert auf den Suizid des Freundes sehr intensiv,

z. B. bis hin zu Ängsten vor seiner Dienstwaffe bei der Bundeswehr, und macht sich Vorwürfe ob seiner mangelnden Sensibilität dem Freund gegenüber. Er hätte schließlich merken müssen, dass etwas nicht stimmt. Seine Verarbeitung des Todes des Freundes kommt zunächst nicht voran, bis er sich im begleitenden Gespräch bewusst werden darf, dass er neben aller Bestürzung, Trauer und Betroffenheit auch fühlt, dass der Freund ihn mit seinem Suizid aggressiv zurückgewiesen hat, er deshalb auch wütend auf ihn ist, sich von ihm verraten fühlt, weil er nicht teilhaben durfte an seiner Not, und im Stich gelassen, weil er nun ohne seinen Freund auskommen muss.

Mitunter wird die Aggression des Suizidanten aber auch mit offener Aggression der sozialen Umwelt beantwortet.

Fallbeispiel 4:

Im Einsatznachbereitungsseminar treffen zwei Gruppen von Soldaten aufeinander, die den Suizid eines Kameraden im Einsatz erleben mussten. Die eine Gruppe drückt ihre Betroffenheit aus, die andere schimpft aggressiv auf den Suizidanten, der ihnen wissentlich und absichtlich ihr Kontingent verdorben habe, indem er sich absichtlich und freiwillig umgebracht habe.

Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression ist beim suizidalen Geschehen von entscheidender Bedeutung, schließlich ist eine Suizidhandlung eine (auto)aggressive Handlung.

Suizidphantasien

Der Suizidant richtet anfangs aktiv seine Phantasie auf die Vorstellung vom Suizid, der ihm als Ausweg aus seinen Problemen erscheint. Im Laufe der weiteren Entwicklung findet eine Einengung des Denkens auf den Suizid hin statt. Schließlich drängt sich die Vorstellung

davon gegen den Willen des Suizidanten auf. Er hat dabei auch präzise und detaillierte Vorstellungen von der Methode und seiner Vorgehensweise. Je stärker sich das Denken auf den Suizid einengt, desto mehr verliert der Suizidant seine Zukunftsperspektive. Vorstellungen von der Zukunft, ja vom nächsten Tag, gehen verloren. Es gibt keine Zukunft mehr, es gibt nur noch die unerträgliche Gegenwart.

Die drei Elemente Einengung, gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression und Suizidphantasien bedingen und verstärken sich gegenseitig und sind drei Aspekte desselben psychischen Geschehens, des präsuizidalen Syndroms, das unabhängig von den individuellen Umständen und Ursachen die Entwicklung zur Suizidhandlung ausmacht.

Die Bundeswehr als institutioneller Rahmen

Auswirkungen der Inneren Führung

Die Führungsprinzipien der Bundeswehr im Rahmen der Unternehmensphilosophie der Inneren Führung sind so beschaffen, dass sie dem möglichen Erleben von Einengung und damit der Entwicklung eines präsuizidalen Syndroms entgegen wirken. Das Erleben einer Einengung der persönlichen Möglichkeiten und der Wertwelt kann vermindert werden durch jede Möglichkeit der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit, also des eigenen Lebensvollzugs. In die gleiche Richtung wirkt ein Einblick in die Sinnzusammenhänge militärischer Vorhaben, Absichten, Planungen und Befehle. Die Innere Führung sieht genau dies vor (Bundesministerium der Verteidigung, Fü S I 4, 2008). Der Soldat ist Staatsbürger in Uniform. Seine bürgerlichen Rechte dürfen nur so weit eingeschränkt werden, wie es für den soldatischen Dienst zwingend erforderlich

ist. Er darf auch als Soldat durch politische Betätigung an der Gestaltung seines Landes mitwirken. Er ist mitverantwortlich für die Verteidigung seines Landes. Vor dem Hintergrund der politischen Bildung werden Vorhaben, Absichten und Planungen transparent gemacht. Der Vorgesetzte wird, sobald die Lage es erlaubt, den Sinn seiner Befehle erläutern. Die gegebenen Befehle folgen dem Prinzip der Auftragstaktik, die dem Soldaten Eigenverantwortung und Gestaltungsspielraum gewährt. Der sozialen Isolierung wirken die Verpflichtung des Vorgesetzten zur Fürsorge und die Verpflichtung aller Soldaten zur Kameradschaft entgegen. Seine konstruktiven Energien kann der Soldat gestaltend einbringen und auch Aggressionen beim Sport und bei entsprechendem Dienst in geregelter Form nach außen abführen. Die angemessene und einfühlsame Umsetzung und Ausgestaltung der Inneren Führung bleiben allerdings eine ständige Aufgabe jedes Vorgesetzten und beugen zugleich auch der Suizidalität vor.

Bei dieser Aufgabe kann der Vorgesetzte das Psychosoziale Netzwerk nutzen, dessen Mitglieder ihn dabei beraten und durch ihre eigene Tätigkeit unterstützen. Die Einrichtung des Psychosozialen Netzwerks beruht letztlich auch auf dem Prinzip der Inneren Führung, den Soldaten in seiner Beschaffenheit als ganzer Mensch mit seinen Bedürfnissen zu berücksichtigen und ihm Fürsorge zukommen zu lassen.

Umstellungsleistungen in Grundbetrieb und Einsatz

Der Eintritt eines Soldaten in die Bundeswehr ist für ihn mit einer Fülle von Veränderungen und Umstellungen verbunden. Sie entsprechen zunächst einmal denen, die auch bei einem Wechsel des Arbeitgebers im zivilen Bereich anstehen. Zusätzlich ist der Wechsel in den Dienst der Bundeswehr für die meisten Soldaten mit einem Wechsel in eine völlig andere Tätigkeit und

eine völlig andere Art von Tätigkeit verbunden. Der Ort des Arbeitsplatzes ist oft nicht frei gewählt, sondern wird zugewiesen. Nicht zuletzt bildet die Bundeswehr trotz aller Einbindung in die Gesellschaft z. B. mit der Art der Etablierung der Hierarchie, dem Tragen der Uniform, einem charakteristischen Kommunikationsstil, zahlreichen besonderen sprachlichen Wendungen und unzähligen Gepflogenheiten eine Welt für sich, wie es bei keinem anderen Arbeitgeber vorkommt.

Wenn der Soldat in den Auslandseinsatz geht, betritt er wieder eine andere Welt. Zum einen wechselt er wieder auf einen anderen Arbeitsplatz, zum anderen aber auch in ein fremdes Land, meist verbunden mit einer fremden Kultur. Insbesondere aber gerät er in ein Szenario mehr oder weniger starker Bedrohung. Die Einsatzrealität der Bundeswehr prägt seit vielen Jahren den dienstlichen Alltag der Soldaten und wirkt sich auch massiv auf ihr Privatleben aus. Je nach dem Einsatz und seiner Dauer wird der Sinn des Einsatzes manchen Soldaten fraglich, insbesondere angesichts einer zunehmend ablehnenden Haltung der Gesellschaft.

Solche Veränderungen in der alltäglichen Lebenswelt, wie z. B. der Beginn des Dienstes als Soldat oder die Verlegung in einen Auslandseinsatz, bezeichnet man als „Kritisches Lebensereignis“. Solche Lebensereignisse werden definiert „als solche im Leben einer Person auftretende Ereignisse..., die durch Veränderungen der (sozialen) Lebenssituation der Person gekennzeichnet sind und die mit entsprechenden Anpassungsleistungen durch die Person beantwortet werden müssen“ (Filipp, 1999). Die Erforschung solcher Lebensereignisse zeigt, dass sie oftmals eine Weiterentwicklung der Person einleiten, oder aber krisenhaften Entwicklungen, Erkrankungen jeder Art, oder aber auch einer Suizidhandlung vorausgehen.

Dementsprechend fordert auch der Eintritt in die Bundeswehr eine Anpassungsleistung vom Soldaten, deren Gelingen seiner persönlichen Entwicklung förderlich ist, die aber auch eine besondere Belastung bedeuten kann, die zu krisenhaften Verläufen führt oder misslingt. Gleiches gilt auch für die Teilnahme an einem Auslandseinsatz. Für viele Soldaten ist der Einsatz eine positive Herausforderung, die Teil ihres Selbstverständnisses ist. Für viele andere Soldaten bedeutet sie demgegenüber mehr eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensmöglichkeiten. Im Einsatz hat der Soldat zudem, anders als im Grundbetrieb, stets Zugang zu Waffe und Munition, so dass ein Mittel zum Suizid auch ohne lange Planung jederzeit verfügbar ist. Meist werden Probleme jedoch eher nach dem Einsatz bewusst, so dass es nicht gelingt, wieder zur Ruhe zu kommen.

Bei solchen Anpassungsleistungen und in solchen Krisen kann der Soldat für sich selbst, seine Kameraden, seine Untergebenen und letztlich auch für seine Vorgesetzten die Unterstützung des Psychosozialen Netzwerks in Anspruch nehmen.

Statistische Angaben zum Suizidverhalten in der Bundeswehr

Die Bundeswehr ist nicht zuletzt durch die Nachwirkungen der Einberufungen im Rahmen der allgemeinen Wehrpflicht und die Unternehmensphilosophie der Inneren Führung ein Spiegel der Gesellschaft. Dies gilt grundsätzlich auch bezüglich des Suizidverhaltens. Allerdings werden schon durch die Musterung bzw. Eignungsuntersuchung solche Personen zu ihrem eigenen Schutz nicht zum Wehrdienst zugelassen, die nachweislich entsprechend gravierende psychische Probleme und Erkrankungen aufweisen. Im weiteren Verlauf des Dienstes scheiden Personen mit entsprechender

psychiatrischer Gesundheitsnummer aus der Bundeswehr aus. Diese Maßnahmen haben zumindest starken Einfluss darauf, dass die Suizidraten von Soldaten niedriger liegen als die der Allgemeinbevölkerung. Suizide und Suizidversuche von Soldaten der Bundeswehr werden anhand der Meldungen „Besonderer Vorkommnisse“ vom Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen der Bundeswehr erfasst und statistisch aufbereitet. Die folgenden Zahlen stammen aus diesen Statistiken.

Die Anzahl der Suizide von Soldaten zeigte im langfristigen Verlauf eine sinkende Tendenz. Diese Tendenz entspricht damit der schon erwähnten Tendenz in der Bundesrepublik Deutschland. In den Jahren 2000 bis 2012 schwankte die Zahl zwischen 43 im Jahr 2001 und 18 in den Jahren 2007 und 2011. Das bedeutet eine Schwankung zwischen 14,3 und 7,2 bzw. 7,9 Suiziden auf 100.000 Soldaten. In den letzten fünf Jahren schwankte die Zahl auf niedrigem Niveau zwischen 18 im Jahr 2011 (7,9 auf 100.000 Soldaten) und jeweils 24 in den Jahren 2010 und 2012 (9,6 bzw. 11,6 auf 100.000 Soldaten). Auch wenn keine negative Verlaufstendenz auszumachen ist, bedürfen diese Zahlen aufmerksamer Beobachtung.

Die Häufigkeit der Suizidversuche ist in noch deutlich stärkerem Maße zurückgegangen. Während Anfang der 1980er Jahre noch 194,2 von 100.000 Soldaten einen Suizidversuch begingen, lag der Tiefststand im Jahr 2011 bei 15,4, im Jahr 2012 waren es 20,4. Die Zahl liegt also kaum doppelt so hoch wie die der Suizide.

Die Anzahl der Suizide, die von Soldaten während eines Auslandseinsatzes begangen werden, ist äußerst gering. Sie schwankte in den Jahren 2000 bis 2013 zwischen 3 und 0. Eine Verlaufstendenz ist nicht erkennbar.

Die Zahlen von Suiziden bei der Bundeswehr geben damit derzeit keinen Anlass zur Sorge. Dennoch müssen selbstverständlich auch weiterhin alle Anstrengungen unternommen werden, Suizide zu verhindern, denn jeder Suizid ist einer zu viel. Vor allem aber geben die Zahlen der Suizide anderer Streitkräfte, die an Auslandseinsätzen und Kriegen beteiligt waren, sehr zu denken. So haben sich in den britischen Streitkräften von den Teilnehmern am Falkland-Krieg (1982) in der Folgezeit mehr Soldaten suizidiert, als es Gefallene während dieses Krieges gab (Deutscher Bundeswehrverband, 2007). In den US-Streitkräften ist die Zahl der Suizide von 12 pro 100.000 Soldaten vor dem Irak-Krieg auf 17,5 im Jahr 2006 gestiegen (Cable News Network, 2008). Dabei wird nicht etwa Suizidalität während der Zeit des Einsatzes selbst zum Problem, sondern die Häufigkeiten steigen nach Beendigung des Einsatzes an. Auch angesichts dieser Erfahrungen anderer Nationen gilt es, die Suizidzahlen bei der Bundeswehr im Auge zu behalten.

Bei der Bundeswehr ist wie im zivilen Bereich von einer Unterschätzung der Suizidrate auszugehen. Beispielsweise lässt sich bei einem Todesfall nicht immer mit Sicherheit feststellen, ob es sich um einen Unfall oder um einen Suizid handelt. So kann ein tödlicher Autounfall, z. B. Aufprall auf einen Brückenpfeiler mit überhöhter Geschwindigkeit, vielleicht sogar ohne Sicherheitsgurt und unter Alkoholeinfluss, auf jugendlichen Leichtsinns, aber auch auf suizidale Absicht zurückgehen.

Zur Ermittlung von Risikofaktoren wurden Bundeswehrsoldaten mit Suizidalität (Suizidgedanken und Suizidversuche) während ihrer stationären Behandlung in den Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie der Bundeswehrkrankenhäuser Berlin und Hamburg untersucht ($n = 100$) und mit anderen Patienten dieser Abtei-

lungen ($n = 100$) verglichen. Mittels binärer logistischer Regression erwiesen sich als signifikante Prädiktoren von Suizidgedanken eine Alkoholerkrankung in der Primärfamilie und pathologisch erhöhte Skalen in einem verbreiteten klinischen Persönlichkeitsinventar, dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI (Gehring & Blaser, 1982) und von Suizidhandlungen ebenfalls pathologisch erhöhte Skalen im MMPI, eine nicht abgeschlossene Lehre, Suizidversuche in der Familie und die militärische Grundausbildungssituation (Zimmermann, Höllmer, Guhn & Ströhle, 2011).

Vorgehensweise des Psychosozialen Netzwerks bei Suizidalität

Suizidalität von Soldaten erfordert oftmals die Zusammenarbeit aller Mitglieder des Psychosozialen Netzwerks. Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem Suizid eines Soldaten, einem Suizidversuch und der möglichen Suizidalität eines Ratsuchenden.

Der Suizid eines Soldaten kann für die Kameraden seines näheren Umfelds eine psychotraumatische Situation darstellen. Insbesondere der engere Kameradenkreis und speziell diejenigen, die den toten Suizidanten aufgefunden haben und ggf. an Maßnahmen der Reanimation beteiligt waren, bedürfen daher der psychosozialen Notfallversorgung bzw. Krisenintervention unter Einbeziehung von Peers. Diese Peers sollten, wenn irgendwie möglich, vom Leiter des Kriseninterventionsteams zuvor auf die speziellen Besonderheiten eines Suizids vorbereitet werden.

Die Betreuung eines Suizidanten nach Suizidversuch knüpft an die meist stationäre fachärztliche Behandlung und Empfehlung an. Generell ist der oben geschilderte Hintergrund von Suizidalität für die eigene Orientierung hilfreich.

Für bestehende Suizidalität eines Ratsuchenden werden im Folgenden die Problematik und mögliche Lösun-

gen im Rahmen der Zusammenarbeit aufgezeigt und anhand eines Fallbeispiels exemplarisch dargestellt. Sie lassen sich mit den entsprechenden Anpassungen auch auf eine Betreuung nach Suizidversuch anwenden.

Fallbeispiel 5:

Herr Z. ist ein 27jähriger Unteroffizier, SaZ 12, der von seiner Einheit wegen Suizidalität der Truppenärztin vorgestellt wird. Anlass für seine Suizidabsicht ist die Ankündigung, dass er voraussichtlich in einen Auslandseinsatz nach Afghanistan gehen solle. Wegen seiner Suizidabsicht verbietet die Truppenärztin den Dienst mit der Waffe. Das bedeutet, dass er auf seinem bisherigen Dienstposten in der Waffenkammer nicht mehr eingesetzt werden darf, so dass er seitdem in einem anderen Bereich des Nachschubs tätig sein muss. Hier kommt er jedoch kaum zurecht. Sein Spieß schickt ihn deshalb zum Sozialdienst. Die Sozialarbeiterin erkennt tiefgreifende Probleme des jungen Mannes in allen Lebensbereichen und sieht ihn vor allem wegen der Suizidalität als notfallmäßig behandlungsbedürftig an. Zur Truppenärztin will Herr Z. jedoch nicht mehr gehen, da er Nachteile befürchtet. Zum einen hat sie ihm ja bereits den Dienst in der Waffenkammer unmöglich gemacht, zum anderen fürchtet er, als nicht mehr dienstfähig entlassen zu werden und dadurch Ansprüche auf Berufsförderung zu verlieren.

Die Sozialarbeiterin schickt Herrn Z. deshalb zu einem Psychologischen Psychotherapeuten, der in anderer Funktion in der Liegenschaft Dienst tut. Dieser sieht eine „Mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome bei Dysthymia auf dem Boden abhängiger und narzisstischer Persönlichkeitszüge“. Herr Z. schildert nämlich überzeugend, dass er in seinem Leben keinen Sinn sehe. Es sei nur eine Last für ihn. Früher oder später werde es

ja doch mit dem Tod enden. Diese Gewissheit verderbe ihm jede Initiative, in seinem privaten Alltag etwas zu planen und durchzuführen. Zu Hause sei er nur noch müde und liege am liebsten im Bett. Suizidalität ist durchaus vorhanden, jedoch nicht akut bedrohlich, solange Herr Z. nicht in einen Auslandseinsatz gehen muss. Herr Z. fürchtet ja z. B. noch um seine Ansprüche auf Berufsförderung, auch hat er ganz offensichtlich keinerlei Vorstellung, auf welche Art und Weise er sich das Leben nehmen würde. Allerdings ist er nicht bereit zu versprechen, dass er sich melden würde, wenn er keinen Ausweg mehr sähe und sich umbringen wolle. Dies wird in diesem Gesamtzusammenhang nicht als fehlende Kontraktfähigkeit angesehen, sondern als Folge seiner an anderen Äußerungen bereits zu erkennenden narzisstischen Persönlichkeitszüge.

Um den Zeitdruck aus einer notwendigen Psychotherapie zu nehmen, veranlasst die Sozialarbeiterin zusammen mit der Truppenärztin eine Untersuchung durch einen Wehrpsychiater, der empfiehlt, Herrn Z. vorübergehend als nicht auslandsverwendungsfähig einzustufen.

Im Falle von Herrn Z. geschehen alle Maßnahmen mit seinem Einverständnis. Andernfalls dürften die Vertreter der verschiedenen Fachrichtungen wegen der Schweigepflicht untereinander keinerlei Informationen weiter geben.

Wenn der aktuelle Anlass für die Suizidalität in einer Maßnahme der Bundeswehr (z. B. Versetzung oder Auslandseinsatz) besteht, tritt die Suizidalität unmittelbar in den Hintergrund, wenn dem Betroffenen eine Perspektive eröffnet wird, dass diese Maßnahme nicht durchgesetzt werden muss. Eine entsprechende Einschätzung sollte in Absprache mit einem Wehrpsychiater erfolgen.

Die Aussetzung einer solchen Maßnahme ist durch den Truppenarzt, ggf. mit psychiatrischer Unterstützung, und oft durch den Disziplinarvorgesetzten möglich. Je nach den häuslichen Umständen und dem sozialen Umfeld kann der Betroffene dann sogar im Krankenstand (kzH-Schreibung durch den Truppenarzt) zu Hause auf den Untersuchungstermin in einer Fachärztlichen Untersuchungsstelle VI, Psychiatrie und Psychotherapie, warten. Die neue Perspektive schafft dann auch den Freiraum, mit dem Betroffenen zu erarbeiten, ob er nicht vielleicht nur von ängstlichem Ausweichverhalten getrieben wird. Solches Verhalten wird ihm in seinem Leben langfristig schaden und kann vielleicht jetzt einmal überwunden werden, indem er die Anforderung der Bundeswehr durchsteht. Dieses Ziel lässt sich immer schlechter erreichen, je länger der Betroffene sich im Krankenstand darauf eingestellt hat, dass er die von der Bundeswehr beabsichtigte Maßnahme nicht durchgehen muss. Wenn dieses Ziel schließlich nicht erreicht wird, kann vom Wehrpsychiater nach Diagnosestellung eine Gesundheitsnummer vergeben und ggf. die Einleitung eines Dienstunfähigkeitsverfahrens empfohlen werden.

In allen Fällen von Suizidalität ist nach vorheriger telefonischer Rücksprache mit dem diensthabenden Psychiater auch jederzeit eine notfallmäßige ambulante Vorstellung oder in einem Bundeswehrkrankenhaus auch eine stationäre Aufnahme möglich. Oftmals entlastet dies den Betroffenen erheblich, und es können mit Abstand vom Alltag Probleme bearbeitet und Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, auch wenn der aktuelle Anlass der Suizidalität von der Bundeswehr nicht beeinflusst werden kann. Sollte die Suizidgefahr auch unter stationären Bedingungen zu groß sein, muss der Betroffene in einer geschlossenen Station untergebracht werden. Dazu ist, wenn irgend möglich, sein Einverständnis zu erwirken.

Ausschließlich bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung, also bei akuter Gefahr für Leib und Leben des Betroffenen oder anderer Personen dürfen und müssen, wenn das Einverständnis des Betroffenen nicht zu erwirken ist, auch gegen seinen Willen Informationen weitergegeben und Maßnahmen ergriffen werden, weil mit Leib und Leben höheres Rechtsgut in Gefahr ist als das Recht auf Selbstbestimmung.

Bei anders nicht abwendbarer akuter Gefahr muss eine Zwangseinweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung veranlasst und nötigenfalls durch Polizei oder Feldjäger durchgeführt werden.

Eine Zwangseinweisung erfolgt nach dem für das jeweilige Bundesland gültigen „Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)“. Die jeweils regional zuständige psychiatrische Einrichtung mit geschlossener Unterbringungsmöglichkeit ist mangels geschlossener Stationen in den Bundeswehrkrankenhäusern auch für Soldaten jederzeit aufnahmepflichtig und prüft bei Aufnahme fachärztlich die Selbst- oder Fremdgefährdung. Nach der Akutphase wird der Betroffene dann in ein Bundeswehrkrankenhaus verlegt. Auf der einen Seite geht der Schutz von Leib und Leben also vor, auf der anderen Seite bedeutet eine Zwangseinweisung einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen. Dies kann als solches seine Suizidalität zunächst einmal verstärken, jedenfalls aber das Vertrauensverhältnis zu seinen Helfern in Frage stellen, vielleicht sogar völlig zerstören. Auch bilden die Eindrücke auf einer Station der Akutpsychiatrie meist eine erhebliche zusätzliche Belastung für den Betroffenen. Nur im günstigen Fall wird er nach Verarbeitung der akuten Krise seinen Helfern auch für die Zwangsmaßnahme dankbar sein, und das Vertrauensverhältnis würde sich vertiefen. Eine Zwangseinweisung kommt daher sowohl aus juristischer, als auch aus heilkundlicher Sicht

nur in Frage, wenn sie tatsächlich unumgänglich notwendig ist.

In jedem Falle von Suizidalität sollte der Truppenarzt alle Informationen, die seine Entscheidungen begründen, sorgfältig dokumentieren.

Fallbeispiel 5 (Fortsetzung):

Im Laufe von 25 Stunden psychotherapeutischer Behandlung lernt Herr Z. zum ersten Mal in seinem Leben, seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, vor allem aber diese dann seinem Gegenüber mitzuteilen. Dadurch konnte er sich von seiner vereinnehmenden Mutter angemessen abgrenzen, seine Beziehung zu seiner Freundin für beide erfreulicher und entspannter gestalten, vor allem aber mit seinem als Angstgegner erlebten Staffelfeldwebel ein offenes Gespräch führen. Daraufhin setzte dieser sich sogar für ihn ein und unterstützte ihn bei seinem mit Hilfe der Sozialarbeiterin auf den Weg gebrachten Antrag auf Dienstzeitverkürzung. Diesem Antrag wurde stattgegeben, so dass Herr Z. ohne Verlust von bereits erworbenen Ansprüchen seine inzwischen entwickelten Vorstellungen von Berufsförderung umsetzen konnte. Diese berufliche Weiterbildung war mit einem Umzug und dem Anmieten einer neuen Wohnung verbunden. Während ihm das Organisieren und Umsetzen so vieler Veränderungen bisher immer große Angst gemacht habe, könne er es jetzt freudig als Herausforderung erleben und erfahre viel Bestätigung.

Bei dem Beispiel von Herrn Z. wird deutlich, dass er auf Grund einer problematischen Entwicklungsgeschichte und schwieriger Persönlichkeitszüge die sich plötzlich für ihn verändernde und bedrohlich werdende dienstliche Situation nicht ertragen und auch nicht verändern konnte, so dass er mit-

telfristig keine andere Lösung sah, als sich umzubringen. Die komplexe Situation erforderte das Zusammenwirken der verschiedenen Kompetenzen und Zuständigkeiten aller Ebenen und auch innerhalb des Psychosozialen Netzwerks, um Herrn Z. wirklich weiter zu helfen. Grundvoraussetzung war die Aufmerksamkeit des militärischen Vorgesetzten (Ebene 1 des Rahmenkonzepts), hier des Kompaniefeldwebels, die Suiziddrohung von Herrn Z. mitzubekommen und ernst zu nehmen. Die Truppenärztin (Ebene 2) zog die übliche und kaum vermeidbare Konsequenz, den Waffendienst zu verhindern, was in diesem konkreten Falle allerdings gravierende Folgeprobleme hatte. Dreh- und Angelpunkt der weiteren Betreuung war in diesem Falle der Sozialdienst mit der Sozialarbeiterin (Ebene 2), die sich um die Unterstützung sowohl in psychotherapeutischer als auch in verwaltungstechnischer und organisatorischer Hinsicht kümmerte und den militärischen Vorgesetzten mit einbezog. In diesem Fall wurde über das Psychosoziale Netzwerk (Ebene 2) hinaus der Wehrpsychiater (Ebene 3) hinzugezogen, um über eine gutachtliche Stellungnahme zur fehlenden Auslandsverwendungsfähigkeit den Zeitdruck aus den notwendigen Hilfsmaßnahmen und Entwicklungsschritten von Herrn Z. herauszunehmen. Der Psychologe (eigentlich Ebene 2, aber aufgrund psychotherapeutischer Kompetenz Ebene 3) wirkte dahin, dass Herr Z. die Hilfsangebote wahrnehmen, ihnen eine Chance einräumen und sie letztlich nutzen und die wesentlichen Schritte für sich umsetzen konnte.

In diesem Falle wirkten zwei Komponenten des Psychosozialen Netzwerks nicht mit: Zum einen fehlte die Truppenpsychologie, weil für diesen Standort kein Truppenpsychologe zuständig war. Seine Aufgabe hätte hier sein können, durch Beratung der

militärischen Führer z. B. die Sozialarbeiterin zu entlasten. Zusätzlich könnte er aber auch die Wirkung der Mitteilung der Teilnahme an einem Auslandseinsatz kritisch reflektieren und eine schonendere Vorbereitung anregen. Eventuell könnte er auch problematisieren, ob eine Teilnahme an einem Auslandseinsatz für einen Soldaten mit so erheblichen psychischen und sozialen Problemen unausweichlich notwendig ist, um im Dienst zu verbleiben, und weitere Aspekte der Führungsberatung an diesem Einzelfall anknüpfen. Zum anderen fehlte die Mitwirkung der Militärseelsorge. Sie wurde hier nicht in Anspruch genommen, einerseits weil Herr Z. in einem der neuen Bundesländer bei einer dort heimischen Mutter ohne jeden Bezug zu Seelsorge aufgewachsen war und sich eine Hilfe von dieser Seite gar nicht vorstellen konnte, zum anderen weil ein stabiles Beziehungsangebot bereits durch die Sozialarbeiterin und den Psychologen gewährleistet wurde, während die spezifisch seelsorgerliche Komponente der Bearbeitung der Sinnfrage hier noch nicht in Frage kam, solange die Depression von Herrn Z. ganz im Vordergrund stand.

Schlusswort

Jedes Mitglied des Psychosozialen Netzwerks kann sich jederzeit mit der Frage der Suizidalität von Soldaten konfrontiert sehen. Dieses Kapitel sollte durch Informationen für die Problematik sensibilisieren, durch Beschreibung der psychischen Entwicklung zur Suizidhandlung Orientierung geben und dadurch auch eine erste Einschätzung ermöglichen, ob Fachleute der Ebene 3 hinzuzuziehen sind, sowie auch Ansatzpunkte für ein zielführendes Vorgehen aufzeigen, der Suizidalität entgegenzuwirken oder mit ihr umzugehen. An Hand eines Fallbeispiels wurde dargestellt, wie das Zusammenwirken im Psychosozialen Netzwerk aussehen

kann. Aus dieser Orientierung heraus können auch vom Suizid eines Nahestehenden Betroffene in ihrer Suche nach Erklärungen betreut werden.

Bei aller Sensibilisierung für Suizidalität und allen Möglichkeiten, Suizidanten zu helfen und Suizidhandlungen zu verhüten, werden dennoch nicht alle solche Handlungen zu verhindern sein. Tod durch Suizid wühlt auch die Helfer stärker auf als die meisten anderen Umstände eines Todes. Es wurde bereits erwähnt, dass dabei auch die eigene Reaktion auf den aggressiven Akt des Suizidanten von Bedeutung ist, und sei es in Form von Schuldgefühlen. Aber die Unerklärlichkeit der Tat kommt noch hinzu, zumal wir keine Erklärung wirklich akzeptieren würden, eine solche Handlung zu begehen. Letztlich begegnen wir bei einem solchen Ereignis auch auf tragische Weise dem nicht vollständig berechenbaren, vorhersehbaren und kontrollierbaren Erleben und Verhalten des Menschen, das gerade dadurch, selbst mit einer aus gestörter psychischer Verfassung rührenden Handlung, auf seine Eigenständigkeit, Würde und Freiheit verweist. Bei aller professioneller Auswertung des eigenen Vorgehens und dem möglichen Ziehen von Lehren, dürfen deshalb auch Helfer für sich die alte Weisheit des römischen Rechts gelten lassen: „Niemand ist verpflichtet, das Unmögliche zu können.“

15 SUIZIDOLOGIE – HINTERGRUNDWISSEN UND ABLEITUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Gerd Willmund & Christian Helms

Einsatzrealität, Belastungen und Prävalenz psychischer Erkrankungen

Seit einigen Jahrzehnten hat sich die Beteiligung internationaler Streitkräfte an regionalen Konflikten etabliert und multinationale Koalitionen sind bei der Bewältigung von Konfliktherden inzwischen die Regel. Deutsche Streitkräfte haben in diesem Zusammenhang seit mehr als 25 Jahren zunehmend Rollen in Auslandseinsätzen übernommen, so dass die Teilnahme an Einsatzszenarien nun auch für den Großteil deutscher Soldaten regelmäßiger Alltag wurde. Dies führt aber auch zu anderen Herausforderungen und Belastungen für die beteiligten Soldaten, als dies für Soldaten vor der Wiedervereinigung in Deutschland zu spüren war. Das Aufgabenspektrum hat sich somit erheblich verändert (Zimmermann et al., 2012), weshalb ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Soldaten gefordert ist. Daneben sind die Soldaten stärker als früher mit potenziell traumatisierenden Belastungen konfrontiert: Erleben von Tod, Verwundung und asymmetrischen Bedrohungen sind inzwischen der Alltag in den Einsatzkontingenten. Dabei erfahren Soldaten nicht selten, dass sie gerade im Hinblick der asymmetrischen Bedrohungen gelernte militärische Methoden, Taktiken und Techniken nicht immer erfolgreich anwenden können und auch hier eine hohe Anpassungsfähigkeit und Flexibilität vorhalten müssen. Die Bewältigung von Tod, Trauer, Leiden und anderen potenziell traumatisierenden Einflüssen unterliegt großen individuellen Unterschieden, auch wenn diese Themen in der militärischen

Ausbildung und gerade in der einsatzvorbereitenden Ausbildung einen zunehmenden Stellenwert einnehmen. Im Gegensatz zu stetigen epidemiologischen Untersuchungen im englischsprachigen Raum wurde erst vor wenigen Jahren die erste epidemiologische Studie publiziert (Wittchen et al., 2012), in der die Zusammenhänge von Auslandseinsätzen und psychische Erkrankungen sowie deren Prävalenz und Inzidenz untersucht worden sind. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass die Hälfte des eingesetzten Personals mindestens ein, 13% mehr als 3 Ereignisse erlebten, die als so schwer einzustufen waren, dass diese die Definition des „Trauma“-Begriffes erfüllten („traumawertig“). Die 12-Monats-Prävalenz betrug für die posttraumatische Belastungsstörung 2,9%, die Inzidenz lag bei 0,9% für den Einsatzzeitraum. Entscheidend war jedoch, dass nur die Hälfte der Soldaten sich innerhalb von 12 Monaten professionelle Hilfe suchten, unter 20% der betroffenen Soldaten waren in psychologischer Behandlung. Vor allem wurde das Erleben von Selbst- und Fremdstigmatisierung als Schwelle zur Behandlungsaufnahme identifiziert. Diese Ergebnisse wurden in folgenden prospektiven Untersuchungen repliziert. Dabei zeigte sich die Prävalenz hinsichtlich der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) unabhängig von der Missionsdauer des einzelnen Soldaten (Trautmann et al., 2013, 2017). Auch wurde eine hohe Dunkelziffer angenommen, da man epidemiologisch mit 300 PTBS-Fällen pro Jahr rechnen müsste, diese Zahl aber in den Registern zur wehrpsychiatrischen Behandlung erheblich unterschritten wurde (Kowalski et al., 2012; Wittchen et al., 2012). Diese Studienprojekte wiesen darauf hin, dass neben der PTBS andere psychische Störungen

gen, vor allem Angststörungen, depressive Störungen und Suchterkrankungen erheblich höhere Prävalenzen sowohl in der Gruppe der an Einsätzen teilnehmenden Soldaten als auch der in Deutschland verbliebenen Soldaten der Kontrollgruppe zu finden waren. Insgesamt wurde so eine 12-Monatsprävalenz von über 20% hinsichtlich manifester psychischer Erkrankungen sowohl bei einsatzgehenden als auch in Deutschland stationierten Soldaten festgestellt. Es fanden sich jedoch in den folgenden Auswertungen keine Unterschiede bezüglich Substanzgebrauch und Substanzgebrauchsstörungen mit Ausnahme eines höheren Nikotingebrauchs bei der Einsatzgruppe. Im internationalen Vergleich konnten keine derartigen Trends nachgewiesen werden (Himmerich et al., 2017; Trautmann et al., 2013). Im Vergleich mit multipel gewichteten zivilen Stichproben, bei denen vergleichbare Inventare und diagnostische Interviews eingesetzt worden sind, zeigten sich zwischen Soldaten mit und ohne besondere Verwendung im Ausland im Hinblick auf Alkoholgebrauchsstörungen und Nikotingebrauchsstörungen signifikant niedrigere Prävalenzen als die zivile Stichprobe. Wurden jedoch aus der Substichprobe der einsatzerfahrenen Soldaten solche mit der höchsten Kampffexposition extrahiert und mit der zivilen Stichprobe verglichen, konnten signifikant höhere 12-Monats-Prävalenzen für Agoraphobie und Panikstörung sowie PTBS gemessen werden (Trautmann et al., 2017).

International steigt aufgrund der zunehmenden Einsatzbelastung der Soldaten nicht nur das Interesse an Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz und präventiven Interventionen, sondern auch zur Erkennung von psychischen Belastungen.

Vor dem Hintergrund der deutschlandweiten Prävalenz psychischer Erkrankungen, aber auch aufgrund der Erkenntnisse bezüglich der reduzierten Inanspruchnahme hinsichtlich professioneller Hilfe bei militärischem Per-

sonal und der damit verbundenen hohen Dunkelziffer, muss das Risiko für chronifizierte Krankheitsverläufe bis hin zu den Auswirkungen auf Suizidalität diskutiert werden. Auch in Deutschland steht die Frage im Raum, welche Auswirkungen diese zunehmende Einsatzteilnahme auf die Soldaten hat und ob mit einer zunehmenden Tendenz suizidaler Handlungen zu rechnen ist.

Suizidalität im internationalen Kontext

Seit mehr als zehn Jahren sind die Suizidraten in den amerikanischen Streitkräften erheblich gestiegen, so dass die US-Streitkräfte in dieser Zeitspanne enorme Anstrengungen in der Forschung hinsichtlich der Suizid-Epidemiologie, der Identifikation von Risikofaktoren und protektiver Faktoren sowie der Entwicklung von Interventionen und Präventionsprogrammen unternommen haben.

Eine dieser Studien aus dem Jahre 2011 konnte für das Personal der US-amerikanischen Streitkräfte ein hohes Suizidrisiko nachweisen, welches die zivile Vergleichspopulation deutlich überstieg. Es zeigte sich ein Anstieg der Suizidraten von 10,3 (pro 100.000 Soldaten) im Jahre 2003 auf 15,8 (Ramchand et al., 2011). Eine retrospektive Analyse konnte eine Verdopplung der Suizidraten zwischen 2004 und 2008 nachweisen. Ca. 50% der suizidalen Soldaten waren zuvor in ambulanter und 17% in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen (Bachynski et al., 2012).

Es wurde ein Zusammenhang zwischen den steigenden Suizidraten und dem Beginn der Missionen im Irak und in Afghanistan vermutet, doch kamen Studien, die diesen Zusammenhang untersuchten, zu uneinheitlichen Ergebnissen. Eine Arbeit wies nach, dass die Teilnahme an militärischen Missionen in Krisengebieten, mit den speziellen Anforderungen und den potentiell traumatischen Erlebnissen, kein eigenständiger Risikofaktor für Suizidalität von Soldaten ist (LeardMann et

al., 2013). Bachynski et al. (2012) interpretierte die ansteigenden Suizidraten als ein Resultat der gestiegenen Raten von psychischen Erkrankungen. Dieser stete Anstieg an psychischen Störungsbildern hingegen scheint durch die Erfahrungen im Rahmen von militärischen Einsätzen bedingt zu sein (Bachynski et al., 2012). Eine der Studien der US-amerikanischen STAARS Programms (Study to Assess Risk and Resilience in Service Members) konnte noch bis zu zwei Jahre nach der Verwendung in einem militärischen Auslandseinsatz ein erhöhtes Suizidrisiko bei Soldaten nachweisen (Schoenbaum et al., 2014). In einer weiteren Studie wurden 569 Suizide von US-Soldaten zwischen 2004 und 2009 untersucht. Hier konnte nach Auslandseinsätzen ein Anstieg der Suizidraten um bis zu 70% nachgewiesen werden (Gilman et al., 2014).

Auch in Deutschland verstärkte sich in den vergangenen 10 Jahren, parallel zu der Situation in den USA, die Aufmerksamkeit hinsichtlich der Suizidalität im Militär, so dass Forschungsprojekte und Entwicklungen von Interventionen initiiert worden sind.

Im Jahre 2012 untersuchte eine deutsche Studie hospitalisierte Soldaten in stationärer psychiatrischer Behandlung (BWK Berlin und BWK Hamburg) mit suizidalen Symptomen zwischen 2005 und 2008 und verglich diese mit hospitalisierten Patienten ohne Zeichen von Suizidalität. Hier zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede im Familienstand und dem Bildungsstand. Zudem befanden sich Soldaten mit suizidalen Symptomen signifikant häufiger in der Grundausbildung (erste 3 Monate nach Eintritt in die Bundeswehr). Ein Zusammenhang zu besonderen Verwendungen im Ausland konnte hier nicht gezeigt werden (Zimmermann et al., 2012).

Eine erste retrospektive statistische Aufarbeitung der militärischen Suizide von aktiven Soldaten in der Bundeswehr erfolgte im Rahmen der Suizidforschung durch das Psychotraumazentrum (PTZ) des Bundeswehr-

krankenhauses (BWK) Berlin im Jahre 2015 (Registerarbeit). Hier konnten die Suizidraten für die Bundeswehr ermittelt werden und in Vergleich mit der zivilen Suizidrate des Statistischen Bundesamtes gesetzt werden.

Auf Daten von ehemaligen Soldaten konnte angesichts der Rückkehr in die zivile Krankenversorgung nicht zurückgegriffen werden. Somit waren keine Aussagen zu Suizidraten von ehemaligen Soldaten (einer Gruppe besonders hoher Suizidraten in den USA) möglich.

Um die Suizidalität in der Bundeswehr näher zu untersuchen, wurden alle nicht tödlichen Suizidversuche und tödliche Suizide von Soldaten der Bundeswehr zwischen 2010 und 2016 weiterführend untersucht. Neben Personaldaten (wie Alter, Geschlecht, Dienstgrad, Dienstzeit) wurden auch potentielle Stressfaktoren im sozialen Umfeld der Betroffenen anhand der Meldungen identifiziert, die im Rahmen der suizidalen Krise von Bedeutung gewesen sein könnten. Viele dieser Informationen fanden sich auf den obligaten militärischen Meldungen (als besonderes Vorkommnisse (BV), oder später als „meldepflichtige Ereignisse“ (ME) und S-Blatt). Diese Meldungen sind im Falle eines Suizidversuchs oder Suizides vom militärischen Vorgesetzten (BV/ME) und dem Truppenarzt (S-Blatt) gefordert. Zudem wurden alle medizinischen Unterlagen aus der Zeit bei der Bundeswehr nach medizinischen Angaben, sozio-biographischen Eckdaten, psychotherapeutischen und psychiatrischen Vorbehandlungen sowie Angaben über zurückliegende Auslandseinsätze betrachtet. Die Fälle wurden in zwei Gruppen unterschieden. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei nicht letalen Suizidversuchen und letalen Suiziden um unterschiedliche Phänomene des suizidalen Syndroms handelt, wurden die nicht tödlichen Suizidversuche den tödlichen Suiziden gegenübergestellt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Hinblick der Entwicklung neuer präventiver Maßnahmen wurden ermittelt.

Im Folgenden sollen einige der Ergebnisse dieser Registerstudie aufgezeigt werden.

Es zeigte sich ein Anstieg der Suizidraten der Bundeswehr in den Jahren 2013 bis 2015, die sogar im Jahre 2015 die Raten der Gesamtpopulation (12 – 13/100.000) überstiegen. Es wurden jedoch aufgrund der geringen Personalstärke der Bundeswehr enorme jährliche Fluktuationen nachgewiesen, so dass kein genereller Trend aus den Raten abzuleiten war. Im Jahre 2016 zeigte sich so eine Suizidrate, die nur ca. halb so hoch war wie die zivile Vergleichsrate.

In mehr als ¾ der untersuchten Fälle waren männliche Soldaten im Alter zwischen 16 - <35 Jahren betroffen. Des Weiteren waren meist die Dienstgradgruppen der Mannschaften und der Unteroffiziere ohne Portepee sowie Soldaten, die weniger als 4 Jahre bei der Bundeswehr beschäftigt waren, betroffen.

Geschlechtsspezifische Suizidraten wurden im Rahmen der ersten Datenerhebung nicht durchgeführt, sind aber für weitere Untersuchungen des erweiterten Suizidregisters geplant. Vor dem Hintergrund, dass in den westlichen Nationen tödliche Suizide dreimal häufiger bei Männern auftreten, soll die Suizidrate der männlichen Soldaten mit den Raten der männlichen Zivilbevölkerung in Relation gesetzt werden (Goldsmith et al., 2002). Die Altersstruktur der tödlichen Suizide (Suizid-Gruppe) zeigte im Gegensatz zu der nicht tödlichen Suizidversuchsgruppe (Suizidversuch-Gruppe) einen zweigipfligen Verlauf. Es kam in der Altersgruppe der 44- und unter 55-jährigen männlichen Soldaten erneut zu einem Anstieg der Suizidzahlen. Hier müssen die Ergebnisse der weiterführenden Untersuchung abgewartet werden, um Aussagen zum spezifischen Risiko dieser Gruppe zu stellen. Eine kanadische Studie mutmaßte anhand einer Stichprobe von Soldaten in friedenserhaltenden Missionen, dass der „militärische Lebensstil“ ein Risiko für psychische Erkrankungen darstellen könne. Dieser

Lebensstil könne demnach im Alter zu interpersonellen Problemen, einem vermehrten Alkoholkonsum und reduzierter sozialer Unterstützung führen, die das Auftreten von psychischen Erkrankungen begünstigen könnten (Wong et al., 2001). Es finden sich hierzu keine vergleichbaren Arbeiten über die Bundeswehr.

Im Gruppenvergleich der Suizidversuch-Gruppe und der Suizid-Gruppe zeigten sich in vielen Items signifikante Unterschiede. Dabei zeigten Soldaten der Gruppe der nicht letalen Suizidversuche signifikant häufiger Anzeichen für zwischenmenschliche Konflikte sowohl im Privatbereich, als auch im beruflichen, militärischen Kontext, Probleme mit der rigiden militärischen Struktur, eine niedrigere Schulbildung (mittlere Schulreife und niedriger), getrennt lebende Eltern, mindestens ein alkoholkrankes Familienmitglied, finanzielle Sorgen und waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs signifikant häufiger alleinlebend.

Neben den beschriebenen Gruppenunterschieden soll im Folgenden jedoch der Fokus auf die Gemeinsamkeiten beider Gruppen gelegt werden, da diese von besonderem Interesse für präventive Maßnahmen sind. In beiden Gruppen fanden sich vergleichbar häufig private interpersonelle Spannungen, vorangegangene Suizidversuche, psychische Vorerkrankungen in der Familie, eine „Broken Home“ Situation in der Kindheit oder eine psychotherapeutische Vorbehandlung im Laufe der militärischen Karriere.

Auch in der Vor-Studie aus dem Jahre 2012 zeigten sich ähnliche Gruppenunterschiede (Zimmermann et al., 2012). In der Studie aus dem Jahre 2012 wurden stationäre Patienten mit und ohne Suizidalität verglichen und in der statistischen Erhebung durch das PTZ wurden Soldaten mit suizidalen Krisen und unterschiedlich letalen Verläufen verglichen.

In einer weiterführenden Studie des PTZ wurden die Daten der Suizid-Gruppe mit den Daten aus einer Trup-

penbefragung gesunder Soldaten verglichen, um diese Limitationen zu reduzieren (Willmund et al., 2019).

In der Betrachtung der Methoden, welche im Rahmen der Selbstschädigung mit suizidalen Intentionen genutzt wurden, zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede. Unter anderem war in der Gruppe der tödlich verlaufenden Suizide der Schusswaffengebrauch eine der häufigsten Selbstschädigungsmethoden. Im Vergleich zur deutschen Zivilbevölkerung werden lediglich bei 4,4% der Suizide Schusswaffen genutzt (Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2011 bis 2015, o. J.). Wie viele Studien zuvor bereits zeigten, ist der Zugang zu potentiell tödlichen Methoden ein entscheidender Risikofaktor (Brent, 2006; Lester & Murrell, 1982). In Deutschland gelten strikte Waffengesetze, so dass der Erwerb und auch das Tragen von Schusswaffen an diverse Anforderungen geknüpft sind. Auch das Tragen von Waffen im Dienst ist für Soldaten nur unter besonderen Bedingungen, wie auf der Schießbahn oder beim Wachdienst, gestattet. Durch die vielerorts umgesetzte Reduzierung des militärischen Wachdienstes und der Beauftragung von zivilen Sicherheits- und Objektschutzunternehmen könnte sich dies im Verlauf in der Suizidstatistik der Bundeswehr durch einen abnehmenden Trend abzeichnen. Anzumerken bleibt an dieser Stelle jedoch, dass keine Informationen über eine privat erworbene Waffentrageerlaubnis, zum Beispiel durch einen privaten Jagdschein, vorlagen.

Nur in wenigen Fällen der Suizidversuch-Gruppe wurden die Selbstschädigungsmethoden genutzt, welche in der Suizid-Gruppe am stärksten vertreten waren (Erhängen, Schusswaffen, Person unter Zug). In der Vergangenheit wurden derartige Suizidversuche als „mislungene Suizide“ bezeichnet (Kriebel, 1987). Im Vergleich dieser kleinen Teilgruppe der Suizidversuch-Gruppe zur Suizid-Gruppe fanden sich keine si-

gnifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters, dem Dienstverhältnis, der Dienstgradgruppe und der Dienstzeit.

Eine mögliche Erklärung wäre, dass nicht tödliche Suizidversuche und tödliche Suizide nicht dasselbe sind. Es scheint aber hilfreich, diese beiden Phänomene eher als zwei unterschiedliche Schweregrade eines suizidalen Syndroms zu sehen.

Bei nicht tödlichen Suizidversuchen kann meist noch eine non-verbale Interaktionskomponente gefunden werden, die als Hilfesuchstrategie oder als dysfunktionales Coping verstanden werden kann, den Kontakt zum Hilfesystem zu bahnen. Bei tödlichen Suiziden hingegen sind die Intentionen an den Folgen zu versterben deutlicher. Es wäre jedoch falsch, die nicht tödlichen Suizidversuche als weniger ernsthaft einzustufen. Jeder Suizidversuch sollte ernst genommen werden, um im Verlauf einen tödlichen Suizid vermeiden zu können. Beide Phänomene weisen eine Person in Not aus, die dringlicher Hilfe bedarf. Die dargestellten Ergebnisse könnten eher im Rahmen von klinischen Entscheidungen für die Weiterbehandlung herangezogen werden. So wäre es vorstellbar, dass die Selbstschädigungsmethoden der Suizid-Gruppe als eine Art „red flag“ zu sehen sind und dass im Falle des Vorliegens eine stationäre Krisenintervention ambulanten Angeboten vorzuziehen ist.

Um eine effiziente Suizidprävention durchführen zu können, muss geklärt sein, wer gefährdet sein könnte (Risikogruppen), welche Professionen wie helfen können und wie die unterschiedlichen Professionen synergistisch zusammenarbeiten. Bei all diesen Überlegungen finden vor allem die präsuizidalen Abläufe (siehe Kapitel 16) Berücksichtigung.

Liegen psychische Erkrankungen oder belastende Lebensereignisse vor, sollten diese möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden. Dies ist dem Umstand

geschuldet, dass in zivilen Stichproben nachgewiesen konnte, dass bei mehr als 90% der Suizidenten nachweislich eine psychische Erkrankung diagnostiziert worden ist (Tondo & Baldessarini, 2011). Dabei sind über 60% der Suizidenten innerhalb von 4 Wochen vor dem eigentlichen Suizid zumindest einmalig in hausärztlicher Behandlung gewesen. Auch in den Bundeswehr-eigenen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Betroffene innerhalb von 4 Wochen vor der suizidalen Handlung zumindest einmalig beim Truppenarzt vorstellig waren, wobei wie auch in den zivilen Stichproben dies nur selten in einer Behandlung möglicher psychischer Störungen mündete. Daher ist ein wesentlicher Aspekt der Prävention die Fortbildung und Schulung des allgemeinmedizinischen Personals hinsichtlich der Erkennung von suizidalem Verhalten bzw. Ideationen und Aufzeigen von Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Störungen. In der Tat ist aber die psychische Erkrankung durchaus nicht nur bei Uniformträgern Stigma-belastet. Vertiefende Untersuchungen der Dunkelziffer-Studie (Wittchen et al., 2012) zeigten zumindest ein sehr reduziertes Inanspruchnahmeverhalten von erkrankten Soldaten. Dies schien auch wesentlich durch dahinterliegende Ängste um Karriere, möglichen späteren Dienstzeitverlängerungen, Befürchtungen um mögliche Vorbehalte von Vorgesetzten und Kameraden. In bisherigen zivilen Stichproben wurden für diesen Zweck vor allem psychische Störungen entstigmatisierende Kampagnen entwickelt, die unter anderem in Fernsehspots zur Akzeptanz psychischer Störungen beitragen sollten.

Unter Berücksichtigung der dargestellten Ergebnisse der Registerstudie scheint es im militärischen Kontext der Bundeswehr besonders wichtig in der Suizidprävention, neben den älteren, erfahrenden männlichen Soldaten den Fokus explizit auch auf die junge, männliche Soldaten zu legen. In den USA konnte gezeigt wer-

den, dass depressive Symptome bei Männern deutlich seltener diagnostiziert werden. Jedoch scheint die Rate an depressiven Erkrankungen bei Frauen und Männern im Grunde vergleichbar zu sein, so dass angenommen werden kann, dass viel mehr Männer depressive Symptome aufweisen, als diagnostiziert werden oder sich in Behandlung begeben (Branney & White, 2008).

Auch in der Erhebung der Suizidstatistik waren nur 1/3 aller Fälle im Vorfeld in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung gewesen. Es muss also angenommen werden, dass viele Soldaten unter psychiatrische Symptomen leiden, sich aber nicht in Behandlung begeben.

Neben den bereits weiter oben beschriebenen Sorgen der Soldaten, kann dieses Phänomen auch vor dem Hintergrund der fest etablierten männlichen Geschlechterrolle in der westlichen Welt betrachtet werden. Insbesondere für junge Menschen können solche geschlechtsspezifischen Rollenvorstellungen bedeutende Wegweiser darstellen, die junge Erwachsene bei der Trennung von der Familie und der Rollenfindung leiten können. „Männlichkeit scheint voraussetzen stark zu sein und über Gefühle zu schweigen“ (O'Brien et al., 2005). Gerade in einem militärischen Umfeld wird das Thema der Männlichkeit in vielfältiger Art und Weise verbal und non-verbal thematisiert und auch auf die Probe gestellt, so dass diese etablierte Geschlechterrolle des „starken Mannes“ sich auch in die Arzt-Patienten-Interaktion fortzusetzen scheint und unbedingt in der Diagnostik depressiver Störungen Beachtung finden sollte.

Die Art und Weise wie die depressiven Symptome wahrgenommen werden, scheint sich bei Männern und Frauen nur wenig zu unterscheiden. Die geschlechtstypischen Unterschiede betreffen besonders den Umgang mit den Symptomen und die Kommunikation über Selbige. Die Theorie der Geschlechterrollen unterschei-

det hierbei den „weiblichen Bewältigungsstil“, welcher emotionsfokussiert abläuft, vom „männlichen Bewältigungsstil“, der ein problemorientiertes Vorgehen präferiert (Li et al., 2006). Von Brownhill wurde das Konzept der „männlichen Inszenierung auf emotionale Distress“ entwickelt, in welchem einer Phase der Vermeidung (z.B. Mehrarbeit oder Überarbeitung) eine Phase der Betäubung folgt (z.B. vermehrter Alkoholkonsum, Selbstmedikation), was nicht selten zu einem emotionalen Fluchtverhalten führt, was in einer suizidalen Krise gipfeln kann (Brownhill et al., 2005). Die geschilderten „männlichen“ Verarbeitungsstrategien finden sich bisher nur unzureichend in den gängigen psychometrischen Fragebögen oder Symptomlisten abgebildet, so dass auch dies für die geringere Diagnoserate von depressiven Störungen bei Männern beitragen könnte. Es könnte somit hilfreich sein, diese „männlichen Bewältigungsstrategien“ den Truppenärzten und Personen in Schlüsselpositionen (militärische Vorgesetzte, Truppenpsychologen, Seelsorger) bewusster zu machen, so dass Zeichen wie eine übermäßige Mehrarbeit, ein vermehrter Alkoholkonsum oder Probleme in der Emotionsregulation eine depressive Symptomatik verdecken können und das eben solchen Soldaten niederschwellige, angemessene Hilfsangebote unterbreitet werden sollten.

Abgrenzung Prävention und Krisenintervention

Doch wie grenzt sich der Begriff der Suizidprävention von dem der Krisenintervention bei Suizidalität ab? Grundsätzlich haben beide Aspekte eine große Schnittmenge, greifen jedoch zu unterschiedlichen Zeiten in das Phänomen der Suizidalität ein. Unter Suizidprävention wird hier vor allem medizinisches bzw. notfallpsychiatrisches oder psychotherapeutisches Handeln subsumiert. Der Begriff Krisenintervention kommt eher aus dem psychosozialen Beratungsumfeld (Woltersdorf

& Etzersdorfer, 2011), dabei geht es um die Überwindung von krisenhaften Zuständen (z.B. nach Trennung, Erkrankung, Arbeitsverlust) durch supportive Beratung zur Abwendung von suizidalem Verhalten. Die Krisenintervention sollte somit früher stattfinden.

In Deutschland wird der Fokus beim Thema Suizidprävention vor allem auf beeinflussbare Faktoren gelegt. Mögliche Themenschwerpunkte wären beim Bundeswehrpersonal zum Beispiel der Zugang zu Suizidmethoden (z.B. durch eine Beschränkung des Zugangs zu Waffen), die Behandlung psychischer Störungen und körperlicher Krankheiten, eine Vermeidung sozialer Isolation und die Lebenszufriedenheit (Bertolote et al., 2004).

Bei der Sekundärprävention stehen die Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in eine Suizidabsicht bzw. suizidale Handlung im Mittelpunkt. Durch Suizidprävention soll vor allem ein Zeitgewinn für eine optimale Therapie und Fürsorge gelingen, aktueller Leidensdruck, Handlungsdruck und Hoffnungslosigkeit gemindert werden. Ziel ist damit, dass der Betroffene eine suizidale Handlung möglichst nicht durchführt.

Präventionsprogramme scheinen gerade dann besonders wirksam zu sein, wenn diese auf mehreren Ebenen durchgeführt werden. Einige Autoren sehen dabei bei der Primärprävention (vor der Entwicklung von suizidalen Ideationen) sogenannte „Awareness“-Kampagnen zum Abbau von Stigmatisierungserleben und Darstellung von den Therapiemöglichkeiten von psychischen Erkrankungen, Schulungen von allgemeinmedizinisch, hausärztlichem Personal, Ansprache von „Gatekeepern“.

