



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

**Maßnahmen
der
Bundeswehr
zur Prävention
und
Versorgung**

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG BEI SOLDATINNEN UND SOLDATEN DER BUNDESWEHR ALS FOLGE VON AUSLANDSEINSÄTZEN



Bachelorarbeit

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften**

Vorgelegt von: Janna Stecker
Matrikelnummer: 1969461
Erstgutachterin: Prof. Dr. Annegret Flothow (HAW)
Zweitgutachter: Dipl. Psych. Helmut Helker (HAW)
Abgabedatum: 23.10.2012

Ein Zitat:

„Menschen verlassen das Land und kehren zurück mit Erfahrungen, die auf extreme Weise anders sind als die ihrer zurückgebliebenen Mitmenschen“

Von Jonathan Shay*

**Jonathan Shay ist amerikanischer Psychotherapeut, der seit vielen Jahren in der Betreuung von Kriegsveteranen tätig ist. In Deutschland ist er durch sein Buch „Achill in Vietnam: Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust“ bekannt geworden, in dem er Parallelen zwischen dem Vietnamkrieg (1960/65 – 30.04.1975) und dem Trojanischen Krieg (wahrscheinlich 12. oder 13. Jahrhundert v. Chr.) aufzeigt, die belegen, dass Kriege in jedem Zeitalter permanente seelische Zerstörungen bei Individuen und Gesellschaften verursachen.*

Inhalt

Inhalt	3
Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
1. Einleitung	8
1.1 Hintergrund	10
1.2 Fragestellung und Ziel	10
1.3 Methode	11
2. Die Posttraumatische Belastungsstörung	12
2.1 Traumatische Ereignisse	12
2.2 Symptome	12
2.3 Diagnostik	14
2.3.1 Kriterien nach ICD-10 (WHO)	14
2.3.2 Kriterien nach DMS – IV 1996	15
2.3.3 Differentialdiagnostik	17
2.5 Epidemiologie	18
2.5.1 Prävalenz	18
2.5.2 Risiko- und Schutzfaktoren	18
2.6 Therapie	20
3. PTBS bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr	21
3.1 Prävalenz bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr	22
3.2 Die Entwicklung der letzten Jahre	23
3.3 PTBS Fälle im Zusammenhang mit den Einsatzgebieten	24
3.4 Vergleich mit anderen Nationen	25
3.5 Dunkelziffer	26
3.6 Ein Fallbeispiel	26
4. Maßnahmen der Bundeswehr	28
4.1 Prävention	30
4.1.1 Vor dem Einsatz	31

4.1.2	Im Einsatz	32
4.1.3	Die Einsatznachbereitung	34
4.2	Screening durch Kölner Risikoindex Bundeswehr	35
4.3	Die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten	36
4.4	Gesetzliche Regelungen	37
4.5	weitere Betreuungsmaßnahmen	39
4.5.1	Bundeswehr intern	39
4.5.2	Bundeswehr extern	40
5.	PTBS und das öffentliche Interesse	41
6.	Befragung von Soldatinnen und Soldaten	42
6.1	Methode	42
6.2	Ergebnisse	43
7.	Diskussion	45
8.	Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerung	47
9.	Literaturverzeichnis	49
10.	Eidesstattliche Erklärung	51
11.	Anhang	52

Abkürzungsverzeichnis

AE	<u>A</u> usland <u>e</u> insatz
BW	<u>B</u> undes <u>w</u> ehr
BMVg	<u>B</u> undes <u>m</u> inisterium der <u>V</u> erteidigung
BVG	<u>B</u> undes <u>v</u> ersorgung <u>g</u> esetz
DSM	<u>D</u> iagnostic and <u>S</u> tatistic <u>M</u> anual of Mental Disorders
EinsatzVVerbG	<u>E</u> insatz <u>v</u> ersorgungs- <u>V</u> erbesserung <u>g</u> esetz
EinsWVG	<u>E</u> insatz <u>w</u> eit <u>e</u> rer <u>v</u> erwendung <u>g</u> esetz
ICD	<u>I</u> nternational <u>C</u> lassification of <u>D</u> iseases
ISAF	<u>I</u> nternational <u>S</u> ecurity <u>A</u> ssistance <u>F</u> orce
KIT	<u>K</u> risen <u>i</u> ntervention <u>t</u> eam
KRI-BW	<u>K</u> ölner <u>R</u> isiko <u>i</u> ndex – <u>B</u> undes <u>w</u> ehr
PTBS	<u>P</u> ost <u>t</u> raumatische <u>B</u> elastungs <u>s</u> törung
PTSD	<u>P</u> ost <u>T</u> raumatic <u>S</u> tress <u>D</u> isorder
SVG	<u>S</u> oldaten <u>v</u> ersorgung <u>g</u> esetz
WHO	die Weltgesundheitsorganisation, engl. <u>W</u> orld <u>H</u> ealth <u>O</u> rganization

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Titelblatt: eigene Fotografie

Abbildung 1 - 7 sind eigene Darstellungen

Abbildung 1: Prävalenz mit und ohne Auslandseinsatz (AE)	S. 22
Abbildung 2: PTBS bei ausgewählten Berufsgruppen -nach Teegen	S. 23
Abbildung 3: PTBS Fälle insgesamt in den letzten Jahren	S. 24
Abbildung 4: PTBS Fälle und Einsatzgebiete	S. 24
Abbildung 5: Vergleich mit USA, UK und Deutschland, Prozente PTBS-Rate 12 Monate	S. 25
Abbildung 6: Das Allgemeine Betreuungsmanagement der Bundeswehr	S. 29
Abbildung 7: Anzahl der Veröffentlichungen der drei Nachrichtendienste im Internet	S. 41

Zusammenfassung

Hintergrund

Rund 6.800 Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr befinden sich derzeit im Ausland und leisten dort ihren Dienst. Sie sind dabei durch terroristische Aktivitäten und kriegsähnliches Umfeld hohen Gefährdungen für Leib und Leben ausgesetzt. Eine der möglichen Folgen dieser Erlebnisse ist die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Methode

Bei dieser vorliegenden Bachelorarbeit handelt es sich um eine literaturbasierte Übersichtsarbeit. Die Inhalte wurden aus der bestehenden Fachliteratur, vorhandenen Studien, Berichten des Ministeriums der Verteidigung, Veröffentlichungen der Bundeswehr selber sowie verschiedenen Medien entnommen, hier zusammengetragen und diskutiert. Zusätzlich wurde eine eigene Untersuchung durchgeführt. Mittels eines Fragebogens, wurde Bundeswehrsoldatinnen und Soldaten nach der Zufriedenheit mit den Maßnahmen der Bundeswehr in Bezug auf die PTBS-Prävention gefragt. Die befragten Personen wurden zufällig ausgewählt (n=12).

Ergebnisse

Soldatinnen und Soldaten mit Auslandseinsatz haben ein 6-10 fach erhöhtes Risiko an PTBS zu erkranken als Soldaten ohne Auslandseinsatz. Die PTBS-Prävalenz bei Einsatzsoldatinnen und Soldaten der Bundeswehr liegen bei 1,95%.

An der eigens durchgeführten Befragung nahmen 12 Soldaten, alle männlich, teil. Das durchschnittliche Alter liegt bei 29 Jahren. 16,6% (2) sind zufrieden mit der Einsatzvorbereitung. Dagegen sind 83,3% (10) eher unzufrieden. Mit den Maßnahmen im Einsatz sind 33,3% (4) zufrieden und 16,6% (2) eher unzufrieden. 50% (6) total unzufrieden. Bei der Einsatznachbereitung zeigte sich, dass 16,6% (2) sehr zufrieden sind. 33,3% (4) mit dieser zufrieden sind und 50% (6) total unzufrieden sind. Den Wunsch nach Verbesserung in der Prävention haben 50% und in der Versorgung 66,6% der befragten Soldaten.

Diskussion

Demnach ist die PTBS-Rate der Bundeswehr deutlich geringer als bei anderen Nationen. Ursachen dafür sind vermutlich die Unterschiede in der Ausbildung, der Einsatzdauer sowie die Einsatzart.

Die Stichprobengröße, der eigens durchgeführten Befragung, von 12 Personen ist eher klein und deren Ergebnisse zeigen lediglich ein Bild der persönlichen Meinungen der Befragten. Diese Ergebnisse auf die gesamte Gruppe von Bundeswehrsoldatinnen und Soldaten zu übertragen ist nicht möglich.

1. Einleitung

Die Bundeswehr ist zu einer Armee im Einsatz geworden. Im Auftrag des Deutschen Bundestags leisteten sie ihren Dienst zunächst in unter UN-Mandat geführten Einsätzen in Kambodscha (1991-1993) und Somalia (1993-1994). Es folgten Einsätze im Rahmen der NATO-Schutztruppe auf dem Balkan in Bosnien-Herzegowina (seit 1996) und dem Kosovo (seit 1999), die bis heute, teilweise unter EU-Führung, andauern. In Folge der Terroranschläge auf das World Trade Center in New York am 11. September 2001 beschloss der Deutsche Bundestag am 20. Dezember 2001 die Entsendung deutscher Soldaten nach Afghanistan und Usbekistan als Teil der NATO-geführten International Security Assistance Force (ISAF). Rund 6.800 Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr befinden sich derzeit im Ausland und leisten dort ihren Dienst. (www.bundeswehr.de)

Von Beginn der Auslandseinsätze an waren deutsche Soldaten in den Einsatzgebieten mit Leid, Elend und den Folgen von Krieg und Gewalt konfrontiert. Dies hat sich mit dem Einsatz in Afghanistan noch verstärkt. Deutsche Patrouillen werden beschossen oder in Hinterhalte gelockt, die Gefahr von Anschlägen durch Selbstmordattentäter oder Sprengfallen ist allgegenwärtig. Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr sind in Auslandseinsätzen vielen Belastungen und Erlebnissen ausgesetzt, die traumatische Ausmaße annehmen können. Die daraus möglicherweise entstehenden psychischen Folgen fanden innerhalb und außerhalb der Bundeswehr in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit. Eine der möglichen Folgen dieser Erlebnisse ist die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Die Symptomatik der PTBS wurde bereits verschiedentlich im Zusammenhang mit den Weltkriegen, dem Vietnam-Krieg, aber auch dem Holocaust thematisiert. PTBS wird seit 1980 im Diagnoseklassifikationssystem der American Psychiatric Association (im englischen: PTSD Post Traumatic Stress Disorder) und seit 1994 im entsprechenden System der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geführt.

Obwohl deutsche Soldatinnen und Soldaten seit Anfang der 1990er-Jahre in Einsätzen sind, wurde das Problem erst in den letzten Jahren offensiv und öffentlich thematisiert. In verschiedenen Medien wurde über die psychische Erkrankung berichtet, in Form von Artikeln, Dokumentationen, Interviews und Spielfilmen. Die Posttraumatische Belastungsstörung, kurz PTBS genannt, ist in den USA schon lange im Bewusstsein der Menschen und immer mehr auch in dem der deutschen Gesellschaft. Dennoch findet sie in vielen Bereichen kaum Akzeptanz.

Die offiziell bekannten Fallzahlen stiegen in den letzten Jahren kontinuierlich an. Es ist zudem davon auszugehen, dass es eine große Dunkelziffer unbekannter Fälle gibt.

Umfassende Präventions- und Behandlungsmaßnahmen sind hier notwendig.

Die vorliegende Bachelorarbeit soll einen Überblick über die Erkrankung und den Umgang mit PTBS, im Zusammenhang mit Auslandseinsätzen, seitens der Bundeswehr geben, in Hinblick auf Prävention, Behandlung und Versorgung von Betroffenen. Ebenso beinhaltet sie die Auswertung einer Befragung von Soldatinnen und Soldaten über ihre persönliche Meinung zu den Maßnahmen der Bundeswehr und deren Zufriedenheit mit diesen.

1.1 Hintergrund

Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr leisten ihren Dienst in friedenserhaltenden und stabilisierenden Auslandseinsätzen unter Mandat internationaler Organisationen. Sie sind dabei durch terroristische Aktivitäten und kriegsähnliches Umfeld hohen Gefährdungen für Leib und Leben ausgesetzt. Dabei erleben sie unter Umständen Situationen, die als traumatisch im Sinne der ICD-10 einzustufen sind. Die Mehrheit der Soldatinnen und Soldaten, die ein oder mehrere entsprechende Erlebnisse erfahren, entwickeln keine oder nur sehr schwache Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die von der politischen und militärischen Seite veröffentlichte PTBS-Prävalenz bei Einsatzsoldatinnen und Soldaten von knapp 2% (Studie der TU Dresden 2010) liegt im Vergleich mit der Prävalenz der Allgemeinbevölkerung und im internationalen Vergleich mit militärischen Kräften anderer Nationen im untersten Bereich. Internationale Studien an Soldatinnen und Soldaten, die aus Kriegs- und Krisengebieten zurückkehren, weisen erheblich höhere Prävalenzen auf, von bis zu 20%. Diese Tatsache kann ein Zeichen dafür sein, dass die Bundeswehr im Hinblick auf die Prävention wirksame und umfassende Betreuungsmaßnahmen bietet. Die kontinuierlich steigenden Fallzahlen und die enorme Bedeutung dieser psychischen Erkrankung für die Betroffenen, deren Angehörige und den Arbeitgeber Bundeswehr, sollten weiterhin Antrieb geben die Maßnahmen weiter auszubauen und zu verbessern, was auch nach eigenen Angaben der Bundeswehr und der Bundesregierung ein großen Stellenwert hat. Es besteht eine Vielzahl an Konzepten und Gesetzen zur Prävention und Behandlung von PTBS bei Angehörigen der Bundeswehr. Aus Sicht von Betroffenen und der Öffentlichkeit wird häufig angegeben, dass es zu wenig Maßnahmen gibt und/ oder diese erst spät erlassen worden und diese mit hohem bürokratischen Aufwand verbunden sein.

1.2 Fragestellung und Ziel

Bei dieser Bachelorarbeit geht es um die Fragestellung: Welche Maßnahmen der Bundeswehr zur Prävention, Behandlung und Versorgung von PTBS bei ihren Soldatinnen und Soldaten gibt es?