Auch um Suizidideationen zu begegnen, sollten diese früh identifiziert werden. Hier ist in der Bundeswehr die Zusammenarbeit des psychosozialen Netzwerkes eine besondere Stärke, die dementsprechend eine Behandlungssituation nach sich ziehen könnte. Auf dieser Ebene sind Vorstellungen bei einem psychiatrischen

Facharzt zur Einleitung einer Pharmakotherapie mit einer ambulanten, ggf. stationären Behandlung sicherlich indiziert. Die Einleitung von psychotherapeutischen Sitzungen wäre eine mögliche Behandlungsoption. Damit könnte auch die bei Suizidideationen begleitend erkennbare Hoffnungslosigkeit und mögliche Impulsivität positiv beeinflusst werden. Bei Suizidideationen sollte der Zugang zu letalen Methoden (wie Schusswaffen, Medikamente) restriktiv gehandhabt werden.

Besondere Beachtung sollte die Nachsorge nach einem Suizidversuch finden, da gerade danach ein erheblich höheres Risiko für eine zweite Handlung vorliegt. Auch nach stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen ist das Risiko auch in militärischen Stichproben erheblich erhöht (Willmund et al., 2018), so dass hier eine besondere regelmäßige Vorstellung beim truppenärztlichen Dienst sinnvoll wäre.

Gerade in den vergangenen Jahren mehrten sich Medienmeldungen zu regionalen Häufungen von Suiziden („Cluster-Suizide“) in Bundeswehreinrichtungen. Die mediale Fokussierung wird mit dem sogenannten „Werther“-Effekt, also Nachahmer-Taten, durchaus kritisch diskutiert. Dagegen bietet mediale Fokussierung aber auch mit „Awareness“ und Abbau von Stigmatisierung die Möglichkeit, Suizide zu verhindern („Papageno“-Effekt) (Acosta et al., 2019). Die Kommunikation und die Art des Themas sind dabei sehr entscheidend. Gut nachvollziehbar war der „Werther“-Effekt z.B. in den Folgejahren nach einem Suizid eines bekannten Fußballprofis in der deutschen Suizidstatistik, da ein signifikanter Anstieg der damals vielfach thematisierten Suizidmethode nachzuweisen war, der anders nicht erklärbar schien. Auch in Militärliegenschaften können Suizide in Folge auftreten. In den Standorten sollte demnach eine sehr bedachte Kommunikation nach innen und außen erfolgen. Wenn eine Soldatin oder ein Soldat verstirbt, sollte die eigentliche Ursache nicht in

den Mittelpunkt gestellt werden. Auch ist davon abzuraten, dass explizit die Methoden, wie ein Tod willentlich herbeigeführt worden ist, Dritten wie auch immer bekannt gemacht werden. Nachweislich senkt eine fehlgeleitete Kommunikation bei anderen mit vagen Suizidideationen konfrontierten, unter Perspektivlosigkeit leidenden Menschen die natürliche Schwelle, suizidale Handlungen auszuführen. Nach einem Suizid in einem Standort können sich Führungskräfte aber auch durch die unterschiedlichen Dienstleister des psychosozialen Netzwerkes beraten lassen.

Insgesamt kann auf niedrigschwellige Angebote wie den Krisendienst und der bundeswehreigenen PTBS-Hotline aufmerksam gemacht werden.

Zusammengefasst müssen also mehrere Ebenen in der Suizidprävention angesprochen werden. Primär kann der Zugang zu suizidalen Methoden, nicht nur im Hinblick von Gebrauch von Waffen und Munition, sondern auch Medikamenten, restriktiver gehandhabt werden.

Viele Ansätze dienen auch der Aufklärung des Personals, um eine Enttabuisierung und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen zu erreichen.

Die Fortbildung der Erstversorger, also vor allem der allgemeinmedizinisch tätigen Truppenärzte und im Zivilen der Hausärzte, ist in vielen Programmen ein wesentliches Modul, um Versorgungslücken zu schließen. Ein Fokus soll hier Pharmakotherapie von Patienten mit affektiven Störungen sein, aber auch engmaschige Kontrolle von Patienten nach einer stationären psychiatrischen Behandlung, da sich in Studien gerade hier ein erhöhtes Risiko zeigte (Haglund et al., 2019). Primärversorger sollten in der Lage sein, Krisen zu erkennen und diesen mittels Kriseninterventionen zu begegnen. Ergänzend sollten maßgeschneiderte Strategien für identifizierte Risikogruppen etabliert werden. Hier seien z.B. Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung bzw. nach Entlassung, Patienten nach einem

Suizidversuch, Patienten mit bestimmten psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression, bipolarer affektiver Störung, emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung zu nennen. Auch bei älteren männlichen Patienten konnte in Studien wiederholt ein erhöhtes Suizidrisiko nachgewiesen werden, insbesondere so diese zusätzlich z.B. unter chronischen Schmerzzuständen leiden oder erhebliche psychosoziale Stressoren im Umfeld (Disziplinar- oder Strafverfahren, Trennungen, Verlust von wichtigsten Bezugspersonen) aufweisen (Conejero et al., 2018).

In Zusammenarbeit mit der "European Alliance Against Depression" sowie der „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“ wird ein großes, nachhaltiges Suizidpräventionsprogramm erarbeitet. Hierzu soll eine adaptierte Form des gut untersuchten und wiederholt evaluierten 4-Level Präventionsprogramms in der Bundeswehr etabliert werden (Hegerl et al., 2006, 2009). Dieses Programm ist im Jahr 2020 gestartet, erste Interventionen werden 2021 in ausgewählten Großstandorten beginnen.

Ein Schwerpunkt liegt auf der gezielten state-of-the-art-Fortbildung des truppenärztlichen Dienstes der Sanitätsversorgungszentren, um Zeichen psychischer Beschwerden noch sicherer einordnen zu können, aber auch sicherer im Umgang mit psychiatrischen Patienten zu werden und Einsicht in die therapeutischen Optionen und Behandlungspfade zu bekommen. Es konnte gezeigt werden, dass das Wissen und die persönliche Einstellung des medizinischen Personals zu psychiatrischen Krankheitsbildern die Qualität der Patientenversorgung in diesem Bereich ganz entscheidend mit beeinflussen (Ramberg et al., 2016). Zusätzlich ist ein telemedizinischer psychiatrischer Konsildienst geplant, welcher durch die Truppenärzte unkompliziert hinzugezogen werden kann. Ergänzt werden sollen diese Neuerungen durch niederschwellige Online-Angebote, die dem Selbstmanagement dienen sollen. Neben

bereits existierenden Mobiltelefon-Applikationen wie „iFightDepression oder der „GET UP!“-App soll auch die App der Bundeswehr „CoachPTBS“ derartige Angebote anbieten, die auch mit der Neuentwicklung der „CoachPTBS“-App nochmals ab 2021 erweitert werden sollen.

Daneben sollen öffentlich wirksame Kampagnen erarbeitet werden, die Mitarbeiter der Bundeswehr über die Symptome und auch die Behandlungsmöglichkeiten von (vor allem) depressiven Krankheitsbildern informieren sollen. Grundaussagen sind dabei unter anderem, dass psychische Erkrankungen jeden treffen können und auch sehr belastend sein können, dass diese jedoch gerade in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt mit einem exzellenten Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe gut behandelbar sind. Hierdurch soll zum einen die Stigmatisierung solcher Erkrankungen reduziert werden. Es soll aber auch das Bewusstsein geschaffen werden, dass effektive Behandlungsmöglichkeiten im Falle von depressiven Symptomen zur Verfügung stehen.

Dritter Schwerpunkt des Programms ist das spezielle Training von Personal in Schlüsselfunktionen. Zudem sollen auch die anderen Komponenten des psychosozialen Netzwerkes (Truppenpsychologen, Militärseelsorger) aber auch militärisches Führungspersonal gezielt geschult werden. Hierdurch soll gewährleistet sein, dass betroffene Soldaten handlungssicher den Hilfsstrukturen zugeführt werden können.

Abschließend sollen mit dem vierten Schwerpunkt die Angebote für betroffene Soldaten, bei denen sich bereits Zeichen für eine suizidale Krise finden (Lebensüberdrußgedanken oder Suizidgedanken, Zustand nach Suizidversuch) optimiert werden. So soll es die Möglichkeit für akute Interventionen im Falle einer Krise geben. Zudem soll die Nachbetreuung u.a. durch Nutzung von digitalen Instrumenten noch engmaschi-

ger gestaltet werden. Neben den betroffenen Soldaten sollen auch die Einheiten in der Nachbereitung mit dem betroffenen Truppenteil unterstützt werden, um hierdurch das Risiko für Nachahmungstaten zu reduzieren und im Idealfall sogar durch den „Papageno-Effekt“ das Risiko für Suizide zu reduzieren (Acosta et al., 2019). Die teils fatalen Folgen für den Zusammenhalt im militärischen Team sollen hierdurch gemildert werden, um die Einsatzfähigkeit der Truppe zu erhalten.

Krisenintervention bei Suizidalität im Behandlungsalltag

Eine wertschätzende, angemessene Kommunikation über suizidale Ideationen und Handlungsimpulse stellt häufig eine große Hürde dar. Die Inhalte sind nicht selten auch für die Professionellen belastend. Es kann auch zu Vorbehalten kommen, durch „falsche“ Fragen in einen Handlungs- und Verantwortungszwang zu kommen. Auch die teils limitierte Zeit und Arbeitsdichte der Professionellen kann hinderlich sein, die Exploration in ausreichender Tiefe durchzuführen, um die Umstände erkennen zu können, die zur Suizidalität geführt haben können.

Eine schnelle Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten und eine positive Sicht („Jetzt wollen wir mal nicht den Kopf in den Sand stecken, sondern freundlich und optimistisch nach vorne schauen.“) kann die Kontaktaufnahme zu den Betroffenen erschweren, da sich die Betroffenen unverstanden fühlen können und dies zu einem Rückzug und Vermeidung des Kontaktes führen kann. Nicht selten werden Lebensüberdrussgedanken oder suizidale Ideen fast beiläufig benannt. Dabei wird empfohlen, dies empathisch zu hinterfragen. Erstversorgende können jedoch auch Aggressionen (u.a. Beleidigungen) der suizidalen Betroffenen ausgesetzt sein, die möglichst nicht persönlich genommen werden sollten, um emotional gefärbte Reaktionen (z.B. Ableh-

nung, Abstrafung) durch das Personal zu vermeiden. Auch sollte möglichen berichteten Trennungängsten (Therapeutenwechsel, Urlaub, Entlassung) empathisch und lösungsorientiert begegnet werden.

Krisenintervention im Alltag

In erster Linie sind für eine möglichst erfolgreiche Krisenintervention Raum und Zeit notwendig, die Gesprächsatmosphäre sollte abgeschieden und ruhig sein, um auch intime Inhalte besprechen zu können. Suizidalität sollte offen und direkt angesprochen werden. Inhalte der Suizidgedanken, Absichten und Pläne, Intensität und Schwankungen sollten dabei genau erfragt werden. In diesen Gesprächen sollte möglichst ein empathisches Verständnis und eine wertschätzende Haltung durch die Erstversorger gewahrt werden. Bindungen und Haltepunkte im Leben und Alltag der Patienten können Hinweise geben, ob enge Bezugspersonen einbezogen werden können und wie die soziale Situation der Betroffenen generell einzuschätzen ist. Die Betroffenen sollten über alle diagnostischen und therapeutischen Schritte informiert werden. Es kann hierbei von Vorteil sein, auf die Betroffenen möglichst wenig Druck auszuüben, sondern diese in die Planungen mit einzubeziehen. Rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. §34 StGB, PsychKG der Länder) sollten den Betroffenen transparent dargestellt werden.

Den Erstversorgenden sollte es möglich sein, die psychopathologische Situation zu erfassen, im Hinblick möglicher **risiko-erhöhenden Faktoren** zu werten und in die therapeutischen Überlegungen einzubeziehen. Gerade schwere depressive Zustände mit ausgeprägter herabgesetzter Stimmungslage, Freud- und Lustlosigkeit, tiefster Hoffnungslosigkeit sowie erheblichen Antriebseinschränkungen gehen häufig mit Suizidideationen einher. Wahnhaltigkeiten mit hoher Wahndynamik (hoher affektiver Beteiligung) und/oder Halluzinationen

(vor allem imperative Stimmen, die zur Selbsttötung auffordern) können das Risiko für einen Suizid erhöhen. Unruhezustände und eine erhöhte Psychomotorik im Sinne einer äußeren Unruhe sollten die professionelle Aufmerksamkeit binden. Ein Drogenscreening sollte, so möglich, durchgeführt werden.

Im Suizidregister der Bundeswehr schienen hier vor allem Beziehungskrisen und Partnerverlust gerade bei Betroffenen über 45 Jahren eine wesentliche Grundlage zu sein. Bekannte Impulskontrollstörungen oder gar Suizidversuche in der Anamnese gehen ebenfalls mit einem höheren Risiko einher. Auch können schwere körperliche Erkrankungen zum Umgehen eines befürchteten qualvollen Todes in einem Suizid münden.

An protektiven Faktoren werden das Vorhandensein von Kindern, eine Schwangerschaft und positiv bewertete soziale Bindungen beschrieben. Auch das Leben in einem religiösen Verbund (der als positiv bewertet wird) zeigte einen protektiven Effekt.

Es empfiehlt sich insgesamt ein patientenorientiertes Abwägen in Zusammenschau der Risikofaktoren und der protektiven Faktoren, um letztendlich Entschlüsse für die Behandlungssituation zu entwickeln. Abschließend muss jedoch leider gesagt werden, dass es bis heute noch keine validen Testmöglichkeiten für die Prädiktion eines (erneuten) Suizides gibt und unter Einbezug sämtlicher Informationen der Beschluss stets nur als eine Annäherung an die Situation verstanden werden kann.

Gestalten von Kriseninterventionen beim ersten Kontakt

In der Tat kann der erste Kontakt zu den Betroffenen sich schwierig gestalten. Primäre Aufgabe ist es zunächst, die Situation, die zu suizidalen Ideationen führen, zu erfassen und zu verstehen. Dabei kann es sinnvoll sein, die Suizidalität in den Kontext der Ereignis-

nisse zu stellen und diese auch als verständliche Folge anzunehmen.

In der Krisenintervention sollen die Betroffenen ihre Lage ausdrücken können, ohne Ängste haben zu müssen, die schwer aushaltbaren Gefühle wie Trauer, Wut, Aggression, Schmerz oder auch Schuld alleine ertragen und für sich behalten zu müssen. Die Helfenden fungieren hier als „Container“ dieser Gefühle. Das Containment ist eine gängige Methode unter anderem bei Kriseninterventionen mit Betroffenen.

In einem nächsten Schritt vermitteln die Helfenden aber auch ihre Sicht auf die Realität im Sinne eines Realitätsabgleichs. Die Helfenden können dabei aber auch die hoffnungsvolle Perspektive der zunächst akzeptierten Hoffnungslosigkeit, die die Betroffenen einzig spüren, gegenüberstellen. Die Helfenden übernehmen damit Aufgaben, die die Betroffenen in der Krisensituation nicht ausführen können („Hilfs-Ich“). Wichtig ist bei alledem, dass suizidale Ideationen auch im Hinblick des Handlungsdrucks erfasst werden. Suizidale Inhalte müssen demnach direkt und offen angesprochen werden.

Auch im Hinblick auf die gute Verfügbarkeit von professionellen Helfern bei der Bundeswehr (z.B. im psychosozialen Netzwerk) sollten diese in Rücksprache mit den Betroffenen ebenfalls kontaktiert werden. Ziel ist es, neben der professionell gestalteten, dienstlichen sozialen Unterstützung auch möglichst Angehörige des Umfeldes zu informieren und in die Bewältigung der Krisensituation einzubeziehen.

Grundsätzlich sind die Betroffenen ernst zu nehmen. Geäußerte Wünsche der Entlastung sollte im Sinne von kürzeren Krankschreibungen, Ordinierung von Medikamenten und Klinikeinweisungen Rechnung getragen werden. Die Helfenden sollten dabei jedoch destruktiv-dysfunktionale „Entlastungen“ durch Nutzung von Alkohol, Suchtstoffen oder Isolation und Rückzug transparent ansprechen und entgegenreten.

Auch professionell Helfende äußern gelegentlich Vorbehalte, wie Suizidalität angesprochen werden soll, was meist auf interne Schutzmechanismen der eigenen Psyche zurückzuführen ist, und dazu dient, Distanz zu diesem schwierigen Thema zu schaffen. Helfende sollten sich diesen Vorbehalten im Umgang von suizidalen Betroffenen bewusst sein, um diese Anteile nicht in die Interaktion mit den Betroffenen einzubringen. Es sollte nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt werden.

Tipp für die truppenärztliche Praxis:

Der Sanitätsdienst veranlasste über ein Forschungsprojekt mit der LMU München, der TU Dresden und dem PTZ die Entwicklung eines militärspezifisch adaptierten Screeninginstruments für suizidales Verhalten, das über das Psychotraumazentrum der Bundeswehr schon jetzt angefordert werden kann. Dieses soll vor allem dem truppenärztlichen Dienst mehr Handlungssicherheit geben, um früher adäquate helfende Maßnahmen zu treffen.

Für weitere Informationen:

Email: suizidprävention@ptzbow.org

Tel.: 030-2841-1691.

16. BURNOUT

Volker Eisenlohr

Der Begriff Burn-out (englisch: to burn out = ausbrennen) wurde erstmals 1974 von dem New Yorker Arzt und Psychoanalytiker Herbert Freudenberger aus der Innensicht eines selbst vor dem Ausbrennen stehenden Betroffenen beschrieben (Linneweh, Heufelder & Flasnoecker, 2010). Es handelt sich um ein von der Schulmedizin bis heute nicht als eigenständig anerkanntes Krankheitsbild. In der ICD 10 wird es unter Z 73.0 subsumiert.

Definition

Eine allgemein akzeptierte Definition fehlt, was zur Folge hat, dass Burnout beinahe alles und damit nichts sein kann (Burisch, 2006). Die Spannweite der Diskussion reicht von der völligen Negierung der Relevanz des Burnout bis hin zur Warnung vor einer tickenden, bisher übersehenen Zeitbombe (Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout vom 07.03.2012, S.1). Im Zusammenhang eines verbalen Definitionsversuches zitiert Burisch (2006) u. a. die Psychologen Schaufeli und Enzmann; danach handele es sich beim Burnout um einen dauerhaften, negativen, arbeitsbezogenen Seelenzustand normaler Individuen. Er sei in erster Linie von (körperlicher, emotionaler, geistiger und sozialer) Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickle sich nach und nach und könne vom Betroffenen lange unbemerkt bleiben.

Linneweh et al. (2010) weisen auf die primär fehlenden körperlichen Ursachen hin und dass das „Ausbrennen“

die Betroffenen in einer ständig schneller werdenden Abwärtsspirale gefangen hält.

Exkurs:

„Bore-out“ (englisch: to bore: langweilen) bezeichnet eine Form des Ausbrennens aufgrund andauernder Unterforderung. Dies betrifft Menschen, die mehr leisten könnten, als von ihnen gefordert wird, die sich an ihrem Arbeitsplatz keinen Herausforderungen mehr stellen müssen oder den Vorgesetzten und Kollegen gegenüber so tun, als hätten sie viel zu erledigen, obwohl keine Aufgaben anstehen.

Da verbale Definitionen nur beschränkt weiterhelfen, wird versucht, sich dem Phänomen Burnout auch über seine Ursachen, Symptome und Verlaufsstadien zu nähern.

Burnout - Symptomatik und Verlaufsstadien

Das Symptombild zeigt trotz seiner Vielschichtigkeit in unterschiedlichsten Studien eine überraschende Vergleichbarkeit (Burisch, 2006). Burisch (2006) unterteilt den Krankheitsverlauf und die damit einhergehenden Symptome in sieben (weiter untergliederte) Oberkategorien:

1. Warnsymptome der Anfangsphase
 - überhöhter Energieeinsatz (freiwillige Mehrarbeit, Gefühl der Unentbehrlichkeit bzw. keine Zeit mehr zu haben, Beschränkung sozialer Kontakte etc.)
 - Erschöpfung (Energimangel, nicht abschalten können etc.)
2. Reduziertes Engagement
 - für Patienten, Klienten etc. (innere Distanz, Ver-

schiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung, Dehumanisierung u.v.m.)

- für andere allgemein (Unfähigkeit u. geben, Verlust von Empathie, Kälte, Zynismus)
- für die Arbeit (Desillusionierung, negative Einstellung, Widerwillen, Tagträume, Fehlzeiten u. a.)
- erhöhte Ansprüche (Gefühl mangelnder Anerkennung, ausgebeutet zu werden, Eifersucht, Probleme mit Familie/eigenen Kindern, Konzentration auf eigene Ansprüche)

Der idealistischen Überhöhung der Arbeit (speziell der Arbeit mit und für den Menschen) folgt ein emotionaler, kognitiver und verhaltensmäßiger Rückzug von Mensch und Arbeit. Aus Begeisterung wird Überdruß, der sich auf weitere Lebensbereiche generalisieren kann. Besonders Menschen im öffentlichen Dienst entwickeln oft eine Art Doppelleben (Burisch, 2006); nach „innerlicher Kündigung“ im Arbeitsalltag blühen sie erst am Feierabend in Hobby und Verein auf („Chrysalis“-Effekt, der Schmetterling, der sich aus dem Kokon befreit)

3. emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung

- Depression (Schuld- und Insuffizienzgefühle, Selbstmitleid, Bitterkeit, Leere und unbestimmte Ängste, Hilflosigkeit- und Ohnmachtsgefühle)
- Aggression (Schuldzuweisungen, Vorwürfe, Intoleranz, Reizbarkeit, Negativismus)

Die Desillusionierung, die mit der Aufgabe zentraler Ziele und Befriedigungsquellen einhergeht, erfordert im Grunde Trauerarbeit. Beim Burnout schreibt der Betroffene die Schuld für den unbefriedigenden Zustand demgegenüber sich selbst oder der Umwelt zu. Im ersten Fall werden - so wird vermutet - Stimmungslage, Einstellungen, Lebenssicht und Verhalten eher depressiv-ängstlich, im zweiten Fall eher aggressiv-gereizt-paranoid getönt.

Mit der depressiven Reaktionsweise gehen Hilfflosig-

keit, eine Erniedrigung des Selbstwertgefühls, eventuell drückende Schuldgefühle bis hin zur Frage der Existenzberechtigung einher; der Aggressive entwickelt nörgelnd, zynisch und pessimistisch eher eine chronisch gereizte Stimmung mit Wutausbrüchen gegenüber Dritten.

4. Abbau

- der kognitiven Leistungsfähigkeit (Konzentration und Gedächtnis, Desorganisation, Entscheidungsunfähigkeit)
- der Motivation (Dienst nach Vorschrift, verringerte Initiative/Produktivität)
- der Kreativität (verringerte Fantasie/Flexibilität)
- Entdifferenzierung (Schwarz-Weiß-Denken, Widerstand gegen Veränderungen aller Art)

Prototypisch verweist Burisch (2006) hier auf Maslachs „kleinkarierten Bürokraten“ oder den „alten Hasen“, der zu jedem Änderungsvorschlag sagte: „Das haben wir noch nie so gemacht./Da könnte ja jeder kommen./Das haben wir schon immer so gemacht./Wo kämen wir denn da hin?“

5. Verflachung

- des emotionalen Lebens (Gleichgültigkeit)
- des sozialen Lebens (weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an Einzelne, Meidung informeller Kontakte, Eigenbrötleien, Einsamkeit)
- des geistigen Lebens (Aufgeben von Hobbys, Desinteresse, Langeweile)
- Wer sich dem anderen gegenüber durchgehend gleichgültig und desinteressiert zeigt, gerät auch seltener in Situationen, die Reaktionen erfordern. Freunde ziehen sich zurück, was alles noch ausichtsloser macht.



Abbildung 5.1: DGPPN-Konzept zum Übergang von Arbeitsbelastung zur Krankheit (Quelle: DGPPN Positionspapier zum Thema Burnout)

6. Psychosomatische Reaktionen
 zunehmende Häufigkeit von Infektionskrankheiten, Schlafstörungen, Kreislauf- und Verdauungsbeschwerden, Verspannungen, zunehmender Kohlenhydrat-hunger mit Gewichtszunahme etc. Im weiteren Verlauf gegebenenfalls Auftreten etwa von koronaren Herzerkrankungen oder Geschwüren des Magen-Darm-Trakt. Der Verbrauch von Nikotin, Alkohol und anderen Drogen steigt.

7. Verzweiflung

Das temporäre Gefühl der Hilflosigkeit hat sich zu einem chronischen Gefühl der Hoffnungslosigkeit verdichtet. Das Leben hat seinen Sinn verloren. Selbstmordgedanken tauchen auf.

In der Regel dauert es mehrere Jahre, bis die anhaltende psychophysische Überforderung zur völligen Erschöpfung

führt. Das „Ausbrennen“ ist als ein individueller, kontinuierlich verlaufender Prozess zu verstehen, so dass jeder Stadieneinteilung etwas Willkürliches anhaftet; vielmehr überlappen und vermischen sich einzelne Phasen, von denen nicht jede zwingend oder in der vorbeschriebenen Reihenfolge auftreten muss. Durch innere oder äußere Veränderungen (z. B. Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel) kann der Prozess auch zu jedem Zeitpunkt gestoppt werden.

Ursachen

Die bis heute vorliegenden Erklärungsversuche sind - verglichen mit Symptom- und Verlaufsbeschreibung - am unzulänglichsten. Als auslösende Momente eines Burnouts wären beispielhaft zu nennen:

1. Lauderdales (Burisch, 2006) Postulat eines Auseinanderklaffen der Erwartungen, die ein Individuum

- an eine gewisse Rolle geknüpft hat und den realen Erfahrung mit der Einnahme der Rolle (etwa, weil sich Hoffnungen und Träume nicht erfüllen, unvorhergesehene Veränderungen der Umwelt die Zielerreichung blockieren oder ein rascher Wertewandel die Rolle entwertet)
2. auch Freudenberg (Burisch, 2006) sieht die Diskrepanz von Erwartung und Realität als auslösendes Moment; hier allerdings, weil die i.d.R. auf immaterielle Belohnung (Anerkennung, Dankbarkeit) ausgerichteten Erwartungen nicht erfüllt werden. Gründe hierfür sind u. a., dass die Ziele unrealistisch hochgesteckt waren oder die Belohnungserwartung unrealistisch war. Dahinter steht möglicherweise eine narzisstische (Helfer)Persönlichkeit.
 3. Maslach (Burisch, 2006) erkennt im Burnout Anzeichen einer schweren Funktionsstörung innerhalb einer Organisation (und der damit einhergehenden Arbeitsumstände), nicht im Individuum. Als die sechs verursachenden Faktoren werden benannt: Arbeitsüberlastung/ Mangel an Kontrolle/ungenügende Belohnung / Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls / mangelnde Gerechtigkeit / Wertkonflikte
 4. nach Aronson, Pines und Kafry (Litzcke & Schuh, 2010) würden häufiger Menschen, die in ihren Beziehungen die Gebenden seien, ausbrennen. Burnout sei eine Erschöpfung durch chronischen emotionalen Stress. Kernursachen seien: Überbelastung / Autonomiemangel (besonders belastend, wenn durch häufige Vorschriftenänderungen oder kurzfristige und schlecht geplante organisatorische Umstellungen verursacht) / Mangel an Belohnungen / unklare Ziele / fehlende Zeitouveränität / ungenügende Kommunikation (alles typische Probleme von Großorganisationen)
 5. Cherniss (Litzcke & Schuh, 2010) definiert Burnout unter Bezug auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus als einen Prozess, in dessen Verlauf die Auftretenswahrscheinlichkeit mit der Stärke und Dauerhaftigkeit von Stress sowie mit der Hilflosigkeit der betroffenen Person, eine unbefriedigende Situation zu ändern, zunehme. Unter Bezug auf Demerouti fassen Litzcke und Schuh (2010) folgende Gemeinsamkeiten der verschiedenen Burnout-Definitionen zusammen:
 - hohe Motivation zu Berufsbeginn
 - Frustration, weil Erwartungen und Ziele nicht erreicht werden; daraus resultiert Enttäuschung, die durch „Depersonalisierung“ (Zynismus) verarbeitet wird
 - ungünstige Arbeitsumgebung, d.h. hohe oder widersprüchliche Anforderungen bei nicht ausreichenden Ressourcen
 - ineffektive Bewältigungsstile des Betroffenen
 - Burnout ist ein Prozess, der sich nach langer und erfolgloser Auseinandersetzung einer Person mit ihrer Arbeit ergibt

Wie entsteht Burnout?

Burisch (2006) richtet seinen Augenmerk u. a. insbesondere auf die Stressforschung, auf Untersuchungen von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Frustration, auf den Begriff der Arbeitszufriedenheit und Theorien zum subjektiven Wohlbefinden.

1. So zeigen sich die körperlichen Anzeichen des Burnout-Syndrom als Folge einer chronischer Stressbelastungen durch kumulative oder additive Stressoren identisch mit dem Allgemeinen Anpassungssyndrom Selyes mit seinen drei Stadien Alarm-, Widerstands- und Erschöpfungsphase (siehe auch unter „Stress“ in diesem Buch). Nach Selye

- verbraucht jede Stressreaktion „Anpassungsenergie“, die in genügend langen Ruhepausen wieder aufgebaut werden muss; sind sie zu kurz oder zu selten, entsteht ein Defizit, die Ressourcen erschöpfen.
2. Neben dieser physiologischen Sichtweise zeigt die psychologische Stressforschung, dass, wie beim Stress, auch beim Burnout festzustellen ist, dass verschiedene Menschen unter gleichen äußeren Umständen unterschiedlich reagieren. Das bedeutet, dass auch für die Entstehung des Burnouts das subjektive Erleben eine zentrale Rolle spielt (vergleiche hierzu das Stressmodell von Lazarus im Kapitel „Stress“). Werden Stressoren zu oft oder zu intensiv als Bedrohung erlebt oder werden wichtige Bedürfnisse dauerhaft nicht befriedigt entsteht Dauerstress; das Scheitern des Versuchs, solchem Dauerstress zu bewältigen, kann zum Burnout führen.
 3. Der Organisationsstress ist als Stress am Arbeitsplatz zu verstehen. Für die Entstehung des Burnouts tragen hier insbesondere Rollenkonflikte bei, wie sie entstehen, wenn an den Rollenträgern inkompatible Rollenerwartungen gestellt werden, aber auch quantitative oder qualitativ Rollenüberlastungen (etwa wenn Anforderungen nicht in der verfügbaren Zeit oder der verlangten Qualität erbracht werden können) oder wenn Rollenunklarheiten zum Beispiel bei fehlenden Informationen über Konsequenzen eigenen Handelns, Spielregeln der Umwelt oder über zu erwartende stressauslösende Anforderungen bestehen. Wie weit sie für den Einzelnen bedrohlich werden können, hängt (Burisch, 2006) auch von den Persönlichkeitsmerkmalen wie Ängstlichkeit, Extraversion, Rigidität, Leistungs- und Sicherheitsorientierung, Bedürfnis nach Klarheit etc. der Betroffenen ab.
 4. Ein Individuum, das in seiner Zielerreichung frustriert wird, entwickelt Ärger und (Auto) Aggressionen; wenn auch vermehrter Einsatz nichts fruchtet, kommt es zu subjektiver Hilflosigkeit mit Konsequenzen emotionaler Art (Angst, Ärger, Unlust, Erregung, später eventuell Depression), motivationaler Art (Apathie) und kognitiver Art (zum Beispiel in der Situationserfassung oder planerisch-konzeptionell). Lässt sich eine unkontrollierbare Situation nicht vermeiden, kann eine Art „emotionaler Totstellreflex“ als Schutz erlernt werden (Burisch, 2006).
 5. Bezüglich der beruflich bedingten Burnout-Prozesse vermutet Burisch (2006) eine Sequenz nicht nachhaltig erfolgreicher Coping-Versuche, die schließlich in eine fixierte und sich allmählich generalisierende Arbeitsunzufriedenheit münden, sofern sie nicht durch Arbeitsplatz- oder Berufswechsel abgebrochen werden. Eine berufliche Erwartungsenttäuschung hält er dabei für eine notwendige Burnout-Bedingung.
 6. Wie die Forschung zum subjektiven Wohlbefinden u. a. zeigt, setzen, wenn die Erreichbarkeit eines Zieles zunächst fraglich wird (Schwebezustand zwischen Hoffnung auf Erfolg und Furcht vor Misserfolg) und dann endgültig abgeschlossen werden muss, u. a. regressive Prozesse ein. Die Gedanken des „Ausbrenners“ kreisen um all das, was er nicht erreicht hat oder wieder nicht erreichen wird. Burnoutgefährdete Menschen generalisieren dabei deutlich leichter und lösen bei verlorengehender Kontrolle den inneren Alarm aus.
 7. Die DGPPN verweist auf arbeitsplatzbezogene, vorwiegend abhängig Beschäftigte betreffende Stressoren wie u. a. permanente Veränderungen und Neuanforderungen in der Arbeitswelt, die Glo-

balisierung mit immer breiteren und größeren Konkurrenzsituationen, computerbasiertes Controlling mit (z.T. automatisierter) externer Kontrolle durch Vorgesetzte oder dauernde Erreichbarkeit etwa durch Handys oder Mailkontakte, aber auch auf ein Ausuferm der Leistungsgesellschaft mit u. a. scheinbar unbegrenzten Aufstiegsmöglichkeiten, einer zwingenden Freiheit zur Maximierung der eignen Leistung und des erzielten Erfolges, einer Selbstausbeutung, wie sie besonders Kreative, Spitzensportler und Selbstständige bedrohe (S. 9f).

Wer erkrankt?

Nach Burisch (2006) sind mittlerweile bei rund 60 Berufs- und Personengruppen Burnout Symptome beschrieben worden. Hierzu zählen unter anderem:

- Dienstleistungs- und Beratungsberufe (u. a. Apotheker, Bestatter, Anwälte)
- Hoheitsdienste (zum Beispiel Gefängnispersonal, Polizisten, Richter, Fluglotsen)
- Berufe aus dem medizinischen und Pflegebereich
- Seelsorge und Sozialarbeiter
- Lehrer und andere Unterrichtende
- Medienberufe, Berufe aus Verwaltung und Wirtschaft
- aber auch Arbeitslose, Studenten, Sportler

Vornehmlich handelt es sich um Berufe oder Rollen, von denen nicht nur Hilfe im technischen Sinne, sondern auch emotionale Zuwendung (also Versorgen, Beraten, Anleiten, Heilen und Schützen) erwartet wird.

Disponierende Persönlichkeitsmerkmale

Die Persönlichkeit des „Ausbrenners“ gibt es wahrscheinlich nicht. In der Literatur (Burisch, 2006; Litzcke & Schuh, 2010) werden allerdings bestimmte Charakteristika diskutiert:

1. Neurotizismus (Ängstlichkeit, mangelnde Selbst-

achtung, Neigung zu Irritation, Sorgen und Depressionen)

2. geringe Selbstwirksamkeitserwartung mit starkem Bedürfnis nach und Abhängigkeit von äußerer Belohnung
3. hochgradiges Bedürfnis nach Erfolg
4. Ungeduld und stärkere Leistungsbeeinträchtigungen unter quantitativer Arbeitsüberlastung
5. Helfersyndrom mit kaum stillbarem Bedürfnis nach Zuwendung
6. Wer sein Schicksal von außen bestimmt erlebt, besitzt geringere Stresstoleranz als jener, der sich Erfolg und Misserfolg selbst zuschreibt.
7. Perfektionismus und mangelnde Distanzierungsfähigkeit
8. Geringe Leistungsfähigkeit und schlechte Ausbildung (Risiko, auch bei einfachen Aufgaben zu scheitern)
9. Unfähigkeit, Erwartungen und Ansprüche den tatsächlichen Möglichkeiten anzupassen (ignorieren eigener Belastungsgrenzen, überhöhte Leistungsanforderungen an sich selbst)

Demographische Effekte wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstand sind uneindeutig. Burnout soll unter Ledigen und unter Jüngeren häufiger auftreten (evtl. Selektionseffekt, da ausgebrannte Mitarbeiter schon früher gekündigt haben). Präzise Häufigkeitsangaben gibt es dem Positionspapier der DGPPN zum Burnout folgend – auch unter Berücksichtigung einer unwissenschaftlichen Datenerhebung - offensichtlich nicht (S. 7f), doch würden Veröffentlichungen der Krankenkassen aus Routinedaten für eine hohe Relevanz des Problems „Burnout“ sprechen. Nach einer finnischen Befragung würden 25 % der Erwachsenen an milden, 3 % an ernsthaften Burnout-Beschwerden leiden.

Diagnostik

1. Detaillierte Anamneseerhebung: eine gründliche Analyse der Situation dient als Ausgangspunkt späterer Interventionen (Burisch, 2006, S. 286):
 - Welche Umweltbedingungen sind ausschlaggebend?
 - Welche Bedürfnisse und Ziele des Betroffenen werden frustriert?
 - Welche Fähigkeiten sind unterentwickelt?
 - Welche normativen Vorstellungen sind eventuell unrealistisch?
 - Welche Glaubenssätze und Denkmuster sind dysfunktional?
 - Welche Informationen fehlen?
 - Wie lässt sich Autonomie wiedergewinnen?
2. Klinischer Befund
3. Psychologische Messinstrumente, zum Beispiel den MBI= Maslach-Burnout-Inventory (Litzcke & Schuh, 2010) mit seinen drei Subdimensionen:
 - emotionale Erschöpfung / rasche Ermüdung (umfasst als basale Dimension das Gefühl der Überforderung und des Ausgelaugtseins bezüglich der eigenen psychischen und körperlichen Reserven, DGPPN S. 2)
 - Depersonalisierung (worunter Maslach Zynismus versteht)/gleichgültige und distanzierte Einstellung zur Arbeit, im sozialen Kontakt (aus einem idealisierten, mit positiven Erwartungen begonnen Verhältnis zur Arbeit entwickeln sich u. a. Schuldzuweisung für eine verändert erlebte Arbeitswelt und Verbitterung gegenüber den Arbeitsbedingungen, DGPPN, S. 3)
 - reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit im Beruf/Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung (auch mit Verlust von Kompetenz und Kreativität

u.a. durch Konzentrationsstörungen und Arbeitsunzufriedenheit, DGPPN S. 3)

Die Sozialpsychologin und bekannteste Burnout-Forscherin Christina Maslach entwickelte diesen 1981 erstmals veröffentlichten, nach ihr benannten Fragebogen, der heute in verschiedenen Versionen vorliegt und immer noch eine Art Monopolcharakter besitzt. Er spiegelt Maslachs Verständnis von Burnout wieder (Linneweh et al., 2010), wonach die Wahrscheinlichkeit des Ausbrennens besonders hoch ist, wenn hohes Engagement und hoher Leistungsanspruch auf Mangel an Feedback, schlechte Teamarbeit und administrative Zwänge im beruflichen Umfeld trifft.

Der MBI erlaubt nur eine Selbsteinschätzung, eine Tendenz, um Burnout festzustellen. Gemessen wird die Häufigkeit, mit der die angesprochenen Empfindungen im Erleben des Befragten auftreten; eine Messwertverteilung etwa in hoch, mittel oder niedrig erfolgt nicht. Der Anspruch diagnostischer Gültigkeit ergibt sich aus Sicht der DGPPN nicht (S.3), weshalb es danach gegenwärtig in ärztlichem Ermessen liegt, Burnout festzustellen und eine geeignete Therapie als indiziert zu erachten.

Als weiteres Messinstrument hat sich nach Burisch (2006) lediglich noch das deutlich seltener Anwendung findende „Tedium Measure“ (heute „Burnout Measure“) durchgesetzt.

Die DGPPN unterstreicht in ihrem Positionspapier zum Thema Burnout vom März 2012, dass Erschöpfungsgefühle und andere gesundheitlichen Burnout-Beschwerden, die zusammen mit einem Gefühl der Überforderung durch Arbeit auftreten, noch nicht das Vorliegen einer Krankheit nach ICD-10 bedeuten und, sofern sie ohne eine psychische Erkrankung nach ICD-10 auftreten, mit Z 73.0 zu codieren seien. Dabei könne Burnout aber einen Risikozustand für eine spätere psychische oder körperliche Erkrankung darstellen. Wenn angenommen

werde, dass die Arbeitsüberforderung im Sinne eines Burnout-Risikozustandes eine entscheidende Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen wie Depressionen, Alkoholmissbrauch, Angststörungen, chronisches Schmerzsyndrom, Tinnitus, Bluthochdruck oder chronische Infektionskrankheiten spiele, sollten diese Erkrankungen zuerst mit der entsprechenden ICD-10-Krankheits-verschlüsselung und dann zusätzlich mit der ICD-10 Anhangsziffer Z 73.0 codiert werden.

Andererseits könnten Burnout-ähnliche Beschwerden Folge spezifischer Erkrankungen wie typischerweise Multiple Sklerose, Schilddrüsenerkrankungen, beginnende Demenz, Psychosen, Depressionen, chronische Insomnie, Schmerzsyndrome, Infektions- und Tumorerkrankungen sein, die das Gefühl von Überforderung, Insuffizienz und Erschöpfung am Arbeitsplatz zur Folge hätten und sonst gut bewältigbare Anforderungen zur Überlastung werden ließen. Eine erfolgreiche Therapie der Grunderkrankung werde i.d.R. ein solches sekundäres Burnout-Problem beheben (DGPPN S.5f).

Was ist Burnout nicht?

Burnout ist von einer Vielzahl psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen abzugrenzen, so u. a. von:

- Chronic Fatigue Syndrom (CFS): stellt ein unerklärliches, chronisches, mit starker Erschöpfung einhergehendes grippeähnliches Syndrom dar; wird im Gegensatz zum Burnout klinisch strenger definiert, wenn gleich seine Ursache weiter ungeklärt bleibt. Ein unmittelbarer Bezug zum Arbeitsleben besteht nicht, auch stehen biologische und physiologische Symptome weniger im Vordergrund.
- Neurasthenie: mit Klagen über vermehrte Müdigkeit nach geistiger Anstrengung bzw. dem Gefühl körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer

Anstrengung, begleitet von Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depressionen und Angstgefühlen kommt dieses Krankheitsbild zumindest immer dann, wenn es berufs- oder arbeitsbezogen ist, dem Bild des Burnout sehr nahe (Litzcke & Schuh, 2010), entspricht aber eher einer chronischen, schon in der Jugend auftretenden Veranlagung.

- Depression: im Gegensatz zur Depression ist Burnout arbeitsbezogen und situationsspezifischer, weist soziale Symptome und Einstellungsänderungen auf, die nicht mit Depression einhergehen müssen. Allerdings überschneidet sich die Subdimension „Erschöpfung“ beider Symptombilder. (Litzcke & Schuh, 2010). Je ausgeprägter ein „Ausbrennen“ ist, umso mehr korreliert es mit der Depression

Gegenmaßnahmen

Burisch (2006) nennt, auch unter Verweis auf andere Autoren, drei Punkte, an denen Interventionen ansetzen können: am Individuum, an der Schnittstelle Individuum/Organisation, an der Organisation selbst. Insgesamt sind die vorgeschlagenen Interventionen in der Regel sehr allgemein, nicht Burnout-spezifisch und oft in ihrer Wirksamkeit nicht überprüft.

Ansatzpunkt: der/die Einzelne

1. Selbst-Aufmerksamkeit: Führen eines Stress-Tagebuchs (verhilft, eigene Bedürfnisse, Grenzen und Fähigkeiten kennenzulernen), Achtsamkeit
2. Selbst-Diagnose: Fragebögen mit persönlicher Rückmeldung
3. Didaktisches Stressmanagement: gemeint ist die gesamte Ratgeberliteratur
4. gesunde Lebensweise: gesunde Ernährung, Sport, Wandern
5. Ansätze an Kognition und Verhalten: unter verhaltenstherapeutischer Anleitung werden ungünstige

- Einstellung- und Verhaltensmuster identifiziert, modifiziert und praxisnah erprobt.
6. Entspannungstraining: progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Atemtechniken, Meditation und Biofeedback. Jaggi empfiehlt auch so genanntes „Lach-Yoga“, wobei sich zunächst künstliches Lachen nach kurzer Zeit automatisch zum echten Lachen mit allen positiven Effekten auf Körper und Psyche wandeln soll.
 7. Kreativität (Schreiben, Musizieren, Malen) und Spiritualität (Spirituelle Fundierung in einer Religion, einer Lebensphilosophie, einem Glaubensbekenntnis) können stabilisierend und als Schutz gegen Burnout dienen (Koltzuz, 2003).
 8. Nähe (zur Natur und Mitmenschen) als Präventionschance: Liebe zur Umwelt (Bäume, Berge, Meer, Tiere, Pflanzen) wirkt stabilisierend auf die Psyche des Betroffenen.
 7. Coaching: der Coach begleitet lösungs- und zielorientiert Menschen, vorwiegend im beruflichen Umfeld, zur Förderung ihrer Selbstreflexion bzgl. Wahrnehmung, Erleben und Verhalten.
 8. Karriereplanung: „Was bedeuten mir Arbeit und Beruf?“, „Was bin ich bereit zu investieren?“, „Was für einen Gewinn erwarte ich?“
 9. Psychotherapie (siehe unten)
 10. Beratung und Hilfe bei Rehabilitationsmaßnahmen
 11. Arbeitsplatzwechsel

Ansatzpunkt: die Organisation

Ansatzpunkt: der/die Einzelne im Kontext der Organisation

1. Personalauswahl: „der richtige Mann am richtigen Platz“
2. Zeitmanagement: Zeitbewusstsein entwickeln, Pufferzeiten einplanen, delegieren etc.
3. Training sozialer Kompetenzen: vor allem „Nein-Sagen“ lernen
4. Erkennen und Bekämpfung unrealistischer Erwartungen
5. Work-Life-Balance: ein Zustand, bei dem Arbeit und Privatleben (Familie, soziale Aktivitäten, Freizeit etc.) miteinander im Einklang stehen; die „Balance“ ist abhängig von den individuellen Schwerpunkten und den individuellen Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Lebens und der eigenen Auffassung vom Glück
6. kollegiale Unterstützungsgruppen: zum Beispiel geleitete, strukturierte Gruppen
- 1 Mitarbeiterbefragungen und psychosozialer Check up: etwa unter Zuhilfenahme von Stress- und Burnout-Fragebögen
2. Arbeitsgestaltung im weiteren Sinne: hierzu zählen Themen wie „Job-Enlargement“ als horizontale Arbeitsumstrukturierung (der Arbeitnehmer übernimmt mehrere verschiedene Tätigkeiten mit demselben Anforderungsniveau), „Job-Enrichment“ als vertikale Arbeitsumstrukturierung (die bisherige Tätigkeit wird um Arbeitsumfänge auf höherem Anforderungsniveau erweitert) und „Job-Rotation“ (systematisches Abwechseln an den Arbeitsplätzen)
3. Arbeitszeitgestaltung: zum Beispiel großzügige Gewährung von Freizeit, Teilzeitarbeit sowie Verhinderung exzessiver Überstunden
4. Management-Entwicklung: Empfehlungen zu burnoutpräventivem Führungsstil; so müssen Vorgesetzte etwa beim Erkennen eines Burnout-Syndroms von Mitarbeitern i.S. der Fürsorgepflicht sofort handeln
5. Karriere-Management: früher Fort- und Weiterbildung, heute als „Potenzialentwicklung“ beschrieben
6. Weiterbildung: zum Beispiel bei Arbeitsplätzen mit raschem technologischen Fortschritt, aber auch Trainings in Kommunikation, Kooperation und Konfliktbewältigung

7. Fitness- und Wellness-Programme: für Firmenmitarbeiter entweder betrieblich organisiert oder subventioniert
8. vorbeugende Sozialisierung: Bewerber vor der Einstellung mit den Realitäten des Berufes vertraut machen, schrittweise Einführungsprozesse, die die Arbeitsbelastung anfangs niedrig halten
9. Konfliktmanagement, Informationsfluss und Entscheidungsbeteiligung
10. Organisationsentwicklung: bei allen Veränderungen werden dabei gleichwertig die „menschliche Befriedigung“ und die „optimale Aufgabenerfüllung“ angestrebt.
11. Firmeneigene Hilfsangebote: breitgefächerte Gesprächs- und Beratungsangebote, wie sie etwa der Sozialdienst der Bundeswehr anbietet.
12. Workshops: In moderierten Workshops kommen z. B. Menschen zusammen, die gemeinsam Strategien entwickeln, Probleme lösen oder voneinander lernen wollen. Burisch (2006) und Jaggi (2008) verweisen hier insbesondere auf präventive Arbeitstreffen im „Family-Lab-Format“, Workshops mit intakten Teams, die sich so besser kennen lernen, gemeinsam Probleme analysieren, Lösungsvorschläge erarbeiten und neue „Spielregeln“ verabreden, die dann viel höhere Bindungswirkung entfalten.

Beispiele bewährter therapeutischer Interventionstechniken (Burisch, 2006; Jaggi, 2008)

- kognitive Verhaltenstherapien und rational-emotive Therapie: mit dem Ziel, unausgesprochen gespeicherte Glaubenssätze oder Mythen aufzuspüren und infrage zu stellen
- Transaktionsanalyse: Danach vergiften fünf „Antreiber“ die Lebensfreude. Es handelt sich um innere Stimmen, die sich als „kleiner Mann im Ohr“ regelmäßig zu Wort meldeten und Anweisung geben: „Sei

perfekt!“, „Streng dich an!“, „Beeil dich!“, „Sei stark!“, „Mach es den anderen recht!“ Sie können Burnout auslösen. Gefährlich werden die Antreiber dann, wenn sie als absolute, in jeder Situation wirksame Gebote wirken. Ihre Entschärfung ist für den Betroffenen eine Langzeitaufgabe. Als „Gegengift“ dienen formelhafte Sätze wie: „Ich darf Fehler machen.“; „Ich darf es mir leicht machen.“; „Ich darf mir Zeit lassen.“; „Ich darf zeigen, wie mir zu Mute ist.“ und letztlich: „Meine Bedürfnisse sind mindestens so wichtig wie die anderer.“

- Zielanalyse: zur Burnout-Prophylaxe unverzichtbar: „Was will ich eigentlich im Leben?“ Fünf Gründe unterstreichen die Wichtigkeit einer ehrlichen Antwort auf diese Frage, denn Ziele
 - ziehen, mobilisieren und fokussieren Energie
 - machen wachsam
 - verhindern Apathie
 - können sich gegenseitig im Weg stehen
 - können vergessen oder durch Störeinflüsse verdrängt werden.
- „Doppelspiegel“: den Klienten 15-20 min stützend zuhören, das Gehörte als Therapeut in komprimierter Form wiedergegeben und den Klienten aufschreiben lassen; das Aufgeschriebene vorlesen lassen; die dabei fast regelmäßig erkennbaren Diskrepanzen zwischen Ausgesprochenem und Gehörtem werden kognitiv diskutiert.
- Brief an sich selbst: Die im Therapiegespräch/Workshop gefassten Vorsätze und Entschlüsse werden niedergeschrieben und vom Therapeut/Moderator nach Monaten an die einzelnen Teilnehmer versandt.

Medizinische Behandlungsoptionen

- Nach Linneweh et al. (2010) zielt eine medikamentöse Behandlung auf eine schrittweise Normalisierung der aus dem Gleichgewicht geratenen endokrinen

Regulationssysteme, bringt so die Burnout-Spirale zum Stillstand und schafft die Basis dafür, dass die nachhaltige psychosomatische Erschöpfung abklingen kann; zu den Prinzipien der wirksamsten Therapiemaßnahmen zählen danach (unter Einbeziehung z. B. von Endokrinologen) u. a. die Verordnung körpereigener Sexualhormone (Östradiol, DHEA etc.) oder die Gabe von Vitaminen, Mineral- und Mikronährstoffen als Co-Faktoren der Neurotransmittersynthese (z. B. Vitamin C., B-Vitamine, Folsäure, Calcium, Magnesium oder Zink).

- Jaggi (2008) empfiehlt, hormonelle und stoffwechselbedingte Begleitursachen der Erschöpfungssymptomatik auszuschließen (z. B. Kontrolle von Schilddrüsenfunktion, Eisen, Zink, Folate, Vitamin B12-Serumspiegel); ggf. seien zunächst entsprechende Defizite zu substituieren; im Praxisalltag hätte sich bei erschöpften Patienten insbesondere

die Gabe von Vitamin B12 - bewährt. Darüber hinaus kommen bei Somatisierungstendenzen, Schlafstörungen und depressiver Symptomatik Medikamente wie niederpotente Neuroleptika (z. B. Atosil 10-30mg bei Bedarf zur Nacht) und Antidepressiva (z. B. Trimipramin 5 - 25 Trpf bei Bedarf zur Nacht) zur Anwendung.

- In Fällen von Substanzmissbrauch müssen Entgiftungen/Entzugsbehandlungen veranlasst werden.
- In besonders schwierigen Fällen sind ambulante oder stationäre Therapien in einem Bundeswehrkrankenhaus oder in Spezialkliniken durch Burnout-Experten möglich. Für zivile Patienten bestehen bei Burnout-Beschwerden nur bei gleichzeitiger Feststellung psychischer oder somatischer Erkrankungen Ansprüche auf längerfristige kassenwirksame Leistungen wie etwa ambulante oder stationäre Psychotherapie (DGPPN, S. 11).

17. SCHLAFSTÖRUNGEN

Volker Eisenlohr

Wozu schlafen wir?

Eine ausreichende naturwissenschaftliche Erklärung für die Funktion des Schlafes gibt es noch nicht. Wahrscheinlich dient er:

- regenerativen Prozessen:
- Stoffwechselrate und autonome Funktionen nehmen - bis auf während der REM-Phase - ab, best. Hormone wie Wachstums- und Schilddrüsenhormon sowie (gegen morgen) das Cortisol werden verstärkt ausgeschüttet, Organsysteme einschließlich des Immunsystems erholen sich etc.
- der Verarbeitung tagsüber aufgenommener Informationen (einschl. der Emotionen): In einem Prozess des Lernens und Erinnerns werden am Tage aufgenommene Informationen vom Kurz- ins Langzeitgedächtnis überführt; dabei sollen Fakten und Inhalte im Tiefschlaf, gelernte Fähigkeiten im REM-Schlaf verfestigt werden.

Der normale Schlaf

Der Schlaf des Menschen ist charakterisiert durch die zyklische Abfolge von NON-REM-Schlafstadien (Stadium 1-4) und den REM-Schlaf

Charakterisierung der Schlafstadien (Berger, 1999, S. 667f):

- wach: Aufmerksamkeit (Beta-Wellen); Augen geschlossen, entspannt (Alpha-Aktivität)

Vom Wachstadium ausgehend beginnt nach einer kurzen Einschlafzeit die Schlafperiode zunächst mit den Stadien des NON-REM-Schlafes:

- Stadium 1: – Schläfrigkeit, Übergang zum Schlaf (weniger als 50 % Alpha-Aktivität, vorwiegend Theta-Wellen niedriger Amplitude); ca. 5 % der gesam-

ten Schlafzeit

- Stadium 2: Schlaf (Grundrhythmus Thetawellen, Auftreten von Spindeln und K-Komplexen); ca. 50 % der Gesamtschlafzeit
- Stadium 3,4: Tiefschlaf, „Slow-Wave-Sleep“ (Delta); ca. 20 % der Gesamtschlafzeit (in dieser Phase Phänomene wie Sprechen im Schlaf oder Schlafwandeln)

Der NON-REM-Schlaf wechselt über einen kurzen Leichtschlaf in den REM-Schlaf: „Rapid-Eye-Movement-Sleep“ (ähnlich wie im Stadium eins) mit ausgeprägter Muskelatonie (wodurch Bewegungsimpulse vermieden werden), 20-25 % der Gesamtschlafdauer.

Zu Beginn der Nacht werden die Schlafstadien 1-4 durchlaufen, ehe nach 70-90 min die erste meist noch kurze REM-Phase auftritt. Im Verlauf von 3-6 Schlafzyklen pro Nacht (Finke, 1979, S. 12) nimmt der Anteil des Tiefschlafs ab und die REM-Schlafperioden werden länger (bis zu einer Stunde).

Eine wissenschaftlich exakte Definition wie viel Schlaf quantitativ notwendig ist, existiert nicht. Das individuelle Schlafbedürfnis des Erwachsenen schwankt, ist genetisch beeinflusst und liegt im Mittel zwischen 6 und 8 Stunden. Zudem gibt es (Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont, o. J.) „Abendtypen“ („Eulen“) und „Morgentypen“ („Nachtigallen“) mit erhöhter Leistungsfähigkeit am Abend bzw. Morgen. Im höheren Alter verschlechtert sich die Fähigkeit, einschlafen zu können, die nächtlichen Aufwachvorgänge nehmen zu, während die Tiefschlafanteile (Stadium 3 u 4) abnehmen (Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont, o. J., S. 9), was möglicherweise begründet, warum ältere Menschen ihren Schlaf im Vergleich zu früher als wenig erholsam und oberflächlich erleben (Berger, 1999, S. 670).

Welche Arten von Schlafstörungen gibt es?

Die heute im Klinikalltag noch gängigen Klassifikationen stammen aus der ICD-10.

Nach ICD unterscheiden wir:

1. primäre Schlafstörungen = nichtorganische Schlafstörungen (ICD 10 F 51)
2. Schlafstörungen im Zusammenhang mit anderen psychische Störungen
3. Organische Schlafstörungen (G- und R- Diagnosen nach ICD)
4. substanzinduzierte Schlafstörungen

Exemplarisch werden hier die häufigeren primären Schlafstörungen dargestellt.