Diese Frage wurde durch die eingehende Literaturrecherche beantwortet. Es soll ein Überblick über die Gesamtsituation im Hinblick auf den Umgang mit PTBS geschaffen werden, um das gegenwärtige Angebot einschätzen zu können.

Die zweite Frage die hier beantwortet werden soll lautet: Wie beurteilen die Soldatinnen und Soldaten die Maßnahmen der Bundeswehr bzw. wie zufrieden sind sie mit diesen?

Durch eine Befragung von Soldatinnen und Soldaten soll aufgezeigt werden, wie diese die Maßnahmen beurteilen und einschätzen. Da sie, als Zielpersonen dieser Maßnahmen, direkt betroffen sind und möglicherweise einen anderen Blick auf die Gegebenheiten

haben. Die Befragung erfolgte durch selbst entwickelte Fragebögen. Durch die Abfrage nach der persönlichen Meinung und Wünschen bzw. Vorschläge für Maßnahmen, sollte die Möglichkeit entstehen weitere Handlungsempfehlungen zu formulieren.

1.2 Methode

Um einen Eindruck des Ist- Zustandes der Prävention, Behandlung und Versorgung bei Bundeswehrsoldatinnen und Soldaten im Hinblick auf PTBS zu bekommen, die Situation genauer einschätzen zu können und um die Diskussion des Problemfeldes und die mögliche Entwicklung von Handlungsempfehlungen anzuregen, wurden nachfolgend beschriebene Methoden gewählt.

Bei dieser vorliegenden Bachelorarbeit handelt es sich um eine literaturbasierte Übersichtsarbeit. Die Inhalte wurden aus der bestehenden Fachliteratur, vorhandenen Studien, Berichten des Ministeriums der Verteidigung, Veröffentlichungen der Bundeswehr selber sowie verschiedenen Medien entnommen, hier zusammengetragen und diskutiert. Nach einer ausführlichen Literaturrecherche wurde die für diese Arbeit geeignete Literatur studiert und die Erkenntnisse und Ergebnisse flossen hier mit ein. Zusätzlich wurde eine eigene Untersuchung durchgeführt. Für die Untersuchung wurde eine Methode aus der quantitativen Forschung gewählt und ein Fragebogen entworfen. Mittels des Fragebogens wurden Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr zum Thema PTBS befragt. Diese Umfrage wurde ausgewertet, die Ergebnisse hier vorgestellt und diskutiert. Eine genaue Beschreibung der Vorgehensweise (Methodik) und des Fragebogens ist im Kapitel 6. zu finden.

2. Die Posttraumatische Belastungsstörung

Unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung versteht man eine länger andauernde psychische Störung infolge einer erlittenen Traumatisierung. Diese traumatischen Erlebnisse müssen bestimmte Kriterien erfüllen um eine PTBS als Folge zu haben. Die Kriterien sind in den Klassifikationssystemen ICD-10 bzw. DSM-IV klar definiert. Eine PTBS kann jeder Mensch bekommen, der ein Trauma nach diesen Kriterien erlitten hat. Die Betroffenen reagieren auf extreme psychische Belastungen mit entsprechenden Symptomen. Es ist eine normale Reaktion auf eine abnorme Situation.

2.1 Traumatische Ereignisse

Ein Trauma ist eine extreme Form von Stress. Ein Trauma ist immer mit einer erheblichen physischen und psychischen Bedrohung des Individuums verbunden. Sie beinhaltet intensive Gefühle wie Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen. Die Konfrontation kann den Betroffenen selber oder andere Personen betreffen. Also ein direktes persönliches Erleben oder bei einem Ereignis anwesend sein. Ob eine Situation nur Stress auslöst oder traumatisierend wirkt, hängt auch vom jeweiligen Individuum ab und dessen Ressourcen. Ein Trauma entsteht dann, wenn die Person die entstandenen Grenzverletzungen nicht ausgleichen kann.

2.2 Symptome

Das Erscheinungsbild der PTBS kann sehr unterschiedlich sein. Aber auch hier ist die Symptomatik durch ICD-10/ DSM-IV beschrieben. Die Symptome können in verschiedenen physischen und psychischen Reaktionen und Verhaltensweisen zum Ausdruck kommen.

Die PTBS wird in fünf wesentliche Kernelemente eingeteilt:

1. Konfrontation mit einem **traumatischen Erlebnis** außerhalb der üblichen Erfahrungen
2. Ständiges **Wiedererleben** des traumatischen Erlebnisses
3. Häufiges **Vermeiden** von Stimuli, die mit dem Ereignis im Zusammenhang stehen
4. Anzeichen eines **gesteigerten Erregungsniveaus**
5. **Dauer der Symptomatik** für mindestens einen Monat

Ständiges Wiedererleben

In Alpträumen, Bildern, Filmen und ähnlichem können Teile des Traumas immer wieder erlebt werden. Diese Erinnerungen werden von sehr intensiven Gefühlen begleitet.

Sogenannte Flashbacks (engl. Rückblende) sind sehr starke Wiedererinnerungen bzw. Wiedererleben der traumatischen Situation. Die Betroffenen befinden sich dann wieder in der Situation in der das schreckliche Erlebnis stattgefunden hat, mit allen Sinnesempfindungen wie riechen, schmecken, hören. Der Bezug zur Realität und zur Gegenwart geht in diesen Situationen verloren.

Vermeidungsverhalten

Aufgrund der heftigen Reaktionen, die durch die Erinnerungen an das Trauma entstehen, versuchen Betroffene, diese zu vermeiden. Es werden Aktivitäten und Situationen vermieden, die an das Trauma erinnern könnten. Dies kann zu einer starken Einschränkung im Alltag und der Lebensqualität führen. Darüber hinaus kann es zu einem ausgeprägten sozialen Rückzug führen, so wie einer gefühlsmäßigen Abstumpfung.

(Tegtmeier, 2011, S. 86)

gesteigertes Erregungsniveau

Die Betroffenen leiden häufig unter einer ständigen inneren Unruhe. Folge des erhöhten Erregungsniveaus sind Konzentrationsstörungen. Aufgrund der dieser Übererregbarkeit und der Konzentrationsschwäche kann sich eine Störung der Aufmerksamkeit entwickeln. Des Weiteren kann es zu einer Störung der Gefühlsregulierung kommen. Was zur Folge hat, dass traumatisierte Patienten auf Reize überreagieren können, bis hin zu Wutausbrüchen. Diese können den Umgang mit anderen Menschen, Bekannten und Familienangehörigen erschweren. Darüber hinaus liegen eine erhöhte Empfindlichkeit auf Geräusche sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit vor. (Tegtmeier, 2011, S.85)

Übersicht über die wichtigsten Symptome der PTBS

- Wiedererleben/ Intrusion
- Belastende Träume/ Alpträume
- Flashbacks
- Belastung durch Auslöser/ Schlüsselreize
- Physiologische Reaktionen bei Erinnerungen
- Vermeiden von Gedanken und Gefühlen
- Vermeiden von Aktivitäten und Situationen
- (Teil-) Amnesien
- Verminderungen der Interessen

- Entfremdungsgefühl
 - Eingeschränkte Aktivitäten
 - Eingeschränkte Zukunft
 - Ein- und Durchschlafstörungen
 - Erhöhte Reizbarkeit
 - Konzentrationsstörungen
 - Übermäßige Wachsamkeit
 - Übermäßige Schreckhaftigkeit
- (Tegtmeier, 2011, S.92)

2.3 Die Diagnostik

Nur wenn alle geforderten Kriterien in den verschiedenen Klassifikationssystemen ICD-10 / DSM-IV erfüllt sind, kann die Diagnose PTBS gestellt werden. In den zwei folgenden Abschnitten werden die beiden Klassifikationen vorgestellt. Das erste Mal wurde PTBS im Jahr 1980 in die amerikanischen Klassifikationssysteme psychischer Störungen aufgenommen, im DSM – III (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 1980). Vierzehn Jahre später, 1994 dann im System der WHO unter ICD-10.

2.3.1 Diagnosekriterien nach ICD-10: F 43.1 (WHO)

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) findet sich in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10: F 43.1) auch unter dem Begriff der traumatischen Neurose. Sie entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Dieses Ereignis liegt außerhalb der „normalen“ menschlichen Erfahrung, z. B. Folter, Opfer von Terrorismus, Geiselnahme, Gefangenschaft und unmittelbare Kriegshandlungen. Die resultierende Störung wäre ohne dieses Ereignis nicht entstanden. Prämorbide Persönlichkeitsfaktoren wie bestimmte Persönlichkeitszüge oder neurologische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Entwicklung dieser Erkrankung bevorzugen und deren Verlauf verstärken. Sie sind aber weder nötig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Symptome sind in der Folge sogenannte Nachhallerinnerungen (Flashbacks), das wiederholte Erleben des Traumas, auch in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderer Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Selten kommt es zu dramatischen akuten Ausbrüchen von Angst, Panik und

Aggressionen, ausgelöst durch ein plötzliches Erinnern und intensives Wiedererleben des Traumas oder der Ursprünglichen Reaktion darauf. Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregbarkeit, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depressionen sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogenmissbrauch und übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Die Störung folgt einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann, jedoch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht in eine Persönlichkeitsänderung über.

Diagnostische Leitlinien:

Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann eine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sind häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnorme Verhalten tragen zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung. Späte, chronifizierte Folgen extremer Belastung, das heißt solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 der Andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zu klassifizieren.

Dazugehörige Begriffe: traumatische Neurose (Dilling/ Freyberger, 2008, S.173-174)

2.3.2 Diagnosekriterien nach DMS – IV (1996)

A) Die Person wurde mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.

2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B) Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

1. Wiederkehrende und eindringende belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei jüngeren Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
3. Handeln und Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). Beachte: Bei Kindern kann eine trauma-spezifische Neuinszenierung auftreten.
4. Intensive psychische Behandlung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
5. Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C) Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.
2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.
3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen

6. Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)
7. Gefühl einer Eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben)

D) Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden).
Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen
2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
3. Konzentrationsschwierigkeiten
4. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
5. Übertriebene Schreckreaktion

E) Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als einen Monat an.

F) Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

- Akut: Wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern.
- Chronisch: Wenn die Symptome mehr als drei Monate andauern.

Bestimme, ob: Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt. (Tegtmeier 2011, S.178-180)

2.3.3 Differentialdiagnostik

Da viele Symptome der PTBS unspezifisch sind und auch bei anderen psychischen Erkrankungen angezeigt werden, ist es wichtig diese voneinander abzugrenzen. Andere mögliche Störungen, die einer PTBS ähnlich sind werden hier kurz aufgelistet.

- Anpassungsstörung
- Akute Belastungsstörung
- Persönlichkeitsänderungen
- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Schizophrenie

2.5 Epidemiologie

In den beiden folgenden Abschnitten wird darauf eingegangen, wie hoch die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung liegt und die möglichen Risiko- und Schutzfaktoren werden erläutert.

2.5.1 Prävalenz

Zu der Lebenszeitprävalenz in der Bevölkerung, gibt es verschiedene Angaben. Kessler et. Al. (1995) schätzt, dass die Prävalenz anhand der DSM- Kriterien bei 8% liegt. Bei Frauen (10%) liegt sie doppelt so hoch wie bei Männern (5%). In anderen Studien spricht man von 6% vs. 12%. Diese Zahlen beziehen sich auf die DSM Kriterien. Eine Begutachtung nach den weniger strengen ICD Kriterien, würde die Prävalenz wahrscheinlich höher ausfallen. Männer erleben mehr traumatische Ereignisse als Frauen, aber Frauen erleben mehr Ereignisse mit hoher traumatisierender Wirkung. Das Risiko für Frauen, eine PTBS nach einem traumatischen Erlebnis zu entwickeln, ist mindestens doppelt so hoch wie bei Männern. Das erhöhte Risiko kann nicht durch Unterschiede in der Art der traumatischen Erlebnisse erklärt werden. (Ehlers, 1999, S. 8)

2.5.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Bei der Bewältigung eines Traumas spielen die biologische und psychische Verwundbarkeit (Vulnerabilität; lat. vulnus = Wunde), psychosoziale Faktoren, prätraumatische Faktoren, Art und Eigenschaften des Traumas selbst, posttraumatische Faktoren sowie die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen eine entscheidende Rolle. Die Wahrscheinlichkeit, nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS zu entwickeln, steigt, wenn bestimmte Risikofaktoren bei Betroffenen zu finden sind. (Tegtmeier, 2011, S. 113-116) Besonders gefährdet sind Personen, die bereits in ihrer Kindheit traumatisiert wurden.

In verschiedenen Studien wurden folgende Risikofaktoren identifiziert:

- Frühe Trennungserlebnisse in der Kindheit
- Positive Familienanamnese für Angststörungen
- Positive Familienanamnese für antisoziales Verhalten
- Vorbestehende Depression oder Angst
- Somatische Vorerkrankungen
- Mangelhaft erlebte Unterstützung in der Familie
- Weibliches Geschlecht
- Erhöhte Werte für Neurotizismus

- Psychiatrische Vorerkrankungen
- Geringes Bildungsniveau
- Niedriger sozialer Status
- Missbrauch in der Kindheit
- Geringe Intelligenz
- Anderweitig belastende Kindheit
- Traumaschwere

Aus den gelisteten Risikofaktoren lassen sich die Schutzfaktoren ableiten. Diese haben einen günstigen Einfluss auf die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen. Die nachfolgenden Schutzfaktoren sind überwiegend soziale Ressourcen für die psychische Gesundheit. Soziale Bindungen haben einen wichtigen und positiven Einfluss auf die psychische, wie auch physische, Gesundheit. (Waller 2006, S.57)

Schutzfaktoren:

- Dauerhaft gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson
 - Aufwachsen in einer Großfamilie mit kompensatorischen Beziehungen zu den Großeltern und anderen Personen und dadurch Entlastung der Mutter
 - Überdurchschnittliche Intelligenz
 - Sicheres Bindungsverhalten
 - Gutes Ersatzmilieu nach frühem Verlust der Mutter
 - Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
 - Soziale Förderung
 - Verlässlich unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter
 - Geringe Risiko-Gesamtbelastung
 - Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer lösbarer Beziehungen“
- (nach Tegtmeier, 2011, S. 119)

2.6 Therapie

Die Interventionen und Therapien zielen darauf ab, die traumatischen Erfahrungen zu integrieren, zu regulieren und zu modellieren. (Friedmann et al. 2004, S. 107) Es gibt die Behandlungsmethoden durch Psychotherapie und durch Medikamente. Die psychologische Behandlung von PTBS beinhaltet drei Ziele: Das Traumagedächtnis muss elaboriert werden und in seinen Kontext eingeordnet werden, um intrusives Wiedererleben zu reduzieren. Desweiteren müssen die problematischen Interpretationen des Traumas und / oder seiner Konsequenzen, die das Gefühl der aktuellen Bedrohung

hervorrufen, geändert werden. Als dritter Punkt müssen die Patienten die dysfunktionalen Verhaltensweisen und kognitiven Strategien aufgeben, mit denen sie die wahrgenommene aktuelle Bedrohung und die PTBS- Symptome zu kontrollieren versuchen. Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie sind die Faktoren, dass sich die Betroffenen *verstanden* und *sicher* fühlen. (Ehlers, 1999, S. 28)

Eine medikamentöse Therapie ist nur bei einer sehr ausgeprägten Symptomatik indiziert. Bisher spielte die Psychopharmakotherapie eine untergeordnete Rolle. Vor der Behandlung mit Psychopharmaka ist eine ausführliche Diagnostik wichtig, damit auch andere Störungen sicher erkannt werden. Die Behandlung mit Medikamenten ist kein Ersatz für die Psychotherapie. Sie kann diese nur unterstützen und begleiten. (Tegtmeier, 2011, S. 126) Die am häufigsten eingesetzten Medikamente sind sogenannte SSRIs = Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer.

3. PTBS bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

In diesem Kapitel werden schwerpunktmäßig die Ergebnisse der Studie der Technischen Universität Dresden im Auftrag des Bundesministeriums der Verteidigung AZ: M/SABX/9A004 „Psychische Gesundheit bei SoldatInnen der Bundeswehr im Zusammenhang mit Auslandseinsätzen“ (2010) mit vorgestellt. Untersucht wurden 2370 Personen, davon 153 Frauen, durchschnittliches Alter: 29,5 Jahre. Die ersten Ergebnisse wurden am 6. April 2011 im Rahmen einer Pressekonferenz im Psychotraumazentrum der Bundeswehr in Berlin vorgestellt.

Einsatzbezogene belastende Ereignisse im Auslandseinsatz sind extrem häufig. Nahezu alle Soldaten berichten über multiple belastende Erfahrungen. Jeder zweite Soldat berichtet über traumatische Ereignisse. Im Durchschnitt sind es 21 Ereignisse pro Soldatin/ Soldat. Bei Einsatzsoldatinnen und Soldaten ist die Traumatische-Ereignisrate um das zweifach erhöhte (bei Kampftruppen dreifach, beim Einsatzort Kundus vierfach erhöht). Die Erhöhung ist ausschließlich auf Auslandseinsatzbezogene Ereignisse, vor allem direkte Kampfergebnisse, zurückzuführen. Aber nicht jedes traumatisierende Ereignis führt automatisch zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Es sind weniger die Art, als vielmehr die Häufigkeit und Dichte der Ereignisse, die zu einem Übergang zur PTBS führen. Andere, weitaus häufigere gesundheitliche Belastungen von Auslandseinsätzen (AE) – ganz allgemein- können sein:

Körperliche Belastungen (z.B. Klima, Aufgaben, Krankheits- und Verletzungsrisiko, Verwundungen und Tod)

Seelische Belastungen (z.B. Konfrontation mit fremder Situation und Kultur, Einsatzstress, Bedrohlichkeit, Unsicherheit, Angst, Verzweiflung, Trauer, Wut)

Soziale Belastungen (z.B. Trennung von Familie und Freunden, ungewohnte Interaktionen in Bezugsgruppe)

Andere psychische Probleme bei Soldatinnen und Soldaten die auftreten können:

- Akute Belastungsstörungen
- Depressionen und Suizidhandlungen
- Angststörungen
- Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente, Nikotin)
- körperliche Störungen, chronische Erschöpfung, Schlafstörungen, Anpassungsstörungen

3.1 Prävalenz bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

Bei der Studie der TU Dresden kamen folgende Ergebnisse heraus:

85% berichten von belastenden Ereignissen. Davon sind 50,9% traumatisch erlebte Ereignisse. Insgesamt entstehen bei 75,4% keine Störungen, bei 24,6% treten psychische Störungen auf und 1,95% bilden eine PTBS nach den Kriterien der Klassifikationssystemen ICD-10 / DSM-IV aus.

Die 12-Monatsprävalenz liegt bei 1,95% (95% KI: 137-281) die auf einsatzbezogene Traumata zurückgeführt werden können.

Bei Soldatinnen und Soldaten ohne Auslandseinsätze liegt die Prävalenz bei 0,29 (95% KI: 0,1 – 0,9).

Soldatinnen und Soldaten mit Auslandseinsatz haben ein 6-10 fach erhöhtes Risiko an PTBS zu erkranken als Soldaten ohne Auslandseinsatz.

Die Lebenszeit – Prävalenz liegt bei 5,6%

(zum Vergleich mit Soldatinnen und Soldaten ohne Auslandseinsatz: 3.4%)

Die Abbildung 1 ist zur Verdeutlichung der Prävalenzen mit und ohne Auslandseinsätze.

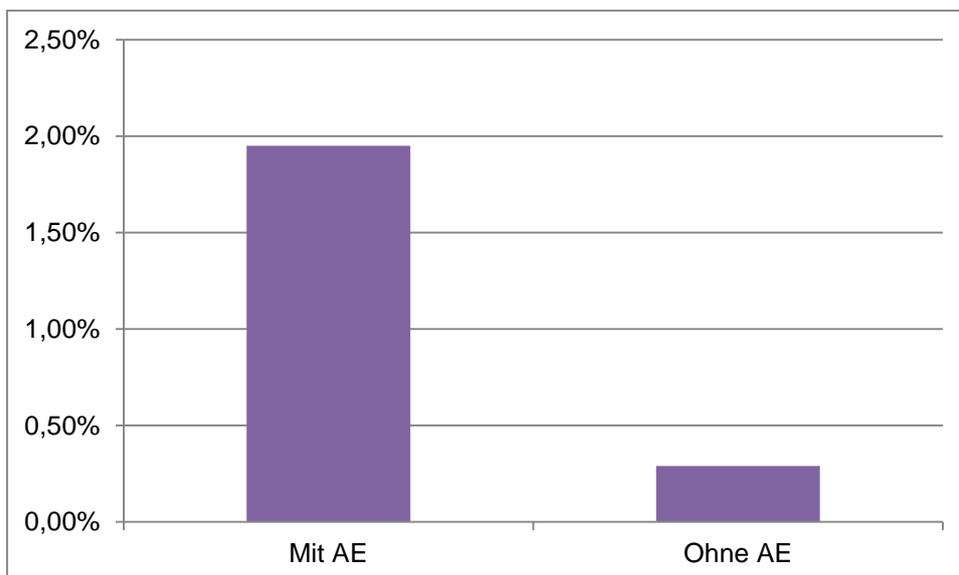


Abb. 1: Prävalenz mit und ohne Auslandseinsatz (AE) Studie der TU Dresden 2010

Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen liegen die PTBS Raten von Soldatinnen und Soldaten eher im unteren Bereich. Was in der Abbildung 2 verdeutlicht wird.

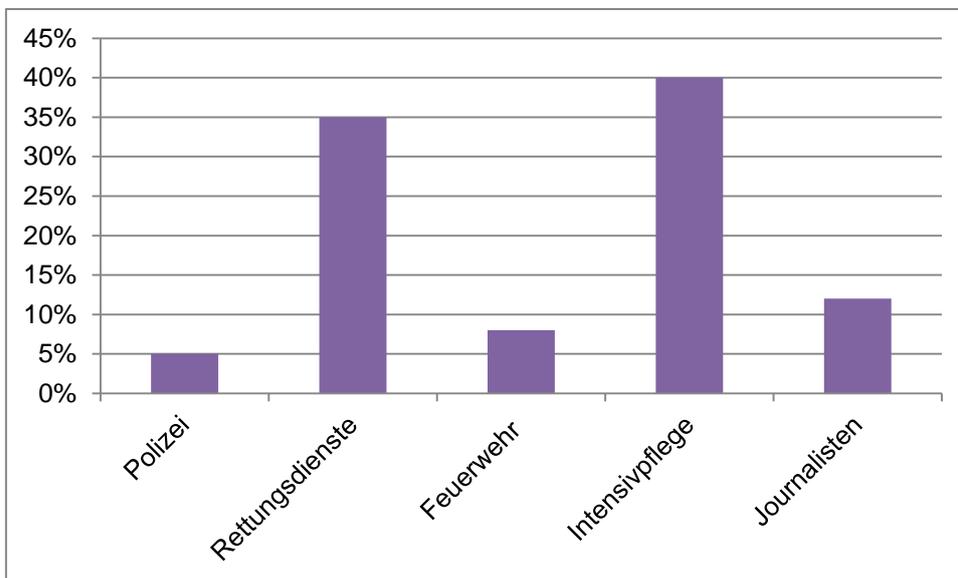


Abb. 2: PTBS bei ausgewählten Berufsgruppen (nach Teegen 2003)

3.2 Die Entwicklung der letzten Jahre

Die Zahlen geben an, wie viele Behandlungen im jeweiligen Jahr wegen einer einsatzbedingten PTBS in den Bundeswehrkrankenhäusern stattgefunden haben, es ist zu erkennen, dass diese kontinuierlich steigen (s.h. Abbildung 3). Dieser Umstand hat verschieden Gründe: Es sind vornehmlich die veränderte Sicherheitslage in den Einsatzgebieten, die gestiegene Intensität der Einsätze und die gewachsene Bereitschaft der Betroffenen, Hilfe zu suchen und sich behandeln zu lassen. (Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/4486 vom 18. 01. 2011) Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass es sich hier nur um Fälle handelt, die in einem Bundeswehrkrankenhaus vorstellig und behandelt worden sind. Die TU Dresden fand heraus, dass etwa nur die Hälfte der Betroffenen Soldatinnen und Soldaten sich Hilfe suchen. Das bedeutet, dass davon auszugehen ist, dass es deutlich mehr PTBS- Fälle gibt. Das Problem der Dunkelziffer, wird im Kapitel 3.5 genauer beleuchtet.

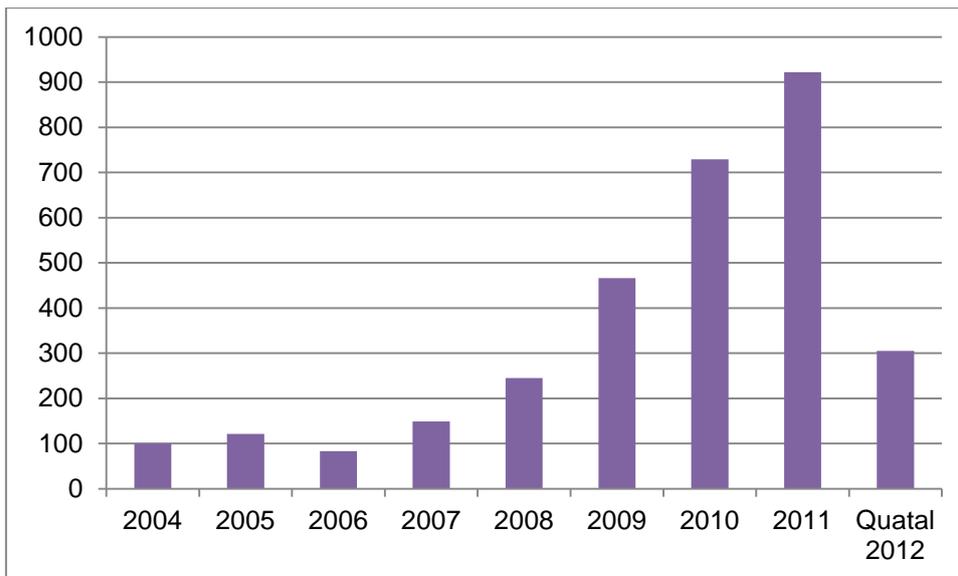


Abb 3:PTBS Fälle insgesamt in den letzten Jahren

(Aktuelle Zahlen zur Posttraumatischen Belastungsstörung in der Bundeswehr: Berlin, 25.04.2012, Presse- und Informationsstab BMVg. <http://www.bundeswehr.de> Zugriff am 23.07.2012)

3.3 PTBS - Fälle im Zusammenhang mit den Einsatzgebieten

Deutsche Bundeswehrsoldatinnen und Soldaten befinden sich z. Z. in verschiedenen Einsatzgebieten weltweit. Zum Beispiel in Afghanistan, Usbekistan, im Kosovo, Bosnien und Herzegowina, Südsudan, Sudan, Mittelmeer, Libanon und am Horn von Afrika. Die Sicherheitslage in den Einsatzgebieten ist unterschiedlich, einer von mehreren Faktoren die für das Entstehen einer PTBS verantwortlich sein kann. Die folgende Grafik stellt dar, wie viele Fälle von PTBS aufgetreten sind, im Zusammenhang mit dem Einsatzgebiet. Seit dem Einsatz in Afghanistan (ISAF) stiegen die PTBS Fälle deutlich an.