Primäre Schlafstörungen

- Dysomnien = Störungen von Dauer (ein Zuviel oder ein Zuwenig), Qualität oder Zeitpunkt des Schlafes
- Parasomnien = abnorme Episoden, die während des Schlafes auftreten

Dyssomnien

- Primäre Insomnie (F51.0): ein Zuwenig an Schlaf, also Ein- und Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität ohne erfrischende Wirkung, mindestens 3mal pro Woche während mindestens eines Monats
- Primäre Hypersomnie (F 51.1): übermäßige Schlafneigung oder Schlafanfälle während des Tages trotz ausreichender oder häufig sogar verlängerter nächtlicher Schlafdauer, fast täglich mindestens einen Monat lang (oder in wiederkehrenden Perioden kürzerer Dauer) mit dadurch verursachtem Leidensdruck
- Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.2):
- Mangel an Synchronizität zwischen dem individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus und dem erwünsch-

ten Schlaf-Wach-Rhythmus der Umgebung, der zu Schlaflosigkeit oder Hypersomnie führt, fast täglich mindestens einen Monat lang (oder in wiederkehrenden Perioden kürzerer Dauer) mit dadurch verursachtem Leidensdruck

Parasomnien

1. Schlafwandeln (Somnambulismus, F 51.3): ein-oder mehrmaliges Verlassen des Bettes und Umhergehen meist während des ersten Drittels des Nachtschlafs
2. Pavor nocturnus (F51.4): ein- oder mehrmalige Episoden von Erwachen aus dem Schlaf, die mit einem Panikschrei beginnen und charakterisiert sind durch heftige Angst, Körperbewegungen und vegetative Übererregbarkeit
3. Alpträume (Angsträume, F51.5): Aufwachen aus dem Nachtschlaf oder nach kurzem Schlafen mit detaillierter und lebhafter Erinnerung an heftige Angsträume (typischerweise während der zweiten Hälfte des Nachtschlafes)

Die moderne Schlafmedizin [in Anlehnung an DGSM (Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörung) und INTERSOM KÖLN (Zentrum für Schlafmedizin & Schlafforschung, www.intersom.de)] unterscheidet 88 Formen der Schlafstörung. Diese bündelt sie wiederum in sechs Hauptkategorien. Die sog. Internationale Klassifikation der Schlafstörungen, Fachleute sprechen von der „ICSD-2“ (= International Classification of Sleep Disorders), die den Standard für die Diagnostik von Schlafstörungen in Schlaflaboren, schlafmedizinischen Abteilungen und Forschungseinrichtungen weltweit darstellt, unterscheidet zwischen:

1. Insomnien (Ein- und Durchschlafstörungen)
2. Schlafbezogenen Atmungsstörungen (Obstruktives

Schlafapnoe Syndrom etc.)

3. Hypersomnien zentralnervösen Ursprungs (z. B. infolge organischer Erkrankungen oder Drogenmissbrauchs, Menstruationsbezogene Hypersomnie, Narkolepsie)
4. Zirkadianen Rhythmusstörungen
5. Parasomnien (z. B. Schlafwandeln, Alpträumen, Pavor nocturnus, Schlaf lähmung, Schlafbezogene Essstörung)
6. Schlafbezogenen Bewegungsstörungen (z. B. Syndrom der unruhigen Beine („Restless Legs-Syndrom“), Zähneknirschen (Bruxismus))

Zudem werden zwei „**Sammelkategorien**“ definiert:

7. Phänomene wie Schnarchen, Sprechen im Schlaf (Somniloquie), Einschlafmyoklonien oder Lang- oder Kurzschlafen wertet die „ICSD-2“ als „Isolierte Symptome“, „offensichtliche Normvarianten“ oder „ungelöste Probleme“ sowie
8. Andere Schlafstörungen, wozu umgebungsbedingte Schlafstörungen - wie sie etwa bei Anwohner/innen in Flughafen- oder Bahnhofsnähe oft auftreten – zählen, zudem werden hier auch nicht durch Drogen, Medikamente oder Substanzen oder bekannte körperliche Erkrankungen hervorgerufene Schlafstörungen eingereicht

Ergänzend werden zwei Appendizes kategorisiert:

- Appendix A: Schlafstörungen, die assoziiert mit andernorts klassifizierbaren organischen Erkrankungen auftreten wie z. B. (jeweils schlafbezogen) Epilepsie, kardiale Ischämie, Kopfschmerz oder gastroösophagealer Reflux aber auch Fibromyalgie
- Appendix B: Psychiatrische und verhaltensbedingte Störungen, die in der schlafmedizinischen Differentialdiagnostik häufig vorkommen.

Ätiologie

Die folgende Darstellung erfolgt in Anlehnung an Margraf & Schneider (2009, S. 194ff).

Kein Erklärungsansatz liefert bisher für sich allein ein hinreichendes Erklärungsmuster für die Ätiologie der Insomnie. Die Hoffnung, den „wahren Grund“ der chronischen Schlafstörungen zu finden, ist häufig vergebens, da sich die auslösenden Bedingungen längst verändert haben können und die Aufdeckung der anfänglichen Ursache die Schlafprobleme nicht mehr beseitigt. Geht man von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren aus, ist die Suche nach aktuellen Ursachen, die die Schlafstörungen aufrecht erhalten, am ehesten erfolgversprechend.

Prädisponierende Faktoren:

- zunehmendes Alter, weibliches Geschlecht, organische oder psychische Störungen, Schichtarbeit
- best. Persönlichkeitsfaktoren mit erhöhter Depressivität, Ängstlichkeit, vermehrtes Grübeln etc. können nur im Sinne allgemeiner Vulnerabilitätsfaktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen gewertet werden.
- Genetische Marker sind Gegenstand aktueller Untersuchung

Auslösende Faktoren:

- sind zum Teil Umstände, die nicht als grundsätzlich pathologisch einzustufen sind wie zum Beispiel:
 - ungewohnte Schlafumgebung
 - Lärm
 - unangenehme Raumtemperatur
 - unbequeme Schlafposition
 - ungewohnte Höhenlage (relevant ab 3500 m)
- Stress, ausgelöst durch Erwartungen oder signifikante Lebensereignisse
- unregelmäßige Schlafzeiten (Jetlag, Schichtarbeit)
- Medikamente

Aufrechterhaltende Faktoren:

- Hyperarousal (= Übererregung):
- Dies ist der zentrale Faktor bei der Entstehung einer Insomnie. Angespanntheit oder Erregtheit ist unvereinbar mit Schlaf. Anspannung kann auf emotionaler, kognitiver oder physiologischer Ebene gleichzeitig oder nur aus einem dieser Bereiche heraus entstehen.
- Die Quelle des erhöhten Stress kann sowohl außerhalb des Betroffenen (z. B. belastende Lebensereignisse, chronische Überlastung etc.) oder innerhalb der Person (etwa nachts gedanklich nicht abschalten können, Grübeln) liegen.
- Dysfunktionale (schlafbehindernde) Kognitionen:
- etwa Ärger über die Schlaflosigkeit, Grübeln über die Konsequenzen, unrealistische Erwartungen (es wird z. B. unmöglich, Schlafqualität und -länge realistisch einzuschätzen). Der Einschlafprozess wird beim Gesunden ohne wesentliche Absicht gesteuert. Der Schlafgestörte versucht, diesen autonomen Prozess zu steuern, was das Problem erst verursacht.
- Negative Konditionierungen:
- Häufig stehen psychosoziale oder innere Konflikte am Anfang der Insomnie. Das Zubettgehen geht mit einem Rückgang äußerer Stimulation einher, was die Innenwelt im Erleben des Betroffenen bedeutsamer und dominanter macht, wodurch Zubettgehen beziehungsweise das Bett zum konditionierten Stimulus für den Arousalanstieg und für die Einschlafschwierigkeiten werden
- Margraf und Schneider (2009, S. 192) weisen darauf hin, dass die klinische Erfahrung zeigt, dass Schlafstörungen häufig auftreten, lange bevor eine andere psychische Störung Anlass zur Untersuchung oder Behandlung gibt; werden Schlafstörungen nicht effektiv behandelt, steigt das Risiko der Entwicklung einer weiteren psychischen Störung

Bei Hypersomnie und „chronischem Erschöpfungssyndrom“ (<http://www.schlafzentrum.med.tum.de/index.php/page/chronisches-erschoepfungssyndrom>) sind zweifellos fließende Übergänge zwischen ausgeprägter, aber (z. B. nach einer Periode intensiver Anstrengung) noch „normaler“ Müdigkeit etwa i.S. erhöhter Einschlafbereitschaft oder (muskulärer) Erschöpfung nach körperlicher Anstrengung und Zuständen krankhafter Ermüdbarkeit, wie sie z. B. häufig als Folge- oder Begleiterscheinung körperlicher Krankheiten oder aber als eigenständiges Krankheitsbild auftreten, zu unterscheiden. Diagnostisch bedarf es daher einer genauen Betrachtung, was der Patient meint, wenn er von „Müdigkeit“ spricht. Probleme sich tagsüber wachzuhalten, trotz ausreichenden Nachtschlafes, gelegentliches unwillkürliches Einschlafen beim Autofahren, am Arbeitsplatz oder bei monotonen Tätigkeiten oder ein extrem verzögertes „Munterwerden“ nach dem Erwachen stützen den Verdacht auf das Vorliegen einer Hypersomnie. Hier bedarf es einer vertieften fachärztlichen Diagnostik etwa mit dem Multiplen-Schlaf latenz-Test (MSLT) als Standardverfahren, aber auch mittels der Polysomnographie .

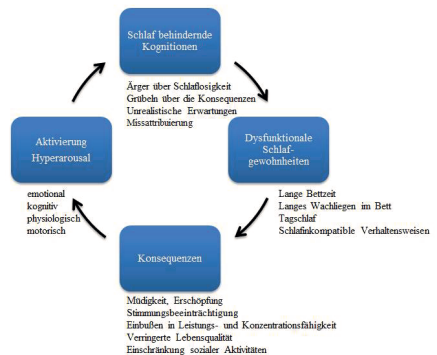


Abbildung 9.1: Psychophysiologisches Modell für Schlafstörungen

Differentialdiagnostisch ist bei der Hypersomnie zu denken an:

Narkolepsie (mit u. a. Kontinuierliches Müdigkeitsgefühl und/oder imperative Einschlafattacken); idiopathisch Hypersomnie (mit konstanter Schläfrigkeit am Tage); periodische (oder rezidivierenden) Hypersomnie (Kleine-Levin-Syndrom, hier tritt immer wieder eine mehrere Tage bis Wochen anhaltende Schläfrigkeit auf); Schlaf-Apnoe-Syndrome als häufigste Ursachen für eine Hypersomnie; Hypersomnien bei psychiatrischer Grunderkrankung wie der sogenannten saisonalen affektiven Störung; Hypersomnien bei körperlichen Grunderkrankungen wie Enzephalitiden, Schädel-Hirn-Traumata, raumfordernden Prozessen und zerebrovaskulären und degenerativen Erkrankungen.

Das „Chronic Fatigue Syndrome“ (CFS) stellt weder eine schlafmedizinische noch eine psychiatrische Diagnosekategorie dar. Das CFS manifestiert sich zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr; Frauen sind häufiger betroffen. Ätiologie und Pathophysiologie des Syndroms sind unklar. Es ist gekennzeichnet durch eine chronische Erschöpfung, die oft im Gefolge eines akuten Virusinfektes erstmals auftritt und nach dessen Abklingen über Monate bis Jahre persistiert; neben dem Hauptkriterien einer andauernden, nicht durch andere Erkrankungen oder chronische Belastungssituationen erklärbaren, mindestens 6 Monate

**Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen
Klinischer Algorithmus**

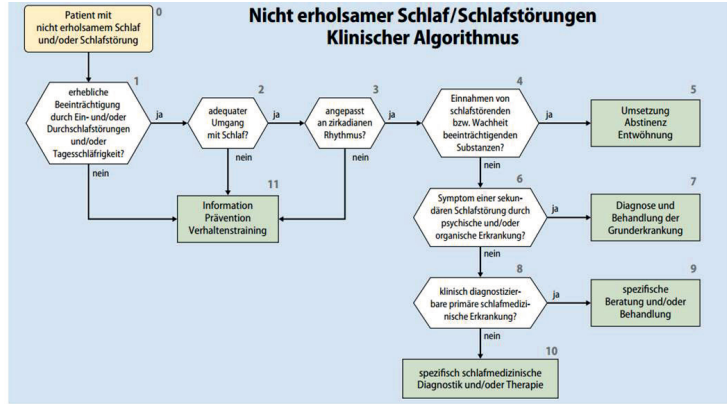


Abb. 5.1 Algorithmus nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Der klinische Algorithmus ist ein schrittweises Verfahren, das mit logischen Bedingungen (wenn – dann) das medizinische Ausgangsproblem *Patient mit nicht erholsamem Schlaf/Schlafstörungen* lösen hilft. Die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen (ja/nein) werden als Sechseck, die aus dem Entscheidungsprozess resultierenden Handlungen einschließlich des Endpunktes des Algorithmus als Rechteck dargestellt. Die einzelnen geometrischen Formen (Knoten) sind gemäß der logischen Abfolge durchnummeriert und durch Pfeile verbunden. Die Abfolge der Schritte ermöglicht es herauszufinden, ob das Problem mit einfachen diagnostischen Mitteln zu lösen ist, oder ob aufwändigere Verfahren eingesetzt werden müssen. Ziel ist es, für die Betroffenen den möglichst direkten Weg zur effizienten Prävention, zur Behandlung bzw. zur Rehabilitation von Schlafstörungen und schlafmedizinischen Erkrankungen zu finden.

Quelle: S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Deutsche Gesellschaft für Schlaf-forschung und Schlafmedizin (DGSM)

andauernden Müdigkeit („fatigue“), die auch durch Bettruhe nicht zu beheben ist, finden sich häufig „grippeähnliche“ Symptome mit deutlicher Reduktion der Leistungsfähigkeit.

Diagnostik

- Eine gründliche Anamnese unter Zuhilfenahme von Schlafragebögen, insbesondere Schlaftagebüchern, eine ausführliche körperliche Untersuchung und eine genaue Befragung auf psychiatrische Probleme werden empfohlen.
- Schlafstörende Substanzen müssen gezielt abgefragt werden.
- Zum Ausschluss organischer und/oder psychischer Erkrankungen sind erforderlich: EKG, ggf. EEG, Routinelaborparameter.
- Die Aktigraphie (armbandgroßes Gerät am nicht dominanten Handgelenk getragen, misst Bewegung im

festen Intervall – typischerweise jede Minute über 4 Wochen) kann eingesetzt werden, um Aufschlüsse über das Ruhe-/Aktivitätsverhalten von Patienten zu gewinnen, wie Tagschlafepisoden, Zubettgeh- und Aufstehzeiten.

- Eine Polysomnographie [überwacht Schlaf mittels EEG, EOG und EMG (M. mentalis), Atmung über Atemfluss und -anstrengung, Sauerstoffsättigung, Kohlendioxid und Schnarchen, das Herz mittels EKG und die Bewegung mit EMG (M. tibialis), Körperposition über Lagesensor und Videokamera] kann herangezogen werden zur Objektivierung der Störung und zum Ausschluss organischer Faktoren wie periodischer Extremitätenbewegungen im Schlaf, schlafbezogener Bewegungsstörungen oder schlafbezogener Atmungsstörungen

Selbstbeobachtung

Hilfreich bei der Erfassung von Schlafstörungen kann das Führen eines Schlafstagebuchs sein.

Tagebuch:

Schlafprotokolle über den 24-h-Tag, d.h. Kurzfragebögen, die über mindestens 14 Tage jeden Morgen und jeden Abend ausgefüllt werden (erhältlich etwa über die Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin www.Charite.de/dgsm oder über www.schlafgestoert.de)

Die vertiefte Diagnostik sollte ggfs. durch einen Facharzt für Psychiatrie und/ oder Neurologie durchgeführt werden.

Behandlungsansätze

Entspannungsverfahren:

- Autogenes Training (AT)
- Progressive Muskelrelaxation (PMR)
- imaginative Techniken (Ruhebild, Fantasiereisen etc.)

Ziel der Entspannungsverfahren:

- Auslösung entspannender psychophysiologischer Reaktionen
- Lenkung der Gedanken auf entspannende Inhalte

Schlafhygiene

Unter schlafhygienischen Regeln versteht man den Aufbau schlaffördernder und den Abbau schlafbehindernder Bedingungen:

- Bettzeit verkürzen: zwei Wochen Schlafstagebuch führen, daraus tatsächliche Schlafzeit ermitteln und als Bettliegezeit festlegen, um verlängerte Wachzeiten im Bett zu vermeiden
- regelmäßige Bettzeiten (insbesondere beim Aufstehen, auch an den Wochenenden) einhalten
- sich regelmäßig sportlich betätigen; sportliche Aktivitäten (nur bis 4-6 h vor dem Zubettgehen) sind schlaffördernd, da die Körpertemperatur nach körperlicher Anstrengung sinkt und der Stoffwechsel sich beruhigt
- das Schlafzimmer möglichst vor Lärm schützen; bei laut schnarchendem oder unruhig schlafendem Bettpartner getrenntes Schlafen erwägen
- das Schlafzimmer möglichst verdunkeln (Tageslicht ausblenden)
- angemessene Raumtemperatur (leicht kühl, circa 16-18° C)
- Gegenstände, die an eine mögliche Stressbelastungen erinnern könnten (Schreibtisch, Haushaltsgeräte), gehören, ebenso wie ein Fernseher, nicht ins Schlafzimmer
- schlaffördernd und beruhigend wirkt eine leichte Mahlzeit gegen 19:00 Uhr (abendlicher Hunger als auch ein voller Magen stören den Schlaf)
- möglichst keine Schlafmittel einnehmen; Ausnahme: ärztlich verordnete, die Schlafarchitektur fördernde Medikamente wie Trimipramin (10-50mg) oder Mir tazapin (7,5-15 mg) zur Nacht (s.u.)

- Coffein meiden
- Alkohol meiden (fördert Einschlafen, aber verringert in der ersten Nachthälfte die Tiefschlafphasen sowie den REM-Schlaf, in der zweiten Nachthälfte tritt vermehrter REM-Schlaf auf, der Betroffene erwacht häufiger, ist unruhig, schwitzt, hat ggf. auch Alpträume und morgendliche Kopfschmerzen)
- Schlaf nicht erzwingen
- in der Nacht nicht auf die Uhr schauen; die Uhr soll weder sichtbar noch zu hören sein.
- den Nutzen von „Tagesschläfchen“ kritisch überprüfen
- vor dem Zubettgehen entspannende Tätigkeiten ausführen
- dem Körper nicht zu viel Flüssigkeit zuführen (verstärkter Harndrang)
- abends ein warmes Bad
- sich ein Bett leisten, in dem man sich wohl fühlt
- vor dem Zubettgehen belastende Gedanken aufschreiben
- sich persönliche Einschlafrituale schaffen, die die Einschlafbereitschaft fördern (täglich etwa gleich ablaufende Verhaltensweisen)
- entspannten, reizreduzierten „Zeitonenpuffer“ vor dem Zubettgehen schaffen (indem geistige und körperliche Anstrengungen vor dem Zubettgehen nach und nach reduziert werden)

Stimuluskontrolle

Einen zusätzlichen therapeutischen Ansatz stellt die sog. Stimuluskontrolle dar: Durch Konditionierungsprozesse stellt das Bett als Stimulus den auslösenden Reiz für das Verhalten „Schlaf“ dar. Das Bett kann diesen Hinweischarakter für den Schlaf jedoch verlieren, wenn man im Bett häufig andere Aktivitäten ausführt, wie Lesen, Telefonieren, Fernsehen, Essen, Grübeln usw...

Durch die Stimuluskontrolltechniken soll das Bett wieder seinen Hinweischarakter für den Schlaf gewinnen:

- sich nur ins Bett legen, wenn man müde ist
- das Bett für nichts anderes als zum Schlafen benutzen, das heißt nicht Lesen, Fernsehen, Essen oder Grübeln. Einzige Ausnahme: sexuelle Aktivitäten
- wenn man länger als 10-15 min wach im Bett liegt und nicht einschlafen kann, sollte man aufstehen und in einen anderen Raum gehen, dort ruhigen Aktivitäten nachgehen, erst wieder zu Bett gehen, wenn man müde ist
- sollte man dann noch nicht einschlafen können, erneut aufstehen und oben genannten Vorgang so oft wie nötig wiederholen
- Wecker stellen und jeden Morgen zur gleichen Zeit aufstehen, unabhängig davon, wie viel man in der Nacht geschlafen hat
- Schlafenszeiten dürfen sich am Wochenende und an Feiertagen sowie im Urlaub nicht von denen der Arbeitswoche unterscheiden
- nicht am Tage schlafen (verringert nächtlichen Schlafdruck)

Schlaffördernde Medikation

Bei hartnäckigen Schlafstörungen kann ein Antidepressivum oder ein Antipsychotikum gewählt werden; zu empfehlen sind:

- Schlafinduzierende Antidepressiva wie zum Beispiel Mirtazapin (z. B. 7,5-15 mg) oder Trimipramin (z.B. Stangyl 10-50 mg)
- bei älteren Menschen mit Schlafstörungen bevorzugt Pipamperon (z. B. Dipiperon 20-80 mg) oder Melperon (z. B. Eunerpan 25-100 mg)

Unabhängig von der Wahl des Hypnotikums sollte immer mit einer niedrigen Dosis begonnen werden. Die Kombination von verschiedenen Hypnotika und Benzoz-

diazepine sollte vermieden werden (Benkert Hippus, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9.Auflage, Kapitel 5, S 383).

Bei den häufig verordneten Nicht-Benzodiazepinen wie Zopiclon (Ximovan), Zolpidem (Stilnox) und Zaleplon (Sonata) besteht grundsätzlich ein Risiko von Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung, der Einsatz pflanzlicher Präparate wie Lasea (Lavendelöl), Baldrian, Melisse, Hopfen und/oder Passionsblume wird hinsichtlich Wirkung- und Nebenwirkung kontrovers diskutiert. Schlafmittel sollten möglichst nicht länger als über 4 Wochen verordnet werden, andernfalls sollte ein Psychiater einbezogen werden.

Schlafmythen

1. **Es ist gefährlich, wenn man zu wenig schläft.**
Kurzfristige Schlafstörungen führen gegebenenfalls zu deutlichen Beeinträchtigungen der psychischen Befindlichkeit, selten zu einer akuten Gefährdung, kaum zu einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit am Folgetag. Schlafdeprivation wird in den Folgenächten rasch kompensiert. Der Körper reguliert einen Schlafverlust übrigens nicht durch vermehrte Schlafdauer in der folgenden Nacht, sondern durch bessere Schlafqualität mit erhöhtem Tiefschlafanteil.
2. **Der Schlaf vor Mitternacht ist der wichtigste.**
Diese Aussage ist in ihrer absoluten Form falsch. Am erholsamsten für den Körper ist der Tiefschlaf in der ersten Nachthälfte - unabhängig davon, ob dieser vor oder nach Mitternacht liegt. Allerdings leiden REM-Schlaf und Schlafdauer, wenn der Schlaf stark zeitverschoben erfolgt.
3. **Ich bin deprimiert, wenn ich wenig geschlafen habe.**
Falsch! Schlafentzug ist der kurzfristig wirksamste Stimmungsaufheller überhaupt. Depressiv machen
- allenfalls nächtliches Grübeln oder das Erleben der subjektiven Unwirksamkeit bezüglich des Ziels, den Schlaf aktiv herbeizuholen.
4. **Am Morgen nach dem Erwachen merke ich genau, ob ich gut geschlafen habe oder nicht.**
Falsch! Der Zustand nach dem Erwachen verweist vielmehr auf das Schlafstadium, aus dem heraus erwacht wird.
5. **Stimmt mit meinem Schlaf etwas nicht, wenn ich nicht träume?**
10-15 % der Bevölkerung können sich nach dem Aufwachen an keine Träume erinnern.
6. **Mehrfache Schlafunterbrechungen in der Nacht lassen mich nicht richtig tief schlafen.**
Falsch! Wenn ein Tiefschlafbedürfnis vorhanden ist, wird dieses zuerst gestillt. Auch der normale Schlaf wird pro Nacht durch 2-7 maliges Erwachen unterbrochen. Immer dann, wenn ein Schlafzyklus beendet wird, kann ein kurzes Erwachen stattfinden, ohne dass dies eine negative Auswirkung auf die Erholungsqualität hat.
7. **Kalt schlafen ist gesund.**
Falsch! Frieren behindert das Einschlafen. Vor allem mit zunehmendem Alter braucht der Körper Wärme. Temperaturen zwischen 16 und 20 Grad sind ideal. Außerdem sollte das Bett nicht unter dem Fenster stehen, sondern an der wärmsten Wand.
8. **Vollmond stört den Schlaf.**
Falsch! Lediglich die selbsterfüllende Prophezeiung, der Vollmond lasse uns schlechter schlafen, lässt uns dann auch schlechter schlafen; auch hat der Mond nur eine geringe Lichtstärke.
9. **Mit fortschreitender Tageszeit werde ich immer müder.**
Stimmt in dieser Absolutheit nicht. Müdigkeit tritt in einem etwa vierstündigen Rhythmus auf. Der

häufig praktizierte Mittagsschlaf sollte nicht länger als 10-30 Minuten andauern, um den Eintritt in die Tiefschlafphase (und damit ein langsames „Wieder-fit-werden“) zu vermeiden.

Zahlreiche Anregungen zur Selbsthilfe, zum Selbststudium und Adressen von Selbsthilfegruppen finden sich im Internet, z. B. unter www.schlafgestoert.de oder www.shg.org.

18. GASTBEITRAG: SEKUNDÄRE TRAUMATISIERUNG VON FAMILIENMITGLIEDERN VON SOLDATEN UND VETERANEN

Dietmar Golth

Zusammenfassung

Der Beitrag wird durch die Symptome der PTBS in Fallvignetten von Soldaten im Kontext des beruflichen und familiären Umfeldes phänomenologisch und in ihrer psychosomatischen Dimension eingeleitet. Die Möglichkeiten der sekundären Symptomübertragung werden am Beispiel der „Mitgefühlerschöpfung“ oder der „sekundären Posttraumatischen Belastungsstörung“ (S-PTBS) von Psychotherapeuten unter Einbeziehung neurobiologischer Modelle beschrieben.

Der Transfer von PTBS-Symptomen auf Ehe- und Lebenspartner sowie Kinder und Jugendliche wird anhand der bisher publizierten Studien vorgestellt. Diese gehen davon aus, dass die Weitergabe in örtlicher und zeitlicher Distanz vom lebensbedrohlichen Ereignis bei intensivem zwischenmenschlichem Kontakt erfolgen kann. Die entstehenden sekundären Stress-Symptome können sowohl den klassischen PTBS-Symptomen entsprechen, ihnen ähneln oder zu einer unterschiedlichen Psychopathologie beitragen.

Abschließend wird der Versuch unternommen, die bisher entwickelten Behandlungsmöglichkeiten auf der

Basis eines biopsychosozialen Modelles unter Einbeziehung des familiären Kontextes zu beschreiben und Hinweise für zukünftige Forschungen zu geben.

Der Buchbeitrag wurde in gekürzter Form erstmals als Vortrag bei der NATO-Konferenz „Healing Wounds of War“ in Klopein in Kärnten am 21.09.2009 präsentiert und für die Neuauflage aktualisiert..

Kurzbeschreibung der PTBS

Im Gefolge von selbst oder miterlebten lebensbedrohlichen Geschehnissen können die verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen inklusive einer PTBS entstehen. Dem Diagnostiker können nach solchen Ereignissen akut, subakut oder verspätet auftretende depressive, ängstliche, dissoziative, somatoforme oder psychotische traumatogene Symptome und/oder psychische Struktur- und Leistungsdefizite, ebenso wie alle Varianten von Persönlichkeitsstörungen sowie desgleichen ein Wechsel der vordergründigen psychiatrischen Symptomatik imponieren.¹³ Die Zahl und die Intensität der Symptome können sich im Verlauf ändern.¹⁴

Die Einschränkungen von Fähigkeiten im Berufs- und Familienleben starten schon im subklinischen Bereich.¹⁵ Mehr als zwei Drittel der von einer chronischen PTBS betroffenen Menschen leiden darüber hinaus an einer oder zwei weiteren psychischen Störungen¹⁶, was

¹³ Alarcon, Deering, Glover, Ready & Eddleman, 1997; Axelrod, Morgan & Southwick, 2005; Begić & Jokić-Begić, 2007; Ivezić, Bagarić, Oruc, Mimica & Ljubin, 2000; Kelley, Weathers, McDevitt-Murphy, Eakin & Flood, 2009; Maguen, 2007

¹⁴ Iomon & Mikulincer, 2006

¹⁵ Marshall et al, 2001; Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson & Southwick, 2009; Yarvis & Schiess, 2008

¹⁶ Ginzburg, Ein-Dor & Solomon, 2010; Kessler et al, 1995; Kozarić-Kovacic & Kocijan-Hercigonja, 2001; Kulka, 1990

sowohl die Diagnose als auch die Behandlung verkompliziert.

Von der Dysregulation sind aber nicht nur psychische Anteile des Menschen mit besonders ausgebildeten Plus- und Minussymptomen betroffen, sondern auch somatische Systeme, was die schlechtere körperliche Gesundheit nach langjähriger Erkrankung im Vergleich mit der gleichaltrigen Normalbevölkerung erklärt.¹⁷ Bisher gibt es Hinweise, dass es zu Störungen im Herz- und Kreislaufsystem¹⁸, in der Regulation der Stressachse¹⁹, im Immunsystem²⁰, der Gerinnung²¹, des Schilddrüsenmetabolismus²², des Gewichtes²³, des Tag- u. Nachtrhythmus²⁴ und des Atmungstraktes kommen kann. Neueste Untersuchungen an einer kleinen Gruppe von traumatisierten Menschen in der BRD weisen zudem darauf hin, dass Menschen schon nach Traumaexposition und mit PTBS eine höhere Rate an DNA-Schäden, die aber durch Psychotherapie reversibel scheinen, aufweisen als Kontrollpersonen.²⁵ Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer ausreichenden Diagnostik und kompetenten Therapie.

Darüber hinaus speichert der Körper nicht nur im Gehirn, sondern zusätzlich an individuellen Stellen des Leibes die Erinnerung an die Traumata.²⁶ Dies macht die PTBS zu einer den ganzen Menschen betreffenden psychosomatischen Erkrankung, weshalb auch der Körper in die Diagnostik und Behandlung - wie dies bei-

spielsweise in der EMDR-Therapie, bei Brain-Spotting oder dem sensomotorischen Ansatz geschieht - miteinbezogen werden muss.²⁷

Ein historischer Spaziergang vom alten Griechenland bis in die Gegenwart

Wir beginnen unsere Wanderung durch die Geschichte mit dem einzelnen Soldaten und beschäftigen uns schließlich mit 2 Kurzkasuistiken, die die Auswirkungen von Einsatzstress auf die Familie beschreiben:

Fallvignette 1 aus Kleinasien aus dem Altertum:

Achill, der berühmte griechische Kämpfer aus Sparta, nahm am trojanischen Krieg, der von 1194 bis 1184 vor Christus in Kleinasien stattgefunden haben soll, teil. Sein Verhalten wurde von Homer in der um 800 vor Christus entstandenen Ilias beschrieben. Danach soll sich der allseits bekannte Held anfangs geweigert haben, an den Kampfhandlungen teilzunehmen. Nach dem Tod seines Freundes Patrokles entflammte in ihm grenzenlose Wut und unbändiger Zorn, sodass er schließlich seinen Pflichten als Soldat nachkam. Jetzt aber konnte Achill nicht mehr aufhören zu kämpfen und übertrat in seiner berserkerartigen Wut alle gültigen Kriegsregeln. Schließlich schändete er sogar die Leiche seines getöteten Gegners Hektor.

17 Schnurr & Green, 2004

18 Ehlers, 2006; Kibler, Joshi & Ma, 2009

19 Heim, Owens, Plotsky & Nemeroff, 1997; Yehuda et al, 2000; Yehuda, Golier, Halligan, Meaney & Bierer, 2004; Yehuda, 2006

20 Altemus, Dhabhar & Yang, 2006; Hoge et al, 2009; Gill, Saligan, Woods & Page, 2009

21 Känel et al, 2006

22 Wang & Mason, 1999

23 Solomon, Helvitz & Zerach, 2009

24 Koren, Arnon, Lavie & Klein, 2002

25 Morath, Moreno-Villanueva, Hamuni et al, 2014

26 van der Kolk, 2000 und 2014

27 Hofmann, 1999; Levine & Kline, 2006a; Ogden, Minton & Pain, 2006

Erst der Tod, den er durch den Halbgott Paris erlitten haben soll, soll seinem wilden Treiben ein Ende bereitet haben. Nach der heutigen Krankheitsdefinition von PTBS würde Achill die Kriterien A, B, C, D, E und F nach DSM-IV erfüllen.

Fallvignette 2 aus Großbritannien mit Bezug zum ersten Weltkrieg:

Harry Patch, der letzte britische Veteran aus dem ersten Weltkrieg, verstarb im August 2009 im Alter von 111 Jahren. Er wurde am 22. September 1917 bei Ypern mit 19 Jahren durch einen Granateneinschlag schwer verwundet. Jahre nach seiner körperlichen Genesung widerfuhr ihm Seltsames, als er eines Tages eine Eiskastentüre öffnete. Plötzlich drängten sich in seinem Inneren – ausgelöst wohl durch die aufflackernde Beleuchtung des Eiskastens – Bilder vom Kriege auf. Er hatte offenbar optische Wiedererinnerungen.

Über diese Beschwerden schwieg er bis 1998 gegenüber jedermann, auch gegenüber seiner Familie. Erst nach einem Veteranentreffen erzählte er von seinen kriegsbedingten Symptomen²⁸. Seit 1980, dem Jahr der Wiedereinführung der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung in den USA im DSM-III, würden wir diese Symptome den Kriterien A und B zuordnen und nur eine Teilstörung diagnostizieren.

Fallvignette 3 aus den USA aus dem Jahr 2007:

Als die Soldatin Schwarzenbach aus dem Irakkrieg heimkehrte, freute sie sich auf die Wiederbegegnung mit ihrer kleinen Tochter. Sie träumte davon,

sie in die Arme zu schließen und zu Herzen. Als sie dies aber tat, fing ihre „Baby-Daughter“ zu weinen und zu schreien an, weil sie die Mutter nach ihrem Auslandseinsatz nicht mehr erkannte. Das war für die Soldatin eine herzzerreißende Erfahrung. Die Soldaten-Mutter benötigte Monate, um wieder eine gute Beziehung zu ihrem Kind herzustellen. Die beschriebene Situation lässt für die Soldatin den Verdacht einer Anpassungsstörung zu, erfüllt möglicherweise aber für die Tochter das Kriterium A einer Beziehungstraumatisierung mit allen psychischen Folgen für die Entwicklung.

Diese Geschichte wirft ein Licht auf eine neue Möglichkeit von potentiell traumatischem Stress bei der Heimkehr von Soldaten, insbesondere von Müttern mit Babys und Kleinkindern. Eine zu frühe und zu lange Trennung des Nachwuchses von der Mutter erhöht das Risiko für die Entwicklung einer traumatischen Bindungsstörung deutlich, weil diese bei der Rückkehr für ihren Nachwuchs nach der monatelangen Trennung nicht mehr als Mutter erkennbar und damit kommunikativ erschwert erreichbar war. Dies gehört für Babys und Kleinkinder zu den größten Stressoren, die bekannt sind. Wohl deshalb gehört die Behandlung einer traumatischen Bindungsstörung auch heute noch zu den größten Herausforderungen in der Psychiatrie und Psychotherapie.²⁹

Fallvignette 4 aus den USA aus dem Jahr 2008:

Der Militärsanitäter Tom Hencks diente 17 Jahre von 1990 bis 2006 bei der US-Armee. Während des Irakeinsatzes erlebte er mehrere potentiell traumatische Situationen.

²⁸ Harry Patch, 25.07. 2009; http://de.wikipedia.org/wiki/Harry_Patch

²⁹ Allen, 2003; Weinberg 2008, und 2010; Schwarzenbach Salzburger Nachrichten, 29. 11. 2009

Nachdem er wegen Taubheit frühpensioniert worden war, zeigten sich bei ihm Symptome einer PTBS. Er unterzog sich einer Behandlung. Eines Tages saß er vor seinem PC in seinem Zimmer. Sein Sohn näherte sich von hinten und tappte ihm auf die Schulter. Tom reagierte so, als wäre er noch immer im Krieg, fühlte sich bedroht und schlug seinen Sohn nieder. Glücklicherweise konnte Toms Frau eingreifen und die Situation deeskalieren, in dem sie den Sohn schützte und den Gatten wiederum in die Gegenwart zurückführte, was seine instinkthafte Verteidigungsreaktion stoppte, die den Symptomclustern B (Wiedererleben) und D (Übererregung) zu zuordnen ist.

Der Vorfall beschreibt einen möglichen Spät- und Langzeiteffekt einer PTBS auf Familienmitglieder. Überreaktionen dieser Art können aber auch schon nach einem militärischen Spezialtraining, das zu einem hohen Spannungsniveau führt, auftreten und bestehen bleiben, wenn vor dem Übertritt ins zivile Leben keine Beruhigungsphase eingebaut ist.³⁰

Sekundäre Traumatisierung

Die beiden letzten Fallvignetten beschreiben in eindrucksvoller Weise, wie Soldaten und Soldatinnen nicht verarbeiteten Einsatzstress nach Hause mitbringen und ins Privatleben „einschleppen können“. Wenn sie diese „rambo-artigen Reaktionen“³¹, die im Einsatz für das Überleben absolut sinnvoll und notwendig sind, nicht unter Kontrolle bringen können, ist es möglich, dass nahestehende Menschen, mit denen viele Stunden am Tag

über Monate und Jahre im familiären Zusammenleben verbracht werden, von diesen überschießenden Verhaltensweisen „angesteckt“ werden können.

Eine Übertragung dieser wie auch anderer PTBS-Symptome kann sowohl transversal auf die Ehepartnerinnen, als auch antegrad transgenerational auf Kinder und Jugendliche und vielleicht auch retrograd auf die Elterngeneration erfolgen. In einem Circulus vitiosus tragen im Gefolge mehrere Personen zu einer Erhöhung des Familiendistress bei, was schlussendlich im ungünstigsten Falle in einem Burnout ganzer Familien enden kann.³²

Die Symptome bei den sekundär betroffenen Menschen können Teile oder das ganze Spektrum einer PTBS umfassen, durch die Persönlichkeit des Mitbetroffenen modifiziert werden und in ihrer Intensität variieren. Die ersten Fälle einer solchen Übertragung von Traumafolgesymptomen wurden 1980 im Gefolge des Vietnamkrieges in Militärspitälern der US-Armee beobachtet und von Figley beschrieben. Figley, der selbst als Soldat in Vietnam gedient hatte, entwickelte ein Übertragungsmodell für die Beschwerden. Er stuft sie als quasi normal ein, wenn einerseits ein nahestehender Mensch intensiv mit den schockierenden und die Seele verletzenden Ereignissen längerfristig und intensiv konfrontiert wird und andererseits zu wenig Möglichkeiten bestehen, sich von dieser Mitbetroffenheit ausreichend zu distanzieren und dadurch zu schützen. Die Exposition erfolgt in diesem Falle durch die direkte Mit-Konfrontation mit den schrecklichen Ereignissen durch Wiederzählungen und Miterleben von Verhaltensweisen wie zum Zeitpunkt der Bedrohung. Eine zweite Möglichkeit besteht in der direkten Übertragung der durch die Traumata ausgelösten verletzenden und sozial unverträglichen Verhaltensweisen auf nahestehende

30 Mündliche Mitteilung, österreichischer Berufsoffizier, 2008

31 vgl. tierartige Reaktionen bei Kolb & Multipassi, 1982

32 Barnes, 1998; Figley, 1998

hende Menschen, wie dies z. B. für Lachen und anderes mehr bekannt ist.

Wie kann man sich die Entstehung der sekundären PTBS unter Zuhilfenahme der Ergebnisse moderner Hirnforschung vorstellen? Die Psychologin Daniels untersuchte 1.124 Psychotherapeuten, die traumatisierte Menschen behandelten.³³ Bei diesen konnten in 29,1 % klinisch relevante posttraumatische Symptome erhoben werden. 10 % der Behandelnden zeigten eine schwerwiegende Symptomatik. Als Ursache führt die Autorin eine traumaartige Informationsprozessierung bei den „mitbetroffenen TherapeutInnen“ durch das zu bearbeitende traumatische Material an. Die zu häufige Anregung der Spiegelneurone führt zu einem Kindling von Mitgefühlsreaktionen, das in einer Dysregulation frontolimbischer Systeme mündet. Dies reduziert die Distanzierung von den Erlebnissen der kranken Menschen und kann schließlich in einem Erleben und Verhalten münden, das keine bewusste Unterscheidung von den Erlebnissen der Betreuten mehr möglich macht.

Therapeuten reagieren dann co-dissoziativ, co-verärgert, co-übererregt, co-traurig und/oder co-betäubt usw.³⁴

Sekundäre Traumatisierung von Soldatenfrauen

Wie klinische Fallbeschreibungen und einige wenige Studien belegen, ist eine solche Übertragung von Trauma-folgesymptomen auch auf Angehörige von Soldaten, wie deren Lebenspartner und Lebenspartnerinnen, möglich. Bis Herbst 2009 wurden von den im Gefolge angeführten Autoren etwa 1600 Ehegatten und Partner von Soldaten psychologisch mit den unterschiedlichsten Tests auf die Entwicklung einer PTBS untersucht. Al-Turkait und Ohaeri (2008) untersuchten in Kuwait

den Transfer von PTBS-Symptomen von Veteranen auf deren Ehefrauen. Bramsen, Ploeg und Twisk (2002) beschäftigten sich mit holländischen Ehepaaren, die den zweiten Weltkrieg überlebt hatten und deren chronischer PTBS im diadischen Kontext. Dirkzwager, Bramsen, Adèr und Ploeg (2005) untersuchten die Angehörigen von holländischen Peacekeepern, Mikulincer, Florian und Solomon (1995), Solomon et al. (1992), und Waysman, Mikulincer, Solomon und Weisenberg (1993) studierten israelische Veteranen, deren Partnerinnen und Familien. Figley und Kleber (1995) und Herzog (2008) untersuchten die partnerschaftlich-familiäre Situation von US-Veteranen und Franciskovič et al. (2007) und Klaric, Klarič, Stevanovič, Grkovič und Jonovska (2007) beschrieben potentiell traumatische Situationen in kroatischen Veteranen-Ehepaaren.

Auch wenn die Untersuchungen nicht miteinander vergleichbar sind, so können doch vorbehaltlich der unterschiedlichen Studiendesigns und der nicht sehr umfangreichen Fallzahlen folgende vorläufige Schlüsse gezogen werden: Während 2-40 % von Kriegsveteranen – solche mit längerer Gefangenschaft und extremen Kriegseinsätzen nicht eingeschlossen – eine PTBS entwickeln, können bis zu 28-39 % der Partnerinnen von Veteranen mit chronischer PTBS selbst von dieser Erkrankung sekundär betroffen sein und weitere entwickeln eine unvollständige PTBS (Sub-PTSD).

Bahnende Lebensfaktoren für eine sekundäre Traumatisierung von Ehefrauen von Veteranen und männlichen zivilen Traumaopfern mit PTBS können sein:

- schwere PTBS-Erkrankung des Veteranen³⁵
- zu geringe soziale Unterstützung in der peritraumatischen Phase³⁶

³³ Daniels, 2006, 2007 und 2008

³⁴ Daniels, 2007

³⁵ Beckham, Lytle & Feldman, 1996; Riggs, 2000

³⁶ Brewin, Andrews & Rose, 2003; Kapfhammer, 2008

- stark ausgeprägtes Vermeidungsverhalten³⁷
- Gewalttätigkeit des Ehegatten³⁸
- zusätzliche Traumen im Lebensverlauf der Ehegattin/Partnerin³⁹
- prätraumatische Psychopathologie⁴⁰
- potentiell bedrohliche Lebensumstände, wie kriegerische Ereignisse im Lebensumfeld oder via moderne Medien frei ins Haus geliefert.

Vermehrte Unzufriedenheit in der Partnerschaft ist die Folge. Es entwickeln sich mittel- bis hochgradige Eheprobleme⁴¹ und familiärer Distress, der sich bis zum traumatischen Stress in der Familie steigern kann.⁴² Hohe Trennungs- und Scheidungsraten sind die Folge. So betrug die Scheidungsrate bei gesunden österreichischen Soldaten nach Auslandseinsatz schon ohne robustes Mandat unmittelbar nach der Heimkehr 12-14 % (Ebner, 2007). Ausgenommen hiervon scheinen lediglich israelische Veteranen.⁴³

Andererseits kann eine gut funktionierende Familie mit normalem Zusammenhalt ohne symbiotische Bindungen, aber guter wechselseitiger Unterstützung, einen präventiven Faktor gegen die Entwicklung einer PTBS nach einem Trauma darstellen.⁴⁴

Kommt es trotzdem zur Entwicklung einer Traumafolgestörung bei beiden Lebens- oder Ehepartnern, kann psychotherapeutisch nach den 4 Grundregeln von Balcom (1996) vorgegangen werden:

- Reduktion des Distress bei ihr und ihm
- Ersatz der dysfunktionalen Partnerdynamik durch

funktionierende Regeln

- Unterscheidung des Traumas aus der Vergangenheit von der aktuellen Lebenssituation des Paares
- Wiederaufbau von Empathie und Zuneigung zu sich selbst und dem Partner
- •Ergänzung: Sind Kinder vorhanden, benötigen diese Schutz, Entlastung und Betreuung durch psychosoziale Netzwerke.

Weitere systemische traumatherapeutische Konzepte finden sich bei Korittko (2006). Er vergleicht die immer wiederkehrenden situationsinadäquaten Verhaltensweisen nach ihrer Ausbreitung vom Indexpatienten auf die ganze Familie als „erstarrtes Mobile“. Dieses gilt es wieder in eine lebensgestaltende Bewegung zu bringen. Eine weitere umfangreiche Sammlung systemischer traumatherapeutischer Konzepte findet sich bei Hanswille und Kissenbeck (2008). Letztere kombinieren die in den letzten Jahren entwickelten traumatherapeutischen schulenübergreifenden Grundsätze⁴⁵ mit den umfangreichen systemischen Techniken. Diese sind mit Ergänzungen:

- Arbeit im Hier und Jetzt zur Stabilisierung im Alltagsleben
- Fokussierung auf „die Seele stabilisierende und nährende Aktivitäten“⁴⁶
- Erlernen von Symptomkontrollen wie Beruhigungs- und Entspannungstechniken als auch Aktivierungsmethoden zur Einregulierung von Übererregung und Erstarrung⁴⁷
- Arbeit an den inneren und äußeren Ressourcen

37 Cook, Riggs, Thompson, Coyne & Sheikh, 2004; Evans, McHugh, Hopwood & Watt, 2003

38 Calhoun, Bosworth, Grambow, Dudley & Beckham, 2002

39 Al-Turkait & Ohaeri, 2008

40 Brewin et al., 2000

41 Jordan et al, 1992, Fallbeispiel Dunkfeld in Werner, 2010

42 Korittko & Pleyer, 2010

43 persönliche Mitteilung, Lahad NATO Tagung „Healing Wounds of War II“ 2009

44 Fontana & Rosenheck, 1997;

45 Sack, 2010

46 Stelzig, 2009

47 Wöller, 2006; M. Sack, 2010

durch Erstellen eines Ressourcendiagrammes, Anerkennung der Ressourcen

- Verstärkung derselben durch modifiziertes „Positiv-EMDR“⁴⁸ oder
- CIPOS = dauerhafte Reorientierung in der Gegenwart unter sicheren Bedingungen
- Schonende EMDR-Traumatherapie³²
- Vermittlung von Problemlösetechniken und aktivem Copingstil
- Verbesserung des Selbstbildes und Arbeit in Richtung sicherem Bindungsstil⁴⁹
- Unterstützung bei der Aktivierung sozialer Unterstützung
- Skulpturarbeit
- Familienbrett und Systembrett
- äußeres und inneres reflektierendes Team
- Genogrammarbeit
- Erstellung einer Beziehungslandkarte
- Körperarbeit
- Systemische Fragetechniken inklusive der Wunderfrage nach dem BASK-Modell⁵⁰
- Einführung von Skalierungen
- Familienrad
- Zeitlinienarbeit
- Externalisierung
- Überprüfung der familiären und beruflichen Rollen
- Berücksichtigung der soziokulturellen Wurzeln⁵¹

Sekundäre Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen

Die zweite Gruppe von Familienmitgliedern, die von den traumageleiteten Verhaltensweisen der Soldaten

mitbetroffen sein kann, ist die der Babys, Kinder und Jugendlichen. Angst, Wut, Vermeidung und Traurigkeit ausgesetzt⁵², können die Kinder von Traumaopfern traumatische Stress-Symptome wie Wiedererleben, Übererregung und Überreaktionen sowie situationsinadäquate unerklärliche Verhaltensweisen, die dem Verhalten der Eltern ähneln können oder auch nicht, entwickeln.⁵³ Bis zum Herbst 2009 wurden zu dieser Fragestellung 18 Untersuchungen mit 2442 Kindern durchgeführt. Die Erstbeschreibung erfolgte 1985 durch Rosenheck und Nathan, die herausarbeiten konnten, dass die Söhne von Vietnamveteranen ein höheres Risiko hatten, eine eigene Psychopathologie zu entwickeln, als gleichaltrige Jungen. Weitere Untersuchungen wurden von Ahmadzadeh und Malekian (2004) in Persien, Beckham, Feldman, Kirby, Hertzberg und Moore (1997), Dan E (1995), Parsons, Kehle und Owen (1990), Rosenheck und Thomson (1986), Rosenheck (1986), Rosenheck und Fontana (1998), Rosenthal, Sadler und Edwards (1987), Ruscio, Weathers, King und King (2002), Suozzia und Motta (2004) und Westerink und Giarratano (1999) in den USA und von Al-Turkait und Ohaeri (2008) in Kuwait durchgeführt.

Im Folgenden werden die bisher möglichen Schlussfolgerungen unter Einbeziehung weiterer Studienergebnisse, die auch zivilen posttraumatischen Stress untersucht haben, von einem beschreibenden und klinischen Standpunkt zusammengefasst:

Bei Kindern von Vietnam-Veteranen konnte eine schlechtere Bindung nachgewiesen werden⁵⁴. Liegt

48 Rost, 2008; Golth, 2014 (in Vorbereitung)

49 Stahl, 2008

50 BASK-Modell = Behaviour (Verhalten)-Affect (Emotion)- Sensation (Empfindung)-Kognition (Bewertung); s. bei Reddemann et al: Therapie Dissoziativer Störungen 2011

51 Marsella, Friedmann, Gerrity & Scurfield, 1996

52 Glenn et al., 2002

53 Steinberg, 1998

54 Fuls, 1994

eine chronische PTBS beim Soldaten oder Veteran vor, so entwickelt jedes dritte Kind ein psychisches Problem von klinischer Relevanz.⁵⁵ Bei sekundärer Traumatisierung zeigt sich bei Jugendlichen nur in seltenen Fällen das typische Bild einer klassischen PTBS.

Abhängig vom Alter, den vorhandenen Ressourcen und Belastungen können sich sehr unterschiedliche Symptome entwickeln, die von Krüger und Reddemann (2007) aus der Literatur zusammengestellt wurden.

Diese sind in Abhängigkeit vom Alter, ergänzt:

- Schreien, Weinen und erhöhte Irritabilität bei Babys mit Entwicklung einer posttraumatische Fütterungsstörung im Säuglings- u. Kleinkindesalter⁵⁶
- wiederholtes traumatisches Spiel, Kopfschmerzen und Bauchweh bei Kleinkindern
- Ängste und Traurigkeit sowie Schulprobleme bei Schulkindern
- ADS und ADHS, emotionale Instabilität mit Verlust der Impulskontrolle mit antisozialem Verhalten, Wiederinszenierung der traumatischen Situation, psychoseartige Symptome, Alkohol- und Drogenmissbrauch und alle Varianten von Persönlichkeitsstörungen⁵⁷
- Erstarren, Aufgeben, Unterwerfen, Überangepasstheit, Ausbilden einer traumatischen Bindung;⁵⁸ Jungen und Männer externalisieren ihre Beschwerden eher, Mädchen und Frauen zeigen häufiger internalisierende Symptome⁵⁹

Auf Grund dieser großen altersabhängigen Symptomvarianz ist davon auszugehen, dass die Folgen ziviler kindlicher Traumatisierungen bisher unterdiagnostiziert worden sind.⁶⁰ Diese Annahme ist vermutlich auch auf die sekundären Traumatisierungen von Soldaten- und Veteranenkinder auszudehnen. Darüber hinaus ist bei Kindern zu bedenken, dass einzelne Symptomgruppen, wie Betäubung oder Abschalten und Übererregung, die Bahnung von weiteren chronischen psychischen Störungen einleiten können.⁶¹ Sie können wie offene Tore für die Entwicklung weiterer Beschwerden wirken, weshalb die APA bei Kindern eine psychotherapeutische Behandlung schon dann als indiziert ansieht, wenn nur eine Symptomgruppe und noch kein Vollbild einer psychischen Störung entwickelt ist. So können kindliche Ängste mit Krankheitswert Vorboten von depressiven Entwicklungen sein, was die Sinnhaftigkeit dieser Regel unterstreicht.⁶² Nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, die zum Großteil in den USA erarbeitet worden sind, müssen in Zusammenhang mit militärischen Einsätzen eines oder beider Elternteile noch weitere Faktoren berücksichtigt werden.⁶³

- Die Abkommandierung von Vater oder Mutter in einen Kriegseinsatz ist für Kinder eine der stressreichsten Lebenserfahrungen.⁶⁴
- Die Verlängerung eines Einsatzes generiert bei den Ehegatten in fast 50% signifikante Angst- und Depressionssymptome.⁶⁵

55 Jordan et al., 1992

56 Brand, Engel, Canfield & Yehuda, 2006; Hofacker, Hommel & Eder, 2007

57 Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Maercker, Michael, Fehm, Becker & Margraf, 2004; Krüger & Reddemann, 2007; Perry, Pollard & Blakley, 1998; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003; Baumhauer et al, 2007

58 Heinerth, 2004; Peichl, 2007

59 Kolk, 1998 Miele & O'Brien, 2010

60 Miele & O'Brien, 2010

61 Hanswille & Kissenbeck, 2008

62 Cole, Peeke, Martin, Truglio & Seroczynski, 1998

63 Übersicht bei Davis, Ward und Storm 2011; McFarlane & Williamson & Barton 2009

64 Lincoln et al, 2008

65 Steele & Fisher, 2009

- Das Aufwachsen eines Kindes in einer Familie mit einem chronisch psychisch kranken Menschen kann für sich schon potentiell traumatisch sein und die Entwicklung einer sequentiellen T2-Traumatisierung bedingen.⁶⁶
- Bei erwachsenen traumatisierten Menschen kann in der Anfangsphase klinischer Symptomatik nicht immer zwischen Depression und PTSD unterschieden werden.
- Häusliche Gewalt kann in Familien mit Militärangehörigen generell erhöht sein⁶⁷ und während Einsätzen zunehmen.
- Langdauernde PTBS-Symptome von Kindern nach ziviler Traumatisierung können sich rekursiv negativ auf die psychische Gesundheit der Mutter auswirken.
- Umgekehrt schützt eine anpassungsfähige, resiliente Familienstruktur mit gutem Zusammenhalt Kinder vor der Entwicklung posttraumatischer Symptome.⁶⁸
- Väterliche PTBS-Symptome wie Betäubung, Vermeidung und Übererregung können durch ein warmes einfühlsames Verhalten von Müttern abgepuffert werden.⁶⁹
- Die Nachkommen von traumatisierten Flüchtlingen leiden selbst zwei Mal so häufig an einer PTBS, wenn ein Elternteil an einer PTBS erkrankt ist, als wenn weder bei Vater noch Mutter eine Traumastörung diagnostiziert worden ist. Sind beide Eltern an einer chronischen PTBS erkrankt, verdoppelt sich diese Erkrankungsrate bei den Kindern und Jugendlichen auf 41,2 %.⁷⁰

Die Entwicklung oder Prävention von „Traumafolgestörungen im weitesten Sinne“ hängt bei Kindern und Jugendlichen vom komplexen Zusammenspiel genetischer Faktoren und den langjährigen psychosozialen Lebensbedingungen ab. Während das individuelle kindlich-jugendliche Stressverarbeitungssystem, das in das mütterliche, familiäre und soziale Schutz- und Entwicklungssystem eingebettet ist, bei entsprechender genetischer Disposition schon durch eine einmalige Traumatisierung überfordert werden kann,⁷¹ zeigen andere Kinder trotz widriger Lebensbedingungen eine erstaunliche Resilienz. Bei letzteren kommt es nur dann zur Entwicklung einer Psychopathologie, wenn sie zumindest eine frühe Traumatisierung erlitten haben und mehrere Jahre keine gute Beziehungen mit erwachsenen Personen hatten.⁷²

Familie und PTBS

Stockton arbeitete 1982 heraus, dass schwierige familiäre Verhältnisse einen bedeutsamen Prognosefaktor für die Entwicklung von PTBS bei Vietnamveteranen darstellen. Herndon präziserte dieses Ergebnis 1986 dahingehend, dass „das Familiensystem das Potential in beide Richtungen hat, die PTBS entweder aufrecht zu erhalten, aber auch zu eliminieren“ (freie Übersetzung des Autors). Zusätzliche familiäre Faktoren, die das Entstehen einer PTBS in einer die Generationen übergreifenden Weise unterstützen können, sind nach Reich, Lyons und Cai (1996) das Vorliegen einer generellen Angststörung und einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.

66 Bifulco, 2000; Fischer, Gurriss & Riedesser, 2003

67 North Carolina Child Advocacy Institute, 2004

68 Birmes et al, 2009

69 Israel, Dinsthein, 2005 zitiert nach Ginzburg et al, 2010

70 Sack et al, 1994

71 Caspi et al, 2002 und 2003

72 Werner, 1989

Trotzdem ist das Auftreten einer akuten Stressreaktion nach Militäreinsatz der wichtigste Prognosefaktor für die Entwicklung einer PTBS bei israelischen Soldaten.⁷³ Geringe Ausdrucksfähigkeit und schlechter familiärer Zusammenhalt steigerten den familiären Disstress, während die gesündesten Ehepartnerinnen in Familiensystemen mit guter Kommunikation lebten. Evans, Cowlishaw, Forbes, Parslow und Lewis konnten die Ergebnisse 2010 replizieren, als der Verlauf einer chronischen PTBS in gut funktionierenden Familien günstiger ist. Der Einfluss dieser Verlaufsvariablen darf aber nicht überschätzt werden.