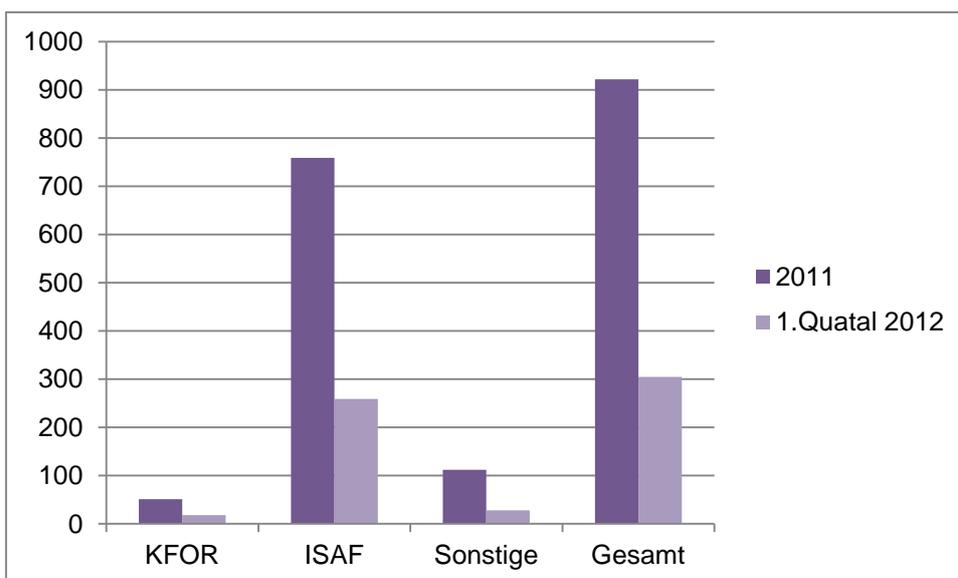


Abb. 4: PTBS Fälle und Einsatzgebiete

(Aktuelle Zahlen zur Posttraumatischen Belastungsstörung in der Bundeswehr: Berlin, 25.04.2012, Presse- und Informationsstab BMVg. <http://www.bundeswehr.de> Zugriff am 23.07.2012)

In genauen Zahlen:

KAFOR (Kosovo)	2011 = 51 Fälle	1. Quartal 2012 = 18 Fälle
ISAF (Afghanistan)	2011 = 759 Fälle	1. Quartal 2012 = 259 Fälle
Sonstige	2011 = 112 Fälle	1. Quartal 2012 = 28 Fälle
Gesamt	2011 = 922 Fälle	1. Quartal 2012 = 305 Fälle

3.4 Vergleich mit anderen Nationen

Im Vergleich mit anderen Nationen wird deutlich, dass die Bundeswehr eine deutlich geringere PTBS-Prävalenz aufzeigt. Es wird vermutet, dass dies verschiedene Gründe hat. Z.B. die längere Ausbildung / Vorbereitung auf den Einsatz, kürzere Einsatzdauer, längere Pausen zwischen den Einsätzen und eine geringere Einsatzintensität (weniger Kampfhandlungen, eine bessere Sicherheitslage). In Zahlen ausgedrückt bedeutet das, dass 82% bis 91% der US-Soldatinnen und Soldaten ein traumatisches Ereignis erleben, davon 45% bis 85% multiple traumatische Ereignisse haben und die PTBS-Raten nach 12 Monaten (nach Einsatz) bei 16,6 % bis 24,6 % liegen. Bei den UK-Streitkräften erleben 81,3% ein traumatisches Ereignis, 42,5% multiple traumatische Ereignisse und die PTBS-Rate nach 12 Monaten liegt bei 4,2% bis 5%. Bei Angehörigen der Bundeswehr hingegen haben 50,9% ein traumatisches Erlebnis, 26,74% multiple traumatische Erlebnisse und die PTBS-Rate nach 12 Monaten liegt bei 1,95%. In Abbildung 5 wird der Vergleich mit den USA und UK verdeutlicht.

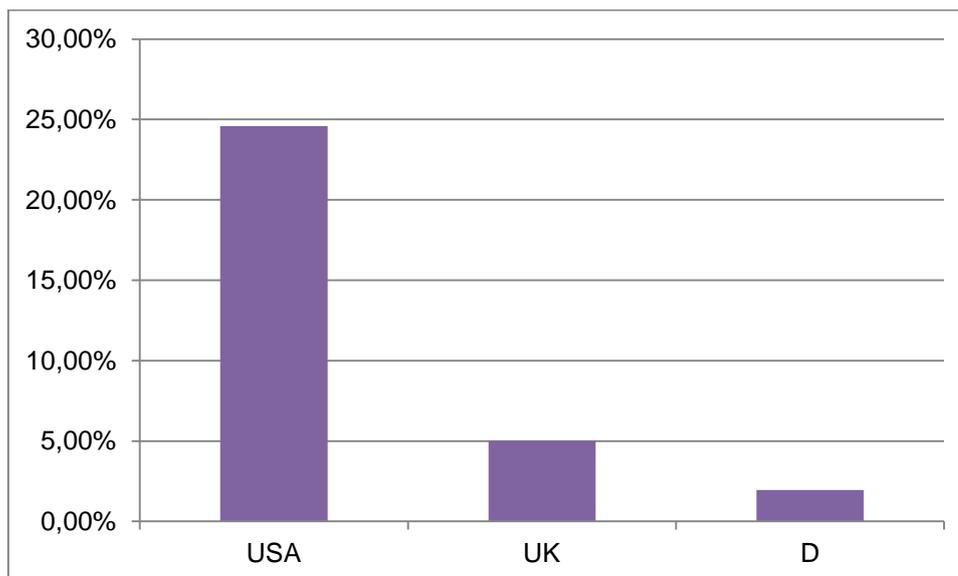


Abb. 5: Vergleich mit USA, UK und Deutschland, Prozente PTBS-Rate 12 Monate
(Studie TU Dresden 2010: Psychische Gesundheit bei SoldatInnen der Bundeswehr im Zusammenhang mit Auslandseinsätzen“)

3.5 Dunkelziffer

Die Angst vor Stigmatisierung und Laufbahnbenachteiligung, viele befürchten einen Karriereknick, sind unter anderem Gründe dafür, dass die Betroffenen ihre Probleme für sich behalten. (Tegtmeier, 2011, S. 23)

Die in Auftrag gegebene Studie vom Ministerium der Verteidigung hatte unter anderem zur Aufgabe zu prüfen, wie hoch die Dunkelziffer von PTBS bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr ist. In der Studie der TU Dresden (2010) ist man zu dem Ergebnis gekommen, dass jede/ jeder zweite durch PTBS Betroffene sich nach eigenen Angaben professionelle Hilfe gesucht hat. Dabei erlaubt der Stand der Auswertung noch keine Aussagen darüber, ob es auch tatsächlich zu einer Behandlung gekommen ist bzw. aus welchen Gründen keine Hilfe gesucht wurde. Die Tatsache, dass nur ein Teil der Soldatinnen und Soldaten mit einer PTBS professionelle Hilfe aufgesucht haben, lässt den Rückschluss auf eine nennenswerte Dunkelziffer zu. Auch die veröffentlichten Zahlen der Bundeswehr zu den PTBS-Fällen (s.h. Abbildungen 3 und 4) sind nur Fälle die sich in einem Bundeswehrkrankenhaus behandeln lassen. Personen die sich privat Hilfe gesucht haben sind nicht erfasst und berücksichtigt.

Ein Rechenbeispiel: Bei über 900 PTBS Fälle in 2011 die sich in Behandlung begeben haben, kommen 900 unerkannte Fälle hinzu. Das ergibt 1800 PTBS Fälle in einem Jahr.

Insgesamt kommt die Studie aber zu dem Ergebnis, dass die Anzahl von PTBS-Erkrankungen nicht das Ausmaß erreicht, wie es gelegentlich in der Öffentlichkeit unter Annahme einer erheblich höheren Dunkelziffer vermutet wurde.

3.6 Ein Fallbeispiel

Robert Sedlatzek-Müller ist Veteran des Kosovo- und Afghanistan-Krieges. Seit Jahren kämpft er gegen die Krankheit PTBS und gegen die Bürokratie der Bundeswehr. Er hat darüber ein Buch geschrieben und tritt in verschiedenen Fernsehsendungen zu dem Thema auf.

Sedlatzek-Müller ist als junger Mann mit der Bundeswehr in den Krieg gezogen. Am 6.03.2002 hat sich für den Soldaten alles geändert. Bei der Entschärfung einer SA-3 Flugabwehrrakete kommt es zur Explosion. Drei dänische und zwei deutsche Soldaten 11 sterben. Sedlatzek-Müller wird von der Druckwelle getroffen. Im Staub versucht er seinen Kameraden zu finden, greift zu und hat plötzlich einen abgerissenen Arm in der Hand. Kurze Zeit später versagen ihm die Beine. Bei der Explosion wird sein Trommelfell beidseitig zerrissen. Seitdem hat er einen Tinnitus. Ansonsten ist er äußerlich fast unversehrt. Er hat überlebt. Doch zunehmend kommt es zu psychischen Problemen und

zur nervlichen Anspannung. Seine Gedanken lassen ihn nicht los. Um einzuschlafen trinkt er sich in den Schlaf. Diese wiederkehrenden Gefühle will er damit betäuben. Bereits ein Jahr nach der Raketenexplosion attestierte ein Arzt bei ihm eine PTBS. Doch nur eines ist passiert: Sedlatzek-Müller wird wieder in den Einsatz geschickt. Eine Gefahr für ihn, seine Kameraden und die Zivilbevölkerung im Krisengebiet. Er wird zunehmend aggressiver, schottet sich von seinen Freunden und Kameraden ab. Später bekommt er durch die unbehandelte PTBS eine Essstörung und die Nesselsucht. Er wird unkonzentriert und vergisst viele Dinge. In seinem Kopf tickt eine Zeitbombe. Die Bilder und Situationen, die Sedlatzek-Müller im Einsatz sah, kommen wie Geister zurück und spuken in seinem Kopf herum. Mit Alkohol und exzessivem Sport will er die Geister des Krieges vertreiben. Er ist nicht mehr derselbe. Der Krieg hat Sedlatzek-Müller verändert. Mit 32 Jahren scheidet er aus der Bundeswehr aus. Ein Veteran, der nun um seinen Verstand und die Anerkennung seiner Wehrdienstbeschädigung durch die Bundeswehr kämpft. (aus dem Buch „Soldatenglück- mein Leben nach dem Überleben“ von Robert Sedlatzek-Müller, 2012 Verlag Edel-Germany)

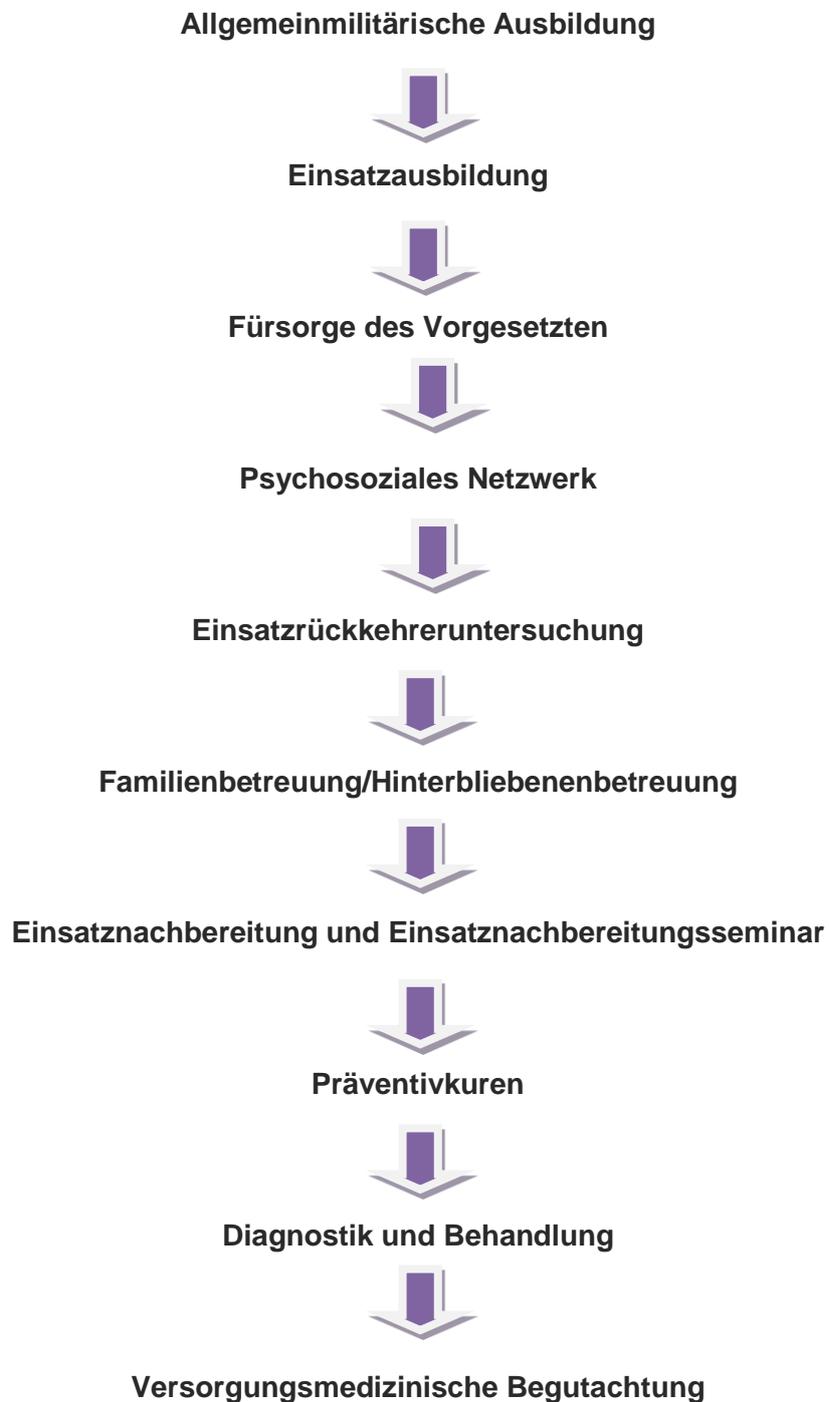
4. Maßnahmen der Bundeswehr

Die Intensität und die Dauer der Einsätze der Bundeswehr haben deutlich zugenommen. Gleichzeitig ist die Zahl der körperlich und der psychisch Einsatzgeschädigten gestiegen. Die Posttraumatische Belastungsstörung ist hierbei nur eine von vielen Arten der psychischen Einsatzschädigungen. Doch ihre medizinischen Besonderheiten und die lange Latenzzeit, sowie das gestiegene öffentliche Interesse von Gesellschaft und Medien räumen PTBS einen gesonderten Stellenplatz ein. Die Bundeswehr und der Gesetzesgeber haben sich inzwischen auf die „neue“ Lage eingestellt. Es wurde das Traumazentrum (Forschungs- und Behandlungszentrum) eingerichtet. Die Bundeswehr hat Konzepte für den Umgang mit einsatzbedingten Belastungen entwickelt, insbesondere zur Prävention vor und Intervention bei einsatzbedingten Belastungen. Auch nach einem Einsatz soll eine Reihe von Nachsorgemaßnahmen die Wiedereingliederung erleichtern und besonders belasteten Soldatinnen und Soldaten Hilfen zur Wiederherstellung und Erhaltung der psychischen Gesundheit geben. (Erster Bericht des Beauftragten des BMVg für einsatzbedingte Posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte, Beauftr PTBS, Berlin 18. Oktober 2011)

Ziel aller Maßnahmen ist die Wiederherstellung der physischen und psychischen Gesundheit sowie die Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit.