Wichtige Familienressourcen, die die Bewältigung und Integration eines Psychotraumas fördern, sind:⁷⁴

- Akzeptanz der psychischen Erkrankung und der damit verbundenen Krise
- positive Synthese individueller und familienorientierter Sichtweisen
- erhöhte Toleranz gegenüber Belastungen
- Entwicklung und Verwirklichung lösungsorientierter Sichtweisen
- emotionale Offenheit
- offene Kommunikation
- hohe Familienkohäsion⁷⁵
- flexible Rollenaufteilung
- Abwesenheit von Sucht
- Abwesenheit von Gewalt
- Vermeidung von unbewältigbarem Disstress, unberechenbaren Symptomreaktivierungen und weiteren Re-Traumatisierungen

Schlechter Familienzusammenhalt kann umgekehrt beim Veteranen zu vermehrten Intrusionen führen und die PTBS-Symptomkaskade zum Ablaufen bringen.⁷⁵

Allgemeine Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz von Kindern und Jugendlichen sind:⁷⁶

- elterliche Wärme und Stabilität
- Ausbildung einer sicheren Bindung
- Förderung des familiären Zusammenhaltes
- •Interesse am Leben des Kindes
- •individuell zugewandtes, positiv akzeptierendes und zugleich normiertes situationsadäquates und altersentsprechendes Erziehungsverhalten.

Klinische Folgerungen und zukünftige Forschungsaufgaben

Das psychiatrische Krankheitsbild der sekundären Traumatisierung in Soldaten- und Veteranenfamilien, in denen ein Familienmitglied an Traumafolgestörungen nach militärischen Einsätzen erkrankt ist, existiert. Es wurde bisher - wie auch die PTBS selbst vor 25 Jahren - im klinischen ärztlich-psychologischen Alltag zu wenig wahrgenommen. Während es Hinweise gibt, dass die Zahl mitbetroffener Lebens- und Ehepartner nicht unbeträchtlich ist, wurden für Kinder und Jugendliche nur wenige klassische Fälle von PTBS beschrieben, was die Auswirkungen einer elterlichen PTBS in der Familie möglicherweise deutlich zu gering erscheinen lassen. Dies erklärt sich einerseits aus dem mangelnden Forschungsinteresse zu diesem Thema, andererseits haben auch große Studien, wie die ACE-Studie von Felitti⁷⁷, auf das Auftreten der Depression als Trau-

73 Solomon, Mikulincer, Freid & Wosner, 1987

74 Korittko & Pleyer, 2010, ergänzt

75 Evans et al, 2010

76 Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2006; Lenz, 2010

77 Adverse Childhood Experience Study 1998; Dube, Felitti, Dong et al 2007

mafolgestörung fokussiert und nicht auf das vermehrte Entstehen von jedweder Psychopathologie inklusive der klassischen PTBS. Zudem lernen wir erst, welche altersabhängigen und zusätzlichen Symptome Kinder nach unbewältigbaren Stressereignissen entwickeln und wie dieselben durch den sozialen Kontext moderiert und im Idealfall abgepuffert werden können.

Wie wir aus den Untersuchungen von Teicher, Samson, Polcari und McGreenery (2006) ableiten können, generieren aber schon tägliche „Steine und Stöcke“ dieselben pathologischen Symptomkombinationen im MMPI wie nach Missbrauch und anderen Traumatisierungen. Zukünftige Familienforschungen, die sich mit der Frage der Weitergabe psychischer Störungen nach Traumatisierung von Eltern beschäftigen, müssen daher alle Wege der kompletten, der unvollständigen und der durch die kindliche Individualität modifizierten Weitergabe psychischer Symptome und Erkrankungen einschließen. Erste Daten für diesen komplexen transgenerationellen Mechanismus liegen für elterliche Angststörungen, Depressionen und Psychosen vor.⁷⁸

Die verschiedenen Ansätze für die Behandlung kindlicher Traumatisierungen sind in den Büchern von Hensel (2007), Krüger und Reddemann (2007), Landolt (2008), P. A. Levine und Kline (2006b), Weinberg (2008, 2010) und dem Manual von Schubbe (2010) über die altersgerechte Traumatherapie bei Kindern mit EMDR ausführlich dargestellt: Allen gemeinsam ist, den Kindern und Jugendlichen nach unverkraftbaren als existentiell bedrohlich empfundenen Ereignissen eine ausreichende „emotionale Erste Hilfe“ oder ein „Gutes Seelisches Pflaster“ sein zu müssen, um die Risikofaktoren für die

Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischen Erkrankungen zu minimieren und eine gesunde Entwicklung zu unterstützen.⁷⁹ Im o.g. Manual des Trauma-Institutes (2010) sind darüber hinaus alle wichtigen Übungen für eine imaginative Ressourcenarbeit zur Stabilisierung, Distanzierung, Flashbackkontrolle, Affektregulation und Reorientierung beschrieben. In der Zusammenschau aller Studien ergibt sich, dass kein Veteran oder Soldat für sich alleine an seiner PTBS erkrankt bleibt, sondern seine veränderte Lebensweise Auswirkungen auf die verschiedensten Angehörigen haben kann. Dies macht die Einbeziehung der Familie als System erster Ordnung in die Diagnostik und Therapie unverzichtbar. Sie sollte regelhaft mit einer nicht stigmatisierenden Information über mögliche Traumafolgestörungen mit besonderem Schwerpunkt für PTBS schon vor einem Auslandseinsatz beginnen. Hierdurch wird eine frühzeitige Diagnose gefördert und damit die rechtzeitige Einleitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen unterstützt. Letztere sollten aus systemischer Sicht als Gold-Standard einen kombinierten individuell-familiären Ansatz pflegen und neben dem traumatisierten Menschen die ganze Familie sowie in besonderer Weise sowohl das stützende, als auch das schwächste Familienmitglied und die Kinder sowie die Jugendlichen einschließen.⁸⁰

Hat sich die PTBS-Erkrankung vom akuten in ein chronisches Stadium entwickelt, ist von der Notwendigkeit einer länger dauernden multimodalen Therapie auszugehen.

Zusätzliche lebensgeschichtliche Belastungen beinhalten das Risiko einer Symptomreaktivierung und können

78 Lieb et al, 2000; Weissman et al, 2006

79 Levine & Kline, 2006a

80 Rosenheck & Fontana, 1998

schon bei gesunden Menschen mit höheren Symptombelastungen einhergehen als eine PTBS selbst.⁸¹ In diesen Phasen der Erkrankung bedürfen die Familien daher besonderer Unterstützung. Gleichzeitig unterstreicht dies die Bedeutung des Lebensumfeldes in seiner Beziehung mit dem posttraumatischen Krankheitsverlauf.

In Zeiten knapper werdender wirtschaftlicher Ressourcen darf zum Abschluss auch darauf hingewiesen werden, dass eine Studie des RAND Centers for Military Health Policy Research⁸² zu dem Schluss gekommen ist, dass eine evidenzbasierte Behandlung von Betroffenen im ersten Jahr nach dem Einsatz sowohl für die Behandlung der Depression, der PTBS als auch der kombinierten Störung von Depression und PTBS langfristig einen wirtschaftlichen Nutzen erbrachte. Hätte die Untersuchung die möglichen Folgeeffekte und die damit verbundenen Kosten auf Familienangehörige mitberücksichtigt, wären die Ergebnisse sicherlich noch deutlicher ausgefallen.

Um den Lebensumständen von Veteranen und ihren Familien ausreichend Rechnung zu tragen, wurde in den USA das „Intergenerational Health Effects of Service in the Military Research Protocol“ entwickelt und im Juli 2007 der Öffentlichkeit präsentiert. Angesichts der Tatsache, dass auch die Europäische Union ihre militärischen Interessen in Zukunft mit eigenen Battle-Groups wahrnehmen wird, wäre anzuregen, dass die EU-Staaten für die Versorgung Ihrer Soldaten und deren Familien eine unabhängige Forschungs- und Versorgungseinrichtung aufbauen sollten, als sich zumindest in den USA basierend auf jüngsten Untersuchungen herausstellte, dass von den heute noch lebenden Kriegs-

veteranen aus dem 2. Weltkrieg, dem Korea-Krieg und Vietnam bis zu 33-44 % an Symptomen einer chronisch verlaufenden Kriegstraumatisierung leiden.⁸³ Je ausgeprägter die chronische Trauma-Symptomatik des Veteranen/der Veteranin ist, desto gefährdeter erscheinen nach israelischen Studien sowohl die Partner als auch die Kinder. Diese Aussage hat derzeit nur Geltung für ehemalige kriegsgefangene Veteranen. Zukünftige Studien müssen klären, ob generell eine Beziehung zwischen der Höhe der Dosis miterlebter Symptome und des Risikos der Entwicklung einer sekundären PTBS, wie sie bei der Entstehung der PTBS selbst angenommen wird, besteht.⁸⁴

Trotzdem sollten die genannten Ergebnisse im klinischen Alltag Berücksichtigung finden und die Betreuung von Soldaten und Soldatinnen nach Gefangenschaft und/oder multiplen traumatischen Kampfeignissen eine aufsuchende Komponente beinhalten.

Die „Heimatfront“ in den Familien,⁸⁵ die ansonsten aufgebaut wird, sollte mit einem solchen Versorgungsprogramm besser „befriedet“, versorgt und biopsychosozial gesund erhalten werden können, da das Leben von Partnern und Partnerinnen, sowie Kindern von Soldatinnen und Soldaten offenbar vermehrte Risikofaktoren für die Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen bergen kann, aber nicht muss.

81 Gold, Marx, Soler-Baillo & Sloan, 2005; Mol et al., 2005; Waddington et al; Solomon, Dekel & Mikulincer, 2008;

82 Tanielian & Jaycox, 2008

83 American Association for Geriatric Psychiatry, 2009

84 Greene et al., 2014

85 Chandra et al., 2010

III Therapie und Behandlung

19. ERSTE GESPRÄCHE IM PSYCHOSOZIALEN NETZWERK

Peter Zimmermann

Hinweise zum Gesprächsstil

Bereits beim ersten Kontakt zu einem psychisch belasteten oder traumatisierten Soldaten sollte darauf hingewiesen werden, dass die Gesprächsinhalte streng vertraulich gehandhabt werden. Grundsätzlich ist zusätzlich zu erwägen, auch anonyme Gesprächsangebote zu machen, um die Hemmschwellen der Betroffenen zu senken.

Bei der Gesprächsführung gelten in Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen wie neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen eine Reihe von Besonderheiten. Diese lassen sich beispielsweise zusammenfassen im Konzept der „Parteilichen Abstinenz“ (Fischer & Riedesser, 2009). Auf der einen Seite ist es dem Helfer im Psychosozialen Netzwerk durchaus möglich, zu den traumatisierenden Ereignissen klar und ggfs. auch wertend Stellung zu beziehen („Ihnen sind ja furchtbare Dinge widerfahren...“). Diese Parteilichkeit sollte aber nicht in ein unreflektiert protektives Verhalten gegenüber dem Hilfesuchenden übergehen, da dann eine Schwächung von Alltags- und Bewältigungskompetenzen zu befürchten wäre. Hier ist eine abgewogene Abstinenz gefragt, die die gesunden Anteile des Klienten bewusst anspricht und zu einem Arbeitsbündnis verpflichtet („Wie würden Ihre gesunden/kompetenten Anteile jetzt entscheiden...?“).

Eine Thematisierung der traumatischen Erlebnisse ist möglich, jedoch sollte eine vertiefte und detaillierte Verbalisierung insbesondere von belastenden Bildern, Emotionen und Selbstbewertungen in den ersten

Kontaktgesprächen eher vermieden werden. Mit dem Soldaten sollte im Vorfeld über die Gefahr einer Symptomtriggenung gesprochen und vereinbart werden, wie beide Gesprächspartner in diesem Fall verfahren wollen, zum Beispiel durch Verabredung eines STOP-Signals.

Der Helfer im Psychosozialen Netzwerk sollte während der Gesprächsführung mit einem traumatisierten Soldaten aufkommende eigene Gedanken und Gefühle beobachten. Bei Thematisierung traumawertiger Erlebnisse kann das Trauma den Stellenwert eines eigenständigen Übertragungsfaktors bekommen. Das heißt, neben dem ohnehin ablaufenden nonverbalen Geschehen zwischen den Gesprächspartnern hat es eine direkte Wirkung auf Erleben und Wahrnehmung des Helfers.

Dazu gehören zum Beispiel:

- Schuldgefühle, nicht ausreichend kompetent helfen zu können, die zum einen die Schuldgefühle des Klienten widerspiegeln aber auch Teil einer „Überlebensschuld“ des Helfers sein können
- Eine Erschütterung des eigenen Weltbildes und Sicherheitsgefühls des Helfers, die dem Erleben des Traumatisierten ähnelt
- Empathiestress: Angst, Hilflosigkeit oder Wut angesichts einer „Überschwemmung“ mit belastenden Inhalten

Eine Folge derartiger Gefühle kann sein, dass sich der Helfer selbst zu schützen beginnt, z. B. in Form eines intellektualisierten und distanzierten Umgangs mit dem Klienten bis hin zu einem abrupten Kontaktabbruch,

welchen der Traumatisierte wiederum als Retraumatisierung erleben kann.

Auf der anderen Seite sind aber auch gegenteilige („reaktionsbildende“) Verhaltensmodi zu beobachten, bei denen der Helfer nur noch wenig zur Grenzsetzung in der Lage ist und sich zunehmend auch für Hilfeleistungen verantwortlich fühlt, die noch gut von dem Betroffenen selbst erledigt werden könnten. Das kann zu einer Überforderung des Betreuers führen.

Ein erster Einstieg: Psychoedukation

Psychoedukation vermittelt dem traumatisierten Soldaten Grundwissen über die Entstehung seiner Erkrankung und mögliche Symptome, gibt ihm dadurch Sicherheit und hilft, Ängste vor weitergehenden körperlichen Schädigungen zu reduzieren (beispielsweise vor einem Herzinfarkt bei wiederholtem Herzrasen).

Leitlinie sollte sein, die Erkrankung zu beschreiben als die:

- Normale (oder angemessene) Reaktion eines normalen Menschen auf eine unnormale Situation.

Im Anschluss sollten die vom Soldaten beschriebenen Symptome im Detail besprochen und in ihrem Bezug auf die traumatische Belastung erklärt werden (siehe Kapitel 11 Die Posttraumatische Belastungsstörung). Hier ist in der Regel die Kooperation mit dem behandelnden Truppenarzt erforderlich. Dieser sollte im Zweifelsfall auch eine organmedizinische Abklärung vornehmen.

Aktivierung von Ressourcen

Jedem Mensch stehen zur Bewältigung belastender Erfahrungen gesundheitsförderliche Faktoren zur Verfügung (Ressourcen). Psychisch bedeutsame Ressourcen können unterteilt werden in äußere Ressourcen

(soziale Kontakte, Hobbys, der Beruf, das Wohnumfeld etc.) sowie innere Ressourcen (ein positiver, fürsorglicher Bezug zu sich selbst, das Bewusstsein und die Akzeptanz eigener Stärken und Schwächen, die Fähigkeit, Emotionen und Impulse wahrzunehmen und zu zeigen, aber auch zu beherrschen etc.).

Die Entwicklung neuer oder die Stärkung vorhandener Ressourcen kann ein wichtiger Schritt bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse sein, da Bewältigungsstrategien dadurch aufgebaut und gefördert werden. Dieser Prozess kann und sollte frühzeitig einsetzen und durch Mitarbeiter der Psychosozialen Netzwerke gefördert werden, ggfs. auch schon vor einem therapeutischen Kontakt in einem Bundeswehrkrankenhaus.

Als nützlicher Einstieg hat sich die Frage erwiesen:

- „Was hat Ihnen in früheren Krisensituationen weitergeholfen, was hat Ihnen bislang Kraft und Stabilität gegeben?“

Die gelegentlich, wenn auch selten gegebene Antwort „Überhaupt nichts!“ sollte nicht akzeptiert werden, denn ohne Ressourcen ist ein psychisches Überleben kaum möglich. Im Anschluss sollte beraten werden, welche der bereits existierenden Ressourcen ggfs. in der aktuellen Krisensituation wieder gestärkt werden könnten, um erneut nützlich zu sein.

Wenn der Klient in dieser Hinsicht wenig beweglich ist, können ggfs. zunächst mögliche externe Ressourcen vorgeschlagen werden (Sport, gute Freunde, Familienmitglieder). Ergänzend kann ein Zugang zu inneren Ressourcen über Vorbilder und Leitbilder gefunden werden.

Hilfreich ist hier evtl. eine Externalisierung:

- „Stellen Sie sich vor, einer Ihrer guten Freunde wäre

jetzt in Ihrer Lage und würde Ihnen das erzählen, was Sie mir gerade berichtet haben. Was würden Sie ihm zur Unterstützung sagen, was würden Sie ihm konkret raten?“

Selbstfürsorge und Werte

Insbesondere bei Soldaten, die stark mit Ihrem dienstlichen Rollenbild identifiziert sind und hohe Erwartungen an sich selbst haben, fällt die Aktivierung von Ressourcen oft schwer, da innere Bewertungen wie „Dazu habe ich keine Zeit.“ oder „Das habe ich nicht verdient, andere haben das nötiger als ich.“ vorherrschend sind. Ressourcenaktivierung bedeutet somit auch das Ansprechen derartiger innerer Widerstände und die Vermittlung heilsamerer Kognitionen. Gelegentlich ist ein Zugang durch die dienstlich verankerte „Pflicht zur Gesunderhaltung“ möglich. Dies kann erweitert werden durch eine Intervention der folgenden Art:

„Stellen Sie sich vor, Ihr Dienstherr/Ihre Familie könnte sich entscheiden: entweder Sie behalten Ihren bisherigen pflichtbewussten Stil bei und schaffen das noch ca. fünf Jahre, sind dann aber erschöpft und nur noch wenig leistungs- und ergebnisfähig und das möglicherweise dauerhaft. Oder Sie nutzen Ihre jetzigen Erfahrungen und ändern Ihre Einstellungen ein wenig, kümmern sich mehr um sich selbst, setzen sich weniger unter Druck, leisten dadurch evtl. weniger, erreichen aber ein stabiles und dauerhaftes Kräftegleichgewicht. Wofür würde sich Ihr Dienstherr/Ihre Familie entscheiden?“

Im Regelfall wird diese Frage mit „Für das Letztere natürlich!“ beantwortet.

Verbesserung der sozialen Unterstützung

Eine gute soziale Unterstützung stellt einen der wichtigsten protektiven Faktoren gegen die Entwicklung oder

Verstärkung einer posttraumatischen Symptomatik dar (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Viele Betroffene finden allerdings aus Angst oder mangelnder Routine Gegenargumente gegen eine emotionale Öffnung, die zu einer Gesprächsblockade führen. Im nachfolgenden Beispiel finden Sie eine Auswahl solcher Argumente und einen Vorschlag, wie Sie damit umgehen können.

Beispiel für einen „sokratischen Dialog“ zur Verbesserung der sozialen Interaktion

Helfer: Wie gehen Sie mit Ihren Belastungen durch den Auslandseinsatz in Ihrer Familie um? Sprechen Sie über Ihre Erlebnisse oder darüber, wie es Ihnen derzeit geht?

Soldat: Nein, eigentlich nicht.

Helfer: Gibt es dafür einen Grund?

Soldat: Ja. Meine Frau hat ihre eigenen Probleme, zum Beispiel mit ihrer Arbeitsstelle. Da möchte ich sie nicht zusätzlich belasten. Außerdem versteht sie meine Probleme ja sowieso nicht.

Helfer: Aber da sie ja lange zusammen sind: Meinen Sie nicht, dass Ihre Frau merkt, dass Sie sich verändert haben?

Soldat: Doch, davon gehe ich aus.

Helfer: Wenn Sie sich einmal in Ihre Frau hineinversetzen: Was könnte Sie denn für Vermutungen haben, warum Sie sich verändert haben?

Soldat: Na ja, vielleicht denkt sie, es liegt am Einsatz..., aber sie könnte auch befürchten, sie hat etwas falsch gemacht, ich könnte wütend auf sie sein oder Ähnliches.

Helfer: Und wie wird das sein für Ihre Frau, wenn sie solche Gedanken hat? Wird sie Ihnen so entspannt gegenüber treten wie früher?

Soldat: Nein, eigentlich nicht. Das habe ich auch schon bemerkt: sie wirkt im Umgang mit mir verkrampfter als früher, manchmal auch reizbarer.

Helfer: Und haben Sie sich nie Gedanken darüber gemacht, woran das liegen könnte?

Soldat: Doch. Und um ehrlich zu sein, habe ich gedacht, es liegt an mir, dass ich selber vielleicht einen Fehler gemacht habe... (Pause, der Soldat lächelt)...eigentlich dumm, da haben wir uns ja selbst ein Problem gemacht...

Helfer: ...durch zu viel Schweigen?

Soldat: Ja, genau. Aber wie soll ich das ändern? Über den Einsatz reden... so leicht ist das nicht, das muss ich erst lernen.

Helfer: Könnte es vielleicht helfen, wenn Sie Ihrer Frau zumindest erstmal sagen, woran es liegt, dass Sie sich verändert haben? Also am Einsatz und nicht an Ihrer Frau. Und dass Sie jetzt anfangen wollen daran zu arbeiten, damit es wieder besser wird? Das könnte doch vielleicht ein erster Schritt sein. Und Sie könnten sie bitten, dass sie erstmal nicht zu viele Fragen stellt, weil es Sie zu sehr belasten könnte.

Soldat: Ja das könnte klappen, vielleicht sollte ich das demnächst einmal probieren.

Die Problematik der Krankschreibung

Nicht selten leiden traumatisierte Soldaten bereits seit Monaten oder Jahren an ihren Symptomen und es herrschen dementsprechende Erschöpfungssymptome und/oder ein Motivationsverlust vor. In solchen Situationen kann eine vorübergehende Krankschreibung durch den Truppenarzt hilfreich sein, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, sich im häuslichen Umfeld unter Mithilfe der Angehörigen zu erholen bzw. sich auf eine nachfolgende Traumatherapie vorzubereiten.

Eine unreflektierte, zu ausgedehnte Krankschreibung (über Wochen oder Monate) kann allerdings gravierende Nachteile mit sich bringen, insbesondere wenn nicht gleichzeitig therapeutische Maßnahmen erfolgen.

Durch das Fehlen einer regelmäßigen Tätigkeit können Alltagskompetenzen geschwächt und persönliche Unsicherheiten verstärkt werden. Einen Kompromiss kann das „Hamburger Modell“ darstellen, bei dem der traumatisierte Soldat über z.B. ein bis drei Monate nur vier oder sechs Stunden täglich Dienst leistet und parallel ggfs. eine ambulante Psychotherapie durchführt.

Einsatz von Entspannungstechniken

Die Vermittlung eines Verfahrens zur aktiven Entspannung kann den Heilungsprozess positiv unterstützen und auch bereits bei ersten Interventionen vor Beginn einer eigentlichen Traumatherapie vermittelt werden. Ein regelmäßig angewandtes Training hilft zum Beispiel, vegetative Übererregbarkeits-Symptome (wie das „Hyperarousal“) zu reduzieren und vermittelt dem Anwender ein Kompetenzgefühl („Ich kann etwas tun gegen meine Symptome.“).

Verschiedene Techniken sind wirksam, u. a. progressive Muskelentspannung, Atementspannung etc... Sie sind in der Regel im Internet oder als App als Audio-Dateien kostenfrei verfügbar. Dem Interessierten sollte die Auswahl freigestellt werden, da das Ansprechen auf ein Verfahren individuell sehr unterschiedlich ist. Wichtiger ist das mehrfach tägliche Üben, zu welchem insbesondere bei jüngeren Soldaten eine wiederholte Ermunterung erforderlich sein kann. Als praktikabel haben sich beispielsweise Übungsabschnitte in der Mittagszeit und abends vor dem Schlafengehen erwiesen. Bei letzterem sollte darauf hingewiesen werden, dass keine „Selbsthypnose“ zu befürchten ist, die etwa das morgendliche Aufwachen erschweren könnte und daher auch keine aktive Rücknahme der Entspannung erfolgen sollte. Bei gutem Trainingsstand sind im Regelfall 5-10 Minuten Übungszeit pro Übung ausreichend.

Daneben sollten mögliche innere sowie äußere Hinder-

nisse sowie praktische Voraussetzungen eines erfolgreichen Übens besprochen werden. Dazu gehören ein ruhiger, störungsfreier Raum, der insbesondere von Kollegen und Familienangehörigen respektiert werden muss (z. B. durch Erklärungen, „Bitte-Nicht-Stören“-Schild an der Tür, Stummschalten des Telefons etc.). Es kann im Sitzen oder Liegen auf einer bequemen Unterlage (Stuhl, Matte etc.) geübt werden.

Wichtig ist auch die Thematisierung möglicher innerer Widerstände des Übens. Dazu gehören Überzeugungen wie „Ich bin stets unentbehrlich, auch für kurze Zeiträume“ oder „Wenn ich etwas für mich tue, habe ich versagt oder bin ein schlechter Soldat.“ Ähnlich wie im Fall der Selbstfürsorge beschrieben, sollte auch hier eine mündige Wahlmöglichkeit zwischen weiterem Kraftverlust und Verantwortung für sich selbst in den Vordergrund gestellt werden.

Medikation in der Krisenintervention

Zielsymptom	Wirkstoff	Dosierung
Schlafstörung	Trimipramin	5-50 mg z.N., z.B. als Tropfen
	Mirtazapin	15-30 mg z.N., z.B. als SolTab
Intrusion	SSRI*	Präparat-abhängig
Rückzugsverhalten	SSRI*	Präparat-abhängig
Hyperarousal	SSRI*	Präparat-abhängig
Akute Angst	Trimipramin	5-25 mg mehrfach täglich
	Opipramol	50-100 mg
	Promethazin	10-30 Tropfen mehrmals täglich

Legende: *SSRI: Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (z.B. Paroxetin 10-30 mg morgens)

Die hier in Kürze gegebenen Hinweise verfolgen nicht das Ziel, ein Lehrbuch der Psychopharmakologie zu ersetzen, welches zur profunden Vertiefung unentbehrlich bleibt. Es sollen aber aus der praktischen Erfahrung heraus beispielhaft Empfehlungen zum medikamentösen Umgang mit traumabezogenen Zielsymptomen gegeben werden, die nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Hinweis: Auf die Anwendung von Benzodiazepinen sollte nur in Nofallsituationen, z. B. bei sehr starker Anspannung oder zur vorübergehenden Sedierung bei Suizidgedanken, zurückgegriffen werden, da sie traumabezogene Verarbeitungsprozesse hemmen können.

Motivation zu einer weiterführenden Psychotherapie

Viele seelisch belastete Soldaten schämen sich ihrer Symptome und haben Befürchtungen vor dienstlichen Konsequenzen, wenn sie sich in psychotherapeutische Behandlung begeben. Um sie dennoch zu motivieren, kann eine Aufklärung hilfreich sein, dass posttraumatische Belastungsstörungen gut behandelbar sind und dann keine Einschränkungen in der Verwendungsfähigkeit als Soldat hinterlassen. Dies schließt auch die Möglichkeit mit ein, nach einem gewissen Stabilisierungsintervall von 6-12 Monaten nach abgeschlossener Therapie erneut in einen Auslandseinsatz zu gehen. Zusätzlich sollte verdeutlicht werden, wie viel Lebensqualität eine traumabezogene Symptomatik rauben kann, die dem Betroffenen selbst, aber auch der Familie und dem Freundeskreis verloren geht.

Therapie ist keine Schwäche, sondern erfordert Mut und Stärke!

Wenn trotz offensichtlicher traumabezogener Symptomatik keine Veränderungsmotivation besteht, bleibt z.T. als Alternative nur das wiederholte, aber nicht vorwurfsvolle Ansprechen der Thematik oder die Ermutigung, ein niedrigschwelliges, anonymisiertes Kontaktangebot der Bundeswehr zu nutzen (www.ptbs-hilfe.de, www.angriff-auf-die-seele.de, Telefonhotline). Im Falle einer dienstlichen Leistungsminderung durch die Symptomatik besteht ggfs. die Notwendigkeit einer engmaschigen Absprache mit dem Disziplinarvorgesetzten (unter Wahrung der berufsbezogenen Schweigepflicht), um notwendige dienstliche Maßnahmen abzustimmen mit

dem Ziel, dem Soldaten einerseits Konsequenzen zu verdeutlichen, diese aber auch nicht unangemessen eingreifend zu gestalten und damit dem Krankheitswert des Geschehens gerecht zu werden. Eine initiale Fremdmotivation zu einer therapeutischen Maßnahme ist im Regelfall auf längere Sicht kein Hindernis für einen Therapieerfolg.

Die Angst vieler Betroffener vor den Folgen einer Therapie lässt sich ggfs. durch die folgende orientalische Geschichte (nach Pescheschian, 2006) etwas abmildern: Ein Mann stand wegen Bestechung vor dem Richter. Alles sprach für seine Schuld und so blieb dem Richter nur mehr, das Urteil zu sprechen. Der Richter war ein verständiger Mann. Er bot dem Angeklagten drei Möglichkeiten, aus denen er seine Strafe wählen konnte. Der Angeklagte sollte entweder hundert Goldstücke zahlen oder fünfzig Stockhiebe erhalten oder aber fünf Kilo Zwiebeln essen. „Das wird doch nicht so schwer sein“, dachte der Verurteilte und biss schon in die erste Zwiebel. Nachdem er gerade dreiviertel Pfund Zwiebeln roh verspeist hatte, schüttelte ihn der Abscheu schon beim Anblick dieser Früchte des Feldes. Die Augen liefen ihm über und ganze Tränenbäche stürzten seine Wangen herunter. „Hohes Gericht“, heulte er, „erlasst mir die Zwiebeln, ich will doch lieber die Schläge auf mich nehmen.“ In Gedanken glaubte er listig sein Geld sparen zu können, war er doch wegen seines Geizes überall bekannt. Der Gerichtsdienstler entkleidete ihn und legte ihn über die Bank. Schon der Anblick des kräftigen Gerichtsdienstlers und der biegsamen Rute ließ den Verurteilten zittern. Bei jedem Schlag auf den Rücken

schrie er lauter, bis er beim zehnten Schlag endlich jammerte: „Hoher Richter, habe Erbarmen mit mir, erlass mir die Schläge.“ Der Richter schüttelte den Kopf. Darauf bettelte der Angeklagte, der sich eigentlich die Schläge und das Geld ersparen wollte und schließlich alle drei Strafen zu kosten bekam: „Lass mich lieber die hundert Goldstücke bezahlen.“

20. THERAPIE PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN IN BUNDESWEHRKRANKENHÄUSERN

Peter Zimmermann

Die Therapie psychischer Erkrankungen von Soldaten erfolgt im Schwerpunkt in den Bundeswehrkrankenhäusern (BwKrhS). Stationäre Psychotherapie spielt eine besonders große Rolle, da die oft weiten Entfernungen zwischen den Behandlungseinrichtungen und den Truppenteilen eine ambulante Therapie in vielen Fällen unmöglich machen. Zudem bietet multimodales Arbeiten mit der Integration verschiedener Berufsgruppen auch wichtige Anregungen – der Nutzen für die Patienten wird so vergrößert.

In den letzten Jahren haben sich an allen 5 Häusern sowie auch in den eigenständigen fachärztlichen Untersuchungsstellen sehr differenzierte und vielfältige Behandlungskonzeptionen für einsatzbedingte und nicht einsatzbedingte psychische Erkrankungen entwickelt. Diese multimodalen Settings kombinieren Einzelgespräche mit indikationsbezogenen Gruppenprogrammen sowie komplementär-medizinischen Verfahren. Am Psychotraumazentrum sind beispielsweise stationäre tiefenpsychologisch fundierte Gruppen, Gruppentrainings sozialer Kompetenzen sowie qualifizierte Entzüge bei Alkoholabhängigkeit etabliert und mit positiven Ergebnissen evaluiert worden. Zusätzlich werden Gruppen für depressive Patienten und eine ambulante, geleitete Suchtgruppe angeboten. Ebenfalls ambulant laufen eine Gruppe zur Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), die sich insbesondere mit Wertorientierungen und Lebensschwerpunkten auseinandersetzt sowie eine tiefenpsychologische Gruppe.

Komplementär ist die Ergotherapie fester Bestandteil des Settings. Es werden Einzelarbeiten, unter anderem begleitend zur Trauma-Arbeit, erstellt, daneben Gruppenprojekte. Dazu kommen kommunikative Bewegungstherapie/Sport, Aromatherapie und Akupunktur (gegen Schmerz und Schlafstörungen). Auch weitere alternativmedizinische Verfahren wie Yoga, QiGong oder Meditation haben ihren Platz.

In den anderen BwKrhS gibt es ähnliche Konzeptionen. Auch die traumaspezifische Therapie einsatzbedingter psychischer Erkrankungen erbrachte wissenschaftlich fundierte positive Veränderungen in den angewandten stationären Settings. Dabei werden in der Bundeswehr insbesondere die Verfahren EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing) angewandt.

Bei EMDR steht die intensivierete Besprechung von Trauma-Erlebnissen unter Thematisierung aller Gedanken und Gefühle im Vordergrund, die von wechselseitigen Hirnstimulationen, wie beispielsweise durch Augenbewegungen alternierend nach rechts und links, begleitet werden. IRRT greift demgegenüber auf die Vorstellung älterer Ich-Zustände zurück, mit denen in einen virtuellen Kommunikationsprozess eingetreten wird. Diese Methode eignet sich zum Beispiel zur Bearbeitung von einsatzbezogenen Schuldgefühlen, da das in der Therapie befindliche aktuelle und „erwachsene“ Ich der früheren Repräsentanz verzeihen oder ihr zumindest verständnisvoll begegnen kann.

Diese Schuldgefühle gehören zu den moralischen Phänomenen, die im Zusammenhang mit einsatzbedingten psychischen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Neben Schuldgefühlen zählen dazu auch Werteveränderungen durch Einsatzerlebnisse, beispielsweise der Stellenwert von materiellen Werten, Sicherheit, Kameradschaft, Familie etc. Diese können mit speziellen Therapieformen therapeutisch beeinflusst werden. In derzeit laufenden Projekten des Psychotraumazentrums wird die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) für diese Indikation untersucht, zusätzlich kommen moralische Aspekte auch in traumatherapeutischen Ressourcengruppen zur Anwendung.

Die therapeutischen Aktivitäten der Bundeswehrkrankenhäuser werden sehr positiv und engagiert durch das Seelsorgeprojekt der Evangelischen Militärseelsorge unterstützt. Diese bietet beispielsweise die Möglichkeit, Angehörigenangebote für die Familien traumatisierter oder auch suchtkranker Soldaten mit einem für die Teilnehmer sehr geringen finanziellen Aufwand durchzuführen. Dabei hat sich die Kombination psychotherapeutischer und spiritueller Ansätze bewährt (Näheres im Militärseelsorge-Kapitel).

Ebenfalls aus den Mitteln des Seelsorgeprojektes wurde ein Kinderbuch für die Kinder traumatisierter Soldaten finanziert, das seit Mitte 2014 über die Militärpfarrämter verfügbar ist. Dieses Kinderbuch wird ergänzt durch Broschüren des Psychotraumazentrums für einsatzbelastete Soldaten sowie für Ihre Angehörigen. Diese sind kostenfrei über die Fachinformationsstellen erhältlich.

Nach Abschluss von Therapien im Bundeswehrkrankenhaus ist nicht selten eine ambulante Fortsetzung im täglichen Leben erforderlich. Dafür greift die Bundeswehr in der Regel auf zivile Psychotherapeuten zurück.

Seit 2013 können diese auch ohne Kassenzulassung (die Approbation ist jedoch zwingende Voraussetzung) beauftragt werden und erhalten in strukturschwachen Regionen erhöhte Behandlungssätze. Bis zu 25 Sitzungen können direkt vom Truppenarzt verordnet werden. Dies stellt eine erhebliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungssituation von Soldaten dar.

Falls ein Soldat eine Therapie in einem Bundeswehrkrankenhaus ablehnt, ein allerdings selten eintretender Fall, besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Therapie in einer zivilen psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung. Derartige Behandlungen müssen allerdings im Vorfeld über den Truppenarzt durch das Kommando Regionale Sanitätsunterstützung in Diez genehmigt werden.

Neben einer fachgerechten Behandlung von Soldaten sind häufig auch gutachterliche Empfehlungen oder Stellungnahmen zu psychischen Erkrankungen notwendig. Diese betreffen verschiedene Rechtsgebiete. Am häufigsten ist die Begutachtung der Verwendungsfähigkeit als Soldat oder für spezielle Dienstposten, in den letzten Jahren zunehmend aber auch die Begutachtung von Wehrdienstbeschädigungen. Das Einsatzweiterverwendungsgesetz, das Einsatzversorgungsgesetz sowie die Einsatzunfallverordnung haben in diesem Bereich erhebliche Verbesserungen gebracht, so dass die fach- und zeitgerechte Erfüllung von Begutachtungsaufträgen von besonderer Bedeutung ist. Auch diese Begutachtungen gehören zu den Aufgaben der psychiatrischen Abteilungen der Bundeswehrkrankenhäuser, sie werden, je nach Komplexität, ambulant oder stationär durchgeführt.

21. NEUE MEDIEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Gerd Willmund & Heinrich Rau

Einsatz neuer Medien in der Behandlung von psychisch erkrankten Soldatinnen und Soldaten

Smartphone-Applikation „CoachPTBS“ und Online-Therapie bei PTBS

Erste epidemiologische Untersuchungen zur Prävalenz und Inzidenz bei militärischem Einsatzpersonal der Bundeswehr zeigten, dass bei mehr als einem Fünftel der Einsatzsoldaten nach einem Auslandseinsatz psychische Erkrankungen nachzuweisen sind (Wittchen et al., 2012). Bei einem Teil der Betroffenen sind diese Erkrankungen im Auslandseinsatz neu aufgetreten, andere Betroffene sind trotz offensichtlicher Symptome in den Auslandseinsatz gegangen. Interessanterweise war aber auch bei im Untersuchungszeitraum ausnahmslos in Deutschland eingesetztem Personal eine ähnlich hohe 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen festzustellen, wenn auch die Häufigkeitsverteilung der entsprechenden Erkrankungen unterschiedlich war.

In einem Bundeswehr-eigenen Register ist nachweisbar, dass das Inanspruchnahmeverhalten wehrpsychiatrischer Dienstleistungen im Zeitraum 2010 bis 2014 angestiegen ist (Kowalski et al., 2012) und sich aktuell – möglicherweise ressourcenbedingt - eine Konsolidierung auf hohem Niveau eingestellt hat. Demgegenüber stehen aber auch Ergebnisse der oben genannten Dunkelzifferstudie, die eine Inanspruchnahme spezifischer Therapieangebote (wie Psychotherapie) bei nur 10-18% des an PTBS erkrankten Personals innerhalb des 12-monatigen Untersuchungszeitraums feststellten. Die Beweggründe der Nichtinanspruchnahme der deutlich größeren Gruppe der Nichtinanspruchnehmer

waren dabei ganz wesentlich Ängste vor Fremdstigmatisierung, Aspekte der Selbststigmatisierung, der Eindruck, dass eine Weiterverpflichtung, Karriere und Laufbahn einschränken könnte, sowie vor allem die Idee, alleine mit den Symptomen zurechtzukommen zu wollen. Normalerweise in zivilen Stichproben häufig genannte Gründe wie die räumliche Erreichbarkeit der Therapeuten oder auch Schwierigkeiten der Terminvergabe spielten eine untergeordnete Rolle bei der Nichtinanspruchnahme. Unter Berücksichtigung dieser Studienergebnisse ist durchaus erklärbar, warum viele Erkrankte der Bundeswehr erst mit langer Latenz in eine suffiziente Behandlungssituation kommen und sich so chronische Krankheitsverläufe sowie komorbide Erkrankungen entwickeln.

Erste Online-Angebote der Bundeswehr

Ein Schwerpunkt der Forschungsarbeit des Psychotraumazentrums der Bundeswehr ist seit der Aufstellung, diese Latenz der Behandlungsaufnahme durch unterschiedliche Maßnahmen weiter zu reduzieren und unmittelbare Schwellen der Inanspruchnahme abzubauen. Aufgrund des offensichtlichen Stigmatisierungserlebens rückten auch die Nutzungsmöglichkeiten neuer Medien wie Internet und Intranet sowie Smartphone in den Fokus. Eine erste Maßnahme war die Bereitstellung der bundesweit kostenfreien 24/7-Telefonhotline 0800 588 7957, die auch als anonyme Soforthilfe Betroffenen und Angehörigen, aber auch zivilen und militärischen Dienstleistern der psychosozialen Hilfe nutzen sollte.

Daneben wurden internetbasierte Informationsangebote über die Bundeswehr www.ptbs-hilfe.de und über Vereine www.angriff-auf-die-seele.de entwickelt, die

neben der Fragebogen-gestützten Selbsteinschätzung Hinweise zur Selbst- und Fremdhilfe beinhalteten. Rege wird seit der Indienststellung dieser Angebote die Möglichkeit in Anspruch genommen, auch anonym per Web-basiertem Formular Kontakt zu den Hilfestellen aufzunehmen.

Es stellt sich natürlich die Frage, ob diese einfachen, niedrighwelligen Angebote ausreichend sind oder eine noch stärkere Einbindung neuer Medien in den Therapiealltag auch aufgrund der Digitalisierung der Streitkräfte sinnvoll erscheint. Im nächsten Jahrzehnt wird sich sicher klären, inwieweit die Nutzung neuerer Medien durch digitale Instrumente und Methoden in der Therapie ausgebaut werden sollte. Bis dahin müssen Forschungsprojekte den Bedarf und die Möglichkeiten solcher Instrumente weiter aufklären.

Smartphone-Applikation CoachPTBS

Bekannt ist, dass schon mehr als zwei Drittel der Allgemeinbevölkerung sich häufig anonym im Internet mittels gängiger Suchmaschinen über Beschwerden und Erkrankungen informieren. Die Qualität der im Internet hinterlegten Informationen sind dabei häufig allenfalls von Fachleuten suffizient einzuschätzen, der Normalnutzer kann mit dem notwendigen Filtern der Information durchaus überfordert sein. Daneben ist bekannt, dass offensichtlich falsche Informationen hinterlegt wurden, die Menschen verunsichern können oder auch die Behandlungsaufnahme oder die Therapie negativ beeinflussen können. Auch birgt die Einordnung des eigenen Krankheitsbildes mittels falscher Informationen die Gefahr, dass zum Beispiel fachlich wenig sinnvolle Therapiemethoden bis hin zu nicht indizierten medikamentösen Therapieregimen begonnen werden können. Es stellt sich daher die Frage, wie man unter anderem medizinische Informationen für Soldaten zentral, aktuell

und fachlich korrekt bereitstellen kann und diese Informationen den Betroffenen möglichst einfach und anonym zugänglich machen kann.

Mit einem Forschungsprojekt wurde in einem ersten Schritt die Android- und iOS-basierte Smartphone-Applikation CoachPTBS durch die Bundeswehr-Universität München, der Technischen Universität Dresden und dem Psychotraumazentrum entwickelt, die eine solche Plattform zur Bündelung von fachlich versierter Information und Psychoedukation, Instrumenten und Methoden zur Sensibilisierung und Selbsteinschätzung, Techniken zur Selbstwirksamkeit und Symptomkontrolle aber auch niedrighwelliger, direkter Vermittlung von Hilfe darstellen sollte. Als Zielgruppen wurden Betroffene und Angehörige mit eigenen Multimedia-Angeboten berücksichtigt.



Abbildung 1: Logo der App CoachPTBS.

Ziel der seit nun mehr über 2 Jahren kostenlos herunterladbare Applikation „CoachPTBS“ war, Betroffenen und ihren Angehörigen fachlich richtige und umfassende Informationen zum Thema PTBS zu bieten. Damit sollten die vorhandenen Hilfesysteme innerhalb und außerhalb der Bundeswehr einem größeren Personenkreis bekannter und zugänglicher gemacht werden. Daneben fokussierte die interdisziplinäre und multizentrische Arbeitsgruppe, Unterstützung in Form von einfachen, sinnvollen, Multi-Media-unterstützten Übungen zur Achtsamkeit, Distanzierung und Symptomkontrolle zu hinterlegen. Einen Ersatz für einen fachgerechte Diag-

nostik und Therapie von einsatzbedingten psychischen Störungen soll dieses anonyme und niederschwellig nutzbare Angebot nicht darstellen, sondern explizites Ziel war es, den Betroffenen vielmehr den Zugang zu den Versorgungssystemen zu erleichtern.

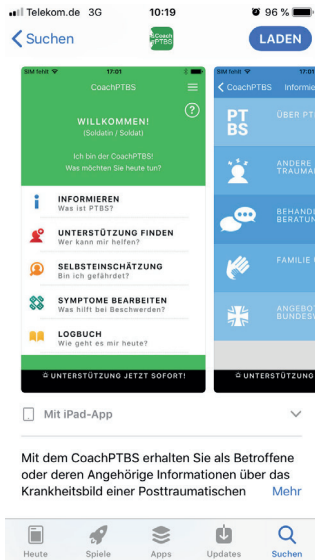
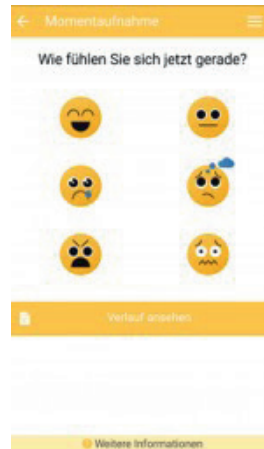


Abbildung 2: Darstellung des Hauptmenüs der App.

Bereits im Jahr 2011 entwickelte das US Department of Veterans Affairs (VA) den PTSD-Coach, welcher bis heute mehr als 100 000-mal heruntergeladen wurde. Es folgten eine kanadische (auch in Französisch) und australische Version, welche umfangreiche Ergänzungen beinhaltete. Aktuell sind entsprechende niederländische und schwedische Apps in der Entwicklung.

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden internationale Arbeitsgruppen kontaktiert und mögliche Synergien identifiziert. Aufgrund des erheblichen inhaltlichen Überarbeitungsbedarfs, der technischen Überalterung und der notwendigen Datenschutzmaß-

nahmen entschied sich die Arbeitsgruppe für eine komplette Neuprogrammierung und nicht zu einer sprachlichen Übersetzung einer bestehenden Applikation, um ein auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik basierendes Produkt anbieten zu können. Daneben war aufgrund bestehender psychosozialer, soziodemographischer, gesellschaftlicher, religiöser und versorgungsrechtlicher Unterschiede zwischen dem anglo-amerikanischen Raum und Deutschland eine Adaption an die bundeswehrspezifischen Gegebenheiten sowie eine Ausweitung der bisherigen Übungen und Informationen aufgrund der gemachten Erfahrungen in der Behandlung und Betreuung von Soldatinnen und Soldaten notwendig. Im Zuge dieser Adaption wurde ein interdisziplinär zusammengesetztes Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Krankenpflegern aller Dienst-gradgruppen sowie ziviler Mitarbeiter eingesetzt, um so die sehr komplexe Thematik von verschiedenen Perspektiven und möglichst vollumfänglich beleuchten zu können. In der aktuellen Fassung bietet die Applikation Informationen aus „erster Hand“ unterschiedlicher Professionen. Im ersten Abschnitt „Informieren“ kann der Benutzer sich so zum



einen über verschiedene Krankheitsbild informieren. Die Darstellung der posttraumatischen Belastungsstörung dient hierbei eher als Eintrittspforte, um sich auch mit anderen Krankheitsbildern auseinanderzusetzen.

Unbestritten ist die posttraumatische Belastungsstörung heute sicher insbesondere unter Soldaten/Soldatinnen nach einem Auslandseinsatz aufgrund der medialen Fokussierungen die bekannteste und vermutlich akzeptierteste psychische Erkrankung. Diese Erkrankung ist aber weder innerhalb noch außerhalb der Bundeswehr die häufigste psychische Erkrankung. Mit einer weit aus stärkeren Fokussierung auf andere, häufige Einsatzfolgeerkrankungen wie Depressionen, Sucht- und Angsterkrankungen wurde dies im CoachPTBS berücksichtigt. Darüber hinaus finden sich auch Informationen zu gesetzlichen Regelungen, Ansprechpartnern und Rahmenbedingungen der Behandlung und Beratung innerhalb der Bundeswehr sowie im Gesundheitswesen allgemein.

Mit dem Abschnitt „Selbsteinschätzung“, kann der Benutzer einen kurzen Selbsttest unter anderem mittels der Posttraumatic Checklist (PCL-5) durchführen. Die PCL-5 überprüft anhand des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) das Vorhandensein der Kriterien einer PTBS und deren Ausprägung. Dieser Selbsttest ersetzt zwar nicht eine fachgerechte Diagnose durch einen Arzt oder Psychologen, kann jedoch eine erste Einschätzung für den Betroffenen geben und im Verlauf zur eigenen Dokumentation der aktuellen Symptomatik eingesetzt werden. In der weiteren Entwicklung der Applikation wurde der Menüpunkt „Selbsteinschätzung“ um einige andere Krankheitsbilder wie Depressionen und Suchterkrankungen mit entsprechenden Fragebögen ausgebaut. Im dritten Abschnitt, „Symptome bearbeiten“, findet der

Benutzer verschiedene Übungen, Tipps und Anregungen. Beispielsweise werden hier spezielle Entspannungsübungen (Atemübungen, Imaginationsverfahren, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson u. a.), Anregungen für eine bessere Schlafhygiene, Inspirationen für angenehme Tätigkeiten angeboten. Diese können wahlweise selbst gelesen oder angehört werden. Durch eine individuelle Bewertung der Wirksamkeit einzelner Übungen werden dem Benutzer vermehrt subjektiv wirksamere Übungen angeboten. Zusätzlich können auch eigene Bild- und Musikdateien zur Entspannung integriert werden. Im „Stimmungslögbuch“, dem vierten Abschnitt der App, kann ähnlich einem Tagebuch, die aktuelle Stimmung bewertet und kurz kommentiert werden. Im fünften und letzten Abschnitt, „Unterstützung finden“, finden sich Hilfe- und Kontaktmöglichkeiten, auch für den akuten Krisenfall. Neben der rund um die Uhr besetzten PTBS-Hotline, finden sich ein (auch anonym nutzbares) Kontaktformular sowie Links zu vielen bundeswehrrnahen und zivilen Vereinen und Institutionen.

Derzeit ist die App „CoachPTBS“ das umfangreichste deutschsprachige Informations- und Hilfsangebot für betroffene Soldatinnen/Soldaten und deren Angehörige. Familie und Partnerschaft sind als wesentliche Ressource und Teil der Rehabilitation von psychischen Erkrankungen nicht ersetzbar. Kein noch so gutes professionelles Behandlungsnetzwerk kann die natürlichen sozialen Einbindungen in Familie und Partnerschaft ersetzen, nicht zuletzt gilt soziale Unterstützung als wesentlicher protektiver Faktor für einsatzbezogene Erkrankungen. So zeigten erste Studien, dass unter anderem die Dauer und Qualität der Partnerschaft negativ mit der Symptomschwere von Betroffenen korrelieren. Andererseits sind psychische Erkrankungen für die betroffenen Familien häufig eine große Herausforderung, da z. B. Aufgaben des Erkrankten übernommen oder

zusätzliche Unterstützung und Hilfe organisiert werden müssen. Aus der Nutzung der Online-Beratungsportale ist bekannt, dass diese häufig von Angehörigen als ersten orientierenden Schritt genutzt werden (Gabriel et al., 2013).

Psychoedukation (Vermittlung von wissenschaftlich fundiertem Wissen), Hilfsangebote und Entlastung sind hierbei wesentliche Faktoren in der Reduktion der emotionalen Belastungen von Angehörigen, denen auch im CoachPTBS Rechnung getragen wird. In Folge dieser Überlegungen wurde für die Angehörigen von Betroffenen ein eigener Pfad entwickelt, der sich verstärkt mit Informationen und Hilfen für diese wichtige Gruppe beschäftigt.

Damit sich Betroffene anonym informieren können, wurde darauf geachtet, keine personenbezogenen Daten zu übertragen. Zu diesem Zwecke wurde die App als reine „offline“ laufende App konzipiert, bei der keine Kommunikation mit einem Server im laufenden Betrieb stattfindet. Die persönlichen Bewertungen von Übungen, Selbsttests und -einschätzungen sowie andere Eintragungen werden in einem separaten passwortgeschützten Bereich auf dem Gerät des Benutzers gespeichert. So wird sichergestellt, dass sensible Daten ausschließlich beim Nutzer verbleiben.



App Store



Google Play

Seit der öffentlichen Präsentation der App „CoachPTBS“ am 5. Juli 2016 im Bundesministerium der

Verteidigung kann diese kostenlos heruntergeladen werden. Inwieweit sich durch das niederschwellige Angebot ein verbesserter Zugang in eine adäquate und leitliniengerechte Behandlung erreichen lässt, bleibt abzuwarten. Es ist beabsichtigt, dass dies Gegenstand entsprechender Untersuchungen im Psychotraumazentrum der Bundeswehr wird. Primäres Ziel ist, die Anzahl der Betroffenen zu verringern, die sich trotz vorhandenem Leidensdruck aufgrund von Scham oder Ängsten vor Stigmatisierung noch nicht in eine Behandlung begeben.

Neue Medien in der Therapie – Online-Therapie bei PTBS

Das eingeschränkte Inanspruchnahmeverhalten könnte damit auch mit dem derzeitigen Angebot oder auch aufgrund von Versorgungsengpässen begründet werden. Denkbar wäre aber auch, dass andere, subjektive Faktoren der Betroffenen damit zusammenhängen könnten. Hinsichtlich genannten Stigmatisierungsängste ist es demnach denkbar, dass Betroffene die Therapie, die unmittelbare Konfrontation mit Therapeutinnen und Therapeuten, weshalb auch immer, scheuen. Schamgefühle und krankheitsbedingte dienstliche Folgen können dazu führen, dass Betroffene keine Hilfe in Anspruch nehmen. Um diesen einschränkenden Faktoren, aber auch der technikaffinen jüngeren Zielgruppen gerecht zu werden, wurde 2013 am Psychotraumazentrum gemeinsam mit der Freien Universität Berlin ein Pilotprojekt zur Eignung einer Online-Therapiemethode in der Behandlung der posttraumatische Belastungsstörung initiiert. In früheren Studienprojekte ist die Wirksamkeit der Onlinetherapie (insbesondere der zugrundeliegenden Schreibtherapie) bezüglich PTBS für einige Zielgruppen belegt worden. Gerade im Hinblick von Therapieschwellen und möglichen Versorgungshürden scheint diese Therapieform Vorteile zu bieten,

da sie ohne großen Aufwand im Alltag und normalen Lebensumfeld der Betroffenen eingesetzt werden kann. Da es in regionaler Abhängigkeit durchaus auch für Soldatinnen und Soldaten schwierig sein könnte, zeitnah eine Psychotherapie beginnen zu können, wäre die Onlinetherapie gegebenenfalls ein Instrument, Wartezeit zu überbrücken. Auch bei dieser Therapieform findet eine Interaktion mit Therapeutinnen und Therapeuten statt, jedoch nicht im Sinne einer „face-to-face“-Psychotherapie sondern via verschlüsselter Email-Kommunikation. Damit richtet sich die Maßnahme an Betroffene, die einer konventionellen Psychotherapie mit Vorbehalten gegenüberstehen. Die Behandlung ist durch die zugrundeliegende verhaltenstherapeutische Methodik geprägt, in denen via Schreibtherapie Expositionsverfahren und kognitive Therapien eingesetzt werden. Das Pilotprojekt wird derzeit ausgewertet. In Abhängigkeit der Ergebnisse könnte die Therapieplattform auch außerhalb der Forschung, im Therapiealltag eingesetzt werden. In anderen Pilotprojekten wird die Behandlung von Depressionen mit einem Therapieprogramm untersucht, die im Gegensatz zur PTBS-Onlinetherapie weniger individualisiert, eher automatisiert abläuft. Hier werden in nahezu drei Jahren Aussagen möglich sein, ob der Einsatz eines solchen Programmes sinnvoll erscheint.

In der aktuellen Interventionsforschung werden zumeist digitale Anwendungen eher als Ergänzung im Sinne des „blended learning“ eingesetzt, um den Lernerfolg zu verstärken.

Zusammenfassung und Ausblick

Bisher hat sich der Einsatz neuer Medien auf die Ergänzung konventioneller Therapiemethoden bzw. der Psychoedukation beschränkt, um Schwellen abzubauen, Patientinnen und Patienten früher in Therapie zu leiten. Denkbar ist in der Zukunft, dass neue Medien einen noch viel stärkeren Einfluss auf die Therapie nehmen. Gerade in Deutschland, sowohl im zivilen als auch im militärischen Kontext, beginnt erst die Digitalisierung der Lebens- und Arbeitsprozesse. In den USA entwickelte Methoden wie VR-Therapie (Virtual Reality) können aufgrund der technischen Bedingungen erst seit wenigen Jahren besser und unter realistischen Bedingungen eingesetzt werden.

Aktuelle Instrumente wie der „CoachPTBS“ sind somit als Informationsinstrument gedacht, das die Tür zur Therapie niedrigschwellig öffnen soll. Es ersetzt ebenfalls in keiner Hinsicht eine eigentliche psychiatrische oder psychotherapeutische Therapie.

Per se scheinen auch andere digitale Methoden (noch) nicht den therapeutischen Kontakt überflüssig zu machen, sondern diesen zu ergänzen. Eine tragende Säule der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren ist die empathisch, von Wertschätzung geprägte Therapie-situation. Inwieweit diese durch Maschinen, Computer oder künstlicher Intelligenz „simulierbar“ und dann für die Betroffene spürbar und damit wirksam werden, bleibt abzuwarten.