Abb. 6 Das Allgemeine Betreuungsmanagement der Bundeswehr:

(Eigene Darstellung in Anlehnung an die des Streitkräfteamt - Truppenpsychologie)



4.1 Präventionsmaßnahmen

„Prävention ist der allgemeine Oberbegriff für alle Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen. Prävention wirkt durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit. Maßnahmen der Prävention umfassen medizinische, psychologische und erzieherische Interventionen...“
(www.leitbegriffe.bzga.de Autor: Peter Franzkowiak)

Seit Beginn der Auslandseinsätze hat die Bundeswehr die Betreuungsmaßnahmen ständig ausgebaut und verbessert. Im Vordergrund steht dabei stets die Prävention. Da die primäre Prävention, also die Vermeidung der traumatischen Situation, im militärischen Bereich in vielen Fällen nicht möglich ist, kommen vor allem sekundäre Präventionsmaßnahmen zu Einsatz. (Maercker 2003, S. 254) Die Maßnahmen konzentrieren sich vor dem Einsatz insbesondere auf eine möglichst realitätsnahe Ausbildung. Im Einsatz steht vor allem die Stabilisierung der Soldatinnen und Soldaten im Einsatzraum im Vordergrund; sie haben den Verbleib bei den Einheiten und die möglichst frühzeitige Wiedereingliederung in den Dienstbetrieb zum Ziel. Die grundsätzlichen Regelungen für den Umgang mit einsatzbedingtem Stress in der Bundeswehr beruhen im Wesentlichen auf zwei Dokumenten:

1. Das zuletzt im März 2004 überarbeitete **„Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen von Soldaten“** (Führungsstab der Streitkräfte) regelt und koordiniert die vielfältigen Maßnahmen, die zur Stärkung bzw. Wiederherstellung der psychischen Stabilität der Soldaten vor, während und nach den Einsätzen erforderlich sind.
2. Das **„Medizinisch-Psychologische Stresskonzept der Bundeswehr“** ersetzt seit Dezember 2004 eine zuvor geltende Richtlinie. Es stimmt die Aktivitäten des Sanitätsdienstes und des Psychologischen Dienstes aufeinander ab und bewegt sich vor allem im Bereich der Primär- und der Sekundärprävention.

Die tragende Säule beider Konzepte ist das „Drei-Phasen-Drei-Ebenen-Modell“, das in den drei Phasen vor, während und nach dem Einsatz die erforderlichen Maßnahmen beschreibt sowie in drei Stufen fachlicher Tiefe die Prävention und Hilfe bei psychischen Belastungen im Einsatz nach Ausmaß und Notwendigkeit regelt. (Deutscher Bundestag Drucksache 16/2587 16. Wahlperiode 15. 09. 2006)

Die drei Phasen in Kürze:

Phase 1: Vor dem Einsatz – Die Vorbereitung

Auseinandersetzung mit den zu erwartenden Belastungen

Maßnahmen zur Stärkung des inneren Gleichgewichts

Organisatorische und administrative Maßnahmen zur Minimierung von Stressoren

Phase 2: Im Einsatz – Die Begleitung

Erkennen akuter psychischer Belastungen und Stressreaktionen

Sofortmaßnahmen zur Vermeidung von Folgeschäden (PTBS)

Phase 3: Nach dem Einsatz – Die Nachbereitung

Reintegration

Erkennen und Behandeln von Folgeschäden (PTBS)

Die drei Ebenen:

Ebene 1:

Selbst- und Kameradenhilfe, Hilfe durch Vorgesetzte und/oder ausgebildete Kameraden

Ebene 2:

Hilfe durch Kriseninterventionsteam, Truppenpsychologin/ Truppenpsychologen, Truppenärztin/ Truppenarzt, Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter, Militärseelsorger (im Rahmen ihres seelsorgerlichen Auftrages)

Ebene 3:

Hilfe durch Fachärztin/Facharzt, Klinische Psychologin/ Psychologe

4.1.1 Vor dem Einsatz

Der Schwerpunkt liegt bei den Auslandseinsätzen der Bundeswehr auf der Vorbereitung, d.h. in der Phase 1, auf der Prävention. Für einen Auslandseinsatz werden die Soldatinnen und Soldaten zielgerichtet ausgebildet. Die Themen „Umgang mit Belastung/Stress“, „Verwundung/Verletzung und Tod“, „Entführung, Geiselnahme und Gefangenschaft“ und „PTBS“ werden behandelt. Ausgewertete Erkenntnisse und Erfahrungen aus Einsätzen fließen in die Ausbildung an den Zentralen Ausbildungseinrichtungen ein (www.bundeswehr.de). Bis eine Soldatin/ ein Soldat in einen Einsatz geht dauert es in der Regel zwei Jahre. Grundsätzliches Ziel der speziellen einsatzvorbereitenden Ausbildung ist es, den Soldatinnen und Soldaten konkrete Einsatzbedingungen und daraus folgende Verhaltensweisen realitätsnah zu vermitteln.

(Tegtmeier 2010, S.89) Es ist umstritten, inwieweit man das Handeln in Situationen von Todesangst vorab trainieren kann. Studien, die vor allem Stresstraining im US-Militär bewertet haben, sind zu unterschiedlichen Ergebnissen gekommen: Eine Untersuchung zeigte, dass das Stresstraining bei Air-Force-Rekruten nicht zu einem besseren Abschneiden führte, eine andere aber wies bessere Ergebnisse bei Fallschirmspringern nach. Grundsätzlich sind Menschen, die traumatische Erfahrungen schon einmal gemacht haben, nicht gelassener. (JS Magazin Ausgabe Aug.2012, S. 30) Neben der Ausbildung in dem Bereiche humanitäre Hilfe bis friedens erzwingenden Maßnahmen beinhaltet die Vorbereitung Unterrichtung über Stress und Stressbewältigung. Grundlage hierfür ist das Medizinisch-Psychologische Stresskonzept der Bundeswehr. Es definiert Aufgaben und Zuständigkeiten bei der Stressbewältigung und der Betreuung der Soldatinnen und Soldaten und ihrer Angehörigen im Zusammenhang mit psychischen Extrembelastungen. (Tegtmeier 2010, S. 91) Diese Aufgabe wird durch den Sanitätsdienst und den Psychologischen Dienst der Bundeswehr erfüllt. Ziel dieser **Ausbildung** ist es, die Einsatzsoldatinnen und Soldaten zu sensibilisieren Stresssymptome bei sich, aber auch bei Kameraden, zu erkennen und frühzeitig Maßnahmen ergreifen zu können. Also das Erlernen von **Stressbewältigungsstrategien**. Weitere vorbeugende Maßnahmen sind die **Personalauswahl** nach Kriterien der persönlichen Fitness und emotionale Stabilität, **Informationen** über Auftrag, Gefährdungslage und Lebensbedingungen im Einsatz. Ebenfalls einen wichtigen Stellenwert hat die **Ausbildung der Führer** (Führen unter Belastung, Gesprächsführung, Stressbewältigung), die Ausbildung für die Truppenärztin/-arzt und Truppenpsychologin/ Truppenpsychologen und die Peerausbildung. Peers sind speziell ausgebildete Soldatinnen/ Soldaten, die die Truppenpsychologin/ Truppenpsychologen im Einsatz dahingehend unterstützen, dass sie als Kamerad/in möglicherweise Betroffene erkennen und ein erstes Gespräch mit ihnen in der Einheit führen können. (Tegtmeier 2010, S. 96) Diese Vorbereitungsinhalte finden sich in den Konzeptionen für die psychische Vorbereitung u.a. nach Bengel 1997, 2001; Hodgkinson & Steward 1998; Raphael et al. 1996 wieder. (Teegen 2003, S. 152)

4.1.2 Im Einsatz

Das Erkennen und Vermeiden von PTBS ist ständige Führungsaufgabe der/des Vorgesetzten der Soldatin/ des Soldaten. Diese/r bedient sich dabei der Unterstützung durch Truppenärztinnen/ -ärzte, Truppenpsychologinnen/ -psychologen, Militärseelsorgerinnen/ -seelsorger und/ oder Sozialarbeiterinnen/ -arbeiter. Sofern nach einem besonders belastenden Einzelereignis im Einsatz die Maßnahmen der psychologischen Selbst- und Kameradenhilfe nicht ausreichen, um eine Stabilisierung der Betroffenen herbeizuführen, können durch Kriseninterventionsteams (KIT) strukturierte

Gespräche und Einzelmaßnahmen zur Nachbereitung durchgeführt werden. Die KIT werden von hierfür speziell ausgebildeten Peers unterstützt. (www.bundeswehr.de)

Unter dem Begriff „Krisenintervention“ versteht man das Eingreifen oder die Sichtung nach dem Höhepunkt einer Gefahr (Hallenberger 2006, S. 91). Im Durchschnitt ist ein/e Truppenpsychologinnen bzw. Psychologe für ca. 1300 Soldaten zuständig. Insgesamt stehen der BW für die Begleitung von Auslandseinsätzen 45 Truppenpsychologinnen und Truppenpsychologen zur Verfügung. Darüber hinaus sind auch die in anderen Bereichen der Bundeswehr eingesetzten Wehrpsychologinnen und Wehrpsychologe, insgesamt 13 Personen, für die Verwendung in Auslandseinsätzen in Zweitfunktion ausgebildet und vorgesehen. Die Kriseninterventionsteams werden bei Bedarf (d. h. nach Eintritt von kritischen Ereignissen) ereignisabhängig zusammengestellt, verlegt und eingesetzt. Dazu stehen ihnen im jeweiligen Kontingent im Durchschnitt 30 speziell ausgebildete Soldatinnen und Soldaten als Unterstützungspersonal zur Verfügung. Krisenintervention findet nach definierten kritischen Ereignissen statt. Kriseninterventionsteams werden demzufolge temporär gebildet. Ihr Einsatz erfolgt dabei lageabhängig und nach einer entsprechenden fachlich-psychologischen Bewertung. Die Lageentwicklung im Einsatzgebiet Afghanistan erfordert aus fachlicher Sicht den verstärkten Einsatz von Maßnahmen des kontinuierlichen Belastungsmanagements, die von den Truppenpsychologinnen und Truppenpsychologen im Einsatz im Zusammenwirken mit den Sanitätseinrichtungen und der Militärseelsorge durchgeführt werden. (Deutscher Bundestag Drucksache 17/4486 - 17. Wahlperiode vom 18. 01. 2011) Desweiteren gibt es Maßnahmen zur Rehabilitation, diese müssen unterschieden werden in Maßnahmen die während des Einsatzes, im Einsatzland und Maßnahmen die im Heimatland (die dreiwöchige Präventivkur) ausgeführt werden. Im Einsatz besteht die Möglichkeit auf eine dreitägige Kurzerholung in sogenannten „Recreation-Centern“, unter der Leitung von Psychologinnen/ Psychologen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Diese Maßnahme steht den Soldatinnen und Soldaten zur Verfügung, welche extremen psychischen Belastungen ausgesetzt waren.

Was in der Einsatzbegleitung beachtet werden muss in Kürze:

- Erkennen und Reagieren auf akute psychische Stressreaktionen
- Prävention von Folgeschäden (Debriefing, Psychiater, ggf. Kriseninterventionsteam)
- Erholungsphasen schaffen
- allgemeine Betreuung (Sport, Unterhaltungsangebote, Betreuungsfahrten, Kurzurlaub)
- Angehörigenbetreuung im Heimatland (Familienbetreuungscentren)

4.1.3 Die Einsatznachbereitung

Etwa 6-8 Wochen nach Einsatzende werden für alle Einsatzteilnehmer 2-3-tägige „Einsatznachbereitungsseminare“ durchgeführt, in denen der Einsatz und die persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse der Soldatinnen und Soldaten in der Gruppe unter Leitung speziell ausgebildeter Moderatoren aufgearbeitet werden. Die Teilnahme an diesen Seminaren ist Pflicht (Gemäß Weisung BMVg FÜ S I 3 „Einsatznachbereitung im Zusammenhang mit Einsätzen der Bundeswehr“ vom 8. September 2008) Familienangehörige können auf Wunsch und bei Bedarf ebenfalls teilnehmen. Besonders belastete Soldatinnen und Soldaten ohne Anzeichen einer spezifisch therapiepflichtigen psychischen Erkrankung können im Rahmen eines Erholungskonzepts im vortherapeutischen Raum eine in der Regel dreiwöchige Präventivkur (Im Jahre 2009 waren das 1424 Kuren und im Jahr 2010 bereits 3051 Kuren laut Deutschem Bundestag) durchführen, in der sie bei ihrer Regeneration unterstützt werden. Diese erfolgt nicht aufgrund einer bestehenden Gesundheitsstörung, sondern dient vielmehr der Vorbeugung möglicher Spätfolgen des Auslandseinsatzes. (www.bundeswehr.de)

Alle Soldatinnen und Soldaten werden nach Rückkehr aus dem Auslandseinsatz einer Rückkehreruntersuchung sowie einer Befragung durch ärztliches Personal unterzogen. Dabei ist u. a. ein wissenschaftlich evaluierter Fragebogen „Skala zur Erfassung von Reaktionen nach Belastungen (PTSS-10)“ auszufüllen. Die Auswertung des Fragebogens ergibt ggf. Hinweise auf erhöhte Stressreagibilität bis hin zum Verdacht auf PTBS. Je nach Ausprägung der Symptomatik hat der Truppenarzt die Möglichkeit, verschiedene Maßnahmen, bis hin zur fachärztlichen Abklärung, zu veranlassen. (Deutscher Bundestag Drucksache 17/4486 - 17. Wahlperiode vom 18. 01. 2011)

Was in der Einsatznachbereitung wichtig ist in Kürze:

- Beginn schon im Einsatzland (Informationen, Gesprächsrunden)
- Urlaub nach Einsatzende soll die Wiedereingliederung in die Familie erleichtern
- Reintegrationsphase mit Einsatznachbereitungsseminar

Ziele sind:

- emotionale Spannungen abbauen
- erlebte Störungen und Belastungen offen ansprechen
- sich auf die weitere Zukunft einzustellen (Dienst in der Heimat)
- Angebot von Einzelgesprächen oder Partnerberatung, wenn erforderlich
- Erkennen von Behandlungsbedarf, vor allem von posttraumatischen Belastungsstörungen.