22. SELBSTFÜRSORGE BEI HELFERN IM PSYCHOSOZIALEN NETZ DER BUNDESWEHR

Christina Alliger-Horn

Einleitung

Die Herausforderungen an Soldaten der Bundeswehr sind in den letzten Jahren stark angewachsen. Der Soldatenberuf stellt mit seinen Aufgaben im Rahmen der Auslandseinsätze eine außergewöhnliche Belastung dar.

Im Rahmen des medizinisch-psychologischen Stress-Konzeptes der Bundeswehr werden die Maßnahmen der Einsatzvorbereitung, Einsatzbegleitung und Einsatznachbereitung geregelt. Die psychosoziale Unterstützung schließt die Arbeit vieler Helfer ein. Zu ihnen gehören neben den Truppenärzten und Truppenpsychologen auch Militärseelsorger, Sozialarbeiter und Peers.

Die Arbeit mit traumatisierten Soldaten fordert alle Beteiligten heraus und ist Aufgabe und Auftrag zugleich, sich mit den oft schlimmsten Bildern des menschlichen Seins auseinanderzusetzen.

Die professionelle Begegnung und Begleitung von Menschen mit speziellen traumatischen Erfahrungen im Auslandseinsatz kann auch bei Helfern des psychosozialen Unterstützungsnetzes zu tiefgreifenden Erschütterungen führen. In der Begleitung traumatisierter Soldaten ist es deshalb für alle Helfer im Unterstützungsnetz von besonderer Bedeutung, auf die eigene Psychohygiene und Selbstfürsorge zu achten.

Die Begegnung bleibt nicht ohne Folgen

Die Arbeit mit traumatisierten Soldaten beeinflusst

Helfer in den unterschiedlichsten Dimensionen ihres Selbst. Emotional können sie im Umgang mit den Soldaten genauso berührt werden, wie in ihrem kognitiven Selbst- und Weltbild und in ihren gedanklichen Überzeugungen. Bei allem ist es wichtig, auf sich und den anderen zu achten und kritische Veränderungen auch an sich selber wahr- und ernst zu nehmen.

Traumatisierte Soldaten sind wie andere Einsatzkräfte bei Polizei oder Feuerwehr geprägt von einem Ideal der Selbstkontrolle und eigenen Handlungskompetenz. Das ist für ihre Aufgabenerfüllung im Einsatz unerlässlich.

Auch Helfer sehen sich nicht selten in der Rolle des „emotional Starken“. Sie sind in ihrer Funktion „gezwungen“, Hilfe und Rat zu geben; zu unterstützen und zu beraten. Dazu braucht es auch Kontrolle. Begegnet man aber traumatisierten Menschen im psychosozialen Netz, so kann man bald spüren, dass es eine Gefahr gibt, selbst das innere Gleichgewicht und die Balance zu verlieren. Für Soldaten ist typisch, dass sie gelernt haben, die eigene Hilfsbedürftigkeiten zu leugnen. Sie sind in ihrer Rolle als Einsatzsoldat zum „Starken“ notwendigerweise ausgebildet und erzogen. „Das Bild des männlichen Kriegers ist unantastbar“ (Kümmel & Biehl, 2001). Helferberufe neigen ebenfalls zur Verleugnung eigener Hilfsbedürftigkeit, zur Dissimulation und sehen in ihrer Rolle ebenfalls die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Schwächen oft als inkompatibel mit ihrem Helferideal. Überhöhte Erwartungen und Anspruchshaltungen bei Helfern spielen ebenso eine Rolle, wie Rettungsphantasien der Symptomatik und dem Schmerz des Betroffenen gegenüber. Oft waren Helfer zudem

selber in Einsätzen und kennen die Traumata, über die das Gegenüber berichtet. Das kann vergessene eigene Erschütterungen auslösen, wenn sie vorher nicht bewusst gemacht worden sind. Auf der anderen Seite kann die Erwartungshaltung des betroffenen Soldaten auf schnelle und unverzügliche Hilfe den Helfer auch überfordern.

Bin ich mit Bildern des Schreckens konfrontiert, so werde ich mir als Helfer zwangsläufig auch meiner eigenen menschlichen Verletzlichkeit bewusst und erfahre meine Vulnerabilität im Gegenüber. Identifikation mit dem Kameraden, der im Dienst für die Armee traumatisiert ist, führen manchmal auch dazu, das bestehende kollektive Grundannahmen wie: „Wenn ich nur gut ausgebildet bin, kann ich mich auf alles verlassen und bin sicher“, erschüttert werden. Wie der Soldat mir gegenüber sind auch Helfer im System der Bundeswehr besonders gefährdet, die eigene emotionale Unverwundbarkeit zu überschätzen. Sätze wie: „Dafür bekomme ich mein Geld; wegen dieser paar Beschwerden lasse ich meinen Klienten nicht im Stich“; „Das ist mein Job, das wird von mir erwartet“, zeigen sich oft auch bei Helfern im System der Bundeswehr. Überlastungsgefühle werden von Helfern dadurch erst spät oder gar nicht wahrgenommen.

Auf der emotionalen Dimension können Gefühle wie Frustration, Trauer, Hilflosigkeit, aber auch Ohnmacht, Angst, Wut und Erstarrung im Kontakt mit dem traumatisierten Soldaten den Helfer beeinflussen und sowohl Reaktionen beim Helfer, aber auch in der Beziehungsdynamik auslösen. Die Schilderung des Schreckens von belastenden Einsatzerfahrungen kann den Helfer zum Erstarren bringen, aber auch ein solches übermäßiges Mitgefühl auslösen, dass der Helfer in eine ähnliche traumatische Lähmung fällt wie der Traumatisierte.

Der Umgang mit der eigenen Betroffenheit und die sich daraus ergebenden Schuld- und Schamgefühle können destabilisierend wirken. Die Gefahr, dass sich der Helfer damit in eine besondere Rolle des Wiedergutmachens oder Rettens begibt, ist nicht zu unterschätzen. Als Berater Teil eines Systems zu sein, was auch Mitverantwortung für die Umstände mancher Traumatisierung trägt, sei es durch organisatorische Mängel oder Verschulden Einzelner, kann das Gefühl einer „stellvertretenden Hilflosigkeit“ in diesem System verursachen und primäre ideale Glaubens- und Wertvorstellungen erschüttern und im schlimmsten Fall bis zur Ermüdung und Verbitterung bei Helfern führen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei das Gefühl vom Dienstherrn unter Umständen nicht die gewünschte Unterstützung zu bekommen. Stellvertretend kann dann der Helfer die Wut und den Hass des Soldaten spüren bzw. muss damit umzugehen lernen und sich eine eigene Position erarbeiten, die weiterhin eine professionelle Nähe-Distanz-Beziehung möglich macht.

Das Gefühl anderen Menschen und der Welt vertrauen zu können, ist in fast jeder traumatischen Situation erschüttert worden. Dieser erlebte Vertrauensverlust schwingt in der Arbeit mit Traumatisierten mit.

Auch das kann beim Helfer zu verschiedenen emotionalen Reaktionen führen - noch mehr Anstrengung und Bemühen oder auch Gefühle der Bedrohung und Angst in der Rolle als professioneller Helfer, was wiederum zu aversiven Gefühlen bis hin zu Feindseligkeit, manchmal auch zum Zynismus führt. Negative Gefühle einem Hilfesuchenden gegenüber zu spüren, kann beim Helfer Schuld und Angst auslösen - aber auch langfristig Resignation und Werteverlust in der eigenen Rolle.

Die Gefahr der chronischen Ermüdung

Der Zwang, sich in seiner Rolle als Helfer beweisen zu müssen, überhöhte Ansprüche an das eigene Tun, die Scham sich vielleicht auch von außen Hilfe und Unterstützung zu suchen, die schleichende Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, das Verdrängen von Problemen und Konflikten, kann bei Mangel an Selbstachtsamkeit und Verlust einer stützenden Ressourcenlage zur chronischer Ermüdung und damit zum Burnout des Helfers führen.

Gelegentlich finden wir ähnliche Symptome wie bei Traumatisierten. Es kann zu einer Phase der Übererregbarkeit kommen, es kann zu kreisenden Gedanken und wiederkehrenden Bildern kommen; die Bilder des Traumas können auch den Helfer in seinen Gedanken und im Schlaf weiter begleiten. Diese Phase der Stressreaktion ähnelt in vielen Dimensionen den physiologischen Prozessen, die bei traumatischer Stresswirkung ablaufen.

Auch äußere ungünstige Arbeitsbedingungen, Erfahrung von Überlastung im dienstlichen Alltag und die Kumulation privater belastender lebensgeschichtlicher Phasen spielen eine Rolle. Das Gefühl entsteht, das Eigene habe sich irgendwie verändert, positive Gefühle und das Empfinden von persönlicher Sicherheit nehmen ab. Das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Grenzsetzung, in die eigene Kreativität und das persönliche Wachsen, der Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen können im Zuge des Ausbrennens bei Helfern schwinden. Gefühlsmäßiges Wahrnehmen, emotionale Reaktions- und Schwingungsfähigkeit und damit die Empathiefähigkeit des Beraters sind zunehmend beeinträchtigt. Die emotionale Schwingungsfähigkeit, die in der Begegnung mit Traumatisierten so wichtig ist, zeigt dann zunehmende Lücken. Das hat

auch an anderen Stellen Konsequenzen, im sozialen Bereich genauso wie im körperlichen Bereich. Werden erste Warnsignale geleugnet bzw. eigene Bedürfnisse in diesem Stadium abgewehrt, so kann der Prozess des Ausbrennens der eigenen Ressourcen weitergehen und zur inneren Kündigung sowie Resignation und Depression führen.

Empathiefähigkeit ist eine durchaus erschöpfliche Ressource, ein „Werkzeug“, was gepflegt werden muss. Der unbegrenzte Abfluss dieser Quelle kann wechselwirkend zu einem Mangel an Empathie im und für den privaten Bereich führen.

Die Erkenntnis, dass deshalb Selbstfürsorge eine wichtige Voraussetzung ist um den Prozess des Burnouts zu verhindern, soll noch mal zusammenfassend hervorgehoben werden: „Ohne die Fürsorge für mich selbst laufe ich Gefahr, in der Beziehung zum Traumatisierten zu blockieren.“ Selbstfürsorge stärkt mich auch in meinem Selbstbewusstsein als Helfer und macht mich damit beziehungs- und bindungsfähig. Die Selbstfürsorge ist damit ein unverzichtbarer Bestandteil in der Arbeit mit Traumatisierten.

Und was muss sich ändern?

Um es nicht zum Prozess des Ausbrennens kommen zu lassen, ist es wichtig, gerade in der Arbeit mit traumatisierten Menschen täglich auf Selbstfürsorge und Gleichgewicht zu achten. Was heißt es aber, auf sich zu achten und fürsorglich auch mit sich als Helfer zu sein? Selbstfürsorge bedeutet im Sinne des Wortes eine Fürsorge für sich selbst zu tragen; es bedeutet sorgsam und respektvoll mit sich und den inneren Ressourcen umzugehen; liebevoll und achtsam mit sich zu sein und in Balance zu bleiben in den täglichen Anforderungen, die die Arbeit mit sich bringt. Sich Dinge vergeben zu

können, Nachsicht mit den eigenen Schwächen und Fehlern zu haben - aber auch stolz zu sein auf das, was man als Berater und Helfer leistet, gehört zur Selbstfürsorge dazu.

Wichtig ist, sich in diesem Prozess bewusst zu werden, was sich durch die Arbeit als Helfer im psychosozialen Netz verändert hat. Selbsteinschätzung ist nicht nur bei unseren Klienten ein wichtiges Stichwort, sondern hilft auch, die eigene Position in der Arbeit als Helfer zu finden. Auch hier spielen die Dimensionen Körper, Emotion und Kognition eine Rolle und sollte bei der Selbstreflektion Anteil haben.

Diese Dimensionen gehören zu meiner „inneren Welt“:

- Was hat sich bei mir verändert in meiner täglichen Arbeit?
- Erlebe ich mich in der gewohnten inneren Balance?
- Gehe ich insgesamt achtsam mit mir um?
- Sind meine aktuellen Bewältigungsstrategien noch wirksam, hilfreich und setze ich sie auch ein?
- Erlebe ich Sinn im Tun meiner Arbeit?
- Welchen Einfluss hat meine Arbeit auf mein privates Leben/Umfeld?

Fragen zu meinem körperlichen und kognitiven inneren Zustand sind wichtig und sollten die Arbeit als Helfer begleiten:

- Hat sich an meinem körperlichen Empfinden und Sein etwas geändert (Schmerzen, Verspannungen, Infekte etc.) - auch in positiver Hinsicht?
- Was sind meine (täglichen) „Energiesauger“?
- Beschäftige ich mich viel mit Grübeleien oder kann meine Gedanken nicht lösen? Hat sich vielleicht sogar meine ursprüngliche innere Werthaltung verändert?
- Erlebe ich mehr negative oder positive Gefühle als

früher in meiner Arbeit?

- Bin ich sozial noch gut eingebettet und fühle ich mich bindungsfähig?
- Haben sich Bedingungen in meinem Arbeits- und Lebensumfeld verändert?
- Hat sich an meiner Einstellung zu meiner Arbeit etwas geändert?
- Kenne ich meinen „inneren Antreiber“?
- In welchen Beratungssituationen neige ich zu Perfektionismus, Selbstüberforderung, Ungeduld oder fühle mich hilflos bzw. ärgerlich?
- Muss ich es oft allen recht machen?
- Darf ich als Helfer auch „Nein“ sagen?
- Wie gehe ich mit Misserfolgen in meiner Arbeit um?

Die Betrachtung meiner „äußeren Welt“ führt auch zu Fragen, wie:

- Habe ich ein Team, das mich unterstützt?
- Fühle ich mich in meinem Arbeitsumfeld wohl?
- Fühle ich mich genug qualifiziert und ausgebildet?
- Fühle ich mich anerkannt und geschätzt von meinen Kameraden, Vorgesetzten, dem Dienstherren?
- Hole ich mir regelmäßig Supervision oder tausche ich mich mit Kollegen und anderen Helfern aus?
- Will und kann ich momentan an meiner „äußeren Welt“ etwas ändern?

Es ist wichtig zu lernen, achtsam alle diese Veränderungen wahrzunehmen und ihnen auch Beachtung zu schenken.

Auch die Einsicht, dass sich Veränderungen einstellen und dass ich diese wahrnehmen muss und kann, ist bisweilen ein Lernprozess, den Helfer nicht nur ihrem Gegenüber empfehlen dürfen, sondern auch sich selbst. Ein wiederkehrender Prozess des Innehaltens und Wahrnehmens ist damit verbunden.

Weil Selbstfürsorge nie selbstverständlich ist, sondern

ein stetiger Prozess in der schwierigen Arbeit von Helfern, können sich Blockaden in diesem Prozess auflösen. Es gibt unterschiedliche Hindernisse, die den Prozess der Selbstfürsorge und Ressourcenaktivierung schwierig gestalten. Diesen Hindernissen auf dem Weg zu mehr Selbstfürsorge sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Hier lohnt es sich wieder einige Fragen zu stellen:

- Bin ich bereit, etwas Notwendiges zu ändern?
- Kann ich mir Veränderung eingestehen?
- Was will ich wirklich ändern, und warum ist mir das wichtig?
- Was brauche ich, um mehr und achtsamer mit mir umzugehen?
- Welche Hindernisse muss ich selber überwinden auf meinem Weg zu mehr Selbstfürsorge?
- Kann ich diese Veränderung alleine schaffen oder brauche ich Unterstützung und Hilfe von außen?
- Was kann mir helfen, mit den damit verbundenen Gefühlen besser umzugehen?
- Wie kann ich es schaffen, mehr Mitgefühl mit mir, meinem Körper und meinen inneren Bedürfnissen zu haben?

Wie in der Arbeit mit Traumatisierten ist auch die Erlaubnis wichtig, mir meine Veränderung einzugestehen. Es ist unerlässlich, dass ich mitfühlend damit umgehe und mich nicht selber in meinen Kognitionen beschimpfe oder abwerte. Mitgefühl mit der eigenen Veränderung bietet auch die Möglichkeit, dass ich mich selber trösten kann. Auch das ist eine Fähigkeit der Selbstfürsorge mit mir.

So wie auf der einen Seite die Hindernisse zu erkennen und wahrzunehmen sind, so sollten auch neu gewonnene Ressourcen und Kraftquellen Beachtung finden. Gerade die Arbeit mit traumatisierten Menschen kann

auch bei Helfern zu einem inneren Wachstum und einer positiven Veränderung im Wertesystem führen. Werte wie Sicherheit, Autonomie, Freiheit, Gesundheit, aber auch Familie, Natur, soziale Bindung und gesellschaftliches Engagement können sich positiv verändert haben und Teil eines neuen anderen Rollenverständnisses für Helfer werden. Sie gehören dann zu den erworbenen „Schätzen“ in der Begleitung von Traumatisierten. Damit können sie zu einer wichtigen Regenerationsquelle für die eigene Selbstfürsorge werden, aber auch einen Schutz vor Energieverlust in der Helfertätigkeit darstellen.

- Welche inneren Werte haben sich durch meine Arbeit mit traumatisierten Soldaten positiv verändert?
- Welche „Schätze“ an Einsichten, Erfahrungen, positiven Momenten habe ich durch die Arbeit gewonnen?
- Wie hat mich meine Helfertätigkeit bereichert in meiner menschlichen und professionellen Rolle?
- Was kann ich als Ressource/Kraftquelle davon nutzen?

Was kann ich für meine Selbstfürsorge aktiv tun?

Nach der Phase des inneren Wahrnehmens und Registrierens von Veränderung in der Helfertätigkeit und der inneren Akzeptanz dieser Änderung, des Mitgefühls für sich selber, soll nun die Frage nach weiteren Selbstfürsorgestrategien in der Praxis gestellt werden und einige konkrete Beispiele empfohlen werden.

Schon einfache und oft selbstverständliche Fähigkeiten und Fertigkeiten schützen mich vor einem Energieverlust als Helfer:

S - Sei achtsam mit dir!

E - Erde dich regelmäßig!

L - Leiste dir Pausen und Momente der Stille!

B - Behandle dich und deine Bedürfnisse mit Respekt!

S - Sorge für deinen Körper!

T - Treibe Sport oder bewege dich regelmäßig!

- F - Freunde sind wichtig!
- Ü - Überfordere dich nicht selber!
- R - Regeneration ist wichtig - auch zwischendurch!
- S - Sorge für dein soziales Umfeld!
- O - Organisiere dich richtig!
- R - Regelmäßigkeit in deiner Fürsorge für dich ist wichtig!
- G - Genieße die Dinge!
- E - Erlaube dir Hilfe und Unterstützung von außen.

Die **äußere Welt** des Helfers ist fest durch die Struktur der Bundeswehr geprägt und ermöglicht manchmal nur eingeschränkte Handlungs- und Änderungsmöglichkeiten. Trotzdem ist es besonders wichtig sich zu fragen, ob es z. B. genügend Vernetzungsmöglichkeiten zum kollegialen Austausch gibt und ob diese auch genutzt werden. Bin ich schon Teil des Psychosozialen Netzwerkes und treffe mich regelmäßig mit Kameraden und Kollegen oder ist es mir möglich, einen solchen Fach-austausch zu initiieren? Wie kann ich mir auch von Vorgesetzten Unterstützung sichern?

Themen der Tagesstruktur des dienstlichen Alltags müssen beachtet werden:

- Wie organisiere ich meinen Beratungs- und Arbeitsalltag?
- Setze ich Prioritäten im Arbeitsablauf?
- Achte ich auf Pausen?
- Wie viele Soldaten mit schwierigen Einsatzerlebnissen berate und betreue ich?
- Unterliege ich Terminstress oder überziehe die Arbeitszeiten regelmäßig?
- Wie kann ich die Räumlichkeiten meines Arbeitsplatzes positiv gestalten?
- Halte ich Mittagspausen ein?
- Verändere ich meine Körperhaltung im Alltag günstig? Kann ich mich bewegen oder vom Schreibtisch aufstehen?

- Lüfte ich die Arbeitsräume und trinke ausreichend Flüssigkeit?

Die innere Welt des Helfers und die Möglichkeiten der eigenen Selbstfürsorge haben immer etwas mit der kreativen Nutzung von Regenerationsquellen zu tun. Empathie für sich selber und das Wahrnehmen eigener Grenzen sind wichtig.

Übungen, wie wir sie aus der Traumatherapie kennen, können auch Helfern nützlich sein. Die Fähigkeit zur Imagination, aber auch zur Stabilisierung und Distanzierung in der alltäglichen Arbeit mit traumatisierten Soldaten, ist ein Werkzeug der Selbstfürsorge.

Einige konkrete Übungen sollen im Folgenden vorgestellt und beschrieben werden. Diese Übungen sind einfach und erfordern nur wenig Zeit. Sie nutzen unsere eigenen inneren Ressourcen und sind deshalb zu jedem Zeitpunkt verfügbar.

Sie sollten sich für die einzelnen Übungen jeweils 10-15 Minuten Zeit nehmen und die Übungen erstmals in einer ruhigen Atmosphäre durchführen. Üben Sie öfter, so kann diese Form der inneren „Weisheit“ ein entscheidender Teil Ihrer Selbstfürsorgestrategien werden.

Die wohl bekannteste Stabilisierungsübung „Sicherer Ort“ kann z. B. auch für Helfer variiert werden.

„Mein Ort der Selbstfürsorge“:

- Denken Sie an einen Ort, den Sie in Ihrem Inneren mit dem Begriff der Selbstfürsorge und eigenen inneren Achtsamkeit für sich selber verbinden...
- Wo kann es diesen Ort geben?...
- In Ihrer Phantasie, im Märchen, in der Realität, in Träumen?...
- Es ist ein Ort, den Sie mit Kraft und Energie für ihre alltägliche Arbeit verbinden und der Ihnen hilft respektvoll und achtsam mit sich umzugehen...
- Was oder wer kann an diesem Ort für Sie unterstüt-

zend sein, Ihnen helfen, Sie fördern, Sie beruhigen, Sie trösten?...

- Bleiben Sie nun für ein paar Minuten in der Vorstellung Ihres Ortes der Selbstfürsorge.
- Versuchen Sie mit allen Sinneskanälen wahrzunehmen. Achten Sie darauf, was Ihnen an diesem Ort guttut...
- Orientieren Sie sich langsam wieder in den Alltag zurück.

Die Übung „Ressourcenanker“ (variiert nach Hofmann (2009)) aus der Traumatherapiepraxis ist für Helfer zur Selbstfürsorge nützlich.

„Ressourcenanker“:

- Was brauchen Sie für Fähigkeiten und Eigenschaften, um fürsorglicher und achtsamer mit sich umzugehen? ...
- Welche Eigenschaften, Fähigkeiten brauchen Sie in einer speziellen schwierigen Beratungssituation, z. B. im Alltag als Helfer?
- Wenn Sie diese Frage beantwortet haben, können Sie sich vorstellen, wo und wann Sie diese Eigenschaft und Fähigkeit bereits einmal eingesetzt oder wahrgenommen haben ...
- Die Konzentration auf diese kraftvolle Erinnerung und das damit verbundene Bild, plus Gefühl und Körperempfindung, kann Ihnen helfen, sich mit der Ressource in Verbindung zu setzen und Sie durch ihre Vorstellung zu aktivieren...
- Machen Sie diese Übung häufiger, so kann schon eine kurze Konzentration und ein inneres Besinnen auf Ihr persönliches „Ressourcenbild“ im Beratungsalltag nutzbringend sein.

Der **Körper ist unser wichtigstes Kapital**. Selbstfürsorge bedeutet, gut, respektvoll und achtsam mit ihm umzugehen. Neben den bereits angesprochenen Maßnahmen kann es sinnvoll sein, auch durch einfache Ressourcenübungen dem Körper zwischen den Beratungssitzungen etwas Gutes zu tun. Unsere Gefühle sind mit unserem Verhalten und Handeln eng verbunden und haben damit eine spezielle körperliche Manifestation. Anspannung und Wut zeigen sich in der Körperhaltung, wie Freude und Zufriedenheit. In der eigenen Selbstfürsorge kann ich diese Einheit von Körper und Gefühl für mich als Regenerationsquelle nutzen.

„Körper-Kraftübung“ (variiert nach Rost (2008)):

- Welche körperliche Handlung, Tätigkeit in der Gegenwart oder Vergangenheit ist für Sie mit dem Gefühl der Selbstfürsorge, inneren Kraft und Kompetenz verbunden? (Das kann auch eine alltägliche Beschäftigung, z. B. Gartenarbeit, Lesen, Ruhen auf dem Sessel, sein oder auch etwas Aktives wie Wandern)...
- Wie ist Ihre körperliche und motorische Haltung, Ihr Ausdruck, Ihre Gestik in dieser ressourcenvollen Situation?...
- Welche Bewegung machen Sie in dieser Situation mit Ihrem Körper? (Versuchen Sie diese Haltung/Bewegung kurz einzunehmen.)...
- Versetzen Sie sich dabei noch einmal in Ihrer Vorstellung in die Situation und spüren Sie in sich hinein, um wirklich Kontakt mit diesem Gefühl der Selbstfürsorge aufzunehmen...
- Wenn Sie ein gutes Gefühl wahrnehmen, nehmen Sie nun eine minimalste Bewegung oder Körperhaltung ein, die immer noch mit dem positiven Gefühl einhergeht (das kann das Senken des Kopfes sein oder das Strecken der Wirbelsäule, der Blick in den Himmel aus dem Fenster oder die Berührung beider

Hände, das Spüren der Füße fest auf dem Boden)...

- Oft reicht eine minimale Bewegung oder Veränderung der Körperhaltung und wir kommen mit positiven inneren Bildern in Kontakt, die uns spontan helfen, unsere Selbstfürsorge zu optimieren. Das innere Bewusstsein der eigenen Ressource und der eigenen inneren Bilder ist dabei wichtig.

Neben der Unterstützung durch die äußere Welt, kann der Helfer sich auch durch Strategien der Selbstmotivation und eigenen inneren Coachens unterstützen und Kraftquellen eröffnen.

„Der innere (helfende) Coach“:

- Stellen Sie sich einen guten Coach, inneren Berater, Helfer, weisen Begleiter vor...
- Was würde dieser innere gute Coach zu Ihnen sagen, wenn Sie ihn um Unterstützung für mehr Selbstfürsorge bitten würden?...
- Was würde er Ihnen raten? ...
- Wie sollen Sie sich um sich kümmern?...
- Welchen Trost und Zuspruch würden Sie von ihm erhalten?...
- Wenn Sie das nächste Mal vor dem Problem stehen oder Zuspruch in Ihrer Helferarbeit brauchen, versuchen Sie sich an Ihren inneren Coach zu erinnern und lassen Sie seine Unterstützung zu.
- „Wegwerfübung“:
- Nach einem anstrengenden Arbeitstag sollten Sie sich fragen, was von den Erlebnissen, Gefühlen, körperlichen Reaktionen, die Sie heute erlebt haben, brauchen Sie nicht und wollen Sie loswerden?...
- Stellen Sie sich einen Abfallcontainer vor, der Ihnen

genug Raum und Platz bietet, belastende Erlebnisse, Gefühle, Gedanken am Ende eines arbeitsreichen Beratungstages loszuwerden.

- Der Container hat unbegrenzte Kapazität und ist gut verschließbar.
- Am Ende eines anstrengenden Tages können Sie hier ihre „Energiefresser“ loswerden und „entsorgen“.
- Stellen Sie sich ihren Abfallcontainer für Ihre persönlichen „Energiefresser“ vor und nutzen Sie diese Vorstellung.

Unser tägliches Verhalten hat Einfluss auf unser Wohlbefinden. Achten Sie auch außerhalb des dienstlichen Alltags auf Momente des Ausgleichs. Das Erlernen eines Entspannungsverfahrens, sportliche Aktivität, Kontakt zu Menschen und Kraftquellen wie Natur, Kunst und Literatur können dabei helfen.

Der zukünftige weitere Ausbau von Angeboten der Gesundheitsförderung für Helfer innerhalb der Bundeswehr ist außerdem unumgänglich und von uns zu fordern. Er ist neben der beschriebenen Selbstfürsorge ein entscheidender Schritt, um alle Mitglieder des PSN bei ihrer wichtigen Tätigkeit zu unterstützen. Die anspruchsvolle Arbeit als Berater und Helfer im Psychosozialen Netzwerk braucht unsere Balance!

23. DAS „FACHBERATUNGSSEMINAR BETREUUNG UND FÜRSORGE UNTER EINEM DACH“

Rita Quasten

Zusammenfassung

Das „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ ist ein interdisziplinäres Seminarangebot der Bundeswehr, das nach einjähriger erfolgreicher Entwicklungs- und Erprobungsphase (10/2011 bis 10/2012) mit Erlass vom 06. Mai 2013 in den Regelbetrieb überführt wurde. Bisher einzigartig ist die Verbindung der Zielgruppen dieser Seminare: Es richtet sich an Angehörige der Bundeswehr, die im Einsatz oder im Grundbetrieb eine physische oder psychische Schädigung erlitten haben; gleichzeitig werden Hinterbliebene von im Einsatz gefallenen Soldatinnen und Soldaten zu diesen Seminaren eingeladen. Die Teilnahme an einem solchen Seminar ist freiwillig und kostenlos.

Einleitung

Ihre Pflicht zur Fürsorge für und Unterstützung von Soldatinnen und Soldaten sowie auch der ihnen nahestehenden Personen nimmt die Bundeswehr sehr ernst. Diese Haltung findet einen Ausdruck in der Vielzahl und Mannigfaltigkeit von Unterstützungsangeboten. Anspruch der Bundeswehr ist es, allen Belasteten die im individuellen Fall erforderliche Unterstützung zukommen zu lassen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Versorgung von physisch oder psychisch Einsatzverehrten sowie der Unterstützung von Hinterbliebenen von im Einsatz gefallenen Soldatinnen und Soldaten. Ein noch sehr junges Instrument dazu – der Regelbetrieb startete 2013 – stellt das „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ dar.

Charakteristisch für die Versorgung und Unterstützung innerhalb der Bundeswehr ist, dass die entsprechenden Angebote stark zielgruppenspezifisch gestaltet sind. So gibt es z. B. an der Sportschule in Warendorf spezielle Trainingsangebote für Einsatzgeschädigte, an den Bundeswehrkrankenhäusern existieren Angehörigengruppen, die Kirchen unterbreiten vielfältige Angebote für die verschiedenen Zielgruppen, darunter beispielsweise auch sogenannte Hinterbliebenenwochenenden. Allerdings fehlte es bislang an Angeboten, die sich an Hinterbliebene von Gefallenen ebenso wie an aktive und ehemalige Soldatinnen und Soldaten sowie deren Angehörige wendet und diese Gruppen bewusst zusammenführt. Mit der Etablierung des „Fachberatungsseminars Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ konnte diese Lücke geschlossen werden.

Entwickelt wurde das Fachberatungsseminar aus der Notwendigkeit, den insbesondere aus der veränderten Einsatzrealität der Bundeswehr sich ergebenden besonderen Belastungen der Soldatinnen und Soldaten sowie ihres sozialen Nahfeldes Rechnung zu tragen. Während für die Akutversorgung diverse Angebote bestehen, fühlen sich die Betroffenen nach Abschluss dieser Therapiemaßnahmen oft allein gelassen. Auch nach dem Abschluss einer Rehabilitation oder einer Psychotherapie ist die Rückkehr der Betroffenen ins Leben – gleich, ob nach einer physischen oder einer psychischen Verletzung – aber oft noch ein langer und mühsamer Weg. Ähnlich geht es vielen Hinterbliebenen von im Dienst zu Tode gekommenen Bundeswehrangehörigen. Ihr Weiterleben ist keine einmalige Entscheidung, sondern ebenfalls ein schmerzhafter Prozess.

Mit dem Fachberatungsseminar wurde ein Angebot zur Unterstützung und Bewältigung der Belastungen und Anliegen von Menschen in dieser spezifischen Situation geschaffen. Es setzt in einer Phase an, in der andere Therapiemaßnahmen abgeschlossen oder bereits weit fortgeschritten sind bzw. eine erste intensive Trauerphase bereits durchlaufen wurde. Anliegen des Fachberatungsseminars ist es, alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihren aktuellen Lebenssituationen zu stärken und ihnen dafür die bestmögliche Unterstützung zu verschaffen.

Hintergrund und Entwicklung des Fachberatungsseminars

Die Bundeswehr verfügt über langjährige Erfahrungen in internationalen Hilfeinsätzen. Damit einher gingen für die Beteiligten schon vor dem Beginn der militärischen Auslandseinsätze besondere Einsatzbelastungen, psychische und physische Verletzungen sowie Todesfälle. Seit den 1990er Jahren beteiligt sich die Bundeswehr auch an militärischen Auslandseinsätzen. Das hat in den letzten beiden Jahrzehnten einerseits zu großen Veränderungen innerhalb der Bundeswehr geführt. Andererseits wurde diesen Veränderungen nicht immer Rechnung getragen. Innerhalb der Bundeswehr ist der oft unprofessionelle Umgang mit dem Thema Vulnerabilität dafür ein beredtes Beispiel, außerhalb der Bundeswehr herrschte ohnehin lange Zeit das Bild vom Militär als einer hochspezialisierten Katastrophenschutztruppe vor.

Einen deutlichen Einschnitt in dieser Hinsicht stellen allgemein der Einsatz der Bundeswehr in Afghanistan und speziell die Ereignisse vom Frühjahr 2010 dar. Überraschend wurden Bundeswehrsoldaten in Afghanistan in schwere Gefechte involviert, innerhalb kurzer Zeit fielen mehrere Soldaten während ihres Einsatzes. Insbeson-

dere der Begriff „Karfreitagsgefecht“ ist seither in der Öffentlichkeit ein Synonym geworden für die Einsicht, dass die Tätigkeit der Bundeswehr in Einsätzen sich nicht auf humanitäre Hilfe und den Aufbau von Infrastruktur beschränkt.

In dem Bewusstsein, dass die Fürsorgepflicht des Dienstherrn angesichts der gegebenen Lage Maßnahmen erfordert, wies der damalige Bundesminister der Verteidigung, zu Guttenberg, am 29.04.2010 die Schaffung entsprechend notwendiger Einrichtungen an.

Öffentlich äußerte er sich wenige Tage danach in einem Interview mit der Zeitung „Welt am Sonntag“. Der Verteidigungsminister führte aus, dass er nicht nur die „Einrichtung eines Traumazentrums in Berlin angewiesen“ habe, sondern auch den darüber hinausgehenden Aufbau von Fachkompetenzzentren prüfen lasse, deren Aufgabe die umfassende und über die Möglichkeiten der örtlichen Psychosozialen Netzwerke hinausgehende Versorgung und Betreuung von Soldatinnen und Soldaten, Angehörigen, Hinterbliebenen und Reservistinnen und Reservisten sein soll. Aus diesen angedachten Fachkompetenzzentren ist letztlich die Einrichtung des „Fachberatungsseminars Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ hervorgegangen.

Schnell stellte sich in der Konzeptionsphase heraus, dass einige Modifikationen der ursprünglichen Idee erforderlich waren. Beispielsweise war zunächst beabsichtigt, auch die medizinische Behandlung in das zu entwickelnde Betreuungskonzept einfließen zu lassen. Das hätte im Rahmen des Konzepts eine Ausdehnung der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung (utV) auf das soziale Umfeld von Soldatinnen und Soldaten sowie Hinterbliebene bedeutet, was aus rechtlichen Gründen nicht realisierbar war. Auch von der Schaffung eigener regionaler Fachkompetenzzentren ging man

zugunsten der Seminarform an wechselnden Orten ab. Von Beginn an wurde die Entwicklung des Fachberatungsseminars, zunächst unter dem Arbeitstitel „Betreuung und Behandlung in Fachkompetenzzentren der Bundeswehr“, später „Betreuung und Fürsorge in Fachkompetenzzentren der Bundeswehr“, von vielen Beteiligten, angefangen beim Parlamentarischen Staatssekretär bis hin zum Unteroffizier im Bundeswehrkrankenhaus Westerstede, engagiert unterstützt. Diese Unterstützung ist auch ein Ausdruck der Bedeutung, den die Beteiligten der Fürsorge und Unterstützung beimessen, gerade wenn diese sich an besonders belastete Soldatinnen und Soldaten, deren soziales Umfeld sowie die Hinterbliebenen von Gefallenen richtet. Das zeigt sich auch in der schnellen Umsetzung des Konzeptes, das nach einjähriger Planung zunächst in einer Pilotphase erprobt wurde.

Die ersten drei Pilotwochen wurden 2011/2012 am Bundeswehrkrankenhaus in Westerstede durchgeführt, eine vierte Pilotwoche fand 2012 in Pfronten/Allgäu statt. Diese Pilotwochen wurden so positiv bewertet, dass im November 2012 der Regelbetrieb gebilligt wurde. Dazu wurde das Konzept noch einmal überarbeitet, um den Erfahrungen der Pilotphase Rechnung tragen zu können. Schließlich wurde im März 2013 das erste Seminar des Regelbetriebes durchgeführt, der Erlass zur Durchführung des Regelbetriebes sowie des Konzeptes folgten am 06. Mai 2013.

Organisation des Fachberatungsseminars

An der Vorbereitung und Durchführung jeder einzelnen Seminarwoche sind viele Dienststellen beteiligt, die dabei jeweils unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen. Weil das Fachberatungsseminar an wechselnden Orten stattfindet, ist zudem für jedes Seminar die logistische und ablauforganisatorische Unterstützung durch nahegelegene Dienststellen sicherzustellen.

Die organisatorische Gesamtverantwortung für die Seminare liegt seit Dezember 2013 im Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung in Diez. Von hier aus wird jedes einzelne Fachberatungsseminar vorbereitet: von der Terminfindung, über die Buchung der Unterkunft und Verpflegung, Abrechnung, Stellung eines Zahlungsbeauftragten, bis hin zu Organisation von An- und Abreise, von Kinderbetreuung und Rahmenprogramm.

Sämtlicher Schriftverkehr mit den Teilnehmenden und allen beteiligten Dienststellen wird von Diez aus gepflegt sowie alle Anfragen zum Thema Fachberatungsseminar koordiniert und beantwortet. In Zusammenarbeit mit der jeweils wechselnden fachlichen Leitung der einzelnen Seminarwochen wird darüber hinaus die Teamzusammenstellung über alle beteiligten Fachstränge realisiert. Im erforderlichen Rahmen wird vom Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung aus auch die (not-)ärztliche Versorgung während der Seminarwochen sichergestellt.

Einen Überblick über die beteiligten Dienststellen und ihre Aufgaben für das Fachberatungsseminars gibt Abbildung 1:

	BMVg FGSK II 6	BMVg P III 3	BMVg P III 1/ P 1.7	BMVg AH*	BMVg Beauftragter PTBS	Kdo RegSanList E	Bu- Sozialwerk	Regional
Fachliche Leitung		X						
Ablauf- organisation	X							
Organisation						X		
Sozialdienst			P III 1					
Kinder- betreuung			P III 1					
Milkrassel- sorge	über FGSK II 4		P 1.7					
Teilnehmer- auswahl				X	X			
Unterkunft							X	
Unterstützungs- truppeneinl								X

Abbildung 1: Übersicht Beteiligungen und Verantwortlichkeiten

* BVMg Beauftragte Angelegenheiten für Hinterbliebene

Inhaltliche Gestaltung und Programmpunkte

Das Fachberatungsseminar richtet sich speziell an einsatzgeschädigte, traumatisierte Soldatinnen und Soldaten sowie deren Angehörige und an Hinterbliebene. Es wurde entwickelt, um das Angebot von über die Akutversorgung hinausgehenden Unterstützungsmaßnahmen für diese Zielgruppe auszubauen. Selbstverständlich steht den Betroffenen auch das sonstige einschlägige Angebot der Bundeswehr zur Verfügung, z. B. seelsorgerliche, soziale, rechtliche oder psychologische Beratung durch die Mitglieder der Psychosozialen Netzwerke (PSN). Mit dem „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ wurde jedoch ein zusätzliches Angebot geschaffen, das sich explizit an aktive und ehemalige Soldatinnen und Soldaten sowie Zivilangestellte richtet, die durch eine physische oder psychische Verwundung im Grundbetrieb oder im Einsatz nachhaltig geschädigt wurden, an deren Angehörige und zugleich an Hinterbliebene von im Dienst verstorbenen Bundeswehrangehörigen. Dementsprechend unterscheidet sich die Zielgruppe dieses Seminars von den Zielgruppen anderer Angebote der psychosozialen Unterstützung.

Die Seminarkonzeption ist auf acht Betroffene angelegt, die jeweils eine enge Bezugsperson sowie betreuungspflichtige Kinder mitbringen können. Die Bezugsperson ist häufig der Ehe- oder Lebenspartner bzw. die Ehe-/Lebenspartnerin, es ist aber auch nicht unüblich, dass Betroffene allein, als Geschwisterpaar oder in einer Eltern-Kind-Konstellation am Fachberatungsseminar teilnehmen. Als sehr gute Konstellation hinsichtlich der Betroffenenengruppen hat sich für die Teilnehmenden in der Vergangenheit eine Zusammensetzung aus 5-6 Einsatzgeschädigten und 2-3 Hinterbliebenen erwiesen.

Ziel des „Fachberatungsseminars Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ ist es, die Teilnehmenden gezielt, fachlich umfassend und kompetent in ihrer individuellen Lebenssituation zu unterstützen. Das umfasst psychologische Fragestellungen ebenso sehr wie soziale, sozial- und versorgungsrechtliche Aspekte, aber auch grundsätzliche Fragen nach dem Lebenssinn, der Bewältigung von Lebenskrisen, zu Schuldgefühlen oder Trauerarbeit. Zugleich können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vielseitig voneinander lernen: Sie erleben sich in ihrer individuellen und als hochspezifisch erlebten Problemsituation als weniger isoliert, werden teilweise mit sehr persönlichen Ängsten konfrontiert, erhalten aber auch die Chance, sich diesen Ängsten in einem geschützten Raum zu stellen und diese zu bewältigen.

Daraus ergibt sich, dass das Seminarkonzept sehr vielfältige Angebote bereithalten muss und neben Gruppenaktivitäten auch ein hohes Maß an individueller Beratung, Begleitung und Unterstützung beinhaltet. Zugleich muss eine hinreichende Flexibilität gegenüber aktuellen Entwicklungen während des Seminars gewährleistet werden.

Aus diesem Grund wurde im Verlauf des Pilotprojekts ein Rahmenplan entwickelt, der sicherstellt, dass den unterschiedlichen Ansprüchen und Bedürfnissen Rechnung getragen werden kann. Dabei galt es, eine Reihe von Ansprüchen und unterschiedlichen Formaten so miteinander in Einklang zu bringen, dass die einzelnen Elemente einander sinnvoll ergänzen. Um der Unterschiedlichkeit der Teilnehmenden gerecht zu werden, war eine Vielfältigkeit bei den Angeboten unabdingbar. Aus gesprächs- bzw. fachpsychologischen und gruppenspezifischen Gründen sollte der Ablauf eine Mischung aus unmittelbarer Arbeit (sowohl individuell,

paar- bzw. familienspezifisch als auch in Gruppenkonstellationen) und Entspannungs- und Gruppenerlebnisse darstellen. Schließlich erwies sich angesichts der Zielgruppe der Einbezug von gesundheitsförderlichen Elementen als sinnvoll.

Aus den grundlegenden konzeptionellen Überlegungen, den Erkenntnissen der Erprobung in der Pilotphase und den Erfahrungen, die im Regelbetrieb gesammelt werden, ergibt sich das Rahmenprogramm für die Fachberatungsseminare. Dieses stellt sich gegenwärtig wie folgt dar:

Zeit	Anreisetag	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	Abreisetag	
08.00-09.00	Anreise	Frühstück							Abreise
09.15-09.30		Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde		
09.30-10.30		Gruppen- gespräch	"Von Frau zu Frau" / "Von Mann zu Mann"	Sozialberatung / BFD	Gruppen- gespräch	Gruppen- gespräch	Gemeinsamer Ausflug		
11.00-12.00			Mittagessen, anschließend Mittagspause // 13.00 Teambesprechung						
12.00-14.30									
14.30-16.00		Individuelle Beratung	Gemeinsamer Ausflug	Individuelle Beratung	Gemeinsamer Ausflug	Individuelle Beratung	Feedbackrunde Reiseseiten		
16.30-18.00		Abendessen							
18.00-19.00									
ab 19.30		Begrüßung Hausführung	Besinnlicher Abend	Entspannungs- verfahren	Geselliger Abend	Kreative Zeit	Musik- abend	Geselliger Abend	

Abbildung 2: Programm und Rahmenplan Fachberatungsseminar

Zudem haben sich in der Praxis der Fachberatungsseminare mittlerweile sowohl ablauforganisatorische Verbesserungen als auch inhaltliche Zusatzangebote für die Teilnehmenden ergeben, die zu einem festen Bestandteil des Programms in entsprechenden Zeitfenstern geworden sind. Auch für das Team des Fachberatungsseminars ergeben sich immer wieder Veränderungen. So sind im September 2014 erstmals sämtliche Teammitglieder einen Tag vor Beginn des Seminars angereist. Auf diese Weise konnte der Seminarbeginn deutlich entzerrt werden, da die Teamfindung sowie die gemeinsame inhaltliche und lokale organisatorische Vorbereitung der Seminarwoche vor Anreise der Teilnehmerinnen und Teilnehmer abgeschlossen werden konnte.

Zu den einzelnen Seminarbestandteilen

Gesprächsanteile

Inhaltlich beginnt jeder Morgen des Seminars mit der sogenannten Morgenrunde. Diese dient der Klärung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmenden, aber auch der Koordination des Tagesablaufs sowie der Absprache organisatorischer Notwendigkeiten für gemeinsame Aktivitäten in der Tagesgestaltung.

Bei den Gesprächsangeboten ist ein Wechsel von Individual- und Gruppenangeboten vorgesehen. Die insgesamt fünf Gruppengespräche in der Großgruppe werden jeweils von der leitenden Psychologin oder dem leitenden Psychologen geleitet.

Alle Gespräche dienen dem Austausch aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander und der gegenseitigen Unterstützung. Darüber hinaus haben die einzelnen Gespräche weitere Funktionen.

Das erste Gespräch dient dem persönlichen Kennenlernen sowie der Themenfindung für die Woche. Mit Hilfe von selbsterstellten Collagen können sich alle Teilnehmenden einander vorstellen sowie einen Eindruck von den verschiedenen Unterstützungsangeboten der Seminarwoche erhalten.

Die Inhalte für die weiteren Gespräche werden selbstredend durch die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestimmt. Zu den wiederkehrenden Themen gehören Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme, Herausforderungen am Arbeitsplatz, zwischenmenschliche Konflikte, Scham- und Schuldgefühle, Sinnfragen, Zukunftsängste.

Die zweiten Gruppengespräche sind Gespräche in parallelen Frau-zu-Frau- bzw. Mann-zu-Mann-Gruppen. Sie werden jeweils von einer Psychologin bzw. einem Psychologen geleitet und von den übrigen Mitgliedern des Fachteams unterstützt. Die Segregation führt zu einer sehr intimen Atmosphäre und trägt zu sehr großer Offenheit in den Subgruppen bei. Hier lassen sich geschlechterspezifische Themen deutlich leichter thematisieren. Sehr häufig kommen auch Partnerschaftsprobleme zur Sprache. Insbesondere die Teilnehmerinnen, die als „Begleitpersonen“ anwesend sind, zeigen sich in diesen Runden oft weniger zurückhaltend. Am Ende der Von-Frau-zu-Frau/Von-Mann-zu-Mann-Gruppen wird zumeist eine „Botschaft“ an die jeweils andere Gruppe erarbeitet.

Beim dritten Gruppengespräch unter Beteiligung der Sozialberatung und des Berufsförderungsdienstes geht es vor allem um die Vermittlung von grundsätzlichen Informationen zu diesen Unterstützungsangeboten. In individuellen Beratungsgesprächen können im Anschluss daran Lösungswege für die persönlichen Fragen der Teilnehmenden entwickelt werden.

Im vierten Gruppengespräch werden, je nach Bedürfnislage, entweder die Frau-zu-Frau/Mann-zu-Mann-Gruppen weitergeführt oder bereits eine Wiederzusammenführung der beiden Untergruppen umgesetzt. Dabei werden sowohl die vorhandenen Konflikte angesprochen als auch Lösungsmöglichkeiten erarbeitet sowie die Botschaften übermittelt. Im fünften Gruppengespräch werden diese Themenstränge weitergeführt und ein Rückblick auf die Situation und die Themen am Seminarbeginn geworfen. Zugleich finden die Teilnehmenden in diesen beiden Gesprächsrunden häufig den Mut, die Konfrontation mit den Themen Tod, Trauer, Schuld und Scham in der Gruppe anzusprechen

und gemeinsam zu bearbeiten. Damit eröffnen sie einander Möglichkeiten für Entschuldungsprozesse, die in homogeneren Gruppen so nicht erreicht werden können.

Am letzten Tag gibt es nach der Feedbackrunde ein letztes Gruppengespräch in der Großgruppe mit allen Teilnehmenden der Seminarwoche. Dies dient dem Austausch mit allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern und allen Teammitgliedern und dem inneren Abschluss mit der Woche und endet mit dem Reisesegen der Militärseelsorger.

Im Rahmen der Individualgesprächsangebote werden zunächst Paargespräche mit den Betroffenen und der jeweiligen Bezugsperson angeboten. Diese werden gemeinsam im Team von einer Psychologin bzw. einem Psychologen und einer Sozialarbeiterin bzw. einem Sozialarbeiter oder Militärseelsorger geführt. Nach Bedarf und Wunsch der Teilnehmenden können diese Gespräche durch Einzelgespräche ergänzt werden. Als Gesprächspartner oder Gesprächspartnerinnen stehen den Teilnehmenden dabei grundsätzlich alle Mitglieder des Fachberatungsteams zur Verfügung. Die Paar- und Individualgespräche bieten den Betroffenen und ihren Angehörigen die Möglichkeit, individuelle Themen in einem kleineren, besonders geschützten Rahmen ausführlicher zu verfolgen. Außerdem bieten sie Gelegenheit, Anstöße aus den Gruppengesprächen aufzunehmen sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gezielt zu unterstützen.

Ein weiteres, in seiner Bedeutung für den Seminarerfolg nicht zu unterschätzendes, Element sind die Gespräche der Teilnehmenden mit den anwesenden Lotsen und Peers. Auch hierbei handelt es sich um ein individuelles Angebot. Weil das Bedürfnis nach Inanspruchnahme solcher Gespräche sich sowohl zwischen den einzelnen Teilnehmenden als auch von Seminar zu

Seminar beträchtlich unterscheidet, ist für diese Gespräche kein festgelegter Zeitraum vorgesehen. Vielmehr stehen die Lotsen und Peers den Teilnehmern während des gesamten Seminars zur Verfügung. Das ermöglicht ein flexibles Eingehen auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden, auch wenn diese sich im Verlauf des Seminars stark verändern.

Entspannung und Achtsamkeit

Die Angebote zur Entspannung, zur Fokussierung der Sinneswahrnehmung und zum Einbezug des Körpers dienen als Ausgleich und Ergänzung zu den intensiven Einzel-, Paar- und Gruppengesprächen. In Abhängigkeit von der Expertise des Entspannungsteams sowie von den Wünschen der Teilnehmenden können dabei unterschiedliche Verfahren zur Anwendung kommen, z. B. Progressive Muskelrelaxation, Chi-Gong oder Traum- und Phantasiereisen.

Als weiteres Angebot hat sich ein morgendlicher Achtsamkeitsspaziergang etabliert. Dieser ist für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine willkommene Gelegenheit, sich vor Beginn des Seminartages zu sammeln. Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Umgebung bietet dabei neue Impulse und verhindert das Abgleiten in eine Problemtrance.

Kreativangebote

Auch die Kreativangebote sind eine wichtige Ergänzung des Seminarsgeschehens. Nicht alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer finden durch die unterschiedlichen Gesprächsangebote einen guten Zugang zu dem, was sie aktuell bewegt, zu ihren individuellen Belastungsmomenten und Ressourcen. Kreative Betätigungen stellen einen alternativen Weg des Selbstausdrucks dar. Sie haben somit eine wichtige Funktion für den Seminarablauf.

Gemeinsame Unternehmungen

Fester Bestandteil des Seminarsgeschehens sind auch gemeinsame Unternehmungen, deren Inhalt sich nach den Bedürfnissen der Teilnehmenden und den regionalen Möglichkeiten richtet. Die Unternehmungen haben den Charakter eines zwanglosen Miteinanders. Ihr Ziel ist es, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer miteinander Spaß haben, um auf diese Weise das Gemeinschaftsgefühl zu stärken und die Spannung der Dauerbeschäftigung mit den Themen, die alle miteinander verbinden, abzubauen.

Beratungsangebot des Sozialdienstes und des Berufsförderungsdienstes

Auf den ersten Blick mag es scheinen, dass Beratungen zu versorgungsrechtlichen oder Berufsförderungsthemen im Rahmen der Fachberatungsseminare eine Zeitverschwendung darstellen. Denn selbstverständlich stehen diese Angebote den Teilnehmenden auch außerhalb dieser Seminarwochen zur Verfügung.

Ein Charakteristikum einer psychischen Erkrankung ebenso wie der starken Belastung durch eine Verwundung oder den Tod eines nahestehenden Menschen ist jedoch häufig, dass die Betroffenen daran scheitern, die entsprechenden Beraterinnen und Berater aufzusuchen. Während der Fachberatungsseminare entfällt diese Hürde. In vielen Fällen kann die Beratung durch den Sozialdienst und den Berufsförderungsdienst den Betroffenen neue Perspektiven für die Sicherung ihres Lebensunterhalts aufzeigen. Das wirkt enorm entlastend und ermöglicht es vielen Betroffenen, den Kopf frei zu bekommen für die Auseinandersetzung mit anderen Themen.

„Hoher Besuch“ als Ausdruck von Anerkennung und Wertschätzung

Die Führung der Bundeswehr hat den besonderen Wert sozialer Anerkennung für die persönliche Lebenssituation und die individuellen (psychischen) Herausforderungen in Folge einer Schädigung in der Ausübung des Dienstes in den Streitkräften oder des Verlusts eines geliebten Menschen erkannt. Das „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ ist nicht allein Ausdruck von Fürsorge, sondern auch von dieser Anerkennung. Verstärkt wird dies durch die Präsenz von hochrangigen Gästen aus Politik und Streitkräften während der Seminarwochen.

Als wesentliches Element der Fachberatungsseminare hat sich vor allem die Unterstützung durch den Besuch des Beauftragten des BMVg für Einsatzgeschädigte und PTBS sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus seinem Team erwiesen. Die Bereitschaft des Generals zu persönlichen Gesprächen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezüglich der individuellen Problemsituation ist nicht nur Ausdruck hoher Wertschätzung und ernst zu nehmenden Interesses des Dienstherrn, sondern vermittelt auch konkrete Informations- und Unterstützungsleistung für die Betroffenen. Hiermit verbindet sich zudem ein hohes Maß an Anerkennung für die individuelle Leidensgeschichte jedes Einzelnen und gleichzeitig die Zusicherung der ernsthaften Anteilnahme und des Engagements für die Betroffenen.

Ebenso wichtig und unverzichtbar ist auch der Besuch der Beauftragten des BMVg für Angelegenheiten von Hinterbliebenen. Insbesondere ihre Präsenz zu Beginn des Seminars bedeutet ein vertrautes Gesicht für die Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die einen geliebten Menschen verloren haben, und vermittelt ihnen Sicherheit angesichts der mit sehr viel Unsicherheit behafteten Situation am Beginn der Seminarwoche.

Als weiteres wichtiges Unterstützungselement der Seminare hat sich der Besuch eines Referenten bzw. einer Referentin des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestags erwiesen. Auch die Präsenz dieser für Soldatinnen und Soldaten als höchst integer anerkannten Instanz in Fragen der Wehrgerechtigkeit bedeutet für die Teilnehmenden der Fachberatungsseminare eine explizite Anerkennung ihrer problematischen Lebenssituation und Wertschätzung ihrer individuellen Anliegen.

Fachberatungsteam und vielfältige Unterstützung

Die Vielfältigkeit der Angebote erfordert, dass das Fachberatungsseminar von einem multidisziplinären Team begleitet wird. Das Konzept sieht vor, dass eine Gruppe von bis zu acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des psychologischen Dienstes, des Sozialdienstes und der Militärseelsorge das Fachberatungsteam bildet, das die Gruppengespräche sowie die Individualberatung mit allen Teilnehmenden der Seminarwoche durchführt. Ergänzt wird dieses Fachberatungsteam durch das sogenannte Entspannungs- und Kreativteam, das sich aus Expertinnen und Experten für Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren zusammensetzt (z. B. PMR, Atementspannung, Chi-Gong) und ebenfalls für die Angebote zur kreativen Gestaltung verantwortlich ist.

Eine weitere unverzichtbare Komponente der Fachberatungsseminare ist die unterstützende Anwesenheit einer Gruppe von Soldaten und Soldatinnen, die als Peers, als Truppenpsychologiefeldwebel und/oder vor allem als Lotsen für Einsatzgeschädigte ihren Dienst verrichten. Insbesondere für schwer traumatisierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachberatungsseminare sind diese erfahrenen und in psychosozialer Unterstützung geschulten Soldaten und Soldatinnen nicht nur Rat- und Informationsgeber, sondern eine emotionale Stütze bei der

Konfrontation mit den belastenden Erfahrungen und Erinnerungen.

In einem Zeitfenster von bis zu drei Tagen – der individuelle Bedarf der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird im Vorfeld der Seminare abgeklärt – sind in jeder Seminarwoche auch der Sozialdienst sowie der Berufsförderungsdienst präsent und beraten/unterstützen die Teilnehmenden in sozial- und versorgungsrechtlichen Fragen, bei Problemen im Bereich der beruflichen Orientierung und Rehabilitation.

Um einen reibungslosen Ablauf der Seminare zu gewährleisten, ist zusätzlich zum Fach- und Unterstützungsteam ein in der Regel zweiköpfiges Organisationsteam vor Ort. Das Organisationsteam koordiniert Abläufe in der Gruppe und mit dem Tagungshaus, organisiert die Besuchszeiten der Gäste, stellt die Kinderbetreuung sicher und bemüht sich, auch spontane Wünsche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer umzusetzen.

Die Spezifik des Fachberatungsseminars:

Mischung der Gruppen

Der Ansatz, Einsatzgeschädigte und ihre Nächsten sowie Hinterbliebene von im Dienst zu Tode gekommenen Bundeswehrangehörigen in einem Seminar zusammenzuführen, ist neu und insofern gewöhnungsbedürftig. Doch bereits in der kurzen Zeit seiner Existenz hat sich dieses innovative Vorgehen als ausgesprochen fruchtbar für die Teilnehmenden erwiesen.

Die Begegnung dieser unterschiedlichen, sehr heterogenen Zielgruppen, die ansonsten wenige Berührungspunkte miteinander haben, ist ein zentraler Erfolgsfaktor der Fachberatungsseminare. Wie in anderen Seminaren, Gruppentherapien oder Hinterbliebenenwochenenden ist der Austausch der Betroffenen und ihrer Angehörigen untereinander ausgesprochen wichtig, um

Gefühlen der Isolation und des Unverstandenseins entgegenzuwirken.

Hinzu kommen hier aber die Begegnungen und Gespräche mit den jeweils „anders“ Betroffenen, die zwar oft starke Befürchtungen auslösen (vor allem hinsichtlich möglicher Schuldzuweisung und Entwertung), aber letztlich für den individuellen Bewältigungsprozess sehr heilsam sein können.

Auf Seiten der Soldatinnen und Soldaten liegt in der Begegnung mit Hinterbliebenen von Gefallenen die Konfrontation mit den eigenen Scham- und Schuldgefühlen. Im Vordergrund stehen häufig Ohnmachtsgefühle angesichts gefallener Kameradinnen und Kameraden, Schuldgefühle, weil diese nicht gerettet werden konnten und Schamempfinden, das Grauen selbst überlebt zu haben. Die Herangehensweise im Rahmen der Fachberatungsseminare eröffnet die Chance der Begegnung mit Hinterbliebenen, die trotz ihres individuellen Verlustes den Überlebenden keine Schuld zuweisen und ihnen ohne Vorwürfe begegnen.

Auf Seiten der Hinterbliebenen gibt es ebenso häufig Berührungspunkte, weil die Konfrontation mit Soldatinnen und Soldaten die eigene Haltung zur Bundeswehr, zum Einsatz und Verlust des geliebten Menschen gegenwärtig und an grundsätzliche Sinnfragen rührt. Für sie kann die Begegnung mit aktiven oder ehemaligen Soldatinnen und Soldaten neue Sichtweisen und Möglichkeiten der Bewältigung des erlittenen Verlustes eröffnen.

Für alle Beteiligten gilt, dass die Erfahrung, von den anderen nicht abgelehnt oder verurteilt, sondern als Individuum mit einer tragischen Leidensgeschichte respektiert und angenommen zu werden, fast immer sehr überraschend ist und als sehr positiv wahrgenommen wird.

Natürlich birgt dieses Vorgehen auch die Gefahr der Überforderung und damit verbunden der Ablehnung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Mit dieser möglichen massiven Ablehnung durch die Teilnehmenden muss das jeweilige Team rechnen. Zugleich muss es die hierbei entstehende Spannung aushalten und die Annäherung an diese stark mit Angst besetzten Themen fachlich begleiten. Darin liegt eine große Herausforderung, aber auch die Möglichkeit, einen ersten Schritt zur Bewältigung zu unterstützen und mitzugestalten.

Es gilt auch hier grundsätzlich: Nicht jedes Mittel ist für jede und jeden in jeder Situation angemessen. Aber insgesamt hat sich das „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ als sehr wirkungsvoll und hilfreich für die fokussierten Zielgruppen erwiesen. Das bestätigt auch die vom Psychologischen Dienst durchgeführte bisherige Evaluation der Seminare.

Evaluation des Fachberatungsseminars

Bereits in der Pilotphase wie auch im ersten Jahr des

	März	Juni	Oktober	Gesamt
Allgemeine Anteile				
Empfang bei der Ankunft	1,00	1,20	1,00	1,06
Begrüßungsveranstaltung	1,00	1,20	1,00	1,06
Kinderbetreuungsprogramm	1,00	Keine Nutzung	1,00	1,00
Angebot zur Freizeitgestaltung	1,09	1,20	1,00	1,01
Gemeinsame Abende	1,00	1,40	1,08	1,17
Fachliche Anteile				
Morgenrunden	1,00	1,10	1,08	1,07
Gruppengespräche	1,00	1,30	1,54	1,34
Individuelle Beratung	1,00	1,00	1,00	1,00
Entspannungsverfahren	1,00	1,30	1,33	1,26

Abbildung 3: Zufriedenheit der Teilnehmenden der Fachberatungsseminare 2013
(Skala von 1 = zufrieden bis 5 = unzufrieden)

Aber nicht nur in der konkreten Situation muss das Team jeder Seminarwoche sehr gut auf die zumeist entstehende Anspannung reagieren; wichtig ist auch, bereits im Vorfeld sehr sorgfältig zu prüfen, ob das Fachberatungsseminar für die betreffenden Personen in der aktuellen individuellen Lebenssituation sinnvoll und geeignet ist. Das Fachberatungsseminar stellt für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine große Herausforderung dar, weshalb insbesondere für schwer traumatisierte Menschen eine Teilnahme erst erwogen werden sollte, wenn der individuelle Therapieprozess bereits deutlich fortgeschritten und eine grundsätzliche psychische Stabilität erreicht ist.

Regelbetriebs hat der Psychologische Dienst der Bundeswehr eine Evaluierung der Fachberatungsseminare durchgeführt und daraus abgeleitete Veränderungen entsprechend umgesetzt und in das Konzept für den Regelbetrieb eingebracht. Die bisherigen Evaluationsergebnisse

aus den Seminaren im Jahr 2013 zeigen, dass die Betroffenenengruppen sowohl mit den allgemeinen Seminarbestandteilen als auch mit den fachlichen Einheiten sehr zufrieden sind.

Im Konzept und im Erlass für den Regelbetrieb 2013 wurde festgelegt, dass das Fachberatungsseminar unter der wissenschaftlichen Leitung des Zentrums für Psychiatrie und Psychotraumatologie/Psychotraumazentrum am Bundeswehrkrankenhaus Berlin kontinuierlich zu evaluieren ist. Auf Grund der Neuheit dieses Konzepts liegen derzeit noch keine Langzeitbeobachtungen vor.

Die bisherigen Evaluationsergebnisse des Psychologischen Dienstes bestätigen aber, dass das Ziel des

Fachberatungsseminars, die Teilnehmenden in ihrer aktuellen Lebenssituation individuell zu unterstützen, erreicht werden konnte. Weitere Rückmeldungen lassen darüber hinaus vermuten, dass sich auch langfristig positive Effekte einstellen werden. Näheren Aufschluss hierzu können aber erst spätere Evaluationen mit einer breiteren Datenbasis ergeben. Insgesamt lässt sich aber schon jetzt festhalten, dass das „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ seine außerordentliche Funktion im Rahmen der Betreuung und Fürsorge der Bundeswehr erfüllt.

Ausblick

Für die Zukunft ist beabsichtigt, die Fachberatungsseminare drei- bis viermal pro Jahr an für diesen besonderen Zweck bewährten Orten stattfinden zu lassen und sie so besser zu etablieren und ihre Einrichtung sicherzustellen.

Langfristig müssen dafür einerseits die Bekanntheit der Seminare erhöht und ihre Zugänglichkeit für die Zielgruppe gewährleistet werden. Andererseits ist eine erhöhte Standardisierung hinsichtlich der Organisation der Seminare anzustreben, die durch eine Bündelung des Wissens und die Etablierung von Organisationsroutinen sowohl den organisatorischen Aufwand senkt als auch die Robustheit der Organisation erhöht. Zugleich ist regelmäßig zu überprüfen, ob das Angebot des Fachberatungsseminars den Bedürfnissen der Zielgruppe noch entspricht oder ob hier Verbesserungen oder Veränderungen erreicht werden können.

Hinter diesen Bemühungen steht das Ziel, die Einrichtung des Fachberatungsseminars als ein selbstverständliches Angebot der Bundeswehr zu etablieren und langfristig zu sichern, um besonders belastete Soldatinnen und Soldaten und ihre Angehörigen sowie Hinterbliebene auch langfristig optimal zu unterstützen.

24. INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT AM BEISPIEL DER FACHBERATUNGSSEMINARE

Susanne Bruns & Carolyn Rose

Zusammenfassung

Um für einen besonders belasteten Personenkreis ein zusätzliches Beratungsangebot zu bieten, wurde im Jahr 2011 durch das Bundesministerium der Verteidigung das „Fachberatungsseminar Betreuung und Fürsorge unter einem Dach“ entwickelt (Zechel und Schanze, 2014).

In der Bundeswehr stehen für die Betreuung und Fürsorge von Bundeswehrangehörigen verschiedene Fachdienste zur Verfügung, die im Fachberatungsseminar erstmalig eine gemeinsame Aufgabe gestellt bekamen. Zunächst stand das Angebot der Fachdienste noch isoliert nebeneinander, wurde jedoch mit der Fortschreibung des Konzepts zunehmend aufeinander abgestimmt. Die Fachberatungsseminare können nunmehr als Modell für eine strukturierte interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Bundeswehr angesehen werden.

Der folgende Beitrag gleicht zum einen die Praxis der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Fachberatungsseminaren mit theoretischen Überlegungen ab, zum anderen wurden in einer kurzen Befragung der Fachkräfte Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit evaluiert. Die Ergebnisse der Befragung von 27 Teammitgliedern zeigen auf, dass die Fachberatungsseminare ein gelungenes Modell der interdisziplinären Zusammenarbeit darstellen.

Einleitung

Die zunehmende Intensität der Einsätze der Bundes-

wehr wird z. B. durch Gefechte mit Aufständischen, Anschläge auf Fahrzeuge der Bundeswehr oder Beschuss der Bundeswehrlager deutlich. Dabei sind in den letzten Jahren immer wieder Soldatinnen und Soldaten getötet, verwundet oder psychisch verletzt worden. Die Bundeswehr verfügt für die Betreuung ihres Personals über ein gut ausgebautes Psychosoziales Netzwerk (Völker, 2014), dessen Fachdienste – Militärseelsorge, Psychologischer Dienst, Sanitäts- und Sozialdienst – allerdings sehr spezialisiert und arbeitsteilig aufgestellt sind.

Rieder (2004) führt aus, dass diese Spezialisierung für die Ratsuchenden folgendes bedeuten kann:

- sich immer wieder auf andere Fachpersonen einstellen zu müssen
- Bedürfnisse, individuelle Probleme und Erwartungen ständig zu wiederholen
- mehrmals die gleichen oder ähnlichen Fragen bei verschiedenen Fachpersonen zu beantworten
- die Behandlungsmaßnahmen ohne Kontinuität und Koordination zu erleben
- die Behandlung als nicht persönlich und nicht bedarfsorientiert zu erleben und
- durch die wechselnden Kontakte mit dem professionellen Team keine tragende und andauernde Vertrauensbasis aufbauen zu können.

Dass bei komplexen Problemlagen die von Rieder (2004) beschriebene Fragmentierung von Abläufen zur Unzufriedenheit der Betroffenen führen kann, wurde auch in der Bundeswehr beobachtet: z. B. durch die Anzahl der Beschwerden gegenüber dem Wehrbeauftragten.

Mit der Entwicklung der Fachberatungsseminare war daher von Beginn an beabsichtigt, der Diskontinuität und Depersonalisierung in der überwiegend arbeitsteiligen Betreuung entgegenzuwirken. Eine Qualität der Fachberatungsseminare besteht darin, dass die Betroffenen innerhalb kürzester Zeit und in unmittelbarer räumlicher Nähe zu aktuellen Problemlagen umfassende Auskünfte und Beratungen erhalten, die sie entlasten und so Zugang zu neuen Ressourcen ermöglichen. Dass dies durch die zeitliche und räumliche Konzentrierung von Fachpersonal in ausgezeichneter Weise gelingt – messbar an der hohen Zufriedenheit der Betroffenen mit der Betreuungsmaßnahme –, haben Bruns und Hanssen (2014) aufgezeigt, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von vier Pilotseminaren im Vorfeld des Regelbetriebs der Fachberatungsseminare hinsichtlich ihrer Zufriedenheit befragt haben.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Fachberatungsseminaren

Inhaltliche Gestaltung von Fachberatungsseminaren

Das Programm des Fachberatungsseminars setzt sich aus Gruppengesprächen und individuellen Beratungen sowie entspannenden und gesundheitsfördernden Programmpunkten zusammen und wird von Bruns und Hanssen (2014) ausführlich beschrieben. Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Programmpunkte im zeitlichen Überblick.

Zusammensetzung des Teams

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Form der Zusammenarbeit von Menschen unterschiedlicher Professionen. Sie wird sowohl in der akademischen Auseinandersetzung als auch in der Praxis mit unter-

Abbildung 1: Musterzeitplan eines Fachberatungsseminars (Bruns und Hanssen, 2014)

Zeit	Anreisetag	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	Abreisetag	
08.00-09.00	Anreise	Frühstück							Abreise
09.15-09.30		Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Gemeinsamer Ausflug		
09.30-10.30		Gruppengespräch	"Von Frau zu Frau" / "Von Mann zu Mann"	Sozialberatung / Berufsförderungs.	Gruppengespräch	Gruppengespräch			
11.00-12.00			Mittagessen, anschließend Mittagspause // 13.00 Teambesprechung						
12.00-14.30		Individuelle Beratung	Gemeinsamer Ausflug	Individuelle Beratung	Gemeinsamer Ausflug	Individuelle Beratung	Feedbackrunde mit Reise-segen		
14.30-16.00									
16.30-18.00		Abendessen							
18.00-19.00									
ab 19.30	Begrüßung, Führung durch das Haus	Besinnlicher Abend mit Musik und Texten	Entspannungsverfahren	Geselliger Abend	Kreative Zeit	Musikabend	Geselliger Abend		

schiedlichen Begriffen beschrieben und diskutiert. Bisher gibt es keine einheitliche Terminologie und Festlegung, was unter Interdisziplinarität zu verstehen ist (Büscher, 2010); Begriffe wie z.B. Multiprofessionalität, Multidisziplinarität, Interprofessionalität und Interdisziplinarität machen eine einheitliche Definition schwierig.

Ruflin (2011) fasst die Begriffsvielfalt in folgender Weise zusammen: „Sie (die Begriffe) beschreiben die gleichzeitige Zusammenarbeit im Hinblick auf eine gemeinsame Sache von

- a) verschiedenen Personen
- b) mit verschiedenen Aufgaben und
- c) mit verschiedenem beruflichen Hintergrund (Grundausbildung & Weiterbildung)“.

Das Fachpersonal, das für die Durchführung der Fachberatungsseminare eingesetzt wird, setzt sich aus ganz unterschiedlichen Gruppen zusammen: Dem Psychologischen Dienst der Bundeswehr, dem Sozialdienst der Bundeswehr, der evangelischen und katholischen Militärseelsorge sowie dem Berufsförderungsdienst. Das Seminar wird unterstützt durch Sanitätspersonal und Soldatinnen und Soldaten, die zu Peers und/oder sogenannten Lotsen für Einsatzgeschädigte (Schultze, 2014) weitergebildet wurden.

Jede dieser genannten Gruppen, die mit der Ausgestaltung der Fachberatungsseminare beauftragt ist, hat im Dienstalltag der Bundeswehr unterschiedliche Aufgabenbereiche, wobei es punktuell Berührungspunkte untereinander gibt.

Interaktion zwischen den Professionen

Kump (2011) stellt die gemeinsamen Ziele interdisziplinärer Teams heraus: „Im Gegensatz zu Projekten, in denen Personen aus unterschiedlichen Disziplinen an verschiedenen Bereichen arbeiten, d.h. unterschiedliche Einzelziele haben, haben Personen in interdiszi-

plinären Teams Ziele, die sie nur gemeinsam erreichen können. Interdisziplinarität bedeutet daher wechselseitige Abhängigkeit der Disziplinen.“ Rieder (2004) ergänzt, dass eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit das gegenseitige Wissen über die jeweiligen fachspezifischen Kenntnisse ist und dass weiterhin die Teammitglieder zu einer konsensorientierten Zusammenarbeit bereit sein müssen. Um diese Ziele erreichen zu können, betont Obrecht (2005) in seiner Definition der interprofessionellen Kooperation die Notwendigkeit der Koordination und institutionalisierten Interaktion zwischen den Mitgliedern der verschiedenen Professionen.

Das bedeutet zusammengefasst, dass man für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit zum einen Personal benötigt, das über eine hohe Fachkompetenz und einen breiten Erfahrungsschatz verfügt, auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Fachdiensten. Gleichzeitig ist es zur Zielerreichung erforderlich, regelmäßige Teambesprechungen abzuhalten, um Informationen auszutauschen und zu einem Konsens hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise zu gelangen. Bereits in der Vorbereitung der Fachberatungsseminare werden die unterschiedlichen Fachreferate des Bundesministeriums für Verteidigung gebeten, gut qualifiziertes Personal mit überdurchschnittlicher Berufserfahrung zu benennen, das zu den Durchführungszeiträumen – aktuell werden drei bis vier Seminare pro Jahr angeboten – zur Verfügung steht. Das ausgewählte Personal erhält im Vorfeld Hintergrundinformationen über den Ablauf und die Durchführung des Seminars, sowie über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die anderen Teammitglieder.

Die Leitung des Teams liegt bei einer Vertreterin oder einem Vertreter des Psychologischen Dienstes. Idealer-

weise findet vor Beginn des eigentlichen Seminars eine mehrstündige Phase des Teambuilding statt, in der sich die Teammitglieder untereinander vorstellen und sich kennenlernen. Vor dem Hintergrund der Zusammensetzung des Teilnehmerkreises wird eine gemeinsame Zielsetzung besprochen.

Im Laufe des Seminars werden täglich ausführliche Teambesprechungen durchgeführt, um mit allen Teammitgliedern die aktuelle Gruppendynamik zu erörtern, individuellen Beratungsbedarf der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu identifizieren und Beratungsangebote und Interventionen einzuleiten. Dabei tragen alle Fachdisziplinen vor dem Hintergrund ihrer Profession ihre Erkenntnisse zusammen.

Durch die Teambesprechungen wird zusätzlich möglichen Schwierigkeiten innerhalb der Zusammenarbeit vorgebeugt. So weist Ruffin (2011) auf die folgenden „Stolpersteine“ und sozialen Erschwernisse der Zusammenarbeit verschiedener Professionen hin:

- Kommunikations- und Sprachschwierigkeiten durch die Nutzung eigener Fachsprache, die sich von derjenigen anderer Fachgebiete und der Alltagssprache unterscheidet,
- Disziplinspezifische Theorien und Methoden, die eine gemeinsame Problemsicht erschweren und unterschiedliches Vorgehen implizieren,
- Mangelndes gegenseitiges Verständnis der Disziplinen, gegenseitige Vorurteile, falsche Erwartungen,
- Gruppendynamische Probleme, insbesondere, wenn die Teamarbeit neu und ungewohnt ist,
- Wenn Disziplinen eigene (Sub-)Kulturen gebildet haben, kann die Zusammenarbeit erschwert sein,
- Kommunikation kann ferner erschwert oder behindert sein durch Statusunterschiede der beteiligten Gruppen, etwa in Form unterschiedlicher Niveaus der professionellen Entwicklung (z. B. Medizin versus Soziale Arbeit versus kaufmännische Ausbildungen)

- Unterschiedliche Stellungen innerhalb der Struktur einer Organisation.

Die hier genannten „Stolpersteine“ und „Sozialen Erschwernisse“ sind ausschließlich in der interdisziplinären Zusammenarbeit als solche zu bezeichnen und können in der alltäglichen Arbeit durchaus ihre Berechtigung haben. Die eigene Fachsprache ermöglicht eine schnelle und effektive Kommunikation innerhalb einer Gruppe. Disziplinspezifische Theorien und Methoden sichern die Qualität innerhalb einer Profession und geben nach außen wie innen Sicherheit des zu erwartenden Handelns. Merkmale, die die Zusammenarbeit einer Gruppe vereinfachen, können die Zusammenarbeit mit anderen Gruppen und die Herausbildung einer neuen Gruppe erschweren.

Innerhalb der Bundeswehr wird allerdings der Zusammenschluss verschiedener Gruppen durch ein gemeinsames dienstinternes Vokabular gefördert, so dass man sagen kann, dass auch zwischen Fachdiensten schnell eine gemeinsame Kommunikationsebene gefunden werden kann. Durch gemeinsame Weiterbildung und Lehrgänge gelingt es in der Regel sehr gut, das Wissen über die Fähigkeiten der anderen Disziplinen zu erweitern, Vorurteile abzubauen und dadurch die durchaus vorhandenen hierarchischen Strukturen zu überwinden und sich auf das gemeinsame Ziel zu konzentrieren.

In der Praxis der Fachberatungsseminare treten daher die von Ruffin (2011) genannten „Stolpersteine“ und „sozialen Erschwernisse“ selten auf. Gleichwohl können eventuell auftretende intra- oder interpersonelle Spannungen in den Teambesprechungen - außerhalb des Teilnehmerkreises - erfolgreich aufgearbeitet werden. Hierzu sei ein Beispiel aus der Anfangsphase der Fachberatungsseminare ausgeführt:

Zunächst wurden die psychologischen Gruppengespräche ausschließlich durch den Psychologischen Dienst durchgeführt. Dadurch waren jedoch die Sozialarbeiter inhaltlich von vielen Themen ausgeschlossen und erlebten auch die Gruppendynamik nicht aus erster Hand. Dies erwies sich für ihre individuelle Beratung als hinderlich, da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Anliegen nicht mehrfach vorstellen möchten. Diese Problematik wurde in der Teambesprechung erörtert, was dazu führte, dass heute sowohl der Psychologische Dienst als auch die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in den Gruppengesprächen anwesend sind. Der Befürchtung, dass sich die hohe Zahl von Fachkräften im Verhältnis zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern negativ auf deren Exploration auswirken könnte, wurde dadurch entgegnet, dass jeweils ein Moderator und ein Co-Moderator bestimmt werden, während sich das andere Fachpersonal zurückhält.

Untersuchung

Durchführung

42 Personen, die an einem oder mehreren Fachberatungsseminaren mitgewirkt hatten, wurden gebeten, im Zeitraum Juli bis September 2014 einen Fragebogen zur interdisziplinären Zusammenarbeit auszufüllen. Der Fragebogen wurde durch die Autorinnen auf der Grundlage der in den Seminaren gemachten Erfahrungen der interdisziplinären Zusammenarbeit entwickelt. Alle Fragen konnten mit den Antwortalternativen „trifft zu“, „trifft nicht zu“ und „keine Aussage möglich“ beantwortet werden. Sie bezogen sich zu einem kleinen Teil auf die reguläre Tätigkeit, jedoch überwiegend auf die Einschätzung der Teamaspekte im Fachberatungsseminar. Freitextergänzungen konnten zu allen Themen vorgenommen werden.

Insgesamt nahmen 27 Personen an der Befragung teil, die sich wie folgt auf die verschiedenen Fachdienste und das Unterstützungspersonal verteilten:

Berufsförderungsdienst	= 2
Lotsen und Peers (Unterstützungspersonal)	= 4
Militärseelsorge	= 3
Psychologischer Dienst	= 9
Sanitätsdienst	= 2
Sozialdienst (Sozialarbeit und Sozialberatung)	= 7

74,1 % der Befragten hatte innerhalb der letzten 12 Monate an einem Fachberatungsseminar mitgewirkt, bei den anderen Befragten war die Mitwirkung an einem Fachberatungsseminar länger als ein Jahr her

Ergebnisse

In Bezug auf ihre reguläre Tätigkeit gaben 77,7 % der Befragten an, dass sie häufiger in einem Team arbeiteten, wobei die Art der Teamzusammensetzung nicht erfragt wurde. Die überwiegende Mehrheit der Befragten gab an, über gute Möglichkeiten des fachlichen Austausches zu verfügen (81,5 %) und sich unkompliziert fachlichen Rat holen zu können, wenn sie ihn benötigten (85,2 %).

Aus Sicht der Teammitglieder wurden die verschiedenen Aspekte der Teamarbeit im Fachberatungsseminar überaus positiv bewertet. Lediglich die beiden Fragen zur geteilten Verantwortung wurden weniger stark positiv beantwortet (siehe Abbildung 2).

In der Reflektion des jeweils letzten Fachberatungsseminars gaben die Befragten ebenfalls sehr positive Einschätzungen an (siehe Abbildung 3). Herauszustreichen ist insbesondere, dass sich nahezu alle Befragten im Fachberatungsteam wohlfühlten (96,3 %), gleich

Am Fachberatungsseminar schätze ich ...	trifft zu (in Prozent)
... die täglichen Teambesprechungen.	92,6
... dass für jede Fragestellung ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung steht.	92,6
... dass ich mich in schwierigen Fragen an andere Teammitglieder um Unterstützung wenden kann.	92,6
... die Möglichkeit, von den anderen Teammitgliedern fachlich zu lernen.	92,6
... dass ich nicht alleine Verantwortung für das Gelingen des Seminars trage.	77,8
... dass ich nicht alleine Verantwortung für das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer trage.	81,5
... dass ich mich auch einmal mit Fachkollegen in Ruhe tiefergehend austauschen kann.	92,6
... dass man am Ende der Woche das Gefühl hat, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten sich entlasten und haben neue Perspektiven gewonnen.	96,3

Abbildung 2 Der Themenbereich „Am Fachberatungsseminar schätze ich...“

Beim letzten Fachberatungsseminar ...	trifft zu (in Prozent)
... habe ich mich im Team des Fachberatungsseminars wohlgefühlt.	96,3
... bezog mich die fachliche Leiterin / der fachliche Leiter des Fachberatungsseminars in Entscheidungen mit ein.	81,5
... konnte ich mich mit meiner Fachexpertise genügend einbringen.	96,3
... gab es Phasen, in denen ich nicht genügend gefordert wurde.	7,4
... gab es für mich ungewöhnliche fachliche Herausforderungen, die wir zufriedenstellend lösen konnten.	37,0
... hatte ich das Gefühl, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer meine Arbeit geschätzt haben.	96,3

Abbildung 3 Der Themenbereich „Beim letzten Fachberatungsseminar...“ Diskussion

zeitig fühlten sich die Befragten genügend gefordert und den Herausforderungen der Aufgabe überwiegend gewachsen. Dies drückt sich auch in der Motivation für eine zukünftige Tätigkeit in weiteren Fachberatungsseminaren aus: 96,3 % der Befragten gaben an, auf jeden Fall wieder bei einem Fachberatungsseminar mitarbeiten zu wollen.

Zunächst einmal fällt auf, dass in der Stichprobe diejenigen, die den Fragebogen beantwortet haben, die Teammitglieder aus den Fachdiensten (n=21) stärker vertreten sind, als die Teammitglieder aus dem Unterstützungsbereich (n=6), obwohl der Anteil am Gesamtteam etwa gleich groß ist. Über die Gründe kann lediglich gemutmaßt werden, jedoch ist es möglich, dass sich die Mitglieder des Unterstützungsteam durch die Fragestellung weniger angesprochen gefühlt haben. Möglicherweise wird der Anteil des eigenen Beitrages am Erfolg weniger hoch eingeschätzt. Ein weiterer Aspekt könnte sein, dass das Unterstützungsteam aus Gründen des Datenschutzes und aus fachlichen Gründen nicht vollumfänglich in die täglichen Teambesprechungen eingebunden wird. Daraus könnte geschlossen werden, dass gerade die ausführlichen Besprechungen einen starken Einfluss auf den Teamgedanken und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Mitglieder des Fachteams ausüben.

Die außerordentlich positive Bewertung der Mitarbeit an einem Fachberatungsseminar ist möglicherweise mit auf eine gezielte Personalauswahl zurückzuführen: es werden besonders sozial kompetente und fachlich versierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgewählt. Gleichwohl werden die Ergebnisse auch darauf zurückgeführt, dass die Teamarbeit durch die oben genannten Vorgehensweisen der Information, des Teambuildings und des regelmäßigen Austausches gezielt gefördert wurde.

Dass die Befragten das Gefühl hatten, dass ihre persönliche Arbeit von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wahrgenommen und geschätzt wurde, ist vor dem Hintergrund der gemeinschaftlichen Gesamtleistung als zusätzlicher Motivationsfaktor zu werten.

Fazit

Mit den Fachberatungsseminaren ist es der Bundeswehr gelungen, mit großem Erfolg ein zusätzliches Betreuungsangebot für einen besonders belasteten Personenkreis zu etablieren. Die Stärke der Seminare liegt dabei in der zeitlichen und räumlichen Konzentrierung gut qualifizierten Fachpersonals, das eine umfassende Beratung für den Teilnehmerkreis anbieten kann. Das Personal selbst schätzt die Seminare als hochwirksam und gewinnbringend ein. Als wichtiger Aspekt wird dabei der interdisziplinäre Austausch in regelmäßigen Besprechungen angeführt.

Das Fachberatungsseminar könnte als Modell für eine zukünftige Aufstellung der verschiedenen Fachdienste dienen, in der die Fachanteile weniger isoliert und besser aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten.

Literatur

1. Bruns, S. und Hanssen, N. (2014). Das Fachberatungsseminar – Ergebnisse eines Pilotprojektes für einen besonders belasteten Personenkreis. In: Kreim, G., Bruns, S. und Völker, B. (Hrsg.). Psychologie für Einsatz und Notfall. Bonn: Bernhard und Graefe, S. 376-384
2. Büscher, A. (2010). Internationale Beispiele für Kooperation in der Gesundheitsvorsorge. Robert-Bosch-Stiftung, abgerufen unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Synopse_Prof._Dr._Buescher.pdf
3. Kump, B. (2011). Ich kann was, was Du nicht kannst: Synergien in interdisziplinären Teams. wissens.blitz (48), abgerufen unter: http://www.wissensdialoge.de/wp-content/uploads/wissensblitz_48_Interdisziplinarit%C3%A4t_bkump_final.pdf?PHPSESSID=823e4f5a67984c22d2f1401ad117cb9f
4. Obrecht, W. (2005). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. Abgerufen unter: www.infostelle.ch/filedownload.html?cdid=1253&file=0
5. Rieder, P. (2004). Welche Bedeutung hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Zukunft. Vortrag an der Jahresversammlung der schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, abgerufen unter: <http://www.sgsp.ch/RiederReferat.pdf>
6. Ruffin, R. (2011). Was ist interprofessionelle Zusammenarbeit. Socialdesign, Bildungszentrum IV-Fachtagung, abgerufen unter: <http://dedocz.com/doc/527060/was-ist-interdisziplin%C3%A4re-zusammenarbeit%3F---socialdesign-...>
7. Schultze, S. (2014). Lotse für Einsatzgeschädigte – ein Erfahrungsbericht. In: Kreim, G., Bruns, S. und Völker, B. (Hrsg.). Psychologie für Einsatz und Notfall, Bonn: Bernhard und Graefe, S. 406-410
8. Völker, B. (2014). Psychosoziale Unterstützung in der Bundeswehr. In: Kreim, G., Bruns, S. und Völker, B. (Hrsg.). Psychologie für Einsatz und Notfall. S. 361-369, Bonn: Bernhard und Graefe.
9. Zechel, C. und Schanze (2014). Gemeinsam einander helfen. Wehrmedizin und Wehrpharmazie, 38. Jahrgang, Nr.1, 1.Quartal 2014;24-25

25. REHABILITATION – INDIVIDUELLE BEGLEITUNG VON BEGINN AN

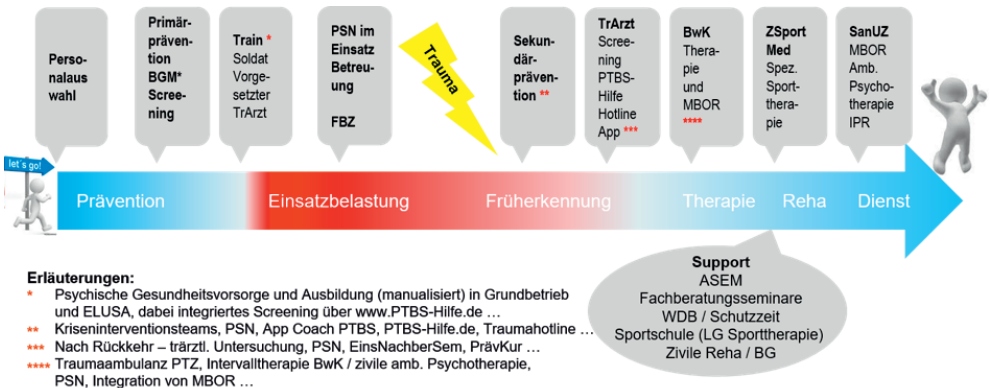
Franziska Langner

Einleitung

In Deutschland gilt der eingängige Grundsatz „Reha vor Rente“ (Mittag et al., 2014). Rehabilitation bezeichnet die Bestrebung (oder den resultierenden Erfolg), einen Menschen wieder in dessen vormalig existierenden körperlichen Zustand zu versetzen. Rehabilitation hat aber auch zum Ziel, Beeinträchtigungen und Einschränkungen abzuwenden, die sich als bleibende Folgen von chronischen Erkrankungen oder Unfällen einstellen und soll die Patientin oder den Patienten bei der Wiedererlangung oder dem Erhalt körperlicher, beruflicher oder sozialer Fähigkeiten unterstützen. Das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund von Krankheit oder Behinderung, hier auch explizit bei psychischen Erkrankungen, soll durch Leistungen zur

Teilhabe vermieden oder zumindest hinausgezögert werden. Unter den derzeitig etablierten Rehabilitationsmöglichkeiten, auch insbesondere für einsatzgeschädigte Soldaten, bekommt dieses Thema eine enorme sowohl dienstliche als auch emotional besetzte Bedeutung. In der Anwendung des Einsatzweiterverwendungsgesetzes oder der Einsatzunfallverordnung stehen die Begrifflichkeiten medizinische und berufliche Rehabilitation nebeneinander. Nach stattgehabter medizinischer Rehabilitation (bspw. ambulante Psychotherapie, stationäre psychotherapeutische Behandlungen wie Trauma- oder suchtspezifische Therapien, etc.) können Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Weiterbildungen, Umschulungen, Ausbildungen) beginnen.

Abbildung 1 Maßnahmen psychische Gesundheit in der Bundeswehr (Zimmermann, 2020)



Bei Patientinnen und Patienten kann bei langwierigen Behandlungsverläufen im Rahmen einer psychischen Grunderkrankung (Depression, einsatzassoziierte Angststörungen, etc.) die fehlende Wiederaufnahme der Dienstfähigkeit ein immenses Hindernis in der weiteren Betreuung für das gesamte professionelle Umfeld darstellen. Häufig stellt sich dann die Frage, inwieweit therapeutische bzw. rehabilitative Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation ausgeschöpft sind und / oder die Einleitung eines Dienstunfähigkeitsverfahrens avisiert werden sollte.

„Das Ziel aller Lösungsansätze ist die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen oder das Arbeitsverhältnis zu erhalten“ Sozialgesetzbuch (gemäß § 167 Absatz 2 SGB IX)

Berufliche Wiedereingliederung

Bei langzeiterkrankten Patienten oder Chronifizierung einer psychischen Symptomatik ist der Wiedereingliederungsversuch in den Dienst oftmals eine unüberwindliche Hürde und stellt sowohl den Betroffenen, als auch das private wie professionelle Umfeld vor besondere Herausforderungen.

In der aktuellen ZDv A-2640/36 „Strukturierte Wiedereingliederung von Soldatinnen und Soldaten der Bw in den Dienst“ vom 28.02.20 gelten als „Langzeiterkrankte, Soldaten, die aus gesundheitlichen Gründen innerhalb von 12 Monaten insgesamt länger als sechs Wochen von allen Diensten befreit waren.“ Ziel ist es, die Gesundheit langzeiterkrankter Soldatinnen und Soldaten wiederherzustellen, zu fördern und zu schützen und dauerhaft zu erhalten. Nach Herstellung der Verwendungsfähigkeit soll so eine Wiedereingliederung in der bisherigen oder einer anderen geeigneten Verwendung erreicht werden. Unter Einbeziehung der Vorgesetzten, des Truppenarztes, der Vertrauensperson,

ggf. der Schwerbehindertenvertretung und der militärischen Gleichstellungsbeauftragten sowie auf Wunsch der Angehörige oder der Lotse, wird zukünftig in den Dienststellen ein Verfahren zur strukturierten Wiedereingliederung eingeleitet, welches sich in mehrere Phasen gliedert und unter anderem Eingliederungsgespräche zur Vereinbarung von Maßnahmen und deren Erfolgskontrolle beinhaltet.

„Soldatinnen und Soldaten sind zur Teilnahme am Erstgespräch im Rahmen eines Verfahrens zur strukturierten Wiedereingliederung mit der oder dem zuständigen Vorgesetzten verpflichtet. Die weitere Durchführung des Verfahrens erfolgt für die Soldatin oder den Soldaten auf freiwilliger Basis“ (ZDv A-2640/36). Inhaltlich gehören dazu unter anderem die Befreiung von Dienstverrichtungen und/ oder Einschränkungen der täglichen Arbeitszeit. Wird nach Beendigung bzw. Abschluss des Verfahrens festgestellt, dass eine fortgesetzte Wiedereingliederung in der bisherigen oder einer anderen geeigneten Verwendung keinen Erfolg verspricht, [...] „hat der Vorgesetzte der PersBST des Betroffenen die Einleitung eines Verfahrens zur Beendigung des Dienstverhältnisses wegen Dienstunfähigkeit vorzuschlagen“ (ZDv A-2640/36).

Ein zusätzlich steuerndes sanitätsdienstliches Versorgungselement speziell für Einsatzgeschädigte sind die Interdisziplinären Patientenzentrierten Rehabilitationsteams (IPR). Die IPR-Sitzungen werden für die Betroffenen bei Bedarf nach Entlassung aus der stationären Behandlung in die ambulante Betreuung des SanVersZ durch das zuständige SanUstgZ initiiert. Die IPR planen fach- und approbationsübergreifend den Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf. Sie setzen sich fallweise und individuell bezogen auf die Patientenbedürfnisse aus Vertreterinnen bzw. Vertretern der für die Behandlung der Patientinnen und Patienten relevanten klinischen Fachdisziplinen den Vertreterinnen / Vertretern

des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr, des Sozialdienstes der Bundeswehr und weiteren Vertretern bzw. Vertreterinnen zusammen.

Grundsätzlich steht bei Fragen zur Rehabilitation die Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle (ZALK) zur Verfügung.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Als ein in den letzten 10 Jahren zunehmend auch im Bereich der Deutschen Rentenversicherung entwickeltes Verfahren stellt die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) dar, die den Arbeitsbezug im gesamten Rehabilitationsprozess miteinbezieht (Müller-Fahnow et al., 2005). Unter MBOR wird eine spezifische Form der medizinischen Rehabilitation verstanden, die sich explizit auf die Bedingungen am (angestrebten oder aktuellen) Arbeitsplatz der Rehabilitanden konzentriert. Die MBOR stellt konzeptionell eine diagnostische und therapeutische Erweiterung der herkömmlich angebotenen medizinischen Rehabilitation dar. Sie gilt als effektiv hinsichtlich der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der Vermeidung von Fehlzeiten und der Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung. Auch funktionale, schmerzbezogene und psychosoziale Parameter können positiv beeinflusst werden. Einen zusätzlichen Nutzen haben insbesondere Patienten, die eine deutliche Diskrepanz zwischen der eigenen Leistungsfähigkeit und den Anforderungen am Arbeitsplatz haben.

Betroffene haben im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung (utV) die Möglichkeit, die rehabilitativen Behandlungsangebote des zivilen Gesundheitssektors zu nutzen, soweit diese entsprechend den Heilfursorgerichtlinien des Referats PA 3, BAPersBw abrechenbar sind. Genauere Auskunft, ob

eine gewünschte Fachklinik mit der Wehrbereichsverwaltung abrechnet, kann über die jeweilige Heilfürsorge des SanVersZ bei Kdo RegSan, Dez G3.2.1 erfragt werden. Voraussetzung der Beantragung ist eine aktuelle fachärztliche psychiatrische Empfehlung. Die Beantragung dieser Verfahren (dazu gehören insbesondere stationäre Arbeitsbezogene Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Psychotherapien in psychosomatischen Fachkliniken, stationäre Entwöhnungstherapien, entsprechend auch tagesklinische rehabilitative Therapien, Mutter-Kind-Kuren mit behandlungsbedürftigem Kind) erfolgen über den Truppenarzt/Heilfürsorge in SanVersZ mit entsprechendem Facharztbefund. Diese leiten den Antrag über das zuständige SanUstgZ an das Kdo RegSanUstg, Dez G3.2.1 zur Genehmigung weiter. Einzelfallentscheidungen bspw. bei erhöhten Abrechnungssätzen werden zur Genehmigung über das Kdo RegSanUstg an das BMVg weitergeleitet. Dabei handelt es sich sämtlich um Maßnahmen zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit.

Kuren (3-wöchig) zum Erhalt der Dienstfähigkeit werden über das Kurlblatt B über das SanVersZ an das zuständige SanUstgZ zur Genehmigung übersendet.

Zivile MBOR-Rehabilitationseinrichtungen kommen jedoch im sehr spezifischen Berufsfeld des Soldaten an ihre Grenzen. Die militärspezifischen Anforderungen an das Berufsfeld des Soldaten, hierbei seien exemplarisch die Grundpflichten (§8 SG), die Pflicht zur Kameradschaft (§11 SG) oder Regelungen zur Uniform (§8 SG) genannt, können häufig nicht authentisch genug dargestellt werden oder treffen aufgrund des nachvollziehbaren Mangels an Wissen durch häufiges Nachfragen auf Unverständnis bei den Betroffenen. Auch die Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederungskonzepte, sowohl zeitliche Variationen als auch berufsübergreifende Tätigkeiten (z.B. „Innendienst“)

innerhalb eines militärischen Bereichs, das Vorhandensein direkter truppen- oder betriebsärztlicher Expertise, die sozialdienstliche Unterstützung und der direkte Austausch mit dem Vorgesetzten unterscheiden sich.

Aus diesem Grund hat das Psychotraumazentrum am Bundeswehrkrankenhaus Berlin ein spezifisches MBOR-basiertes Rehabilitationstraining konzipiert.

Methodik

Reha-Coaching - Berufliches Rehabilitationstraining im Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Die Rückkehr in die Dienststelle im Rahmen von psychischen Erkrankungen und nach einer langen Krankheitsperiode stellt eine große Hürde für viele Betroffene dar, die auch vielen Einsatzgeschädigten Soldaten nicht fremd ist. Das Überwinden der selbst- oder fremdaufgelegten Einschränkungen im Berufsleben und Dienstalltag gestaltet sich oft am Anfang oder im Verlauf der Erkrankung schwierig. Sich selbst wieder erreichbare berufliche Ziele setzen und Motivation zurückzuerlangen - das gelingt häufig nicht ohne professionelle Unterstützung!

Das Rehabilitationstraining richtet sich daher an (einsatzgeschädigte) psychisch erkrankte Soldaten, die bereits Erfahrungen in der Psychotherapie gemacht haben und dadurch eine gewisse Symptomreduktion und beginnende Veränderungsmotivation für sich erarbeitet haben. Bei bestehendem Wunsch der Einleitung eines Dienstunfähigkeitsverfahrens durch den Betroffenen selbst, ist dieses Training sicherlich eher ungeeignet, da bei fehlender Veränderungsmotivation kaum positive Veränderungsprozesse zu erwarten sind. Sollte jedoch die Sorge bei Betroffenen um die mglw. bevorstehende Einleitung eines Dienstunfähigkeitsverfahrens durch die Einheit oder den Truppenarzt die Motivation zur Teilnahme am Training darstellen, kann unter Umständen eine für den Betroffenen annehmbare Lösungsstrategie durch die Teilnahme gemeinsam erarbeitet werden.

Das 23 tägige Rehabilitationstraining für psychisch erkrankte Soldatinnen und Soldaten im Bundeswehrkrankenhaus Berlin beinhaltet die 3 zentralen MBOR-Kernmaßnahmen:

1. Berufsbezogene psycho-educative Gruppen
2. Interne Belastungserprobung MBOR und
3. Spezifisches Arbeitsplatztraining

Zur Identifikation dieser beruflichen Problemlagen stehen psychometrische Testinstrumente zur Verfügung. Anwendung findet hier im Wesentlichen das manualisierte Arbeitsprogramm „Fit für den Beruf – AVEM- Arbeits- und Verhaltensbezogene Erlebensmuster – Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation“ (Heitzmann et al, 2008).

Inhaltlich werden hierbei mögliche Ansatzpunkte zur Optimierung des beruflichen Bewältigungsverhaltens auf der Grundlage von persönlichen Ressourcen aber auch individuellen Risiken identifiziert. In der **berufsbezogenen psycho-educativen Gruppentherapie** (1. Kernmaßnahme) erfolgt die Erarbeitung neuer Bewältigungsstrategien für die aktuelle oder angestrebte berufliche Situation unter Betrachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dabei spielen besonders persönliche Motivation und Engagement eine wesentliche Rolle und beeinflussen einerseits die Annäherungs- und Vermeidungsziele sowie die extrinsischen und intrinsischen Arbeitsanreize. Zusätzlich wird das bestehende soziale Netzwerk und dessen Bedeutung für die psychische und körperliche Belastbarkeit beleuchtet. Es werden hier sowohl positive als auch negative Aspekte aufgezeigt und individuelle Kommunikationsschwierigkeiten analysiert, modifiziert und geübt. In der Endphase des Trainings erfolgt durch die Teilnehmenden die direkte Kontaktaufnahme und das persönliche Ge-

sprach mit ihren Einheiten, um die weitere Wiedereingliederung zu planen. Dieser Kontakt wird im Anschluss in der Gruppe ausgewertet. Ziel ist es, gemeinsam mit der Einheit die Ziele der beruflichen Wiedereingliederung zu erörtern und dabei sowohl eine Überforderung des Betroffenen, aber auch eine Unterforderung bei Rückkehr an die Dienststelle zu vermeiden. Die 9 Gruppensitzungen umfassen jeweils 120 Minuten.

Im Sinne einer **internen Belastungserprobung und des spezifischen Arbeitsplatztrainings** (2. und 3. Kernmaßnahme) soll durch die Gruppe eine gemeinsame am militärischen Alltag orientierte Aufgabe gelöst werden. Die Wahl der Aufgabe wird in der Regel durch die Gruppe selbstständig getroffen, unterstützt wird sie hierbei durch eine Fachpflegekraft Psychiatrie. Deren Aufgabe ist die kontinuierliche Begleitung der Gruppe während sämtlicher Teileinheiten sowie die Übernahme von supportiven Maßnahmen (Gruppenbildung, Sportbegleitung, Hilfestellung und Organisation, ggf. Krisenintervention). Als mögliche Gruppenaufgabe käme z.B. die Planung einer Ausbildung, eines Marsches, einer Reservisten-Veranstaltung oder einer Kompaniefeier in Betracht, die virtuell oder auch mit einem konkreten Ergebnis schrittweise über den gesamten Therapiezeitraum umgesetzt werden kann. Wichtig ist, dass die Teilnehmenden eine Aufgabenverteilung vornehmen, sich regelmäßig abstimmen, dabei aber auch Kompromisse eingehen, Konflikte führen etc.

Das **spezifische Arbeitsplatztraining** wird durch die Nutzung der militärischen Unterkunft, Tragen der Uniform, Nutzung der Truppenküche/Mannschaftsversorgung und die psychophysische Aktivierung i.S. eines umfangreichen Sportprogramms ergänzt. Dazu gehört, dass die Teilnehmer mehrfach pro Woche, idealerweise sogar täglich, Sport treiben. In diesem Rahmen können

bspw. IGF-Leistungen erbracht und dann auch bestätigt werden. Dies gibt den Teilnehmenden das Gefühl, ein auch offiziell bestätigtes Ziel erreicht zu haben und verbessert dadurch das Selbstwirksamkeitserleben und das soldatische Selbstverständnis.

Ergänzend sollte Bewegung zum psychotherapeutischen Inhalt gemacht werden – wie wirken sich Gedanken, Gefühle, Konflikte etc. in Bewegungsmustern und körperlichen Haltungen aus? Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, die in der Gruppe ergänzend angeboten wird. Starke innere Anspannungszustände, die sich nicht selten bei chronisch psychisch Kranken finden, können mit Hilfe der „Tension and Trauma Release Exercises (TRE)“ positiv beeinflusst werden und finden daher in dem Training Anwendung.

Die Einbindung des **Sozialdienstes** unter enger Rücksprache (wenn nötig) der ZALK (Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle für Menschen, die unter Einsatzfolgen leiden) ergänzt das Training fachlich hochwertig in den Bereichen Aufklärung über sozialrechtliche Aspekte, individuelle Optionen der Inanspruchnahme von Hilfsleistungen, Wiedereingliederungsmöglichkeiten im Rahmen der Schutzzeit und anderer Unterstützungsmaßnahmen.

Günstige Teilnehmerzahlen liegen zwischen 8 und 12 Personen, um einerseits ein dynamisches Gruppengeschehen zu fördern, dabei aber nicht zu groß zu werden und dann dem Einzelnen ggfs. nicht mehr gerecht werden zu können. Das Training wird in der Regel in Uniform umgesetzt, die dahingehende militärische Notwendigkeit wird durch die Art der Unterbringung der Teilnehmenden unterstrichen. Diese erfolgt in einer militärischen Liegenschaft mit Nutzung der dortigen Truppenküche und Sportstätten. Nach der Teilnahme soll der Betroffene im Sinne eines individuellen Anschlusses

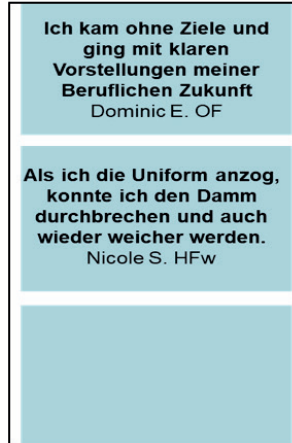


Abbildung 2 Informationsflyer zum Coaching – Berufliches Rehabilitationstraining, Psychotraumazentrum, (Konzeption durch Teilnehmende des Trainings)

konzeptes ausführlich über die weiteren Behandlungsabschnitte informiert sein und Verbindlichkeiten für die zukünftige Behandlung vereinbart haben (weitere Psychotherapie, sozial und dienstrechtliche Maßnahmen). Im Anschluss an das Training sollten die Teilnehmer noch über sechs bis zwölf Monate durch das therapeutische Team oder durch kooperierende Truppenärzte

regelmäßig zu Gesprächen einbestellt werden, um den weiteren Verlauf zu beobachten.

Ergebnisse

In dem Pilotversuch des Kliniknahen stationären Rehabilitationstrainings mit insgesamt N=17 Teilnehmern und einer Evaluation vor, nach und 3 Monate nach dem

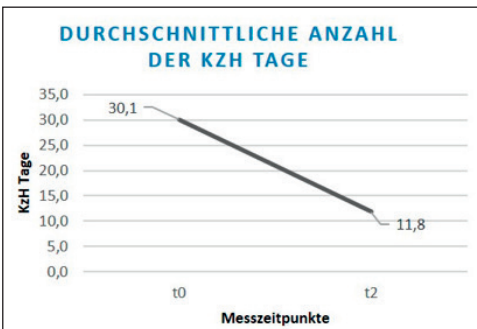


Abbildung 3 Krankschreibungstage vor Teilnahme und drei Monate nach dem Training, n=17

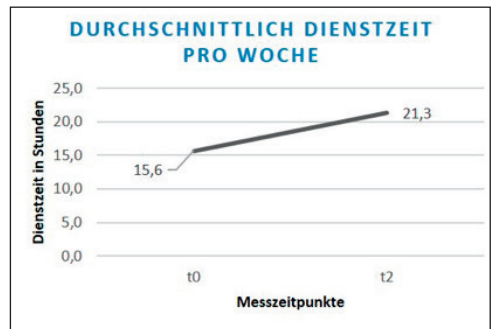


Abbildung 4 Dienstzeit in Stunden vor Teilnahme und drei Monate nach dem Training, n=17

Training zeigten sich folgende Effekte: Zunahme der täglichen Dienstzeit und Reduktion von Krankschreibungstagen.

Hervorzuheben sind auch die folgenden Veränderungen der Teilnehmenden, die in einer Freitext-Erhebung Erwähnung fanden: Steigerung der Zuversicht im Hinblick auf die gelingende dienstliche Wiedereingliederung, Verbesserung der Tagesstruktur, Steigerung der Dienstzufriedenheit und Steigerung des eigenen Selbstwertes.

Diskussion

Wir haben Hinweise gefunden, dass das stationäre berufliche Rehabilitationstraining in der Bundeswehr eine sinnvolle Ergänzung eines Gesamtbehandlungsplans darstellt.

Im Vergleich dazu haben im zivilen Gesundheitssektor seitens der Rentenversicherungsträger 40% der Neuzugänge zur Erwerbsminderungsrente im Vorfeld keine Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen (Märtin & Zollmann, 2014). Belastbare Evidenz für die langfristige Wirksamkeit von Rehabilitation, so wie sie in Deutschland umgesetzt wird, ist bisher auch kaum vorhanden (Mittag, 2011). Die Erforschung der Motive und Gründe der Nichtinanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, Prädiktoren für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen und die Untersuchung der gesundheitsökonomischen Bewertung sind ein aktueller Schwerpunkt in der sozialmedizinischen Forschung (Becker & Morfeld, 2019) sowohl im zivilen als auch militärischen Bereich.

Die wissenschaftliche Begleitung durch kontrollierte randomisierte Studien ist ein wichtiger Forschungsschwerpunkt im Psychotraumazentrum des Bundeswehrkrankenhauses Berlin und soll zukünftig im Bereich der Rehabilitation noch ausgebaut werden.

Ausblick

Weiterentwicklung – Pilottraining zur dienstlichen Reintegration psychisch erkrankter Soldatinnen und Soldaten in regionalen Sanitätseinrichtungen

Bei körperlich und / oder psychisch langzeitkranken Soldatinnen und Soldaten kann aufgrund von Überlagerung durch psychosoziale Komponenten im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells (Eggers et al., 2005) die ursächliche Erkrankung oftmals in den Hintergrund treten, sodass eine Rückkehr unabhängig von der ursprünglichen Erkrankung in den Dienst erschwert oder gar verhindert werden kann. Dies erfordert interdisziplinäre und professionsübergreifende Interventionen unter dienstnahen Bedingungen, welche in besonderer Weise im Setting der regionalen Sanitätseinrichtungen mit ihren (allgemeinmedizinischen) Sanitätsversorgungszentren, den Facharztzentren sowie den lokal verfügbaren Netzwerken, sowohl im dienstlichen Umfeld als auch im Umfeld der zivilen Leistungserbringer, lebens-, wohnort- und arbeitsplatznah für die erkrankten Soldatinnen und Soldaten erbracht werden kann. Dies wurde in der „Leitlinie und Manual zur beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Soldatinnen und Soldaten in regionalen Sanitätseinrichtungen“ des Zentrums für Psychiatrie und Psychotraumatologie/ Psychotraumazentrum (PTZ) des Bundeswehrkrankenhauses Berlin und im „Durchführungsmニュアル des Facharztzentrums Rostock“ umfassend konzipiert. Im Facharztzentrum Rostock, Hohe Düne wurde dieses ambulante Rehabilitationstraining bereits erfolgreich erprobt und soll mit entsprechender personeller Hinterlegung zukünftig in Zusammenarbeit mit dem Psychotraumazentrum fortgeführt werden.

Für die Information, Koordinierung sowie Anmeldung von Teilnehmenden kann die Projektleitung direkt über rehacoaching@ptzbw.org erreicht werden.

26. ZURÜCK INS LEBEN

Andreas Lison

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation am ZSportMedBw und der Sportschule der Bundeswehr, Warendorf

Soldatinnen und Soldaten unterliegen im Einsatz einem erhöhten Risiko einer gesundheitlichen Schädigung. Hierzu gehören neben dem Auftreten von Erkrankungen auch traumatisch bedingte Schäden, die primär körperlich (Verwundung, Verletzung) oder seelisch (Psychotrauma) entstehen können. Durch ihren hohen Selbstanspruch an eine möglichst hohe mentale und körperliche Funktionalität und Leistungsfähigkeit erleben Soldatinnen und Soldaten derart plötzlich auftretende Gesundheitsstörungen als besonders belastend. Schwere seelische Traumafolgestörungen führen in vielen Fällen zu körperlichen Begleitsymptomen, die sich im Nachlassen der Leistungsfähigkeit bis hin zum Auftreten von internistischen Erkrankungen und Schmerzsyndromen äußern. Dies reduziert die körperliche Belastbarkeit der Betroffenen über die primären Beeinträchtigungen selbst hinaus deutlich. Dauerhafte körperliche wie seelische Beeinträchtigungen sind aber nicht nur mit einer hohen psychischen Belastung der Betroffenen selbst, sondern auch Angehörigen verbunden. In nahezu allen Fällen einer bleibenden Einsatzschädigung ist daher eine individuelle, fachübergreifende medizinische Betreuung mit entsprechender Schwerpunktsetzung erforderlich, die so gut wie möglich die Angehörigen mit einbezieht. Das Zentrum für Sportmedizin der Bundeswehr ist auf fachübergreifende orthopädische leistungs- und präventivmedizinische Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen spezialisiert. Hierzu gehören allgemein- und präventivmedizinische Diagnostik und Beratung, stressmedizinische

Diagnostik und Beratung, Ernährungsanalyse und Diätberatung, Leistungs- und Funktionsdiagnostik, die Erstellung eines individuellen Profils zum Herzkreislaufisiko, Trainingsberatung, supportive psychotherapeutische Begleitung (Krisenintervention und individuelle Unterstützung bei besonderen Belastungen), orthopädische Funktionsdiagnostik und Beratung, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie mit Unterstützung der Sportschule der Bundeswehr sporttherapeutische Lehrgänge und soziales Kompetenztraining.