4.2 Screening durch Kölner Risikoindex Bundeswehr

Zur Prävention und Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung wurde vom Bundesministerium der Verteidigung ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben. Das Gesamtkonzept der Kriseninterventionsmaßnahmen nach kritischen Ereignissen in humanitären und militärischen Einsätzen der Bundeswehr sollte geprüft und verbessert werden. Die Kenntnisse der neuesten Forschungsergebnisse im Bereich Psychotraumatologie bilden die Grundlage für die Optimierung des sogenannten Debriefings (= aus dem Englischen: abgeleitet von briefing = Einsatzbesprechung, das Nachbereiten und die gemeinsame Analyse nach einer wichtigen Situation). Hierbei wurde die Umsetzung der zielgruppenorientierten Unterstützung verfolgt. Grundlage dieses Konzeptes ist die Einstufung der betroffenen Soldatinnen und Soldaten, " nach kritischen Zwischenfällen, in "Selbsteiler", "Wechsler" und "Risikogruppe. Dies geschieht mit Hilfe des Kölner Risiko Index- Bundeswehrversion. Somit steht ein Datenerhebungsinstrument zur Verfügung, welches am Einsatzort, bei Reintegrationsseminaren und von entsprechenden Fachabteilungen der Bundeswehrkrankenhäusern angewendet werden kann. (<http://www.ikpp-bundeswehr.de/>) Zielgruppenorientiert bedeutet: Wer braucht was von wem zu welchem Zeitpunkt in welchem Ausmaß. Voraussetzung dafür, ist die Erfassung von Prädiktoren für eine PTBS, die eine Zuordnung von Betroffenen zu unterschiedlichen Risikogruppen erlaubt (Screening). Ziel des KRI-Bw ist die zuverlässige Prognose einer möglichen PTBS-Entwicklung.

Bereiche des Screenings

Biografische Risikofaktoren

- Vorbelastungen/ Traumavorerfahrungen
- Vorausgehende emotionale Probleme
- Probleme im Beziehungsleben (Familie, Freundschaft usw.)
- Unzufriedenheit im Beruf

Ereignisbezogene Risikofaktoren

- Starke peritraumatische Dissoziation
- Schwere des Ereignisses
- Dauer der Belastung
- Erlebte Todesangst

Risikofaktoren im Traumaverlauf

- Dissoziation
- Wiedererleben des Traumas
- Gesteigerte Erregung
- Nachfolgende belastende Erfahrungen

Differenzierung der Zielgruppen:

„Selbsterholungsgruppe“

Die Gruppe von Traumaopfern, die mit dem natürlichen Verlauf des Traumaverarbeitungsprozesses, mit eigenen Ressourcen und Potentialen, sowie mit der Zeit das Trauma ohne bleibende Beeinträchtigungen verarbeiten.

„Wechslergruppe“

Die Gruppe von Traumaopfern, die das Trauma wie die „Selbsterholer“ im natürlichen Verarbeitungsprozess bewältigen, wenn keine weiteren Störfaktoren (z.B. negative Konsequenzen durch den Arbeitgeber, familiäre/soziale Belastungen, Retraumatisierungen etc.) hinzukommen. Bei Auftreten solcher Störfaktoren im Laufe des Verarbeitungsprozesses, „kippt“ diese Gruppe zu der Risikogruppe hin.

„Risikogruppe“

Die Gruppe von Betroffenen, die durch das Trauma ein hohes Risiko einer chronifizierten psychotraumatischen Belastungsstörung hat. (Streitkräfteamt, Truppenpsychologie, Bernd Völker, Psychosoziale Notfallversorgung in der Bundeswehr, 2. Fachtagung Notfallpsychologie 2010)

4.3 Die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten

Die Behandlung von PTBS-Patienten kann ambulant oder stationär erfolgen. Derzeit gibt es vier Bundeswehrkrankenhäuser an denen eine stationäre Aufnahme möglich ist, in Berlin, Hamburg, Koblenz und Ulm. Somit ist eine ortsnahe stationäre Versorgung nicht immer möglich. Den Betroffenen steht es frei, ob sie sich in eine Einrichtung der Bundeswehr begeben möchten, oder sich im zivilen Bereich Hilfe suchen und behandeln lassen. Die meisten Soldaten bevorzugen eine Versorgung in Bundeswehreinrichtungen, da hier spezifische Kenntnisse über die militärischen Alltagsanforderungen, die Einsatzorte sowie über die Belastungen und Traumatisierungen vorhanden sind. Die Trauma-Therapieverfahren, die in den Bundeswehrkrankenhäusern angewandt werden, entsprechen den üblichen internationalen Behandlungsstandards in der Psychotraumatologie. (Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1/2009 Autor: Karl-Heinz Biesold) Von den 655 PTBS-Erkrankten des Jahres 2010 (bis einschließlich November) wurden 390 ambulant behandelt und 265 stationär. Die Dauer der stationären Behandlung richtet sich nach Art und Häufigkeit der Traumatisierungen sowie nach dem Ausmaß psychischer Belastungen vor Eintritt der Traumatisierungen, die in die Behandlung einbezogen werden müssen. Dem zufolge, besteht eine große Varianz bei der Dauer der stationären Behandlungen, die die Aussagekraft eines Durchschnittswertes relativiert.

Nach klinischer Erfahrung, kann bei den meisten Behandlungsfällen nach drei bis sechs Wochen Behandlungszeit zumindest eine deutliche Verbesserung der Symptome erreicht werden, die eine Wiederaufnahme des dienstlichen und privaten Lebens unter ambulanter Weiterbetreuung oder mit der Option einer erneuten stationären Nachkontrolle ermöglicht. (Deutscher Bundestag Drucksache 17/4486 - 17. Wahlperiode)

Weil auch Partner und Angehörige von der PTBS betroffen sind, ist es in den Niederlanden mittlerweile Standard, dass sie in die Therapie traumatisierter Soldatinnen und Soldaten einbezogen werden. Dies ist in Deutschland nicht der Fall. Familienmitglieder können den Betroffenen viel besser unterstützen, wenn sie über die PTBS Bescheid wissen. Die Familienmitglieder erfahren, wie sie selbst psychisch gesund bleiben und sich entlasten. (JS – Magazin 6/2012)

4.4 Gesetzliche Regelungen

Die gesetzlichen Grundlagen zur Versorgung und anderen Ansprüchen von Einsatzschädigungen sind im Wesentlichen:

Das *Soldatenversorgungsgesetz* (SVG) mit Verweisung auf das Bundesversorgungsgesetz (BVG) sowie weitere Regelungen für Einsatzgeschädigte wurde mit dem *Einsatzversorgungsgesetz* vom 21.12.2004 in das SVG eingefügt.

Das *Einsatzweiterverwendungsgesetz* (EinsWVG) vom 12.12.2007 und die *Versorgungsmedizin-Verordnung*. (Erster Bericht des Beauftragten des BMVg für einsatzbedingte Posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte, Beauftr PTBS, Berlin 18. Oktober 2011) Am 13. Dezember 2011 ist das sog. *Einsatzversorgungs-Verbesserungsgesetz* (EinsatzVVerbG) in Kraft getreten.

Das Soldatenversorgungsgesetz (SVG)

Regelt u.a. die Versorgung von BW-Angehörigen, die eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) erlitten haben (Beschädigtenversorgung). Danach ist im Wesentlichen das BVG mit den dort geregelten Ansprüchen anwendbar.

Das Einsatzversorgungsgesetz

Zweck: Anpassung des Versorgungsrechts der Soldaten/Beamten/Hinterbliebenen an durch zunehmende Auslandseinsätze erhöhte Gefahren und Belastungen

Umsetzung: Schaffung eines eigenen Abschnitts Einsatzversorgung im SVG mit sog. Einsatzunfall

Ergebnis: Einsatzversorgung führt zu verbesserten Versorgungsleistungen unter gleichzeitiger Beseitigung langwieriger/bürokratischer Untersuchungsverfahren

In-Kraft-Treten: rückwirkend ab 01.12.2002

(Deutscher BundeswehrVerband Stand: 11. Januar 2012 - Abteilung Verbandspolitik und Recht - BASIS-INFO Das Einsatzversorgungsgesetz)

Das Einsatzversorgungs-Verbesserungsgesetz (EinsatzVVerbG)

Es beinhaltet u.a. die Verlagerung des bisherigen Stichtags 01.12.2002 auf den 01.07.1992, die Erhöhung der einmaligen Entschädigung und eine verbesserte Versorgung der Hinterbliebenen von Nicht-Berufssoldaten.

Das Einsatzweiterverwendungsgesetz (EinsWVG)

Es stellt ein Sondergesetz für einsatzgeschädigte BW-Angehörige und andere Einsatzteilnehmer dar. Kernelemente sind dabei die Beinhaltung des bisherigen Dienstverhältnisses als Soldat bzw. des Beschäftigungsverhältnisses als ziviler Mitarbeiter und umfassende Ansprüche der Geschädigten während der sog. Schutzzeit. Schwer Einsatzgeschädigte haben grundsätzlich einen Anspruch auf lebenslange Weiterbeschäftigung bei der Bundeswehr. (Erster Bericht des Beauftragten des BMVg für einsatzbedingte Posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte, Beauftr PTBS, Berlin 18. Oktober 2011)

Dennoch ist es ein häufiges Problem, dass den Geschädigten ihr Rechtsanspruch nicht genüge getan wird. Die Anerkennung ist verbunden mit unzähligen bürokratischen Hürden. (Tegtmeier 2011, S.21)

4.5 Weitere Betreuungsmaßnahmen

In diesen Abschnitt geht es um weitere Maßnahmen der Bundeswehr, aber auch um verschiedene Einrichtungen und Institutionen die sich extern gebildet haben, denn abgesehen vom Angebot der BW gibt es eine Vielzahl von „zivilen“ Hilfestellungen im Themenbereich der PTBS. Gemeint sind damit u.a. Vereine und die Internetforen. Häufig wurden diese von Betroffenen und/ oder deren Angehörige ins Leben gerufen. Im Folgenden werden diese, unterschieden in Bundeswehr in- und extern, aufgelistet und kurz beschrieben.

4.5.1 Bundeswehr intern

Der Sozialdienst der Bundeswehr

bietet den an PTBS erkrankten Soldatinnen und Soldaten sowie deren Familien individuelle Beratung und Betreuung in allen sozialen Angelegenheiten.

Die telefonische Beratungshotline

Im Mai 2009 wurde entsprechend des Beschlusses des Bundestages die telefonische Beratungshotline für Soldaten mit einsatzbedingten psychischen Störungen in Betrieb genommen. Betroffene, ihre Angehörigen und Partner können sich anonym für eine fachliche Beratung und Unterstützung unter einer kostenfreien Rufnummer mit dem medizinischen Fachpersonal des Forschungs- und Behandlungszentrums für Psychotraumatologie der Bundeswehr am Bundeswehrkrankenhaus Berlin in Verbindung setzen.

Hilfe per E-Mail

Über ein einfaches Onlineformular besteht hier die Möglichkeit, eine Nachricht oder Frage zu senden. Die Nachricht wird absolut vertraulich durch das Personal des psychosozialen Netzwerks oder des Traumazentrums am Bundeswehrkrankenhaus Berlin beantwortet.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr

bietet auf seiner Seite www.ptbs-hilfe.de zudem weitere Informationen zur Erkrankung und einen Online-Selbsttest. Dieser ersetzt zwar keine Diagnose, kann aber bei der Einschätzung der eigenen Situation helfen.

Psychologischer Dienst der Bundeswehr – Streitkräfteamt

Familienbetreuung in der Bundeswehr – FBZ = Familienbetreuungscentren

PTBS – Beauftragter

Brigadegeneral Christof Munzlinger ist Beauftragter des Verteidigungsministeriums für einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte.

Militärseelsorge

Die katholische und die evangelische Kirche leisten durch die vertraglich vereinbarte Militärseelsorge einen unverzichtbaren Beitrag zur seelsorglichen Betreuung von Soldaten und deren Familien.

4.5.2 Bundeswehr extern

Im **Netzwerk der Hilfe** engagieren sich Organisationen, um Soldaten oder Familien bei Schwierigkeiten zu Helfen. Mit überwiegend ehrenamtlichem Engagement leisten sie soziale, finanzielle oder menschliche Unterstützung und ergänzen die Fürsorge und die Betreuung der Bundeswehr.