Voraussetzungen

Patienten mit seelischen Traumafolgestörungen können ausschließlich nach Empfehlung durch einen Facharzt für Psychiatrie der Bundeswehrkrankenhäuser an den rehabilitativen Maßnahmen am ZSportMedBw teilnehmen. Die Terminanforderung erfolgt durch die zuständigen Truppenärztinnen/Truppenärzte mit Übersendung aussagekräftiger Vorbefunde nach ausdrücklichem, schriftlichen Einverständnis der Betroffenen. In der Abteilung D, interdisziplinäre Rehabilitation, ZSportMedBw.

Hierauf erhält die überweisende Truppenärztin/der Truppenarzt ein ausführliches Informationsschreiben zu den Zielen und Inhalten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsmaßnahmen in Warendorf. Festgelegte Teilnahmevoraussetzungen sind der erkennbare Wille zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben in Vollzeit, eine bestehende körperliche Begleitsymptomatik wie Adipositas, chronische Schmerzen am Bewegungsapparat, Stoffwechselerkrankungen, Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Übernachtung in der Kaserne, zur Teilnahme an Unterrichten über 45 Minuten in der Kleingruppe, zum Einhalten von Absprachen und Terminen, zur Essenseinnahme in der Kantine, das Fehlen einer akuten

Suchterkrankung sowie selbstverletzendem Verhalten bzw. Eigen- oder Fremdgefährdung sowie schließlich eine ausreichende Fähigkeit zur Stabilisierung bei unkontrolliertem Wiedererinnern belastender Situationen. Sofern die oben genannten Voraussetzungen vorliegen, erfolgen nach entsprechender Terminvereinbarung ein 2-tägiger Aufenthalt in Warendorf um das Team kennenzulernen und eine gemeinsame Entscheidung zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen zu treffen.

Die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm beginnt in der Regel mit einem 2-wöchigen sporttherapeutischen Lehrgang, der ärztlich indiziert, begleitet und evaluiert wird. Die Lehrgangsdurchführung übernimmt die Gruppe Sporttherapie der SportSBw.

Sporttherapie ist eine wissenschaftlich anerkannte Methode, die neben der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Menschen mit bleibender Beeinträchtigung pädagogische und psychologische Aspekte beinhaltet und zu einem langfristigen gesunden Lebensstil anleitet, um die Lebensqualität der Betroffenen auch im Alter durch Mobilität und Autonomie zu erhalten. Über die gezielte Anleitung zum Training sowie die Vermittlung theoretischer Grundlagen sollen die Teilnehmer zur Eigenkompetenz erzogen werden um systematisch und zielgerichtet ihre jeweiligen Funktionseinschränkungen bestmöglich zu kompensieren. Die Lehrgänge umfassen über das Training hinaus auch kognitive und emotionale Komponenten. So werden Grundlagen zum Führen eines gesunden Lebensstils sowie gezielte Maßnahmen zur Verbesserung sozialer Kompetenzen vermittelt. Zweck der Maßnahmen ist der Transfer erreichter spezifischer, messbarer, ambitionierter, realistischer und terminierbarer, kurz-mittel- und langfristiger Ziele und Handlungsvereinbarungen als Grundlage für die Fähigkeit zur Verarbeitung belastender Situationen am Arbeitsplatz. Damit wird deutlich,

dass Sport ein wichtiger, aber nicht der einzige Baustein medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitationsmaßnahmen ist.

Im weiteren Verlauf erfolgen vierteljährliche ambulante Vorstellungen der Rehabilitanden am ZSport-MedBw und der SportSBw. Neben interdisziplinären medizinischen Untersuchungen erfolgen eine erneute Leistungs- und Funktionsdiagnostik, supportive psychotherapeutische Begleitung sowie sozialdienstliche Beratung mit dem Ziel den Gesundheitszustand der Betroffenen zu verbessern, sie beim Erreichen ihrer Ziele zu unterstützen und auftretende Schwierigkeiten in enger Abstimmung mit den zuständigen Truppenärzten und Fachärzten für Psychiatrie zu meistern.

Zu einem späteren Zeitpunkt können geeignete Teilnehmer an einem weiteren Lehrgänge Sporttherapie teilnehmen, ggf. auch über einen Zeitraum von 3 Wochen mit bis zu 15 Teilnehmern. Dabei bestehen höheren Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit sowie bestehende soziale Kompetenzen. Für ausgewählte Soldatinnen und Soldaten besteht im Rahmen der rehabilitativen Maßnahmen schließlich die Möglichkeit der Teilnahme an internationalen militärischen Wettkämpfen, sofern eine konsequente Zielerreichung und entsprechende körperliche sowie mentale Belastbarkeit vorliegen.

Somit zielen sämtliche Einzelmaßnahmen am ZSport-MedBw bzw. SportSBw der größtmöglichen Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben, Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Reduzierung vorhandener gesundheitlicher Risikofaktoren sowie der Verbesserung sozialer Kompetenzen. Dies stellt die Grundlage einer systematischen sowie nachhaltigen Dienst- und Verwendungsfähigkeit dar. Dies ersetzt jedoch niemals die Psychotherapie und unterliegt daher in jedem Fall definierter Therapie- und Rehabilitationsziele im Rahmen eines psychiatrischen

Behandlungskonzepts. Mehrmonatige Krankschreibungen stellen einen erheblichen Risikofaktor für eine verbleibende Teilhabebeeinträchtigung im Arbeitsleben/Dienstbetrieb dar. Einer strukturierten, sich an den personellen Ressourcen der Rehabilitandinnen bzw. des Rehabilitanden orientierenden, strukturierten Wiedereingliederung kommt daher die zentrale Bedeutung im Rehabilitationsprozess zu. Ziel aller Maßnahmen der MBOR ist die Stärkung der personellen Ressourcen um eine ausreichende Belastbarkeit für die strukturierte Wiedereingliederung auf einen militärischen oder zivilen Arbeitsplatz zu gewährleisten. Die personellen Ressourcen umfassen die funktionellen wie auch die sozialen Fähigkeiten der Rehabilitandinnen bzw. des Rehabilitanden. Die Wiederherstellung der funktionalen Ressourcen umfasst alle medizinischen Maßnahmen zur Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination und des Stoffwechsels sowie die Schmerzreduktion. Die Stärkung der sozialen Ressourcen umfasst Fähigkeiten wie Konzentrations-

vermögen, Kommunikation, soziale Interaktion und Stressresistenz. Entsprechend seinem Auftrag werden Maßnahmen der MBOR am ZSportMedBw durchgeführt (Basis- und Kernangebote). Spezialisierte Maßnahmen der MBOR werden durch Berufsförderungswerke und andere spezialisierte Einrichtungen gefördert und können bereits auf Ebene der Bundeswehrkrankenhäuser beginnen sowie durch den Sozialdienst Bw und ggf. BFD vermittelt werden. Aktive berufliche Integration ist sowohl aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als auch aus ökonomischen Gründen der Ansatz mit den größten Erfolgsaussichten, langfristig und effektiv die Auswirkungen von Krankheit und Teilhabebeeinträchtigungen im Dienstbetrieb und am Leben in der Gemeinschaft positiv zu beeinflussen.

Autoren:

Oberstarzt Dr. Andreas Lison, ZSportMedBw
Hauptmann Christian Lützkendorf, SportSBw

27. ANIMAL ASSISTED INTERVENTION AND THERAPY - Wie können Tiere bei der Behandlung von Veteranen mit Einsatzfolgestörungen in der Bundeswehr unterstützen

Kai Köhler

1. Ernsthaft? Tiere sollen bei der Therapie helfen?

Lange Zeit fanden die Möglichkeiten und Potentiale des Einsatzes von Tieren in der niederschweligen und psychiatrischen Versorgung nur wenig bis keine Beachtung und kam über ein Nischendasein für besonders interessierte Kreise nicht hinaus. Speziell in den letzten Jahren haben sich allerdings die Anzahl der verfügbaren Angebote und Professionen, die sich intensiv mit tiergestützten Verfahren beschäftigen, zunehmend gesteigert. Es scheint sich in diesem Segment einiges zu bewegen und auch zunehmend zu professionalisieren. Nicht zuletzt hat sich die Menge und die Qualität von wissenschaftlichen Publikationen und Forschungsstudien, die sich mit dem unterstützenden Einsatz von Tieren in der Therapie beschäftigen, deutlich erhöht. Auch wenn dadurch immer mehr Stufen auf dem Weg zum evidenzbasierten Nachweis der Wirksamkeit genommen sind, so ist die sprichwörtlich letzte Stufe noch immer etwas zu hoch, um dies widerspruchsfrei zu belegen. Dennoch scheint die Wahrnehmung des Einsatzes von Tieren sich auch zunehmend in sonst eher konservativen Therapeutenkreisen als eine mögliche Erweiterung in der bestehenden Palette der Therapieangebote zu etablieren.

Diese Entwicklungen aufgreifend laufen im Bundeswehrkrankenhaus gerade die Vorbereitungen zu einer

größeren tiergestützten Studie für Veteranen an, über die an späterer Stelle noch einmal genauer berichtet wird. Vorerst aber noch kurz zum allgemeinen Stand des Einsatzes von Tieren in der Therapie:

Tiergestützte Interventionen werden in der Fachwelt derzeit in die Hauptkategorien Animal Assisted Interventions (AAI) und Animal Assisted Therapy (AAT) unterteilt. Noch etwas präziser ist die Ausdifferenzierung in die drei Bereiche tgT: tiergestützte Therapie, tgP: tiergestützte Pädagogik und tgA: tiergestützte Aktivitäten. In jedem dieser Felder arbeiten verschiedene Professionen vom Coach über Pädagogen bis hin zum psychologischen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. Der Einsatz der Tiere, welche Tiere sich besonders für welchen Einsatz eignen, kann je nach Ziel und Maßgabe der Intervention unterschiedlich in den Anwendungsgebieten angelegt sein. Aber allen Interventionen gemeinsam sind die Prinzipien der Wirkmechanismen des tiergestützten Arbeitens:

- Der positive Kontakt mit Tieren (Biophilie-Hypothese) kann beim Menschen eine Ausschüttung von Serotonin, Prolactin und Oxytocin bewirken, was zu einer Beruhigung des Nervensystems führt. So können sie z.B. durch Streicheln eines Kaninchens wird nach einer Therapiestunde zur Entspannung beitragen, momentane Ängste bei einer Expositionsübung reduzieren sowie die aktuelle Stimmung verbessern und aus einer Lethargie befreien.
- Menschen besitzen ein angeborenes und biologisch

determiniertes Bedürfnis nach sozialer Interaktion (Bindungstheorie). Mit Tieren sind analoge positive Interaktion möglich. Zum Beispiel gelten Hunde als treue Begleiter, die besonders geeignet sind, bedingungslos positive Unterstützung zu gewähren und somit das psychosoziale Befinden und die psychische Gesundheit und Stabilität zu verbessern.

- Tiere gestatten eine wertfreie Begegnung ohne Vorurteile. Sie nehmen ohne Vorannahmen auf, was ihnen an Verhalten entgegengebracht wird und reagieren entsprechend. Patienten empfinden es oftmals als positive Erfahrung, sich weder bewertet noch verurteilt zu fühlen. Tiere können dadurch vom Therapeuten als Medium für einen offenen Umgang mit Gefühlen, Ängsten, Wünschen und Befürchtungen des Betroffenen genutzt werden.
- Tiere verhalten sich so, wie es ihrem momentanen Empfinden entspricht (bzw. was wir als solches interpretieren) und zeigen ihre Reaktionen authentisch und unmittelbar ohne von Normen geprägt zu sein. Im therapeutischen Kontext kann dieses Verhalten als Verstärker genutzt werden. Ein Patient, der hochproblematisches Verhalten wie z.B. unregelmäßige extreme Aggressionen, Angespanntheit oder Wut zeigt, wirkt auf Fluchttiere wie Pferde äußerst abschreckend, so dass sich die Tiere zurückziehen (Bestrafung durch Verlust). Das genaue Wahrnehmen des eigenen Zustandes und die Entwicklung adaptiver Emotionsregulationsstrategien können somit mit unmittelbarem Wirkungstest trainiert werden.
- Tiere können auch als ‚positiver Verstärker‘ dienen. Menschen versuchen, unangenehme Situationen, wie sie auch in Therapiestunden auftreten können/ werden, eher zu vermeiden. Tiere werden in der Regel als etwas Positives wahrgenommen. Sind sie in einer Therapiesituation oder im Anschluss anwesend, so kann dies als positive Verstärkung die

negativen überwiegen.

- Tiere können als soziale Katalysatoren fungieren (Eisbrecher-Theorie). Derzeit werden im Sozialdienst der Bundeswehr speziell trainierte Hunde als ‚Vermittler‘ und ‚Unterstützer‘ im Team mit Sozialarbeitern eingesetzt. Sie können soziale Interaktionen beschleunigen und so die Beziehung zu Klienten schneller und dauerhafter aufbauen. Durch ihre Anwesenheit und ihr Verhalten werden schneller Gespräche angeregt und besonders nach traurigen, angstmachenden oder traumatischen Situationen können besonders bei Kindern bestehende Sprachlosigkeiten oder Ablehnung von Kontakt zu Fremden durchbrochen werden.
- Positive Erfolgserfahrungen wie sich um ein Tier kümmern zu können, unterstützen den Aufbau und die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit nachhaltig. Durch die lebendige interaktive Beziehung zu Tieren können Menschen sich selbst und ihre Umwelt in einem neuen Licht sehen sowie neue Fähigkeiten und Reaktionsmöglichkeiten in ihr Verhaltensrepertoire aufnehmen. Die daraus entstehenden starken Selbstwirksamkeitsüberzeugungen reduzieren den schädigenden Einfluss von einzelnen Misserfolgen auf die Selbstwirksamkeit auch in völlig fremden Kontexten.

Dennoch ist es geboten, bei jeglichem Einsatz von Tieren, der über einen reinen Erlebnischarakter hinausgeht und durch Interventionen das Ziel hat, Veränderungsprozesse anzustoßen, zu betonen, dass Tiere von sich aus keinen therapeutischen oder pädagogischen Prozess gestalten können, sondern die vom Therapeuten gesteuerten Erkenntnisprozesse unterstützen und begleiten. Tiergestützte Interventionen sollten daher nur im Verbund mit einem professionellen menschlichen Teammitglied auf der Grundlage umfassender theoretischer sowie praktisch therapeutischer und/

oder pädagogischer Grundkenntnisse und Fertigkeiten durchgeführt werden.

2. Was ist bewiesen? Was ist noch strittig? Übersicht der bisherigen Ergebnisse zu tiergestützten Interventionen

Vorweggenommen zeigt das Resultat aller Ergebnisse ein noch uneinheitliches Bild des praktischen Einsatzes von AAI's und AAT's. Tiere, im Speziellen Hunde und Pferde, werden immer häufiger in Interventionen bei der Sozialarbeit, bei Coaching, in der Familienberatung und als zusätzliche Ergänzung von Therapien eingebunden. Zusammengefasst zeigen bisherige Studienergebnisse, dass sich AAI's positiv in der Sozialisation, bei der Reduzierung von Stress, Angst und Einsamkeit sowie bei der Verbesserung der Stimmung und des allgemeinen Wohlbefindens auswirken und breit unterstützend bei Essstörungen, Angst, ADHS und PTBS eingesetzt werden können.

Bei der AAT konnte in Metaanalysen gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche mit eingeschränkten motorischen (therapeutisches Reiten), physiologischen und psychologischen Funktionen bei emotionalen Problemen, Verhaltensstörungen sowie besonders Kinder mit Autismus im ambulanten sowie stationären Setting von einer Therapie mit Pferden profitieren können. Generell zeigen sich positive Effekte durch Reiten auf Psyche und Physis bei Patienten nach einem Schlaganfall sowie bei geriatrischen Patienten. Ferner konnte belegt werden, dass ein positiv unterstützender Effekt in Form von Symptomreduzierungen durch tiergestützte Therapie bei Patienten mit Essstörung, Angst und ADHS auftritt. Bei PTBS konnte durch AAT eine Reduzierung von Angst-, Trauma- und Depressionssymptomen mit verbessertem Selbstbefinden, gefühlter sozialer Unterstützung und besserer Schlafqualität erreicht werden. In einer kleinen Pilotstudie zeigten sich durch thera-

peutisches Reiten signifikante Veränderungen in der Traumaschwere, der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität. Bei US-Veteranen zeigt Hippotherapie darüber hinaus in einer kleinen Stichprobe signifikante Verbesserungen bei der Traumaschwere und deskriptive Verbesserungen bei Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation sowie bei sozialer sowie emotionaler Einsamkeit. Darüber hinaus verbessern sich die Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten und die Fähigkeit, die täglichen Aufgaben zu erledigen, während sich die Anzahl der Tage ohne jeglichen Eigenantrieb reduzierten. Bei der pferdeunterstützten Therapie von Substanzgebrauchsstörungen konnte die Therapieabbruchrate deutlich reduziert werden.

Trotz dieser positiven Ergebnisse wird in Metastudien immer wieder auf das Fehlen von Studien mit gutem methodischem Design und ausreichend großen Stichproben verwiesen. Obwohl einige Studien zu AAA's und AAT's positive Ergebnisse zeigen, sind diese allerdings noch nicht ausreichend für den Nachweis einer robusten Evidenz, da auch Studienergebnisse ohne Verbesserungen durch pferdeunterstützte Interventionen vorliegen. So zeigten Kinder mit Emotionsstörung in einer Studie in verschiedenen Bereichen keinerlei Verbesserungen, darunter Selbstwert und Kontrollüberzeugungen. Bei Verbesserung des Sitzgleichgewichts und der Gesamtmotorik konnten bei Kindern mit Zerebralparese bei einer simulatorgestützten Hippotherapie ebenso keine anhaltenden Verbesserungen nachgewiesen werden wie auch keine Überlegenheit von Psychotherapie mit adjuvanter pferdegestützter AAT im Vergleich zu alleiniger Psychotherapie bei PTBS bei Jugendlichen gefunden wurde. In einem systematischen Review von 14 Studien wurden Ergebnisse ohne positive Effekte über mehrere AAT Studien aufgeführt.

3. Erfahrungen des PTZ mit tiergestützten Interventionen in der Arbeit mit Paaren mit PTBS

Die Häufigkeit und Hauptkriterien von Einsatzfolgestörungen werden in diesem Buch an anderer Stelle ausführlich beschrieben. Daher soll es nun um die erweiterten Auswirkungen und ein Beispiel für deren Bearbeitung gehen. Neben den typischen Symptomen können psychisch einsatzgeschädigte Veteranen weitere Probleme wie chronische körperliche Beschwerden wie Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen sowie einen niedrigen generellen Gesundheitszustand und eine höhere allgemeine Unzufriedenheit verbunden mit einem deutlichen Verlust von Lebensqualität zeigen. Die Auswirkungen spürt dann nicht nur der Betroffene selbst, sondern sie belasten auch bestehende Paarbeziehungen und das gesamte soziale Umfeld.

Werden in einer Partnerschaft anfänglich die für eine PTBS typischen ruhelosen Nächte, häufige Alpträume und gedankliche Abwesenheit des Partners als problematisch beschrieben, können besonders chronische Verläufe zu einer Vielzahl weiterer Einschränkungen führen. Durch reduzierte emotionale und soziale Copingmechanismen des Betroffenen verbunden mit einer niedrigen Frustrationsschwelle, emotionaler Taubheit sowie mangelnder Geduld gegenüber dem Partner und Kindern, verringert sich zunehmend die Fähigkeit, tragende Funktionen innerhalb der Partnerschaft sowie im familiären, sozialen und beruflichen Kontext zu übernehmen. Besonders Wut, Ärger und Zorn sind mit deutlichen Spannungen in den Familienbeziehungen assoziiert. Studien mit direkten Vergleichen zwischen Paaren mit und ohne PTBS Erkrankung zeigen, dass bei betroffenen Paaren der kommunikative Austausch und selbsterklärendes Verhalten durch eine reduzierte Offenheit der Betroffenen niedriger ist und weniger körperliche Nähe sowie erhöhte verbale

und körperliche Aggressivität mit teils gewalttätigem Verhalten auftreten können. Im Laufe der Zeit können diese problematischen sozialen Verhaltensweisen zu einer Abwärtsspirale führen, die von Rückzug mit Abkapselungstendenz bis hin zu Hostilität reichen kann. Im Zuge dieser Entwicklungen erhöht sich der erlebte Stress in der Partnerschaft dauerhaft, die Zufriedenheit und die gemeinsame Zeit füreinander wird immer weiter reduziert und senkt die Wahrscheinlichkeit für positive dyadische Beziehungserfahrungen, neue Ressourcen und erweiterte Copingstrategien. Der Zerfall von vorher gut funktionierenden Paarbeziehungen ist eine häufige Folge. Die Instabilität einer Ehe erhöht sich durch eine Einsatzfolgeerkrankung um bis zu 60%, 30-39% der Veteranen haben seit Heimkehr mit einer Scheidung zu kämpfen und 47% geben in Befragungen an, im letzten Monat große Schwierigkeiten zu haben, mit dem Partner auszukommen.

Durch die damit verbundene ständige emotionale Erregung zeigen besonders empathische und um Unterstützung bemühte Partner von Betroffenen Konzentrations- und Schlafprobleme, emotionale Erschöpfungssymptome sowie steigende Werte bei Schmerz-, Angst und depressiven Symptomen. Die chronifizierte PTBS wirkt sich somit nicht nur negativ auf die Partnerschaftsqualität und -stabilität aus, sondern reduziert auch die psychische Gesundheit, Lebensqualität und sozialen Beziehungen des Partners. Diese negativen Auswirkungen auf Angehörige und Partner werden daher als Sekundäre Traumatisierung (STS) bzw. besser als sekundäre traumatische Belastungsstörung (STSD) bezeichnet. Es wird angenommen, dass die dauerhafte enge Interaktion mit den Symptomen von Betroffenen zu einer natürlichen emotionalen Reaktion in Form von Extremstress sowie zu einer Übertragung der Symptome auf die Stresswahrnehmung der Partner

führen kann. Dabei treten bei Angehörigen trotz zeitlicher Distanz und des Fehlens von direkten Eindrücken zum Ausgangstrauma Symptome auf, die einer PTBS ähnlich sind und Intrusionen, Albträume, Schlaflosigkeit und Reizbarkeit umfassen können. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass ungefähr ein Drittel der Ehefrauen von Veteranen mit einer PTBS die Diagnose der Kriterien einer STS erfüllen.

Als möglicher Schlüssel zur Bewältigung dieser Belastungen wurde in gemeinsamer Arbeit des Psycho-traumazentrums und den Mitarbeitern des ASEM - Arbeitsfeld Seelsorge für unter Einsatz- und Dienstfolgen leidende Menschen der Evangelischen Militärseelsorge - ein Seminar für Paare entwickelt. Durch positive Kommunikation in Verbindung mit angestoßenen Lernprozessen sollte in einem intensiven Austausch an der Aufdeckung dysfunktionaler Verhaltensweisen und zwischenmenschlichen Problemen sowie an Ressourcen

gearbeitet werden. Mittels gegenseitiger Unterstützung sollten eine gemeinsame positive Bewältigung der Alltagsbelastungen sowie Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreicht werden und sich die negativen Auswirkungen einer STSD sowie traumabezogene Symptome reduzieren.

Die Intervention selbst fand als Bodenarbeit unter Einbezug von Equine-Assisted Growth and Learning Association (EAGALA) Prinzipien an einem Wochenende auf einem Pferdehof in Wesendorf bei Hannover mit maximal vier teilnehmenden Paaren und mehreren Pferden statt. Eine Übung umfasste beispielsweise die Aufgabe, die gegenwärtige Lebenssituation und aktuelle Stressoren mittels Materialien wie Pylonen, Reifen und alltäglicher militärischer Gegenstände wie Uniformen aufzubauen und gemeinsam mit dem Partner und einem Pferd ohne Hilfsmittel abzulaufen. Die von den Teilnehmern gezeigten Handlungen und gleichzeitigen

Tabelle 1: exemplarische Übersicht der spezifischen Wirkbereiche einer pferdegestützten Intervention bei Paaren mit einer PTBS

Problembereich	Wirkmechanismus des Pferdes
Reduzierte Zuwendung/Zärtlichkeit in der Partnerschaft	Nähe und Körperkontakt zum Pferd während der Intervention durch berühren, streicheln, striegeln können zu angenehmen Empfindungen und zur Wahrnehmung der Ungefährlichkeit von Nähe führen - Reaktivierung alter Erfahrungen und Verhaltensweisen
fehlende Kommunikation	Förderung des Verständnis für Ursache und Wirkung des eigenen Verhaltens (Pferdereaktionen bei unpassendem Verhalten) sowie der mit Emotionen gekoppelten ganzheitlichen Kommunikation Handlungsorientierung durch konkrete, alltagstaugliche Erfahrungen und Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt - positive Verstärkung bei positivem Verhalten fehlende Kommunikation zwischen den Partnern bei Übungen mit dem Pferd können zu ungewollten Resultaten und negativen Gefühlen führen
Aggressivität und dysfunktionale Wutkontrolle	Regulation von Autonomie und Regression beim Tier fördert dies auch bei den Betroffenen selbst Pferde können als Angstpatienten gesehen werden, dies bietet eine Psychoedukationsmöglichkeit und erlaubt eine Beobachtung wie Angst entsteht und sich wieder auflöst Wertfreie Begegnung durch nicht evaluative Eigenschaft von Pferden, was zum Gefühl des Angenommenseins und zur Reduktion des gefühlten Anpassungsdrucks führt
Emotionale Betäubung	Aktualisierung von Gedanken und Gefühlen bietet Möglichkeit zur Wahrnehmung und Reflexion von Gedanken und Gefühlen und Einübung neuer Verhaltensweisen Verankerung im Hier und Jetzt durch Interaktion mit dem Pferd höhere intrinsische Motivation in Beziehung zu treten, Impulse des Pferdes zu positiven Gefühlen Echtheit der Tiere sie zeigen, was sie denken und fühlen (Interpretation der übertragenden Annahmen)

Pferdebeobachtungen wurden protokolliert und während kurzer Unterbrechungen mitgeteilt.

Durch die wissenschaftliche Begleitung des Seminars unter dem Titel Partnerschaftsstudie konnten gleichzeitig viele wichtige Erkenntnisse zum IST-Zustand der Belastungen von Paaren und zu Ergebnissen der nachhaltigen Wirksamkeit also dem Erfolg der tiergestützten Arbeit erhoben werden. Ziel war es, den Einfluss von pferdeunterstützten Interventionen auf Partnerschaftsqualität, Symptomschwere einer PTBS sowie depressive und somatische Symptome sowie Stress von Soldaten und deren Partnern zu evaluieren.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Werte der von PTBS Betroffenen vor der Intervention erwartungsgemäß bei Stress, somatischen Problemen und depressiven Symptomen deutlich über den Werten der Durchschnittsbevölkerung lagen. Im gleichen Maß überdurchschnittlich hoch belastet waren auch Partnerinnen. Ihre Werte lagen ebenso sehr deutlich über den Normwerten der Bevölkerung und ebenfalls bereits im Bereich der klinischen Auffälligkeit. Dies unterstützt die bereits im vorherigen Kapitel dargestellte Annahme, dass sich die Partnerschaft mit einem PTBS-betroffenen Soldaten leider auch negativ auf die psychische und physische Gesundheit der Partnerin auswirkt. Darüber hinaus lagen Anzeichen für häufig stark belastete Partnerschaften mit vielen Unzufriedenheiten und Problemen vor. Viele Paare lagen beim Gesamtwert der Partnerschaftsqualität im Bereich von Vergleichspaaren, die sich aktuell wegen akuter Probleme in Ehe-therapie befinden.

Die Ergebnisse nach der Intervention zeigten signifikante, auch über einen längeren Zeitraum stabile Verbesserungen in der Partnerschaftsqualität, bei negativen Stimmungen und Stresssymptomen. Besonders die Anzahl und Schwere von Problemen in der Partnerschaft hat sich nachhaltig reduziert. Auffällig war, dass gerade

die Partner von Betroffenen besonders stark von der tiergestützten Intervention profitierten. In der nachfolgend aufgeführten Tabelle ist ein Auszug aus den angenommenen Wirkmechanismen bei der durchgeführten pferdegestützten Intervention mit einem speziellen Bezug zu PTBS zu Verdeutlichung der konkreten Einsatzmöglichkeiten dargestellt.

4. Ausblick Projekt Evaluation einer tiergestützten Einzeltherapie für Soldaten mit Traumafolgestörungen

Unsere Forschungsergebnisse in der Bundeswehr sowie die anderer Nationen zeigen bei Soldaten über mehrere Studien hinweg leider eine niedrigere Wirksamkeit der in Standardleitlinien empfohlenen Methoden bei PTBS im Vergleich zur Anwendung bei zivilen Patienten ohne militärischen Hintergrund. Als Ursache werden bei Soldaten können unter anderem die im Vergleich zu zivilen Ursachen teils schwierigere Behandlung von kriegsbedingten Traumata, das häufige Vorhandensein einer höheren Anzahl an potentiell traumatisierenden Ereignissen durch mehrere Einsätze / Vorfälle, eine höhere Non-Responder- und Therapieabbruchrate, eine höhere persistierende Restsymptomatik sowie das Vorhandensein von moralischen Verletzungen und Werteveränderungen während des Auslandseinsatzes genannt werden. Besonders die bei Soldaten noch immer vorkommende deutlich verzögerte Inanspruchnahme von professioneller psychosozialer Hilfe, die in der Bundeswehr im Durchschnitt bei fünf Jahren liegt, kann zu Chronifizierungen führen, die den Therapieerfolg oftmals sehr deutlich reduzieren. Gerade die Angst vor Fremdstigmatisierung und Karriereachteilen, aber ebenso vor dem Eingestehen von Schwäche und der eigenen psychischen Verwundbarkeit sind gelegentlich eine schwer zu überwindende Hürde. In der Folge werden die Symptome von mitauftretenden (komorbiden)

Erkrankungen wie Depressionen durch anfangs wirksame, aber auf lange Sicht die Situation verschlimmernde Versuche der Selbstmedikation mit Alkohol und Drogen selbst behandelt. Zunehmend fallen auch Verbitterungen über ausbleibende Anerkennung der eigenen Leistung oder durch den Umgang von Vorgesetzten und Kameraden auf, die zu negativen Kognitionen führen können. Letztlich nicht unerwähnt bleiben darf der vereinzelt mögliche Krankheitsgewinn durch eine möglichst hohe Symptombelastung oder einem reduzierten Therapieerfolg, um berechnete Ansprüche auf Entschädigungszahlungen, besondere Zuwendung von Bezugspersonen und Vorgesetzten oder positive Verstärker wie das Vermeiden unangenehmer Aufgaben zu erhalten.

Daher sind insbesondere für die Therapie von Soldaten folgende drei Maßnahmen notwendig:

- I. Stetige Evaluation der Wirksamkeit der aktuell in den Bundeswehrkrankenhäusern eingesetzten Therapieverfahren, um die bestmöglich geeigneten Therapieverfahren für Soldaten zu identifizieren und anzuwenden
- II. Überprüfung und Offenlegung der neben den Hauptsymptomen einer Einsatzfolgeerkrankung vorkommenden weiteren Problemfelder, die den Therapieerfolg negativ beeinflussen können wie z.B. Verbitterung, komplexe PTBS, moralische Verletzungen, anhaltende Schuldgefühle und dysfunktionale Krankheitsanreize
- III. Evaluation und Erarbeitung von adjuvanten Angeboten der Standardtherapieverfahren, die zum einen die niedrigere Wirksamkeit bei Soldaten kompensieren und zum anderen die weiteren Problemfelder reduzieren können wie z.B. achtsamkeitsbasierte Methoden, Angebote für Angehörige und Familien sowie speziell für Eltern und Kinder, Aromatherapie, Entspannungsverfahren usw.

Aufgrund dieser Erkenntnisse werden derzeit verschiedene Konzepte in der Bundeswehr entwickelt und in Pilotphasen deren Wirkung durch Studien überprüft. Neben dem bereits beschriebenen Angebot für Paare sind im Bereich der tierunterstützten Methoden die Konzepte und die Studie des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz in Zusammenarbeit mit dem Veterinärwesen und der Schule für Diensthundewesen der Bundeswehr erwähnenswert, bei der komplementär zur Stationsarbeit hundegestützte Interventionen bei Traumatisierung (HIT) angeboten werden, die Etablierung eines Stationshundes und eine entsprechende Studie in der Klinik VI am Bundeswehrkrankenhaus Berlin, die flächendeckende Einführung von Sozialhundeteams im Sozialdienst der Bundeswehr und das folgend vorgestellte, vom Ministerium bereits genehmigte Projekt. Das PTZ hat den Auftrag erhalten, durch eine randomisiert kontrollierte Studie mit ca. 200 Teilnehmern zu prüfen, ob eine therapeutische Wirksamkeit von pferdeunterstützter Psychotherapie bei Einsatzfolgestörungen wie bspw. Posttraumatischer Belastungsstörung, Angststörung, Depressiver Störung, Anpassungsstörung und somatoformer Störung nach einem Auslandseinsatz im Einzelsetting für aktive und ehemalige Soldaten nachgewiesen werden kann und diese Therapieform demnach zusätzlich zur Standardtherapie hilfreich ist, um zukünftig als ergänzende Maßnahme die Therapie zu verbessern. In gemeinsamer Arbeit und Beratung zwischen dem PTZ, dem LtD. Truppenpsychologen des Kommando Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung, der Evangelischen Militärseelsorge, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité sowie dem Deutschen Kuratorium Therapeutisches Reiten (DKThR) wurden drei Studienbedingungen definiert:

- I. orientiert an den Vorgaben der EAGALA
- II. nach den Vorgaben des Deutschen Kuratoriums für Therapeutisches Reiten e.V. für Therapeutisches Reiten

III. nach den Bedingungen der Routinebehandlung in Bundeswehrkrankenhaus Berlin.

Weiterhin wurde festgelegt, dass die durchgeführte Intervention eine Dauer von ungefähr sechs Wochen mit insgesamt ca. 13 Therapieeinheiten an verschiedenen Standorten (bisher Berlin, Wittenberge) umfassen soll. Die Teilnahme inkl. Anreise und Übernachtung bis zur maximalen Höhe nach dem Bundesreiskostengesetz ist kostenfrei. Die zur Studie gehörende Evaluation wird mittels schriftlicher Befragung in Fragebogenform, physiologische Parameter wie Hormone und Enzyme durch Speichelabgabe und Messung der Herzrate vor, während und nach der Therapie in pseudoanonymisierter Form unter Beachtung aller ethischen und Datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgen. Neben den menschlichen Teilnehmern sollen auch die Auswirkungen der Intervention auf die teilnehmenden Pferde (Stress, Herzrate) im Zuge der Studie in Zusammenarbeit mit dem Veterinärwesen der Bundeswehr getestet werden. Nach Abschluss dieser ersten wichtigen Phase der praktischen Durchführung soll, sofern eine Evidenz für eine klinische Wirksamkeit nachgewiesen wurde, in einem zweiten Schritt überprüft werden, ob eine Durchführung mit eigenen bundeswehrinternen Ressourcen z.B. mit den Haflingern des Einsatz- und Ausbildungszentrum für Tragtierwesen 230 der Gebirgsjägerbrigade 23 in Bad Reichenhall praktikabel und einer Placebo Intervention überlegen ist.

Sofern Sie selbst Interesse haben oder jemanden kennen, der Interesse an der Teilnahme haben könnte, sind wir gern unter der E-Mail: PferdeTherapie@PtzBw.org oder der 030 2841 1694 für weitere Informationen und Absprachen erreichbar.

Sofern Sie selbst Interesse haben oder jemanden kennen, der Interesse an der Teilnahme am tiergestützten Partnerschaftsseminars der Evangelischen Militärseelsorge (ASEM) in Zusammenarbeit mit dem PTZ haben könnte, sind wir gern unter der E-Mail: PferdeundPaare@PtzBw.org oder der 030 2841 1694 für weitere Informationen, Termine und Absprachen erreichbar.

Projektverantwortlicher der Studien „Pferdetherapie“ und „Pferde und Paare“:

Oberregierungsrat Dr. Kai Köhler
Diplom Pädagoge / Master Science Psychologie
Forschungssektion Psychotraumazentrum
Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Scharnhorststraße 13, 10115 Berlin
90-8202-1694 / KK@PtzBw.org

28. EIN PARTNERSCHAFTLICHES LERNPROGRAMM (EPL) – KOMMUNIKATIONSTRAINING FÜR PAARE

Silke Jensen

Einleitung:

Die Agenda „Balance Familie und Dienst“ in der Bundeswehr beinhaltet auch die Fürsorge für Angehörige der Soldatinnen und Soldaten.

Auch wenn es nur wenige Daten zur partnerschaftlichen Zufriedenheit von deutschen Soldatinnen und Soldaten gibt, wird davon ausgegangen, dass die Belastungen im Dienst Auswirkungen auf die Partnerschaft haben. Um Belastungen in der Partnerschaft zu reduzieren und die Partnerschaftsqualität zu erhöhen, hat das Psychotraumazentrum am Bundeswehrkrankenhaus Berlin gemeinsam mit der Technischen Universität in Braunschweig ein bereits wissenschaftlich anerkanntes Kommunikationstraining für Paare (EPL) adaptiert. Das dazugehörige Trainingsmanual wurde für die Belange der Bundeswehr modifiziert und EPL im Rahmen der Auslandseinsatzvorbereitung für Paare angeboten.

Wie kann Partnerschaft gelingen?

Zu den Grundsäulen einer erfüllenden Partnerschaft zählen Liebe, emotionale Nähe, Vertrauen, Geborgenheit, erfüllende Sexualität und gelingende Kommunikation. Das Fehlen einer oder mehrerer Säulen wirkt sich negativ auf die Partnerschaft aus. Die Qualität der Beziehung sinkt und es können vermehrt Partnerschaftskonflikte auftreten.

In Deutschland nehmen Paare in Krisensituationen kaum professionelle Hilfe in Anspruch, zudem kann Paartherapie nur dann erfolgreich intervenieren, wenn sie zeitgerecht erfolgt (Halford et al., 2003). Eine hohe

Instabilität bei Partnerschaften führt zur Erhöhung der Trennungs- und Scheidungsrate (Heinrich et al., 2008). Slatcher (2010) stellte fest, dass eine geringe Beziehungsqualität, Trennung und Scheidung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowohl für Paare als auch für die Kinder führen.

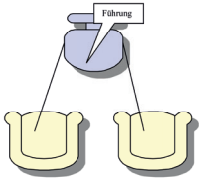
Bereits in den ersten Jahren einer Partnerschaft sinkt die Kommunikationsrate und viele Themen werden bereits schon früh aufgrund von Missverständnissen ausgeklammert (Vasterling 2011). EPL kann Wege aufzeigen, weiterhin im Gespräch zu bleiben, eine offene und angenehme Gesprächsatmosphäre entstehen zu lassen oder auch die Kommunikation mit dem Partner wiederzubeleben.

Kommunikationstraining EPL:

EPL ist für hetero- und homosexuelle Paare aller Altersgruppen, die in einer festen Beziehung leben, geeignet. Voraussetzung ist lediglich, dass beide Partner bereit sind gemeinsam eine gute und effektive Kommunikation zu erlernen.

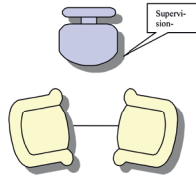
Die Paare werden während des Wochenendkurses von speziell ausgebildeten und regelmäßig supervidierten Trainern, welche einen psychosozialen Beruf studiert oder erlernt haben, begleitet. Die Effektivität des Trainings ist eng mit den Trainerfertigkeiten verbunden. Die Trainer müssen zum richtigen Zeitpunkt strukturiert und unmittelbar intervenieren. Es erfolgt keinerlei inhaltliche Stellungnahme. Der Interventionsansatz besteht ausschließlich im Einhalten bestimmter Regeln und dem optimalen Anwenden verschiedener Techniken.

Triadisches Setting : Berater agiert



Triadisches Setting
Berater sitzt Partnern gegenüber
Blickkontakt / Berater im Zentrum

Dyadisches Setting: Partner agieren



Dyadisches Setting
Partner sitzen sich gegenüber
Berater sitzt im Hintergrund/Interaktion zwischen den Partnern

Die Kommunikationstrainer führen per Kurzvortrag in die Thematik ein, geben Demonstrationen und Übungsanleitungen, leiten die Gruppengespräche und begleiten formal die Paargespräche. Die Trainer sind Garant dafür, dass offene und faire Kommunikationssituationen im Paargespräch entstehen können.

Die Teilnehmer sollen Gesprächsregeln kennenlernen, üben und diese anschließend im häuslichen Kontext anwenden, um gemeinsam über wichtige Bereiche ihrer Beziehung zu sprechen. Die dadurch gewonnene Verbesserung von Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten kann zu einer höheren Partnerschaftszufriedenheit führen und somit eine Stabilität in der Paarbeziehung bewirken. Ziel ist die Einsicht, welche Konsequenzen sowohl positive als auch negative Umgangsmöglichkeiten mit dem Partner haben. Die Teilnehmer bekommen die Chance, ihre eigenen Kommunikationsstörungen und Fehler zu bemerken und dauerhaft zu verändern. Die intensive Kommunikationszeit am Wochenende ermöglicht es, den eigenen Partner besser kennenzulernen und zeigt die Möglichkeit einer Verständniskultur in der Partnerschaft auf, bei der weder auf eigene Bedürfnisse noch auf Autonomie verzichtet werden muss.

Die Inhalte des Kommunikationstrainings:

Der systematisch aufgebaute Kurs hat die Paararbeit, nicht das Gruppenerlebnis im Fokus. Dementspre-

chend ist der zeitliche Rahmen für Paargespräche sehr hoch. Während der ersten drei Paargespräche werden mit vorgegebenen Themen Sprecher- und Zuhörerregeln erlernt und trainiert. In der dritten Einheit lernt das Paar Problemlösestrategien kennen und übt diese praktisch ein. Gesprächsfertigkeiten werden vermittelt und spielerisch in Rollenspielen eingeübt.

In der vierten und fünften Session erfolgt ein unmittelbarer Lerntransfer mit einem hohen Anteil an Selbsterfahrung. Den Inhalt der vierten Arbeitseinheit bildet das Thema Auslandseinsatz als konkretes Gesprächsfeld. Der fünfte Baustein ermöglicht den Paaren ein gemeinsames Gespräch über ihre Sexualität.

Grenzen des EPL-Trainings

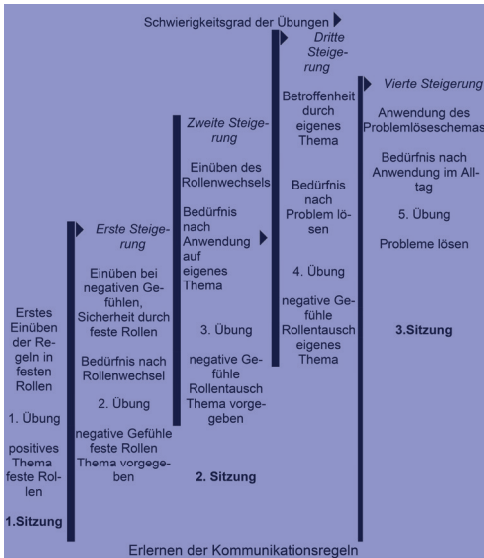
Sollten sich bei einem Paar dauerhafte und/oder tiefer liegende Konflikte und Probleme zeigen, werden die Betroffenen an eine geeignete Beratungsstelle vermittelt.

Wozu ein Refresher?

Eigens für die Bundeswehr wurde ein Auffrischungstraining konzipiert. Ziel war es, den Paaren Gelegenheit zu geben, die Veränderung und Neuorientierung in der Partnerschaft nach einem Auslandseinsatz zu thematisieren.

Der Refresher beinhaltet einen kurzen Erfahrungsaustausch und eine theoretische Wiederholung der Gesprächsregeln. Im Anschluss werden diese Gesprächsregeln in einer Paarsitzung anhand eines positiven Themas angewandt.

Danach folgen die Themen „Veränderung und Neuausrichtung in der Partnerschaft nach dem Auslandseinsatz“, die mit Unterstützung von Reflexionsbögen bearbeitet werden. Den Schlusspunkt des etwa vierstündigen Auffrischungstrainings bildet die Arbeitseinheit „Gegenseitige Zuneigung fördern“.



Thurmaier, Engl, Hahlweg (2011): Ein Partnerschaftliches Lernprogramm EPL –Manual, Kursleitermanual TU Braunschweig

Wissenschaftliche Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt EPL in der Bundeswehr:

Bei Maßnahmen der Prophylaxe fällt das Ausmaß der Wirkung statistisch üblicherweise klein aus, da ein überwiegender Teil der Teilnehmer schon vor der Maßnahme zufrieden ist. Bei einer kleinen Stichprobe, wie im Rahmen der EPL-Maßnahme in der Bundeswehr, von insgesamt 18 Paaren sind kaum signifikant bedeutende Unterschiede bzw. relevante Effekte zu finden. Auch konnten Selektionseffekte, wie hohe individuelle

Belastung oder besonders gute Kommunikationskultur in der Partnerschaft, nicht ausgeschlossen werden. Ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe war nicht möglich, so dass die Wirksamkeit des Trainings wissenschaftlich nicht eindeutig belegt werden konnte. Allerdings konnte auch nicht festgestellt werden, dass sich die Partnerschaftszufriedenheit aufgrund des Auslandseinsatzes insgesamt verschlechtert hätte.

Von den teilnehmenden Paaren und den Trainern wurden Inhalt und Ablauf des adaptierten EPL sehr positiv bewertet.

Im Rahmen dieser Forschungsmaßnahme wurde deutlich, dass erhebliche Rekrutierungsanstrengungen notwendig sind, um Soldatinnen und Soldaten vor dem Auslandseinsatz von einer Prophylaxemaßnahme zu überzeugen. Die Etablierung eines Kommunikationstrainings für Paare in der Bundeswehr bedarf offensichtlich einer längeren Zeitspanne und eines höheren personellen Einsatzes.

Die Bundeswehr als attraktiver Arbeitgeber wird auch an dem Grad ihrer Familienfreundlichkeit gemessen. Dabei kann eine verhaltensbezogene präventive Unterstützung von Paaren, in der Verknüpfung mit anderen Angeboten des Psychosozialen Netzwerkes, eine wichtige Maßnahme sein. Die Federführung des Kommunikationstrainings „EPL in der Bundeswehr“ wurde im Jahr 2013 an das Projekt Seelsorge im Evangelischen Kirchenamt in Berlin übergeben.

29. ANSPRECHSTELLEN, INTERESSENVERBÄNDE, PRIVATE INITIATIVEN, SELBSTHILFEGRUPPEN, FACHVERBÄNDE

Überarbeitet von Manuela Schmidt

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist jederzeit erweiterbar. Sie kann den persönlichen Kontakt zu den Mitarbeitern der Psychosozialen Netzwerke nicht ersetzen, kann aber eine niedrigschwellige Ergänzung darstellen! Anregungen zur Ergänzung oder Korrektur sind ausdrücklich erwünscht. Die Aufführung einer Adresse in dieser Liste soll als Informationsangebot dienen und stellt keine Empfehlung unsererseits dar.

Ansprechstellen der Bundeswehr

Beauftragter des BMVg für einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte

Kontakt:

Adresse: Bundesministerium der Verteidigung
– Beauftragter PTBS –
Telefon: 030 2004 23041
Stauffenbergstraße 18 • 10785 Berlin
E-Mail: bmvgbeauftragtpts@bmvg.bund.de

Beauftragte Angelegenheiten für Hinterbliebene:

Adresse: Bundesministerium der Verteidigung
– Beauftragte Angelegenheiten
für Hinterbliebene –
Stauffenbergstr. 18 • 10785 Berlin
Telefon: 030 2004 23031
E-Mail: bmvgbeauftragteangelegenheitenfuerhinterbliebene@bmvg.bund.de

Bundeswehr-Betreuungsorganisation

In den Familienbetreuungscentren (FBZ) finden Sie eine professionelle und kompetente Beratung während der dienstlich bedingten Abwesenheit unserer Soldaten und Soldatinnen in räumlicher Nähe zum Heimatort. Auf der unten angegebenen Website finden sie eine ausführliche Übersicht aller 31 Familienbetreuungscentren mit Veranstaltungen und Kontaktdaten.

Kontakt:

Internet: <https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/betreuungsportal/familienbetreuung>

Sozialdienst der Bundeswehr

Der Sozialdienst der Bundeswehr bietet den Angehörigen der Bundeswehr und ihren Familien Beratung und Betreuung in allen sozialen Angelegenheiten. Seine Leistungen stehen jedoch auch Versorgungsempfängern, Pensionären sowie Hinterbliebenen zur Verfügung.

Auf der unten angegebenen Website können Sie den für Sie zuständigen Sozialdienst finden.

Kontakt:

Internet: www.sozialdienst.bundeswehr.de

Sanitätsdienst der Bundeswehr

Kontakt:

Anschrift: Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr
A II 1.3
Von-Kuhl-Str. 50 • 56070 Koblenz
Telefon: 0261 896 22132

AllgFspWNBw: 90 4400 22132

E-Mail: KdoSanDstBw-Il-1.3@bundeswehr.org

Bundeswehrkrankenhäuser

Hier finden Sie eine Auflistung aller Bundeswehrkrankenhäuser.

Kontakt:

<https://www.bundeswehr.de/de/organisation/sanitaetsdienst>

Startseite > Kommando Sanitätsdienst > Bundeswehrkrankenhäuser

Psychotraumazentrum

- Angehörigenseminar in Berlin „Partnerschaft und PTBS“: Psychoedukation, Entlastung und Vernetzung der Angehörigen – Ein Wochenendseminar in Kooperation mit dem EKA
- Partnerschaftsseminar „Wo stehen wir wo wollen wir hin“: Zur Förderung der Kommunikation in der Partnerschaft. Ein Wochenendseminar in Kooperation mit dem EKA
- Wochenendseminare für alkoholranke Soldatinnen und Soldaten und deren Partnerinnen und Partner
- Angebot für Elternpaare, in denen ein Elternteil von psych. Erkrankung betroffen ist
- enge Vernetzung zum Sozialdienst der Bundeswehr
- Vermittlung zu Fachberatungsseminaren der Bundeswehr

Kontakt:

Anschrift: Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Psychotraumazentrum

Internet: berlin.bwkrankenhaus.de

Startseite Kliniken > Psychiatrie und Psychotherapie
Scharnhorststr.13 • 10115 Berlin

Telefon: 030 2841 1695

E-Mail: bwkrhsberlinpsychotraumazentrum@bundeswehr.org

Militärseelsorge

Evangelisches Kirchenamt für die Bundeswehr

Kontakt:

Internet: <https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/militaerseelsorge/evangelische-militaerseelsorge>

Anschrift: Evangelisches Kirchenamt
für die Bundeswehr
Jebenstr.3 • 10623 Berlin

Telefon: 030 310181 0

Telefax: 030 310181 105

Katholisches Militärbischhofsamt

Kontakt:

Internet: www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/militaerseelsorge/katholische-militaer-seelsorge

www.katholische-militaerseelsorge.de

Anschrift: Katholisches Militärbischhofsamt
Am Weidendamm 2 • 10117 Berlin

Telefon: 030 20617 322

Telefax: 030 20617 199

Psychologischer Dienst der Bundeswehr

Kontakt:

Anschrift: BMVg P III 5
Hardthöhe

Fontainengraben 150 • 53123 Bonn

Telefon: 0228 12 13 351

AllgFspWNBw: 90 3400 13 351

E-Mail: BMVgPIII5@BMVg.BUND.DE

Internetseiten zum Thema PTBS

PTBS-Hilfe

- Ratgeberseite, Angebot mit Ziel: Hilfe zur Selbsthilfe
- über die Hotline wird jederzeit und anonym Hilfe angeboten. Die Hotline ist als zusätzliches Beratungsangebot geschaltet und richtet sich an erkrankte, aktive und ehemalige Soldaten sowie an Angehörige.

Kontakt:

Internet: www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/ptbs-hilfe

PTBS-Hotline: 0800 58 87 957

24 Stunden/Tag gebührenfrei erreichbar

Angriff auf die Seele

- Internetplattform zum Thema Posttraumatische Belastungsstörung
- Informationen über PTBS allgemein und über PTBS im militärischen Kontext
- Hilfsangebote
- Ansprechpartner
- Onlinetest zur Selbsteinschätzung (PTBS, Alkoholsucht, Depressionen etc.)
- Formularanfrage über Internet oder Intranet: Oberstarzt Priv.-Doz. Dr. Zimmermann und sein Team geben Antworten auf Fragen zum Thema PTBS, alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, anonyme Anfrage möglich

Kontakt:

Internet: www.angriff-auf-die-seele.de

E-Mail: info@angriff-auf-die-seele.de

Interessenverbände und Institutionen

Deutscher Bundeswehrverband

- Berufsverband und Interessensvertretung aller Soldatinnen und Soldaten, ihrer Familienangehörigen und Hinterbliebenen auf politischer Ebene

- siehe auch Heinz-Volland-Stiftung
- für die Mitglieder, die im Zusammenhang mit dem Dienst als Soldat einen Rechtsstreit führen müssen bietet der DBwV umfassenden Rechtsschutz an, z. B. auch bei Anerkennung von Wehrdienstbeschädigungen usw.

Kontakt:

Internet: www.dbwv.de

Anschrift: Deutscher Bundeswehrverband e.V.
Stresemannstraße 57 • 10963 Berlin

Telefon: 030 23 59 90 0

E-Mail: service@dbwv.de

Unter dem Dach des Bundeswehrverbandes gibt es unter anderem folgende Stiftungen:

Soldaten und Veteranen Stiftung (SVS)

Seit 2014 Angebot von projekt- und einzelfallbezogenen Hilfen für (Einsatz-) Soldaten

Kontakt:

Internet: www.soldaten-veteranenstiftung.de

Anschrift: Deutscher Bundeswehrverband e.V.
Stresemannstraße 57 • 10963 Berlin

Telefon: 030 25 92 60 45 64

E-Mail: svs@dbwv.de

Heinz-Volland-Stiftung

- für Soldaten, ehemalige Soldaten, deren Familien und Hinterbliebene
- finanzielle Unterstützung bei Bedürftigkeit

Kontakt:

Internet: www.dbwv.de

Startseite > Der Verband > Stiftungen & Engagement > Heinz-Volland-Stiftung (HVMS)

Anschrift: Deutscher Bundeswehrverband e.V.
Stresemannstraße 57 • 10963 Berlin

Telefon: 030 25 92 60 45 64

E-Mail: hvms@dbwv.de

Soldatenhilfswerk der Bundeswehr e.V.**Kontakt:**

Internet: www.soldatenhilfswerk.org

Anschrift: Soldatenhilfswerk der Bundeswehr e.V.
Bundesministerium der Verteidigung
Fontainengraben 150 • 53003 Bonn

Telefon: 0228 99 24 14 939

AllgFspWNBw: 90 3400 14 939

Email: Soldatenhilfswerk@bundeswehr.org

Deutsche Härtefallstiftung

- rechtsfähige, gemeinnützige und mildtätige Stiftung des bürgerlichen Rechts
- Unterstützung von persönlich und/oder wirtschaftlich Hilfsbedürftigen, insbesondere die Unterstützung von aktiven und ehemaligen Soldaten sowie Reservisten und zivilen Angehörigen der Bundeswehr und der Nationalen Volksarmee der DDR außerhalb des geltenden Versorgungsrechts, um in besonderen Härtefällen, die aufgrund der Ausübung der dienstlichen Pflichten entstanden sein könnten, Hilfe zu leisten.
- Die Unterstützung kann in allen Fällen im Dienst erlittener, insbesondere einsatzbezogener Gesundheitsschädigungen, auf Antrag gewährt werden.
- Auch Hinterbliebene oder Angehörige des betroffenen Personenkreises können Empfänger von Unterstützungsleistungen sein.

Kontakt:

Internet: www.haertefall-stiftung.de

Anschrift: Deutsche Härtefallstiftung
Haus 104
Fontainengraben 150 • 53123 Bonn

Telefon: 0228 55 04 85 35

E-Mail: mail@haertefall-stiftung.de

Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung in der Bundesrepublik Deutschland e.V.

- für Soldatinnen, Soldaten, Zivilangestellte der Bundeswehr, Familienangehörige
- außerdienstliche Freizeitgestaltung für Soldaten
- Betrieb von Soldatenheimen
- Bildungsangebote zu verschiedenen Themen
- Familienarbeit, Wochenendveranstaltungen für Soldaten und ihre Familien, Ferienfreizeiten
- Einsatzbetreuung

Kontakt:

Internet: www.eas-berlin.de

<https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/militaerseelsorge>

Anschrift: EAS e.V.

Hauptgeschäftsstelle
Ziegelstraße 30 • 10117 Berlin

Telefon: 030 24 04 77 110

E-Mail: info@eas-berlin.de

Katholische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung e.V.

- für Soldatinnen, Soldaten, Zivilangestellte der Bundeswehr, Familienangehörige
- außerdienstliche Freizeitgestaltung für Soldaten
- Betrieb von Soldatenfreizeitheimen
- Bildungsangebote zu verschiedenen Themen
- Familienarbeit, Wochenendveranstaltungen für Soldaten und ihre Familien
- Vermittlung in Unterstützungsleistungen bei familiären Notlagen
- Einsatzbetreuung

Kontakt:

Internet: www.kas-soldatenbetreuung.de

www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/militaerseelsorge

Anschrift: KAS e. V.

Geschäftsstelle Berlin
Hranitzkystraße 22/24 • 12277 Berlin

Telefon: 030 88 66 78 010

Telefax: 030 88 66 78 069

E-Mail: info@kas-soldatenbetreuung.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung e.V.

Unter dem gemeinsamen Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung e.V. (BAS) üben die Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung in der Bundesrepublik Deutschland e.V. (EAS) und die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung e.V. (KAS) seit dem 10.04.1957 ihre außerdienstlichen Betreuungsaufgaben überall dort aus, wo der Bund dies nicht leisten kann. Sie ergänzen somit das Angebot, das die Bundeswehr auf Grund gesetzlicher Verpflichtung zur Verfügung stellt.