- Soldatenfamilien-Netzwerk, Florida
- Frau-zu-Frau online, Idar-Oberstein
- Krisenkompass, Berlin
- Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V., Hörstel
- Soldatenhilfswerk der Bundeswehr e. V.
- Bundeswehr-Sozialwerk e. V., Bonn
- Deutscher Bundeswehrverband e. V., Bonn
- EAS: Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung
- KAS: Katholische Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung
- Forum für Soldatenfamilien e. V., Falkensee
- Angriff auf die Seele
- Deutsche Kriegsopferfürsorge
- Bund Deutscher Veteranen
- du-bist-nicht-allein.net
- Eisblume, Berlin
- Gelbes Netzwerk, Oldenburg
- Oberst Schöttler Versehrten Stiftung
- Solidarität mit unseren Soldaten und ihren Familien, Isny im Allgäu
- Support German Troops e.V.
- TraumAlos, Darmstadt
- Verband der Reservisten der Bundeswehr, Bonn

5. PTBS und das öffentliche Interesse

Das wachsende Interesse der Politik und der Gesellschaft ist zu begrüßen. Da der Rückhalt und die Akzeptanz für viele Soldatinnen und Soldaten wichtig ist. Es spielt auch eine Rolle bei der Entstehung von PTBS.

In den letzten Jahren stieg die Präsenz des Themas PTBS in den Medien merklich. Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie diese Entwicklung sich in Zahlen ausgedrückt zeigt, wurden in diesem Kapitel die Veröffentlichungen der letzten Jahre graphisch dargestellt. Zur Demonstration wurden alle Artikel des *Spiegels – Online.de*, *n-TV.de* und *Tageschau.de* hier berücksichtigt. Auf weitere Medien wurde verzichtet, da dies den Rahmen und die Absicht dieses Kapitels sprengen würde. Es geht lediglich um eine Verdeutlichung des Trends. Diese drei Medienplattformen wurden gewählt, weil sie als vorzeigbar gelten und über ein Archiv verfügen, welches für jede/n frei zugänglich und kostenlos ist. Im Folgenden, sind alle medialen Veröffentlichungen der Nachrichtendienste zusammengefügt und in der Abbildung 7 dargestellt. Über die Gründe dieses Verlaufes kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Darüber hinaus sind in den letzten Jahren etliche Dokumentationen, Bücher und Filme erschienen.

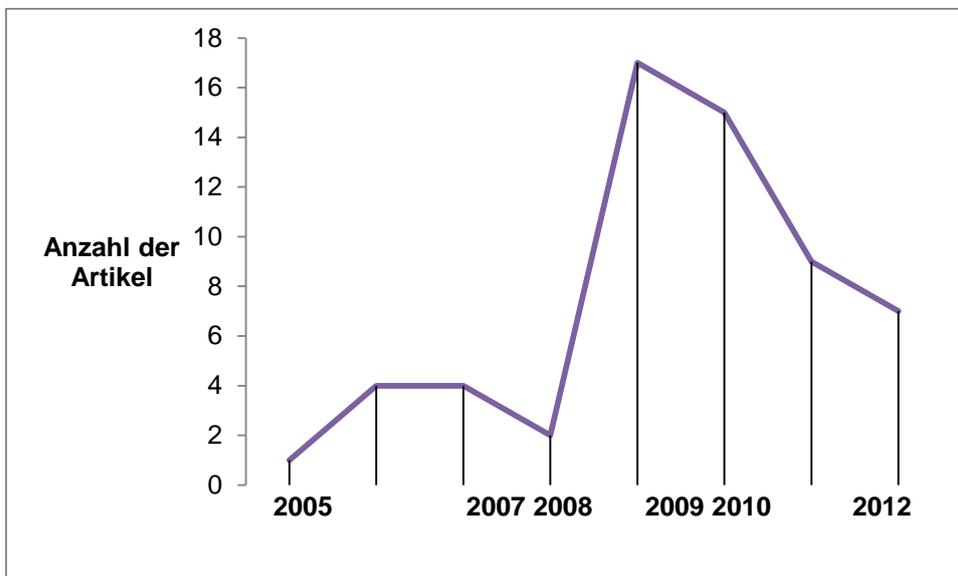


Abb. 7 Anzahl der Veröffentlichungen der drei Nachrichtendienste im Internet

6. Befragung von Soldatinnen und Soldaten

Zusätzlich zu der literaturbasierten Arbeit, über Posttraumatische Belastungsstörung bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr, wurde eine Befragung von Soldatinnen und Soldaten durchgeführt. Ziel dieser Umfrage war es, einen Eindruck von der Meinung und der Zufriedenheit der Soldatinnen und Soldaten zu erhalten, in Bezug auf die Maßnahmen der Bundeswehr im Umgang mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Sowie zu erfahren, wie es um das persönliche Interesse an PTBS unter den Soldatinnen und Soldaten bestellt ist. Da sie, als Zielpersonen dieser Maßnahmen, direkt betroffen sind und möglicherweise einen anderen Blick auf die Gegebenheiten haben. Über die Zufriedenheit der psychologischen Betreuung im Einsatz wird bundeswehrintern evaluiert, aber in der Literatur sind dazu weder Publikationen zu finden noch wird differenziert nachgefragt. Diese Evaluation findet eher in einem allgemeinen Kontext mit dem Ablauf des gesamten Einsatzes statt.

6.1 Methode

Für die Untersuchung wurde eine Methode aus der quantitativen Forschung gewählt und ein Fragebogen entworfen. (Beim Fragebogen kreuzt der Befragte zu verschiedenen Aussagen zu einem bestimmten Thema je nach Grad seiner Zustimmung einen bestimmten Wert an oder sucht sich zu einer Frage die auf ihn zutreffende Antwortalternative aus einer Sammlung von vorgegebenen Antworten aus.) Der Fragebogen (siehe Anhang) beinhaltet, neben einem Anschreiben in dem der Grund und das Ziel dieser Befragung erläutert und auf die Anonymität hingewiesen wird, insgesamt zehn Fragen, mit Unterfragen. Davon sind drei Fragen offen gestellt. Es wurde nach Geschlecht, Alter, Dienstgrad und Häufigkeit der Auslandseinsätze gefragt. Des Weiteren wurde nach der Zufriedenheit mit den Maßnahmen der Bundeswehr in Bezug auf die PTBS-Prävention gefragt, da dies die Hauptfrage ist die es zu klären galt. Es wurde erfasst, ob die Maßnahmen nach persönlicher Sicht ausreichen, ob PTBS in den letzten Jahren an Bedeutung in der Bundeswehr zugenommen hat und wie hoch das eigene Interesse an PTBS ist. Ein Nachteil der quantitativen Befragung kann sein, dass man keine Verbesserungsvorschläge erhält. Dieser Nachteil wurde dadurch verringert, dass als letzter Punkt die Möglichkeit gegeben wurde Wünsche und Empfehlungen mitzuteilen, um daraus gegebenenfalls Handlungsempfehlungen abzuleiten. Die befragten Personen wurden zufällig ausgewählt. Einziges Auswahlkriterium: Sie sind Soldatinnen und Soldaten bei der Bundeswehr. Nach der Durchführung eines Pre-Testes und anschließenden Änderungen im Fragebogen, wurde dieser als E-Mail verschickt oder persönlich verteilt.

22 Bögen wurden ausgegeben bzw. elektronisch versendet. 12 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückerhalten. Das ergibt eine Rücklaufquote von ca. 55%.

Es wurde die Methode der quantitativen Befragung gewählt, da diese Form für das Vorhaben am geeignetsten schien. (Vorteile: die Möglichkeit, eine große Stichprobe zu untersuchen und damit repräsentative Ergebnisse zu erhalten und im Vergleich zu qualitativen Verfahren ein geringerer Zeitaufwand).

Alle gegebenen Antworten und Ergebnisse werden im nachfolgenden Abschnitt (Kapitel 6.2) genau vorgestellt. Die Ergebnisse der Befragung werden im Kapitel 7.1 im Zusammenhang mit den Ergebnissen aus der literaturbasierenden Arbeit diskutiert.

6.2 Ergebnisse

Bei der Befragung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr über ihre persönliche Meinung und Zufriedenheit mit dem Umgang von PTBS und deren Prävention kamen folgend beschriebene Ergebnisse heraus:

An der Befragung beteiligten sich insgesamt 12 Personen (n= 12). Davon 12 Männer und keine Frauen. (Aus diesem Grund wurde im folgenden Text dieses Kapitels auf die weibliche Form verzichtet.) Das durchschnittliche Alter liegt bei 29 Jahren. Die Befragten sind zwischen 26 und 32 Jahren alt. 1/3 der Befragten ist verheiratet, 2/3 leben in festen Partnerschaften. Andere Familienstände (ledig, geschieden/getrennt oder verwitwet) wurden nicht angegeben. Acht Soldaten waren einmal in einem Auslandseinsatz (66,6%). Zwei Soldaten zweimal (16,6%) und ebenfalls zwei Soldaten gaben an, dreimal und öfter im Auslandseinsatz gewesen zu sein (16,6%).

Auf die Frage wie zufrieden die Soldaten mit den Maßnahmen der PTB-Prävention in der Einsatzvorbereitung, im Einsatz und danach sind (Frage 3), kam heraus, dass 16,6% (2) zufrieden sind mit der Einsatzvorbereitung. Dagegen sind 83,3% (10) eher unzufrieden. Mit den Maßnahmen im Einsatz sind 33,3% (4) zufrieden und 16,6% (2) eher unzufrieden. 50% (6) total unzufrieden. Bei der Einsatznachbereitung zeigte sich, dass 16,6% (2) sehr zufrieden sind. 33,3% (4) mit dieser zufrieden sind und 50% (6) total unzufrieden sind.

Die Frage nach bekannten Maßnahmen wurden folgende genannt: Psychologengespräche/ Truppenpsychologen, Gespräche mit Vertrauenspersonen, kath. Seelsorge/ Militärpfarrer, Nachbereitungsseminar/ Einsatznachbereitungsseminar, Präventivkur, Unterricht, Psychologische Ersthelfer

Die Frage (Nr. 5) ob diese Maßnahmen ausreichen oder mehr von Seitens der BW getan werden muss, lieferte folgende Ergebnisse: Ok meinen 16,6% (2). Dass es mehr sein könnten meinen 50% (6) der Befragten und 33,3% (4) empfinden die Maßnahmen als mangelhaft.

Die Wichtigkeit, dass PTBS bei der BW thematisiert wird (auf einer Skala von 1 bis 10) wurde 4x mit 8 und 8x mit 10 beantwortet.

Den Eindruck, dass PTBS in den letzten Jahren stärker in der BW thematisiert wird, haben 8 Soldaten. Vier Soldaten haben diesen Eindruck nicht.

Den Eindruck, dass PTBS in den letzten Jahren stärker in der Gesellschaft thematisiert wird, hat die Hälfte der befragten Soldaten. Die andere Hälfte nicht.

Das persönliche Interesse, dass PTBS in der BW thematisiert wird haben die Befragten auf einer Skala von 1 bis 10 mit den Punkten zwischen 6 bis 10 beantwortet. Einer mit 6, drei mit 7, fünf mit 8 und drei Soldaten gaben die 10 an.

Das persönliche Interesse, dass PTBS in der Gesellschaft thematisiert wird haben die Befragten auf einer Skala von 1 bis 10 ebenfalls mit den Punkten zwischen 6 und 10 beantwortet. Hier sah die Verteilung wie folgt aus: Zwei (16,6%) gaben die 6 an, 4 (33,3%) Personen die 9 und 6 Soldaten (50%) gaben 10 Punkte an.

Mit der letzten Frage (10.a) wird nach Wünschen und/ oder Verbesserungen in Bezug auf die Prävention gefragt. Hier ist jeweils die Hälfte der Soldaten der Meinung, dass es Verbesserungen geben müsste, die andere Hälfte nicht. Genannt wurden hier:

- Vorgespräche mit den Soldaten/Familien um herauszufinden ob der Soldat (die Soldatin) Einsatztauglich sind.
- Mehr auf das Thema eingehen und Folgen/ Konsequenzen der Symptome aufzeigen

Bei der Frage nach Wünschen/ Verbesserungen und Empfehlungen in Bezug auf die PTBS-Betroffenen, sehen 8 von 12 Soldaten Bedarf. Vier von 12 nicht.

Wünsche hier sind:

- Weniger Bürokratie
- Schnellere Hilfe
- Betroffene ernst nehmen
- Soldaten mit den Familien auf Kur schicken
- Familien in die Therapie einbeziehen

7. Diskussion

Methode

Die Literatur die als Grundlage dieser Arbeit diente, ist verschiedenen Ursprungs. Die Inhalte wurden aus der bestehenden Fachliteratur, vorhandenen Studien, Berichten des Ministeriums der Verteidigung, Veröffentlichungen der Bundeswehr selber sowie anderen Medien entnommen. Problematisch ist die Tatsache, dass das Thema PTBS ein ungeheuer weites Themengebiet ist. Es wird in den unterschiedlichsten Bereichen untersucht. Der militärische ist nur einer von vielen. In englischer Sprache sind weitaus mehr Publikation dazu zu finden, als in deutscher Sprache. Diese wurden für diese Arbeit aber nicht genutzt. Die Bundeswehr veröffentlicht nur wenig kritisch beurteiltes Material. Das Finden solcher Quellen gestaltete sich kompliziert. Für das Ziel dieser Arbeit und das beantworten der Forschungsfrage erwies sich die Literatur welche hier mit einfluss, als ausreichend.

Das Vorgehen der Datenerhebung bei der eigenen Umfrage, lässt keine Hinweise auf Vorselektion erkennen. Positive oder negative Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit sind nicht zu erwarten, da hierfür kein Motiv vorlag. Die teilnehmenden Soldaten hatten weder Vor- noch Nachteile von der Teilnahme an der Befragung. Die Anonymisierung ließ keine Rückverfolgung zu, ob und mit welchen Antworten ein bestimmter Teilnehmer die Befragung beantwortet hatte.

Die Methode der quantitativen Befragung durch einen Fragebogen erschien für dieses Vorhaben und das formulierte Ziel zweckmäßig. Ein Nachteil der quantitativen Befragung kann sein, dass man keine Verbesserungsvorschläge erhält. Dieser Nachteil wurde dadurch verringert, dass als letzter Punkt die Möglichkeit gegeben wurde Wünsche und Empfehlungen mitzuteilen, um daraus gegebenenfalls Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Ergebnisse

Die hier untersuchte Literatur erfüllt den Zweck einen Überblick über den Ist-Zustand innerhalb der Bundeswehr zu geben und die Maßnahmen aufzuzeigen. Doch die Zahlen die die Prävalenz der PTBS-Fälle von Soldatinnen und Soldaten in Deutschland zeigen, sind ausschließlich auf die Studie der TU Dresden zu entnehmen. Eine andere, vergleichbare Studie wurde nicht durchgeführt. Die Zahlen die die Bundeswehr veröffentlicht werden ebenfalls aus der Studie entnommen. Diese Studie wurde damals vom Ministerium der Verteidigung in Auftrag gegeben. Demnach liegt die Prävalenz bei

knapp 2%. Bei den US-Streitkräften liegt sie bei 16,6 % bis 24,6 %. Bei den UK-Streitkräften liegt diese bei 4,2% bis 5%. Demnach ist die PTBS-Rate der Bundeswehr deutlich geringer als bei anderen Nationen. Ursachen dafür sind vermutlich die Unterschiede in der Ausbildung, der Einsatzdauer sowie die Einsatzart.

Die Stichprobengröße von 12 Personen ist eher klein und deren Ergebnisse zeigen lediglich ein Bild der persönlichen Meinungen der Befragten. Diese Ergebnisse auf die gesamte Gruppe von Bundeswehrsoldatinnen und Soldaten zu übertragen ist nicht möglich. Dies war aber auch nicht das Ziel der Untersuchung. Die Frage die hier beantwortet werden sollte lautete: Wie beurteilen die Soldatinnen und Soldaten die Maßnahmen der Bundeswehr bzw. wie zufrieden sind sie mit diesen? Diese wurde durch die Befragung beantwortet und somit das Ziel der Untersuchung erreicht.

Defizite der Untersuchung sind, dass nur Männer an der Befragung teilgenommen haben. Die Meinung von Soldatinnen ist so nicht ermittelt worden. Wobei offen bleibt ob sich dies von denen der männlichen Kameraden unterscheidet.

Die Gruppe ist homogen. Alle haben Einsatzerfahrungen, leben in festen Partnerschaften und der Altersunterschied ist nicht hoch. Zwischen 26 und 32 Jahren sind die Soldaten alt. Es haben weder sehr junge Soldaten (unter 25 Jahren), noch ältere Soldaten (über 35 Jahre) teilgenommen. Sogenannte Ausreißer waren bei der Auswertung nicht zu finden. In den meisten Fällen wurden Antwortmöglichkeiten mehr als von einer Person genannt.

Deutlich zu erkennen ist, dass ein Großteil der Befragten Soldaten mit den Maßnahmen zur PTBS-Prävention vor, im und nach dem Einsatz unzufrieden ist. Die Maßnahmen zur Prävention waren bekannt. Der Fragebogen enthält insgesamt 10 Fragen mit Unterfragen. Davon waren drei offengestellt. Auffällig war, dass nur wenige bei den offenen Fragen eine Antwort formulierten (3 von 12 Personen). Antworten die hier gegeben wurden ähnelten denen, welche bereits aus der Fachliteratur bekannt sind. Zum Beispiel: weniger Bürokratie, Familien mit einbeziehen, schnelle Hilfe u.a. Weitere auffällige Ergebnisse waren, dass die Thematisierung von PTBS in der Gesellschaft, den Soldaten wichtiger ist als die Thematisierung innerhalb der Bundeswehr. Ebenso ist es ihnen wichtiger, dass eine Verbesserung bei der Versorgung von Betroffenen erreicht wird, als in der Prävention. Den meisten Befragten ist das Thema PTBS wichtig und es ist ihnen aufgefallen, dass es in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen hat, gesellschaftlich so wie in der Bundeswehr.

8. Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerung

Dem Ministerium der Verteidigung ist bewusst, dass es im Bereich der PTBS- Prävention, wie auch in der Versorgung von Betroffenen, Handlungsbedarf besteht und weiterhin ausgebaut werden muss. Ebenso wie es den Verantwortlichen klar ist, dass die Bundeswehr in diesem Gebiet noch nicht so weit ist, wie es vielleicht in anderen Nationen bereits der Fall ist. (Dies sagte der Verteidigungsminister Herr de Maiziere in der Talksendung „Anne Will“ am 17.10. auf ARD)

Auch wenn die PTBS-Prävalenz bei Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr im Vergleich eher niedrig erscheint, so steigen die Zahlen doch stetig. Besonders deutlich seit dem Einsatz in Afghanistan (ISAF). Im Jahr 2011 rund 900 bestätigte Fälle. Die Anzahl der unbekannteren Fälle kann nur geschätzt werden. Aus diesen Gründen muss die Bundeswehr schnell handeln.

Die Studie der TU Dresden, ist die erste die sich in diesem Ausmaß mit der Thematik beschäftigt hat. Häufig zeigen sich aber die psychischen Folgen eines Einsatzes erst später. Langzeitstudien gibt es noch nicht. Diese Studie wurde im Auftrag des Ministeriums der Verteidigung durchgeführt. Extern Untersuchungen haben noch nicht stattgefunden.

Nicht nur die Betroffenen leiden sondern auch ihre Familien. Sie brauchen schnelle und unbürokratische Hilfe. Dies fordern die Soldatinnen und Soldaten immer wieder. Die Verantwortlichen sind auf einem guten Weg. Das Problem ist bekannt und der Wille zu handeln besteht. Häufig aber immer noch zu langsam. Sollte dies unter anderem Gründe im Personalbereich haben, sollte dafür gesorgt werden, dass es ausreichend und fachkundiges Personal gibt. Das Therapieangebot müsste in Deutschland an vielen Standorten möglich sein und die Familien sollten mit einbezogen werden.

Mit der eigens durchgeführten Befragung war es ein Anliegen, die Meinung der Soldatinnen und Soldaten zu erfahren, bezüglich der Maßnahmen und Versorgung im Bereich PTBS seitens der Bundeswehr. Auch hier wurde deutlich, dass die Soldaten nicht zufrieden mit der Situation sind. In wieweit die Bundeswehr intern selber nach der Meinung ihrer Soldatinnen und Soldaten fragt, war bei der eingehenden Literaturrecherche nicht herauszufinden. Dies lässt vermuten, dass, wenn solche Untersuchungen stattfinden, diese nicht veröffentlicht werden.

Eine besondere Herausforderung: Bei den Soldatinnen und Soldaten bestehen breitgefächerte soziodemografische Hintergründe. Konzepte zu entwickeln, die jede/jeden dort abholen wo sie/er steht sind wichtig, um alle mit präventiven Maßnahmen zu erreichen. Auch hier können Befragungen der Zielgruppe helfen. Um zu erfahren was sie sich wünschen und was sie brauchen.

Aber es muss an dieser Stelle auch gesagt werden, dass es Situationen im Einsatz geben kann auf die es keine Vorbereitung gibt. Hier ist es dann wichtig, dass die Menschen sofort und bestmögliche Hilfe erhalten.

Die Bundeswehr ist einer der größten Arbeitgeber in Deutschland und trägt eine noch größere Verantwortung für seine Soldatinnen und Soldaten.

9. Literaturverzeichnis

ARD Talksendung „Anne Will“ vom 17.10.2012 mit dem Thema: Auslandseinsatz Afghanistan – war es die Opfer wert?

Biesold, Karl-Heinz, Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1/2009 „WENN DER EINSATZ NICHT VORBEIGEHT“

Deutscher Bundestag Drucksache 16/2587 16. Wahlperiode vom 15. 09. 2006 *Die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage: Posttraumatische Belastungsstörungen von Soldatinnen und Soldaten*

Deutscher Bundestag Drucksache 17/4486 - 17. Wahlperiode vom 18. 01. 2011
Die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage: Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Angehörigen der Bundeswehr

Deutscher BundeswehrVerband Stand: 11. Januar 2012 - Abteilung Verbandspolitik und Recht - BASIS-INFO Das Einsatzversorgungsgesetz

Dilling / Freyberger, WHO Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 4. Auflage 2008, Huber Verlag

Ehlers, Anke, Posttraumatische Belastungsstörung, Band 8, Hogrefe-Verlag, Göttingen 1999

Erster Bericht des Beauftragten des BMVg für einsatzbedingte Posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte, Beauftragter PTBS, Berlin 18. Oktober 2011

Franzkowiak, Peter www.leitbegriffe.bzga.de Zugriff am 09.08.2012

Friedmann, Hofmann, Lueger-Schuster, Steinbauer, Vyssoki (Hrsg.) Psychotrauma – die posttraumatische Belastungsstörung 2004 Springer Verlag / Wien

Hallenberger, Frank, Psychologische Krisenintervention für Einsatzkräfte, Frankfurt 2006, Verlag für Polizeiwissenschaft

<http://www.bundeswehr.de> Zugriff am 23.07.2012

<http://www.ikpp-bundeswehr.de> Zugriff am 06.07.2012

JS Magazin – Die evangelische Zeitschrift für junge Soldaten Ausgabe August 2012 /
evangelische Seelsorge in der Bundeswehr Artikel: Einsatz – Todesangst

und

Ausgabe Juni 2012 Artikel: Wenn der Krieg nach Hause kommt – PTBS und Familie

Maercker, Andreas, Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung, 2. Auflage 2003,
Springer Verlag

Sedlatzek-Müller, Robert, Soldatenglück- mein Leben nach dem Überleben“ 2012 Verlag
Edel-Germany

Streitkräfteamt, Truppenpsychologie, von Bernd Völker, Psychosoziale Notfallversorgung
in der Bundeswehr, 2. Fachtagung Notfallpsychologie 2010

Studie der Technische Universität Dresden im Auftrag des Bundesministeriums der
Verteidigung von Hans-Ulrich Wittchen, Sabine Schönfeld AZ: M/SABX/9A004

„Traumatische Ereignisse, PTBS und andere psychische Störungen bei SoldatInnen mit
und ohne Auslandseinsatz“

Teegen, Frauke, Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen,
Prävalenz – Prävention – Behandlung, 1. Auflage 2003 Verlag Hans Huber, Bern

Tegtmeier, Catri und Michael A., PTBS Das unsichtbare Leid, Walhalla Fachverlag,
Regensburg 2011

Tegtmeier, A. Michael, Traumatischer Stress bei militärischen Kräften, Hamburg 2010,
Verlag Dr. Kovac

Waller, Heiko, Gesundheitswissenschaft, Eine Einführung in die Grundlagen und Praxis,
4. Auflage, Stuttgart 2006, Kohlhammer Verlag

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 22.10.2012

Janna Stecker

10. Anhang

Fragebogen zum Thema Posttraumatische Belastungsstörung



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

mein Name ist Janna Stecker. Ich bin Studentin im Studiengang Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS).

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit wird diese Umfrage durchgeführt. Ziel der Befragung ist es, herauszufinden welche Meinung Sie als Soldatin/ Soldat der Bundeswehr in Bezug auf die bestehenden PTBS-Maßnahmen der Bundeswehr haben und welche Änderungs- bzw. Verbesserungsmöglichkeiten es aus Ihrer Sicht gibt. Die Ergebnisse dieser Umfrage werden im Rahmen meiner Bachelorarbeit ausgewertet und fließen in diese mit ein.

Selbstverständlich werden sämtliche Daten anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich.

Ich freue mich sehr, wenn Sie sich die Zeit zur Beantwortung der Fragen nehmen!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !



1. Angaben zur Person

Geschlecht: Männlich Weiblich

Alter: Jahre alt

Familienstand:

ledig verheiratet verwitwet
 geschieden/getrennt lebend feste Partnerschaft

Dienstgrad: _____

2. Wie häufig waren Sie im Auslandeinsatz? (Bitte ankreuzen)

Gar nicht Einmal Zweimal Dreimal und öfter

3. Wie zufrieden sind Sie mit den Maßnahmen der Bundeswehr im Bezug auf die PTBS- Prävention im allgemeinen - Einsatzvorbereitung, Betreuung im Einsatz und Nachbereitung? (Bitte ankreuzen)

	Einsatzvorbereitung	Betreuung im Einsatz	Einsatznachbereitung
Sehr zufrieden			
Zufrieden			
Eher unzufrieden			
Total unzufrieden			
Kann ich nicht beurteilen			

4. Welche Maßnahmen kennen Sie?



5. Sind die Maßnahmen, die Sie kennen, Ihrer Meinung nach ausreichend oder müsste die Bundeswehr mehr im Bereich PTBS tun? (Bitte ankreuzen)

Völlig ausreichend

Ist ok

Könnte mehr sein

Mangelhaft

Kann ich nicht beurteilen

6. Wie wichtig ist es Ihnen, dass die Erkrankung PTBS bei der Bundeswehr thematisiert wird?

(Zahl bitte ankreuzen. Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 = sehr wichtig und 1 = total unwichtig bedeutet.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Haben Sie den Eindruck, dass die Posttraumatische Belastungsstörung in den letzten Jahren stärker innerhalb der Bundeswehr thematisiert wird?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

8. Haben Sie den Eindruck, dass die Posttraumatische Belastungsstörung in den letzten Jahren stärker in der Gesellschaft thematisiert wird?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

9. Wie wichtig ist es Ihnen, dass die Posttraumatische Belastungsstörung stärker thematisiert wird?

a) in der Bundeswehr

(Zahl bitte ankreuzen. Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 = sehr wichtig und 1 = total unwichtig bedeutet.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) in der Gesellschaft

(Zahl bitte ankreuzen. Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 = sehr wichtig und 1 = total unwichtig bedeutet.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



10. Haben Sie Wünsche bzw. Empfehlungen, was die Bundeswehr in Zukunft ändern oder verbessern sollte in Bezug auf...

a)... die Prävention von Posttraumatischen Belastungsstörungen? (Bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Zu 10. a) Wenn Ja, welche?

b)...den Umgang mit Betroffenen, die an Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden (Bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Zu 10.b) Wenn Ja, welche?

Vielen Dank fürs Mitmachen!!!