Sie widmen sich aus christlicher Motivation heraus der außerdienstlichen Freizeitbetreuung der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr, ihrer Familienangehörigen, der Zivilbediensteten sowie der Begegnung mit der am Standort lebenden Zivilbevölkerung. Die christlichen Arbeitsgemeinschaften betreuen in den Oasen Soldaten im Einsatz, kümmern sich um Familien, organisieren thematische Rüstzeiten und offene Betreuung.

Kontakt:

Internet: www.bas-soldatenbetreuung.org

Anschrift: BAS e.V.

c/o EAS e.V.

Ziegelstr. 30 • 10117 Berlin

Telefon: 030 240 277 110

E-Mail: info@bas-soldatenbetreuung.org

Krisenkompass

- Internetseite für Soldatenfamilien
- Informationen, Hilfen, Literaturhinweise, geistige Impulse rund um den besonderen Alltag einer Soldatenfamilie

Kontakt:

Internet: www.krisenkompass.de

Anschrift: Katholikenrat beim Katholischen Militärbi-schof für die Deutsche Bundeswehr
Am Weidendamm 2 • 10117 Berlin

E-Mail: kontakt@krisenkompass.de

Bundeswehr-Sozialwerk e.V.

- für Soldatinnen, Soldaten, Zivilangestellte der Bw, Familienangehörige
- sehr günstige Urlaubs-/Erholungsangebote für Soldatenfamilien im In- und Ausland
- Kinder- und Jugendfreizeiten, Mutter-Kind-Erholung, Vater-Kind-Erholung, Seniorenerholung
- Behindertenfreizeiten, thematische Gruppenreisen
- Unterstützungsleistungen in persönlichen Notsituationen insbesondere in Zusammenhang mit Auslandseinsätzen (z. B. Urlaubsgutschein)
- Erweitert wurde das Hilfsangebot durch Unterstützung von besonders belasteten Familien nach Auslandseinsatz, insbesondere PTBS-erkrankten Soldaten und deren Familien durch finanzielle Hilfen und/oder kostenlosen Erholungsaufenthalten in den eigenen Häusern.

Kontakt:

Internet: www.bundeswehr-sozialwerk.de

Anschrift: Bundeswehr Sozialwerk e.V.

Bundesgeschäftsführung

Ollenhauerstraße 2 • 53113 Bonn

Telefon: 0228 37 73 74 00

Telefax: 0228 37 73 74 44

E-Mail: bwsw@bundeswehr.org

Verband der Reservisten der Deutschen Bundeswehr e.V.

- das Angebot des Verbandes, um sich militärisch, körperlich und geistig fit zu halten
- Engagement für Streitkräfte und Sicherheitspolitik
- Teamgeist und kameradschaftliches Miteinander
- Öffentlichkeitsarbeit als Mittler zwischen Bundeswehr und Gesellschaft

Kontakt:

Internet: www.reservistenverband.de

Anschrift: Verband der Reservisten der Deutschen Bundeswehr e. V.

Bundesgeschäftsstelle Bonn
Zeppelinstraße 7 A • 53177 Bonn

Telefon: 0228 25 90 90

Telefax: 0228 25 90 999

Oberst-Schöttler-Versehrten-Stiftung

- für Menschen, die aufgrund einer Schwerverletzung oder des Todes eines Soldaten in Notlagen geraten sind
- finanzielle Unterstützung

Kontakt:

Internet: www.oberst-schoettler-versehrten-stiftung.de

Anschrift: Oberst Schöttler Versehrten-Stiftung
Oberst d. R. Dr. Horst Schöttler
Kaiserbergring 6 • 67657 Kaiserslautern

E-Mail: kontakt@oberst-schoettler-versehrten-stiftung.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Deutsche Kriegsopferfürsorge

Kontakt:

Internet: www.bmas.de

Startseite > Themen > Soziale-Sicherung > Soziale Entschädigung > Kriegsopferfürsorge

E-Mail: info@bmas.bund.de

Bund Deutscher EinsatzVeteranen e.V.

- Vermittlung von Experten (Medizin, Jura, sozialen Angelegenheiten)
- bietet Hilfe durch Fallmanager zur persönlichen Betreuung
- für verwundete Soldaten und deren Familien sowie für Hinterbliebene gefallener bzw. getöteter Soldaten
- bietet Rechtsberatung im Einzelfall (u. a. auch rechtliche Beratung bei WDB) und hilft bei der Durchsetzung der Rechtsansprüche gegenüber unterschiedlichen Leistungsträgern

Kontakt:

Internet: www.veteranenverband.de

Anschrift: Bund Deutscher EinsatzVeteranen e.V.
Unter den Linden 21 • 10117 Berlin

Telefon: 030 209 242 08

E-Mail: office@veteranenverband.de

von Rhodich'scher Legatenfonds

- für Soldaten, ehemalige Soldaten, zivile Mitarbeiter der Bundeswehr, Reservisten und deren Familien
- finanzielle Unterstützungsleistungen bei unverschuldeten wirtschaftlichen Notlagen insbesondere im Raum Berlin und Potsdam
- finanzielle Unterstützungsleistung bei Kinder-Urlaubsmaßnahmen

Kontakt:

Internet: www.legatenfonds.de

Anschrift: von Rhodich'scher Legatenfonds
Geschäftsstelle Berlin
Charles-Corcelle-Ring 9 • 13405 Berlin

Telefon: 030 41 73 09 00

Telefax: 030 41 73 09 018

Private Initiativen und Selbsthilfeforen

Soldat im Einsatz - Partnerschaft und Familie im Einsatz

Kontakt:

Internet: www.soldat-familie-partnerschaft.de

Telefon: 08421 93 11 41

E-Mail: wendlp@web.de

Jenny-Böken-Stiftung

für in Not geratenen Familien von getöteten und gefallenen Soldatinnen und Soldaten sowie von Soldatinnen und Soldaten, die durch den Dienst dienstunfähig geworden sind

individuelle auch finanzielle Unterstützungsleistungen unkomplizierte schnelle Hilfe mit Rat und Tat

Kontakt:

Internet: www.jenny-boeken-stiftung.de

Anschrift: Jenny-Böken-Stiftung

Herrweg 13 • 52511 Geilenkirchen

Angebote für Betroffene allgemeiner psychischer und körperlicher Erkrankungen und deren Angehörige

Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e.V.

- für Soldatinnen und Soldaten mit Suchtproblematik
- niederschwelliges Selbsthilfeangebot zur Suchtprävention
- Beratung, Begleitung, Betreuung von Kameraden im Schwerpunkt bei Alkoholproblemen sowohl die Betroffenen als auch ihre Vorgesetzten und Kameraden

Kontakt:

Internet: www.suchtselbsthilfe-bundeswehr.de

Anschrift: Suchtselbsthilfe Bundeswehr e. V.

Driesener Str. 13 • 10439 Berlin

E-Mail: dirk.bandholz@soldatenselbsthilfe.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Kontakt:

Internet: www.bapk.de

Anschrift: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Oppelner Str. 130 • 53119 Bonn

Telefon: 0228 71 00 24 00 (keine Beratung)

Beratung für Angehörige (SeeleFon): 0228 71 00 24 24

E-Mail: bapk@psychiatrie.de

Seelenwelten

- Selbsthilfeforum für Betroffene und Angehörige bei psychischen und körperlichen Erkrankungen
- psychologisch und medizinisch geschultes Beraterteam unterstützt und ergänzt die Hilfe zur Selbsthilfe mit Ratschlägen
- Themenchats und individuellen Beratungen
- im Forum kommt es zu einem Austausch von Betroffenen, Angehörigen und Beratern.
- es werden darüber hinaus geschlossene Selbsthilfe-Bereiche und Anonym-Foren geboten

Kontakt:

Internet: www.seelenwelten.de

Anschrift: M Brandt

Michelsdyk 9 • 47803 Krefeld

E-Mail: seelenwelten@gmx.net

Netzwerk Traumahilfe (NeT)

- eine Initiative der Polizeidirektion Fürth, der Klinik für Psychosomatik und dem Gesundheitsamt Nürnberg
- keine Therapie oder Beratungseinrichtung!

Das Netzwerk Trauma-Hilfe möchte professionell Verantwortlichen Informationen und Kontakte zur Verfügung stellen. Diese sollen dazu dienen, bei persönlichen traumatischen Ereignissen bis hin zu Großschadenslagen rechtzeitig helfen zu können. Somit

sollen unterschiedlichste Institutionen und Personen miteinander in Verbindung gebracht werden, welche in der Region professionell mit diesem Thema umgehen. Dazu gehören zum Beispiel: Organisationen, Behörden, Fachverbände, Berufsverbände.

Kontakt:

Internet: www.traumanetz.kdmfr.de
 Anschrift: Netzwerk Traumahilfe
 c/o Krisendienst Mittelfranken
 Hessestraße 10 • 90443 Nürnberg
 Telefon: 0911 42 48 550
 Telefax: 0911 42 48 558
 E-Mail: traumahilfe@krisendienst-mittelfranken.de

NAKOS

- nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Datenbank bundesweiter Selbsthilfegruppen und Selbsthilfvereinigungen.

Kontakt:

Internet: www.nakos.de
 Anschrift: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
 Otto-Suhr-Allee 115 • 10585 Berlin
 Telefon: 030 31 01 89 60
 Telefax: 030 31 01 89 70
 E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

Fachgesellschaften und Fachinstitute für Psychotherapie und Psychotraumatologie mit Therapeutenlisten

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Kontakt:

Internet: www.dgppn.de
 Anschrift: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
 Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin
 Telefon: 030 24 04 77 20
 Telefax: 030 24 04 77 229
 E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
Kontakt:

Internet: www.bptk.de
 Anschrift: Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern
 Klosterstraße 64 • 10179 Berlin
 Telefon: 030 27 87 850
 E-Mail: info@bptk.de

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Kontakt:

Internet: www.bundesaeztekammer.de
 Anschrift: Herbert-Lewin-Platz1 (Wegelystraße) • 10623 Berlin
 Telefon: 030 4004 560
 E-Mail: info@baek.de

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie**Kontakt:**

Internet: www.degpt.de
 Anschrift: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
 Geschäftsstelle
 Am Born 19 • 22765 Hamburg
 Telefon: 040 33 31 01 19
 Telefax: 040 69 66 99 38
 E-Mail: info@degpt.de

EMDR-Institut Deutschland**Kontakt:**

Internet: www.emdr.de
 Anschrift: EMDR Institut Deutschland
 Dolmanstr. 86 b • 51427 Bergisch Gladbach
 Telefon: 02204 25 866
 Telefax: 02204 96 31 82
 E-Mail: info@emdr.de

EMDRIA Deutschland e.V.

- Information zur Traumatherapie
- Therapeutensuche, Fachverband für Anwender der psychotherapeutischen Methode Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)

Kontakt:

Internet: www.emdria.de
 Anschrift: EMDRIA Deutschland e.V.
 Urachstraße 11 • 79102 Freiburg
 Telefon: 0761 42 96 50 74
 E-Mail: info@emdria.de

Psychotherapie-Informationsdienst (PID)

Der PID ist eine Einrichtung des Bundes Deutscher Psychologen und Psychologinnen e.V. (Berufsverband der Psychologen).

Kontakt:

Internet: www.psychotherapiesuche.de
www.bdp-verband.org
 Anschrift: Psychotherapieinformationsdienst (PID)
 Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin
 Telefon: 030 20 91 66 330
 Telefax: 030 20 91 66 77 331
 E-Mail: pid@psychologenakademie.de
infobdp-verband.de

**Informationsportale rund um das Thema
 Psychotherapie mit Psychotherapeutensuche**

Psychotherapie mit Psychotherapeutensuche

- Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de
- unabhängige Informationen von Pro Psychotherapie e.V.: www.therapie.de
- Therapeutenlisten und Therapie-Lexikon: www.therapeuten.de und www.therapeutenfinder.com

30. WEITERE STUDIEN UND SCHRIFTEN

Publikationen:

„Wenn der Einsatz nicht endet...“

Eine Orientierungshilfe für einsatzbelastete Soldatinnen und Soldaten“

Druckschrift Einsatz 223

DSK SF009320258

Stand: November 2017, 3. überarbeitete Auflage

„Wenn der Einsatz noch nachwirkt...“

Eine Orientierungshilfe für Angehörige von Soldaten“

Druckschrift Einsatz 222

DSK SF009320257

Stand: Februar 2018, 3. überarbeitete Auflage

„Schattige Plätzchen – mein Papa hat PTBS“

Kathrin Schrocke, Lilli L'Arronge

„Orientierungshilfe nach einer Selbsttötung“ Bundesministerium der Verteidigung, Beauftragte Angelegenheiten für Hinterbliebene & Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Psychotraumazentrum

„Einführung Psychotraumatologie“, Christiane Eichenberg / Peter Zimmermann

2017 Ernst Reinhardt Verlag

Weitere Publikationen des Psychotraumazentrums finden Sie unter: berlin.bwkrankenhaus.de

Schriften der Evangelischen Seelsorge in der Bundeswehr

„Verwundet - Geschichten über moralische Verletzungen“ Bundeswehrkrankenhaus Berlin & Evangelisches Kirchenamt der Bundeswehr

Kinderbuch „Schattige Plätzchen – Mein Papa hat PTBS!“ Bundeswehrkrankenhaus Berlin & Evangelisches Kirchenamt der Bundeswehr

31. AUTORENVERZEICHNIS

Dr. phil. Christina Alliger-Horn, Regierungsdirektorin, Dipl.-Psych., psychol. Psychotherapeutin, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Abteilung , Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie, Behandlungssektion, Berlin

Axel von Bredow, Oberstleutnant, Bundesministerium der Verteidigung, Beauftragte(r) für einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte

Susanne Bruns, Ministerialrätin, Dipl. Psych'in, Bundesministerium der Verteidigung, Referatsleiterin BMVg P III 5., Berlin

Dr. med. Volker Eisenlohr, Oberfeldarzt, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg

Christian Fischer, Militärdekan, Evangelisches Kirchenamt für die Bundeswehr, Berlin

Dr. med. univ. Dietmar Golth, Facharzt für Innere Medizin , niedergelassener Arzt und Psychotherapeut, Republik Österreich

Dr. med. Robin Hauffa, Oberfeldarzt, Einsatzführungskommando der Bundeswehr, DTA NATO Special Operations Headquarters Mons, Referat Key Nukleus Staff Special Operations Component Command Headquarters, Schwielowsee

Michael Heilmann, Stabshauptmann, Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr, Sachgebiet 3 Koordinierungsstelle Einsatzgeschädigte, St. Augustin

Dr. med. Christian Helms, Oberfeldarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie, Berlin

Herbert Jacobs, Regierungsdirektor, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie, Ulm

Silke Jensen, Oberamtsrätin, Bundesministerium der Verteidigung, Sozialer Dienst BMVg, Bonn

Dr. rer. med. Kai Köhler, Oberregierungsrat, Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Abteilung VII - Personalservices, Außenstelle VII 1.4.2 Sozialarbeit Berlin, Psychotraumazentrum SE Forschung Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Berlin

Dr. med. Franzika Langner, Oberfeldarzt, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie, Berlin

Dr. med. Robert Leonhardt, Niedergelassener Internist, Flotillenarzt d. Reserve

Gregor Leutheuser, Oberstabsarzt, Überwachungsstelle für öffentlich-rechtliche Aufgaben des Sanitätsdienstes der Bundeswehr West, Abt II ArbMed

Dr. med. Andreas Lison, Oberstarzt, Orthopäde, Zentrum für Sportmedizin der Bundeswehr, Warendorf

Stefan Mahr, Regierungsoberinspektor, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, ADSB, Berlin

Heinrich Müller, Regierungsdirektor, Karrierecenter der Bundeswehr IV, Dezernatsleiter Psychologischer Dienst, München

Dr. theol. Rita Quasten, Oberregierungsrätin, Streitkräfteamt, Truppenpsychologin, Bonn

Carolyn Rose, Regierungsamtfrau, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sozialarbeit, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie, Forschungssektion, Berlin

Thorsten Roth, Leitender Regierungsdirektor, Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr, Sachgebiet 3 Koordinierungsstelle Einsatzgeschädigte, Sankt Augustin

Dr. med. Gerd Willmund, Oberstarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie, stellv. Klinischer Direktor, Berlin

Prof. Dr. med. Peter Zimmermann, Oberstarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie, Klinischer Direktor, Berlin

32 LITERATURVERZEICHNIS

- A-2640/36 Strukturierte Wiedereingliederung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr in den Dienst, Handlungsleitfaden zum Ablauf und zur Festlegung der Rollen für eine strukturierte Wiedereingliederung von langzeiterkrankten Soldatinnen und Soldaten im Geschäftsbereich des BMVg in den Dienst
- Abram, A., Berkemeier, B. & Kluge, K.-J. (1980). Suicid im Jugendalter: Band 1 und 2. München: Minerva-Publikation.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G. & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22 (8), 759-774.
- Ahmadzadeh, G. & Malekian, A. (2004). Aggression, Anxiety, and Social Development in Adolescent Children of War Veterans with PTSD Versus those of Non-Veterans. *Journal of Research in Medical Sciences* (5).
- Alarcon, R. D., Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D. J. & Eddleman, H. C. (1997). Should there be a clinical typology of posttraumatic stress disorder? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (2), 159-167.
- Allen, J. G. (2003). Challenges in treating post-traumatic stress disorder and attachment trauma. *Current Women's Health Reports*, 3 (3), 213-220.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Brugaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Altemus, M., Dhabhar, F. S. & Yang, R. (2006). Immune function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 167-183.
- Al-Turkait, F. A. & Ohaeri, J. U. (2008). Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf war. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2 (1), 12.
- American Association for Geriatric Psychiatry (Hg.) (2009). High Prevalence of PTSD Among Older Veterans. Honolulu: Annual Meeting der American Association for Geriatric Psychiatry.
- Axelrod, S. R., Morgan, C. A. & Southwick, S. M. (2005). Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of Operation Desert Storm. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 270-275.
- Bachynski, K. E., Canham-Chervak, M., Black, S. A., Dada, E. O., Millikan, A. M., & Jones, B. H. (2012). Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007–8. *Injury Prevention*, 18(6), 405–412. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040112>
- Balcom, D. (1996). The interpersonal dynamics and treatment of dual trauma couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 431-442.
- Barnes, M. F. (1998). Understanding the secondary traumatic stress of parents. In C. R. Figley (Hg.), *Burnout in Families. The systemic cost of Caring*. Boca Raton: CRC Press.
- Baumhauer, K., Brüggemann, A., Rosenthal, S., Schwab, R., Romer, G. & Krüger, A. (2007). Besonderheiten posttraumatischer Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und*

- Psychologische Medizin (3).
- Becker, F., & Morfeld, M. (2019). Versorgungsleistungen in der Rehabilitation. In Gesundheitswissenschaften (pp. 597-608). Springer, Berlin, Heidelberg.
 - Beckham, J. C., Feldman, M. E., Kirby, A. C., Hertzberg, M. A. & Moore, S. D. (1997). Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (8), 859-869.
 - Beckham, J. C., Lytle, B. L. & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 1068-1072.
 - Begić, D. & Jokić-Begić, N. (2007). Heterogeneity of posttraumatic stress disorder symptoms in Croatian war veterans: retrospective study. *Croatian Medical Journal*, 48 (2), 133-139.
 - Benkert/Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 9. Auflage 2013
 - Berger, M. (Hg.). (1999). *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
 - Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, 25(4), 147–155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147>
 - Bifulco, A. (2000). Familial Patterns of Stress. In G. Fink (Hg.), *Encyclopedia of Stress* (Bd. 2, S. 103-107). San Diego: Academic Press.
 - Birmes, P., Raynaud, J.-P., Daubisse, L., Brunet, A., Arbus, C., Klein, R. et al. (2009). Children's enduring PTSD symptoms are related to their family's adaptability and cohesion. *Community Mental Health Journal*, 45 (4), 290-299.
 - Bohus, M. & Wolf, M. (Hg.). (2009). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten*. Stuttgart, New York: Schattauer.
 - Boll-Klatt/Kohrs, *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie* 2014
 - Bramsen, I., Ploeg, H. M. van der & Twisk, J. W. R. (2002). Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1), 241-245.
 - Brand, S. R., Engel, S. M., Can_eld, R. L. & Yehuda, R. (2006). The effect of maternal PTSD following in utero trauma exposure on behavior and temperament in the 9-month-old infant. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 454-458.
 - Branney, P., & White, A. (2008). Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(4), 256–262. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003467>
 - Brent, D. A. (2006). Firearms and Suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 225–240. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05808.x>
 - Brewin, C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2003). Diagnostic overlap between acute stress disorder and PTSD in victims of violent crime. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 783-785.
 - Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
 - Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). 'Big Build': Hidden Depression in Men. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 921–931. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01665.x>
 - Bruns, S. und Hanssen, N.(2014). Das Fachberatungsseminar – Ergebnisse eines Pilotprojektes für einen besonders belasteten Personenkreis. In: Kreim, G., Bruns, S. und Völker, B.(Hrszg.). *Psych-*

logie für Einsatz und Notfall, S. 376-384, Bonn:
Bernhard und Graefe.

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.). (2005). Wenn aus Kollegen Feinde werden... Der Ratgeber zum Umgang mit Mobbing (5th Auff.). Dortmund.
- Bundesministerium der Verteidigung. (1983). VMBl 1983, S. 159ff.: Sozialdienst der Bundeswehr ("Sozialdienstlerlass") überführt in: ZDV A-2641/1 Az 23-19-01
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü L I 1. (2004). Handbuch zur Bewältigung besonderer Belastungen bei Soldaten im Friedens- und Einsatzbetrieb der Luftwaffe: 01.03.1999, letzte Änderung 25.05.2004.
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü S I. (2004). Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen von Soldaten: 1. Änderung mit Ergänzung, 22.03.2004.
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü S I 4. (2002a). Stressbewältigung: II. Im Einsatz (Belastungen erkennen, minimieren und bewältigen), Bearbeiter: ZInFü.
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü S I 4. (2002b). Stressbewältigung: III. Nach dem Einsatz (Nur kein Rückkehrstress!), Bearbeiter: ZInFü.
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü S I 4. (2002c). Stressbewältigung: Vor dem Einsatz (Belastungen vorbeugen), Bearbeiter: ZInFü.
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü S I 4. (2008). Zentrale Dienstvorschrift (ZDv) 10/1 Innere Führung, Bonn.
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü S I und PSZ III. (2004). Medizinisch-Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr: Fü San I 1 - Az 42-13-40 / PSZ III 6 - Az 66-01-10 vom 20.12.2004.
- Bundesministerium der Verteidigung, Fü San I 1. (2005). Medizinisch- Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr, hier: Leitlinien für die Zusammenarbeit im Psychosozialen Netzwerk: Az 42-13-40 vom 09.09.2005.
- Bundesministerium der Verteidigung, Inspekteur des Sanitätsdienstes. (2006). Allgemeiner Umdruck 80: Fachdienstliche Anweisungen des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr: A 03.01 und M 02.05.
- Bundesministerium der Verteidigung P II 4 (heute: PSZ III 6). (1995). Konzept zur psychophysischen Stressbewältigung im Rahmen akuter und chronischer Stressexposition des fliegenden Personals der Bundeswehr Stressbewältigungskonzept FlgPersBw: Az 56-20-02/66-55-00 vom 01.09.1995.
- Bundesministerium der Verteidigung, PSZ III 1. (2005). Medizinisch- Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr, hier: Leitlinien für die Zusammenarbeit im Psychosozialen Netzwerk: vom 13.09.2005.
- Bundesministerium der Verteidigung, PSZ III 6. (2005). Medizinisch- Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr, hier: Leitlinien für die Zusammenarbeit im psychosozialen Netzwerk: Az 66-01-10 vom 29.09.2005.
- Bundesministerium der Verteidigung, PSZ III 6, Technische Universität Braunschweig, Kröger, C. (2013). Evaluation eines Präventivprogramms zur Paarbeziehung von Soldaten und ihren Partnerinnen im Zusammenhang mit den Auslandseinsätzen der Bundeswehr.
- Burisch, M. (2006). Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung; zahlreiche Fallbeispiele Hilfen zur Selbsthilfe (3., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Büscher, A., (2010). Internationale Beispiele für Kooperation in der Gesundheitsvorsorge. Robert-Bosch-Stiftung abgerufen unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/>

- Synopse_Prof._Dr._Buescher.pdf
- Cable News Network. (2008). Military Suicides. edition.cnn.com/2008/US/02/01military.suicides
 - Calhoun, P. S., Bosworth, H. B., Grambow, S. C., Dudley, T. K. & Beckham, J. C. (2002). Medical service utilization by veterans seeking help for post-traumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (12), 2081-2086.
 - Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297 (5582), 851-854.
 - Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. et al. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301 (5631), 386-389.
 - Chandra, A., Lara-Cinisomo, S., Jaycox, L. H., Tanielian, T., Burns, R. M., Ruder, T. et al. (2010). Children on the homefront: the experience of children from military families *Pediatrics*, 125 (1), 16-25.
 - Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R. & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (3), 451-460.
 - Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 13, 691-699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
 - Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C. & Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology*, 18 (1), 36-45.
 - daCosta, J. M. (1871). On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, 61, 17-52.
 - Daly, R. J. (1984). Samuel Pepys and post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 143 (1), 64-68.
 - Dan E. (1995). Secondary Traumatization in the Offsprings of Vietnam Veterans with PTSD. Unveröffentlichte Dissertation, Fielding Institute, Santa Barbara.
 - Daniels, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bielefeld, Bielefeld.
 - Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin* (3), 49-60.
 - Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung - Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53, 100-107.
 - Davis, J., Ward, D. B. & Storm, C. (2011). The unsilencing of military wives: wartime deployment experiences and citizen responsibility. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37 (1), 51-63.
 - Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie* (7., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz PVU.
 - Delb, D'Amelio, Archonti & Schonecke. (2002). *Tinnitus: Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie*. Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG.
 - Deutscher Bundeswehrverband. (2007). *Falkland Krieg 1982. Die Bundeswehr*, 56.
 - Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
 - Dilling/Freyberger, *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*, 5. überarbeitete Auflage

- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., Adèr, H. & Ploeg, H. M. van der. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19 (2), 217-226.
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28 (7), 729-737.
- Ebner, G. (2007). Soldatisches Identitätsprofil und psychosoziale Implikationen - Psychosoziale Betreuung von Soldaten in Auslandsmissionen. Wien: Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Ehlers, A. (2006). More evidence for the role of persistent dissociation in PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1112.
- Einsatzführungskommando, J1 / InFü-Truppenpsychologie. (2005). Weisung zur Bewältigung von psychischen Belastungen sowie zur truppenpsychologischen Betreuung und Krisenintervention bei Einsätzen der Bundeswehr: 2. Änderung, Az 66-55-10 vom 27.07.2005.
- Erichsen, J. E. (1866). *On railway and other injuries of the nervous system*. London: Walton & Moberly.
- Evans, L., Cowlishaw, S., Forbes, D., Parslow, R. & Lewis, V. (2010). Longitudinal analyses of family functioning in veterans and their partners across treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 611-622.
- Evans, L., McHugh, T., Hopwood, M. & Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 (6), 765-772.
- Figley, C. R. (Hg.). (1998). *Burnout in Families. The systemic cost of Caring*. Boca Raton: CRC Press.
- Figley, C. R. & Kleber, R. J. (1995). *Beyond the Victim: Secondary Traumatic Stress (in families)*. In R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Hg.), *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*. New York: Springer.
- Filipp, S.-H. (1999). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Filipp (Hg.), *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Beltz.
- Finke, J. (1979). *Schlafstörungen: Ursachen u. Behandlung (2., überarb. Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.
- Fischer, G., Gurrus, N. & Riedesser, P. (2003). *Psychotraumatologie - Konzepte und spezielle Themenbereiche*. In T. von Uexküll & R. H. Adler (Hg.), *Psychosomatische Medizin (S. 632-641)*. München: Urban & Fischer.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie (2. Aufl.)*. München: Reinhardt.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie (4., aktualisierte und erw. Aufl.)*. München: Reinhardt.
- Flottenkommando. (2010a). *Ständiger Befehl der Flotte Nr. 131, Umgang mit psychischen Dienst- und Einsatzbelastungen sowie truppenpsychologische Unterstützung der Flotte, DSK: M1003520128, Neuausgabe Mai 2007, Änderungsstand August 2010*.
- Flottenkommando. (2010b). *Ständiger Befehl der Flotte Nr. 930, Bewältigung von extremen Belastungssituationen durch den Einsatz von Kriseninterventionsteams: DSK: M1003520128, Neuausgabe Mai 2007, Änderungsstand August 2010*.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. (1997). Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorder: comparison of three models of treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (6), 758-765.

- Francisković, T., Stevanović, A., Jelusić, I., Roganović, B., Klarić, M. & Grković, J. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Croatian Medical Journal*, 48 (2), 177-184.
- Fuls, S. (1994). Parenting attitudes and behaviours in Vietnam veterans (Bde. 55, 2279). Dissertation Abstracts International.
- Gall-Peters/Zarbock, Praxisleitfaden Verhaltenstherapie, 2012
- Gehring, A. & Blaser, A. (1982). Minnesota Multiphasic Personality Inventory, dt. Kurzform für Handauswertung, Handbuch. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz - SG), SG Ausfertigungsdatum: 19.03.1956 Vollzitat: „Soldatengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Mai 2005 (BGBl. I S. 1482), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) geändert worden ist“. In: <http://www.gesetze-im-internet.de/sg>, zugegriffen am 27.05.2019.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012, Heft 51
- Gill, J. M., Saligan, L., Woods, S. & Page, G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (4), 262-277.
- Gilman, S. E., Bromet, E. J., Cox, K. L., Colpe, L. J., Fullerton, C. S., Gruber, M. J., Heeringa, S. G., Lewandowski-Romps, L., Millikan-Bell, A. M., Naifeh, J. A., Nock, M. K., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Schoenbaum, M., Stein, M. B., Ursano, R. J., Wessely, S., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2014). Sociodemographic and career history predictors of suicide mortality in the United States Army 2004–2009. *Psychological Medicine*, 44(12), 2579–2592. <https://doi.org/10.1017/S003329171400018X>
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T. & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123 (1-3), 249-257.
- Glenn, D. M., Beckham, J. C., Feldman, M. E., Kirby, A. C., Hertzberg, M. A. & Moore, S. D. (2002). Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 17 (4), 473-489.
- Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J. M. & Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 19 (6), 687-698.
- Goldsmith, S. K., Institute of Medicine (U.S.), & Committee on Pathophysiology & Prevention of Adolescent & Adult Suicide. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press. <http://site.ebrary.com/id/10032422>
- Greene T, Lahav Y, Bronstein P, Solomon Z: The role of ex-POWs' PTSD symptoms and trajectories in wives' secondary traumatization. *JFamPsychol*. 28 (2014), 666-74.
- Häfner, H. & Schmidtke, A. (1991). Selbstmord durch Fernsehen: Die Wirkung der Massenmedien auf Selbstmordhandlungen. In H. Häfner (Hg.), *Psychiatrie: Ein Lesebuch für Fortgeschrittene*. Stuttgart, Jena: G. Fischer.
- Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2019). Suicide Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Cohort Study of Nearly 2.9 Million Discharges. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2). <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12172>
- Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2008). *Systemische Traumatherapie: Konzepte und Methoden für die*

- Praxis (1st Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verl.
- Hauffa, R., Brähler, E., Biesold, K. H. & Tagay, S. (2007). Psychische Belastungen nach Auslandseinsätzen. Erste Ergebnisse einer Befragung von Soldaten des Einsatzkontingentes ISAF VII. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 57, 373-378.
 - Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2010). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population - Results of a representative population survey. Manuscript submitted for publication.
 - Heeresführungskommando, G1. (2007). Befehl Nr. 17, Bewältigung psychischer Belastungen bei Soldaten im Zusammenhang mit Besonderen Auslandseinsätzen: 4. Änderung, Az 23-01-00/42-75-61 vom 18.01.2007.
 - Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9), 1225–1233. <https://doi.org/10.1017/S003329170600780X>
 - Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coyne, J. C., McDaid, D., Feltz-Cornelis, C. M. van der, Gusmão, R., Kopp, M., Maxwell, M., Meise, U., Roskar, S., Sarchiapone, M., Schmidtke, A., Värnik, A., & Bramesfeld, A. (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): An evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 9(1), 428. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-428>
 - Heim, C., Owens, M. J., Plotsky, P. M. & Nemeroff, C. B. (1997). The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder. Focus on corticotropin-releasing factor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 194-207.
 - Heinerth, K. (2004). Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsreaktion. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* (3), 155-168.
 - Heinrichs, N., Bodenmann, G. & Hahlweg, K. (2008). Präventionen bei Paaren und Familien. Göttingen: Hogrefe
 - Heitzmann, B., Helfert, S., & Schaarschmidt, U. (2008). Fit für den Beruf: AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der stationären Rehabilitation. Huber.
 - Hellenthal, A., Zimmermann, P., Willmund, G., Lovinusz, A., Fiebig, R., Bozoyan, C., Maercker, A., & Alliger-Horn, C. (2017). Einsatzerlebnisse, moralische Verletzungen, Werte und psychische Erkrankungen bei Einsatzsoldaten der Bundeswehr. *Verhaltenstherapie*, 27(4), 244–252. <https://doi.org/10.1159/000470848>
 - Hensel, T. (2007). EMDR mit Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
 - Henseler, H. (2000). Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
 - Herzog, J. R. (2008). Secondary Trauma in Family Members of Combat Veterans (National Guard). Unveröffentlichte Dissertation, University of North Carolina.
 - Himmerich, H., Willmund, G., Wesemann, U., Jones, N., & Fear, N. (2017). European military mental health research: Benefits of collaboration. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 163(3), 155–157. <https://doi.org/10.1136/jramc-2016-000676>
 - Hofacker, N., Hommel, S. & Eder, S. (6.-8.09.2007). Kindliches, elterliches und familiales Belastungsprofil bei posttraumatischen und nicht traumatisch-beding-

- ten Fütterstörungen im Säuglings- u. Kleinkindesalter. Vortrag auf der Tagung Übergänge: Salzburg St Virgil.
- Hofmann, A. (1999). EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme.
 - Hofmann, A. (2009). EMDR: Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome (4th Aufl.). Stuttgart: Thieme Georg Verlag KG.
 - Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I. & Koffman, R. L. (2004). Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *New England Journal of Medicine*, 351 (1), 13-22.
 - Hoge, E. A., Brandstetter, K., Moshier, S., Pollack, M. H., Wong, K. K. & Simon, N. M. (2009). Broad spectrum of cytokine abnormalities in panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 26 (5), 447-455.
 - Ikin, J. F., Sim, M. R. & Creamer, M. C. (2004). War-related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans of the 1991 Gulf War. *British Journal of Psychiatry*, 185 (2), 116-126.
 - Ivezić, S., Bagarić, A., Oruc, L., Mimica, N. & Ljubin, T. (2000). Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related post-traumatic stress disorder patients. *Croatian Medical Journal*, 41 (2), 179-183.
 - Jaggi, F. (2008). *Burnout - praxisnah*. Stuttgart, New York, NY: Thieme.
 - Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L. et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6), 916-926.
 - Känel, R. von, Hepp, U., Buddeberg, C., Keel, M., Mica, L., Aschbacher, K. et al. (2006). Altered blood coagulation in patients with posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 68 (4), 598-604.
 - Kapfhammer, H. P. (2008). Anpassungs-, akute und Posttraumatische Belastungsstörung. In H.-J. Möller, H.-P. Kapfhammer & G. Laux (Hg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 659-722). Berlin, Heidelberg: Springer.
 - Kelley, L. P., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M. E., Eakin, D. E. & Flood, A. M. (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (3), 227-235.
 - Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
 - Kibler, J. L., Joshi, K. & Ma, M. (2009). Hypertension in relation to posttraumatic stress disorder and depression in the US National Comorbidity Survey. *Behavioral Medicine*, 34 (4), 125-132.
 - Kirch, D. (2010). *Der Stress-Coach: Die 54 wichtigsten Fragen an den Stress-Coach*. Paderborn: Junfermann.
 - Klaric, M., Klarić, B., Stevanović, A., Grković, J. & Jonovska, S. (2007). Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, 48 (2), 167-176.
 - Klein, S., Appelt, H. J. (Hrsg.), (2010). *Praxishandbuch betriebliche Sozialarbeit*. Asanger Verlag, Kröning
 - Kolb, L. C. & Multipassi, L. R. (1982). The conditioned emotional response: A subclass of the chronic and delayed posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*, 12, 979-987.
 - Kolitzus, H. (2003). *Das Anti-Burnout-Erfolgsprogramm: Gesundheit, Glück und Glaube*. dtv.
 - Kolk, B. A. van der. (1998). *Zur Psychologie und*

- Psychobiologie von Kindheitstraumata. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47 (1), 19-35.
- Kolk, B. A. van der (Hg.). (2000). Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze; Theorie Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
 - Konzept „Kontinuierliche, fachübergreifende, medizinische Betreuung von Bundeswehrangehörigen nach Einsatzschädigung zur Wiederherstellung zum Erhalt und zur Verbesserung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit“, Dr. Matthias Grüne, FüSK 116Az42-01-10, 2013
 - Koren, D., Arnon, I., Lavie, P. & Klein, E. (2002). Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (5), 855-857.
 - Korittko, A. (2006). Trauma und System: Das erstarrte Mobile. In J. Rieforth (Hg.), *Triadisches Verstehen in sozialen Systemen* (S. 129- 142). Heidelberg: Carl-Auer-Verl.
 - Korittko, A. & Pleyer, K. H. (2010). Traumatischer Stress in der Familie: Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
 - Kowalski, J. T., Hauffa, R., Jacobs, H., Höllmer, H., Gerber, W. D., & Zimmermann, P. (2012). Deployment-Related Stress Disorder in German Soldiers. *Deutsches Arzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0569>
 - Kozarić-Kovacić, D. & Kocijan-Hercigonja, D. (2001). Assessment of post-traumatic stress disorder and comorbidity. *Military Medicine*, 166 (8), 677-680.
 - KR-D-10/4 Umgang mit psychisch und/oder physisch Einsatzgeschädigten in der Bundeswehr, Information für Einsatzgeschädigte und Disziplinarvorgesetzte/Vorgesetzte zur Behandlung und weiteren Unterstützungsleistungen der Bundeswehr
 - Kriebel, J. 1987. "Suizidprobleme bei jungen Erwachsenen." *Wehrmed. Mschr.* Heft. 8/1987, August.
 - Krüger, A. & Reddemann, L. (2007). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche: PITT-KID - das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
 - Kulka, R. A. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner Mazel.
 - Kümmel, G. & Biehl, H. (2001). *Warum nicht? - Die ambivalente Sicht männlicher Soldaten auf die weitere Öffnung der Bundeswehr für Frauen*. Strausberg: Sozialwissenschaftliches Institut der Bundeswehr.
 - Kump, B. (2011). Ich kann was, was Du nicht kannst: Synergien in interdisziplinären Teams. *wissens.blitz* (48) abgerufen unter: : http://www.wissensdialoge.de/wp-content/uploads/wissensblitz_48_Interdisziplinarit%C3%A4t_bkump_final.pdf?PHPSESSID=823e4f5a67984c-22d2f1401ad117cb9f
 - Landolt, M. A. (2008). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
 - Langer, G., Zimmermann, M., Behrens, J., & Dreyer-Tümmel, A. (2004). Motive und Gründe für die (Nicht-) Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen vor der Frühberentung. *Das Gesundheitswesen*, 66(08/09), 115.
 - LeardMann, C. A., Powell, T. M., Smith, T. C., Bell, M. R., Smith, B., Boyko, E. J., Hooper, T. I., Gackstetter, G. D., Ghamsary, M., & Hoge, C. W. (2013). Risk Factors Associated With Suicide in Current and Former US Military Personnel. *JAMA*, 310(5), 496.

- <https://doi.org/10.1001/jama.2013.65164> Leibing/ Hiller/Sulz, Lehrbuch der Psychotherapie, 2004
- Leitlinie und Manual zur beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Soldatinnen und Soldaten in regionalen Sanitätseinrichtungen, Zentrum für Psychiatrie und Psychotraumatologie/Psychotraumazentrum, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Klinik VI, Klinischer Direktor OTA PD Dr. med. Peter Zimmermann, 25.02.2019
 - Lenz, A. (2010). Ressourcen fördern: Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Hogrefe Verlag.
 - Lester, D., & Murrell, M. E. (1982). The Preventive Effect of Strict Gun Control Laws On Suicide and Homicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 12(3), 131–140. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1982.tb00935.x>
 - Levine, P. A. & Kline, M. (2006a). Emotionale Erste Hilfe oder: Wie Sie ein gutes Pflaster sein können. In P. A. Levine & M. Kline (Hg.), *Verwundete Kinderseelen heilen* (S. 117-175). München: Kösel.
 - Levine, P. A. & Kline, M. (Hg.). (2006b). *Verwundete Kinderseelen heilen: Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*. München: Kösel.
 - Leymann, H. (1993). *Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
 - Li, C. E., DiGiuseppe, R., & Froh, J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence*, 41(163), 409–415.
 - Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57 (9), 859-866.
 - Lincoln, A., Swift, E. & Shorteno-Fraser, M. (2008). Psychological adjustment and treatment of children and families with parents deployed in military combat. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (8), 984-992.
 - Linneweh, K., Heufelder, A. & Flasnoecker, M. (2010). *Balance statt Burn-out: Der erfolgreiche Umgang mit Stress und Belastungssituationen*. München: Zuckschwerdt.
 - Litzcke, S. M. & Schuh, H. (2010). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz* (5., aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer Medizin.
 - Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586.
 - Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S. & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487.
 - Maguen, S. (2007). *Peacekeeping*. In G. Fink (Hg.), *Encyclopedia of stress*. San Diego: Academic Press.
 - Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3., vollst. bearb. und erw. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
 - Marsella, A. J., Friedmann, M. J., Gerrity, E. T. & Scur_eld, R. M. (Hg.). (1996). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
 - Marshall, R. D., Olsson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1467-1473.
 - McFarlane, A. C. (2009). Military deployment: the impact on children and family adjustment and the

- need for care. *Current opinion in psychiatry*, 22 (4), 369-373.
- McFarlane A. C., Williamson P, Barton CA: The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *JPublicHealth Policy* 30 (2009): 311-27.
 - Miele, D. & O'Brien, E. J. (2010). Underdiagnosis of posttraumatic stress disorder in at risk youth. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (5), 591- 598.
 - Mikulincer, M., Florian, V. & Solomon, Z. (1995). Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress & Coping*, 8 (3), 203-213.
 - Mittag, O. (2011, December). Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation (in Deutschland). In *Public health forum* (Vol. 19, No. 4, pp. 4-e1). No longer published by Elsevier.
 - Mittag, O., Reese, C., & Meffert, C. (2014). (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009. *WSI-Mitteilungen*, 67(2), 149-155.
 - Märtin, S., & Zollmann, P. (2013). Keine Reha vor der Rente? Ergebnisse des Projekts „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“. *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 22, 109-111.
 - Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G.-J., Montfort, P. A. P. Vilters-van & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of posttraumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
 - Morath J, Moreno-Villanueva M, Hamuni G et al: Effects of Psychotherapy on DNA Strand Break Accumulating Originating from Traumatic Stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83 (2014): 289 -297
 - Müller-Farnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F. M., Gerwin, H., & Hansmeier, T. (2005). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Rehabilitation*, 44(05), e32-e45.
 - North Carolina Child Advocacy Institute. (2004). Report. USA.
 - Obrecht, W.(2005).interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. Rahmentext zum Unterthema < Interprofessionellen Kommunikation> der Fachtagung der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich < Soziale Probleme und Interprofessionelle Kooperation vom 21./ 22. Oktober 2005 in Stettbach (Dübendorf)abgerufen unter: www.infostelle.ch/file-download.html?cdid=1253&file=0
 - O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*, 61(3), 503–516. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2004.12.008>
 - Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.
 - Opalic, P. (o. J.). Alter und Familie als Faktoren psychopathologischer Reaktionen bei somatisch Traumatisierten. Internetauszug
 - Palmer, C. (2008). A Theory of Risk and Resilience Factors in Military Families. *Military Psychology*, 20 (3), 205-217.
 - Parsons, J., Kehle, T. J. & Owen, S. V. (1990). Incidence of Behavior Problems Among Children of Vietnam War Veterans. *School Psychology International*, 11 (4), 253-259.
 - Patch, H. (25.07.2009). Letzter Britischer Veteran des ersten Weltkrieges tot: Euronews.
 - Peichl, J. (2007). Traumatisierung aus neurobio-

- logischer Sicht. In J. Peichl (Hg.), Die inneren Trauma-Landschaften. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Perry, B. D., Pollard, R. A. & Blakley, W. (1998). Kindheitstrauma, Neurobiologie der Anpassung und "gebrauchsabhängige" Entwicklung des Gehirnes. Wie Zustände zu Eigenschaften werden. AKJP, 3277-3307.
 - Pescheschkian, N. (2006). Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
 - Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Johnson, D. C. & Southwick, S. M. (2009). Subsyndromal posttraumatic stress disorder is associated with health and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety*, 26 (8), 739-744.
 - Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont. (o. J.). Schlafibel.
 - Ramberg, I.-L., Di Lucca, M., & Hadlaczky, G. (2016). The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(2), 195. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020195>
 - Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2006). Modul Psychische Gesundheit (BELLA Studie): Vortrag auf dem KiGGSSymposium. http://www.dpg-stuttgart.de/Bella_Studie.pdf
 - Reich, J., Lyons, M. & Cai, B. (1996). Familial vulnerability factors to post-traumatic stress disorder in male military veterans. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (2), 105-112.
 - Riggs, D. S. (2000). Marital and Family Therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Hg.), *Effective treatments for PTSD* (S. 280-301). New York: Guilford Press.
 - Rieder, P., 2004, Welche Bedeutung hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Zukunft, Vortrag an der Jahresversammlung der schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie abgerufen unter: <http://www.sgsp.ch/RiederReferat.pdf>
 - Ringel, E. (1998). Selbstmord: Appell an die anderen (6. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
 - Ringel, E. (1999a). Das Leben wegwerfen? Reflexionen über den Selbstmord. Wien: Molden.
 - Ringel, E. (1999b). Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern (7. Aufl.). Klotz, Eschborn.
 - Ringel, E. (Hg.). (1999c). *Selbstmordverhütung* (6. Aufl.). Eschborn: Klotz. Rosenheck, R. (1986). Impact of posttraumatic stress disorder of World War II on the next generation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (6), 319-327.
 - Rosenheck, R. & Fontana, A. (1998). Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (4), 731-742.
 - Rosenheck, R. & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital & Community Psychiatry*, 36 (5), 538-539.
 - Rosenheck, R. & Thomson, J. (1986). "Detoxification" of Vietnam War Trauma: A Combined Family-Individual Approach. *Family Process*, 25 (4), 559-570.
 - Rosenthal, D., Sadler, A. & Edwards, W. (1987). Families and posttraumatic stress disorder. *Family Therapy Collections*, 22, 81-95.
 - Rost, C. (Hg.). (2008). *Ressourcenarbeit mit EMDR: Bewährte Techniken im Überblick*. Paderborn: Junfermann.
 - Rübenach, S. P. (2007). Todesursache Suizid. *Wirtschaft und Statistik* (10), 960-970.
 - Ruffin, R. (2011). Was ist interprofessionelle Zusammen-

- menarbeit. socialdesign, Bildungszentrum IV- Fachtagung, Bern abgerufen unter: : <http://dedocz.com/doc/527060/was-ist-interdisziplin%C3%A4re-zusammenarbeit%3F---socialdesign-...>
- Ruscio, A. M., Weathers, F. W., King, L. A. & King, D. W. (2002). Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5), 351-357.
 - Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.
 - Sack, W. H., McSharry, S., Clarke, G. N., Kinney, R., Seeley, J. & Lewinsohn, P. (1994). The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (7), 387-395.
 - Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (Hg.). (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
 - Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (5), 561-570.
 - Schnurr, P. P. & Green, B. L. (2004). Understanding Relationships among Trauma, PTSD, and Health Outcomes. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Hg.), *Trauma and Health* (S. 247-275). Washington: American Psychological Association.
 - Schoenbaum, M., Kessler, R. C., Gilman, S. E., Colpe, L. J., Heeringa, S. G., Stein, M. B., Ursano, R. J., & Cox, K. L. (2014). Predictors of Suicide and Accident Death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS): Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*, 71(5), 493. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4417>
 - Schultze, S. (2014). Lotse für Einsatzgeschädigte – ein Erfahrungsbericht. In: Kreim, G., Bruns, S. und Völker, B. (Hrsg.). *Psychologie für Einsatz und Notfall*, Bonn: Bernhard und Graefe, S. 376-384
 - Schwarzenbach, T. (29.11.2009). Thema. Salzburger Nachrichten.
 - Shay, J. (1991). Learning about combat stress from Homer's Iliad. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (4), 561-579.
 - Slatcher, R.B., Robles, T.R., Repetti, R.L. & Fellows, M.D. (2010) Momentary work worries, marital disclosure, and salivary cortisol among parents of young children. *Psychosomatic Medicine*, 72, 887 – 896
 - Solomon, Z., Dekel, R. & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 38 (10), 1427-1434.
 - Solomon, Z., Helvitz, H. & Zerach, G. (2009). Subjective age, PTSD and physical health among war veterans. *Aging & Mental Health*, 13 (3), 405-413.
 - Solomon, Z. & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (4), 659-666.
 - Solomon, Z., Mikulincer, M., Freid, B. & Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: a follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Family Process*, 26 (3), 383-394.
 - Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R. et al. (1992). From front line to home front: a study of secondary traumatization. *Family Process*, 31 (3), 289-302.
 - Solomon Z, Zur-Noah S, Horesh D, Zerach G &

- Keinan, G: Contribution of stressful life events throughout the life cycle to combat-induced psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (2008), 318-325.
- Stahl, S. (2008). *Jein! Bindungsängste erkennen und bewältigen; Hilfe für Betroffene und deren Partner*. Hamburg: Ellert & Richter.
 - Stanley, S., Allen, E.S., Markman, H., Saiz, C.C., Bloomstrome, G., Thomas, R., Schumm, W., & Bailey, A.E. (2005). Dissemination and Evaluation of Marriage Education in the Army. *Family Process*, Vol. 44, No. 2, 2005
 - Statistisches Bundesamt. (2008). *Todesursachenstatistik*. www.gbe-bund.de
 - Steele & Fisher. (2009). The impact of deployment length on the health and well-being of military personnel. *Current opinion in psychiatry*, 22, 413-418.
 - Steinberg, A. (1998). Understanding the secondary traumatic stress of children. In C. R. Figley (Hg.), *Burnout in Families. The systemic cost of Caring* (S. 29-46). Boca Raton: CRC Press.
 - Stelzig, M. (2009). *Was die Seele glücklich macht: Das Einmaleins der Psychosomatik* (2., komplett überarb. Neuaufl. Aufl.). Salzburg: Ecowin.
 - Suozzia, J. M. & Motta, R. W. (2004). The Relationship Between Combat Exposure and the Transfer of Trauma-like Symptoms to Offspring of Veterans. *Traumatology*, 10 (1), 17-37.
 - Tanielian, T. L. & Jaycox, L. (2008). *Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery* (Bd. 720). Santa Monica, Calif.: Rand.
 - Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A. & McGreevory, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 993-1000.
 - Thurmaier, F., Engl, J., Hahlweg, K. (2011). *Ein partnerschaftliches Lernprogramm. Kursleitermanual*.
 - Tondo, Leonardo und Ross J. Baldessarini. 2011. "Can Suicide Be Prevented?" *Psychiatric Times*.
 - Trautmann, S., Goodwin, L., Höfler, M., Jacobi, F., Strehle, J., Zimmermann, P., & Wittchen, H.-U. (2017). Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: A standardised comparison with civilians. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 199–208. <https://doi.org/10.1017/S204579601600024X>
 - Trautmann, S., Schönfeld, S., Höfler, M., Heinrich, A., Hauffa, R., Zimmermann, P., & Wittchen, H.-U. (2013). Posttraumatische Belastungsstörungen nach Auslandseinsätzen deutscher Soldaten: Steigt das Risiko mit der Einsatzdauer? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(7), 930–940. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1761-y>
 - Vasterling, I (2011) *EPL-Ein partnerschaftliches Lernprogramm*. Vortrag Braunschweig
 - Vennemann, M. M., Berger, K., Richter, D. & Baune, B. T. (2006). Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (18), A-1222ff.
 - Völker, B., *Psychosoziale Unterstützung in der Bundeswehr*(2014). In: Kreim, G., Bruns, S. und Völker, B.(Hrsg.). *Psychologie für Einsatz und Notfall*, S. 361-369, Bonn: Bernhard und Graefe.
 - Waddington, A., Ampelas, J.-F., Mauriac, F., Bronchard, M., Zeltner, L. & Mallat, V. (o. J.). Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces. *L'Encéphale*, 29 (1), 20-27.
 - Wang, S. & Mason, J. (1999). Elevations of serum T3 levels and their association with symptoms in World War II veterans with combatrelated post-traumatic stress disorder: replication of findings in

- Vietnam combat veterans. *Psychosomatic Medicine*, 61 (2), 131-138.
- Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z. & Weisenberg, M. (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology*, 7 (1), 104-118.
 - Weinberg, D. (2008). *Traumatherapie mit Kindern: Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie* (3rd Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
 - Weinberg, D. (2010). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern: Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit*. Klett-Cotta.
 - Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1001-1008.
 - Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (1), 72-81.
 - Werner, U. S. (Hg.). (2010). *Ich krieg mich nicht mehr unter Kontrolle: Kriegsheimkehrer der Bundeswehr*. Köln: Fackelträger-Verlag.
 - Wesemann, U., Willmund, G. D., Ungerer, J., Kreim, G., Zimmermann, P. L., Bühler, A., Stein, M., Kaiser, J., & Kowalski, J. T. (2018). Assessing Psychological Fitness in the Military – Development of an Effective and Economic Screening Instrument. *Military Medicine*, 183(7–8), e261–e269. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy021>
 - Westerink, J. & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (6), 841-847.
 - Willmund, G.-D., Heß, J., Helms, C., Wertenuer, F., Seiffert, A., Nolte, A., Wesemann, U., & Zimmermann, P. L. (2018). Suicides between 2010 and 2014 in the German Armed Forces-Comparison of Suicide Registry Data and a German Armed Forces Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/sltb.12534>
 - Willmund, G.-D., Waechter, H., Helms, C., Wesemann, U., Heß, J., Seiffert, A., Bambridge, D., Lutz Zimmermann, P., & Himmerich, H. (2019). German research perspectives on suicidality and the rationale for future multinational suicide prevention projects among military service personnel. *International Review of Psychiatry*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1581146>
 - Wittchen, H.-U., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Thurau, C., Trautmann, S., Steudte, S., Klotsche, J., Höfler, M., Hauffa, R., & Zimmermann, P. (2012). Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder in Soldiers Following Deployment Abroad. *Deutsches Aertzblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0559>
 - Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch-integrative Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
 - Woltersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Kohlhammer.
 - Wong, A., Escobar, M., Lesage, A., Loyer, M., Vanier, C., & Sakinofsky, I. (2001). Are UN Peacekeepers at Risk for Suicide? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 103–112. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.103.21305>
 - Yarvis, J. S. & Schiess, L. (2008). Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) as a Predictor of Depression, Alcohol Use, and Health Problems in Veterans. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 23 (4), 395-424.

- Yehuda, R. (2006). Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 137-166.
- Yehuda, R., Bierer, L. M., Schmeidler, J., Aferiat, D. H., Breslau, I. & Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivors. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (8), 1252-1259.
- Yehuda, R., Golier, J. A., Halligan, S. L., Meaney, M. & Bierer, L. M. (2004). The ACTH response to dexamethasone in PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1397-1403.
- Zechel, C. und Schanze, S., 2014. Gemeinsam einander helfen. *Wehrmedizin und Wehrpharmazie*, 38. Jahrgang, Nr.1, S.24-25
- Zentrum Innere Führung der Bundeswehr (Hg.). (2005). *Ausbildungshilfe Menschenführung: Belastungsmanagement - Belastungen und ihre Bewältigung im Frieden und im Einsatz*. Koblenz, Strausberg.
- Zerach R, Aloni R: Secondary traumatization among ex-POWs' adult children: the mediating role of parental bonding. *Anxiety, Stress and Coping* 2014
- Zimmermann, P., Alliger-Horn, C., Wesemann, U., & Willmund, G. D. (2015). Update: Psychische Erkrankungen in der Bundeswehr. *Wehrmedizinische Monatsschrift*, 59(2-20), 34-37.
- Zimmermann P. et al (2018) *Wehrpsychiatrie für eine Armee im Einsatz - Psychiatrische Forschung und Entwicklung in der Bundeswehr 2010 - 2020*
- Zimmermann, P., Höllmer, H., Guhn, A., & Ströhle, A. (2012). Prädiktoren suizidalen Verhaltens bei Bundeswehrsoldaten. *Der Nervenarzt*, 83(3), 359–365. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3243-x>

IMPRESSUM

Herausgeber: Psychotraumazentrum Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Verantwortliche Herausgeber:

Gerd-Dieter Willmünd (BwKrhs Berlin) und
Peter Zimmermann (BwKrhs Berlin)

Gestaltung und Druck: Bundesamt für
Infrastruktur, Umweltschutz
und Dienstleistungen der Bundeswehr,
Referat DL I 4, Zentraldruckerei BAIUDBw,
Fontainengraben 200, 53123 Bonn,
Intranet: <http://zentraldruckerei.iud>

Kontakt:

Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Psychotraumazentrum Forschungssektion
Scharnhorststraße 13 • 10115 Berlin
Telefon: 030 2841 1695
E-Mail: [BwKrhsBerlinPsychotraumazentrum@
bundeswehr.org](mailto:BwKrhsBerlinPsychotraumazentrum@bundeswehr.org)

© Psychotraumazentrum
Bundeswehrkrankenhaus Berlin 2020
3. überarbeitete Auflage 2020
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Über den Herausgeber:

Im Zentrum für Psychiatrie und
Psychotraumatologie / Psychotraumazentrum
werden psychosoziale Forschung und
psychiatrisch-psychotherapeutische
Versorgung von Bundeswehrsoldaten im
Bundeswehrkrankenhaus Berlin vereinigt.