



Umgang mit traumatisierenden Ereignissen im militärischen Auslandseinsatz

Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit von Soldaten und Soldatinnen

Bachelorarbeit

Vorgelegt von: Katharina Hepke (2075703)

Betreuende Prüferin:

Frau Prof. Dr. Chr. Färber

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Zweite Prüferin:

Frau Dipl. Ges.wirtin W. Bendt

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Abbildung 1: Titelbild: Lufttransport eines Verletzten (©Joel van Houdt Fotografie)

Abbildung 2: Titelbild: Kameradenhilfe (Katharina Hepke)

Abbildung 3: Titelbild: Militärfahrzeug nach Selbstmordattentat durch Fahrzeug (Katharina Hepke)

Abbildung 4: Titelbild: Militärfahrzeug nach Sprenganschlag auf Hügel (©Joel van Houdt Fotografie)

Abbildung 5: Titelbild: Sarg eines gefallenen Bundeswehrsoldaten (© Bundeswehr/ Rott)

Abbildung 6: Titelbild: Erschütterter Soldat (©Joel van Houdt Fotografie)

Abbildung 7: Titelbild: Kampfmittelräumer EOD (©Joel van Houdt Fotografie)

Abstract (deutsch)

Die Verstärkung einer, vorher unbekannt, Einsatzintensität im Einsatzland Afghanistan wirkte sich in den vergangenen dreizehn Jahren negativ auf die Belastungsfaktoren von Soldaten und Soldatinnen der Bundeswehr aus. Die Wahrscheinlichkeit, potentiell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt zu sein, erhöhte sich für die EinsatzsoldatInnen und somit auch die Gefahr, posttraumatische Störungsbilder als Folge des Auslandseinsatzes zu entwickeln. Angesichts steigender Suizidraten und einsatzbedingter psychischer Erkrankungen bei Angehörigen der Bundeswehr, stellt sich die Frage nach vorbeugenden und protektiven Interventionen für diese Hochrisikogruppe.

Diese Entwicklungen bieten zum einen Nährboden für Überlegungen wie diesen steigenden Inzidenzen Einhalt geboten werden kann, zum anderen werfen sie die existentielle Frage auf, wer angesichts traumatisierender Ereignisse gesund bleibt und welche SoldatInnen krank werden. Mehrere gesundheitswissenschaftliche Konzepte untersuchen die Genese von Gesundheit und bieten unterschiedliche Ansätze der Erklärung. Drei Konzepte der Gesundheitsentstehung wurden in dieser literaturbasierten Übersichtsarbeit ausgewählt und unter salutogener Perspektive aufgearbeitet. Es stellte sich die Frage, welchen Einfluss Kohärenzgefühl, Resilienz und Hardiness auf die psychische Gesundheit von Soldatinnen und Soldaten in Bezug auf den Umgang mit traumatisierenden Ereignissen im militärischen Auslandseinsatz haben.

Die Bundeswehr entwickelte bereits ein Programm zur Steigerung der psychischen Fitness als resilienzfördernde Präventivmaßnahme, jedoch erweitert eine salutogene Perspektive das Potential möglicher Interventionen. Insbesondere das Persönlichkeitsmerkmal Hardiness zeigt kontextspezifische Evidenz und geht mit geringerer Neigung zu psychopathologischen Symptomen wie Depression einher. Zusätzlich wird eine protektive Wirkung insbesondere bei starken Stressoren wie Kriegserlebnissen entfaltet. Das Konzept der Hardiness ist daher von besonderer militärischer Relevanz und sollte durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung interveniert werden.

Abstract (english)

Within the past thirteen years the strain of soldiers of German Armed Forces was negatively affected by an, former unknown, enhancement of deployment intensity in Afghanistan. Thus, the likelihood of an exposure to traumatic events has increased. In consequence, soldiers have an increased risk of posttraumatic disorders. Due to a rising number of suicides and post- deployment psychological disorders among German soldiers, there is a growing need for preventive and protective interventions in this high-risk group within these days.

On the one hand, this development provides a breeding ground for considerations how to stem those increasing incidences. On the other hand, it raises the question of who remains healthy and who turns to dis- ease after facing traumatizing events. Various concepts of health sciences have examined the genesis of health and offer different theoretical approaches. Within this literature-based review, three concepts, which explain the origins of health, were selected and reprocessed from salutogenic point of view. The main concern of this review was to examine the influence of sense of coherence, notion of resilience and hardiness on mental health among soldiers dealing with combat stress.

The German Armed Forces already developed a preventive program that seeks to enhance psychological resilience among soldiers. However, a salutogenic perspective offers a greater potential for interventions. In particular, hardiness shows context- specific evidence and is accompanied by a reduced tendency of psychopathological symptoms such as depression. Additionally, evidence has shown, the more traumatic the event the more protective is hardiness. Therefore, this psychosocial concept has a military- specific relevance and should to be intervened with measures of health promotion.

„Als das Wasser in das umgestürzte Fahrzeug schoss, dachte der Soldat auf dem Beifahrersitz sofort an die drei Kameraden, die im Juni in einem Transportpanzer ertrunken sind. Die Sicherheitsgurte hatten ihn nach der Explosion fest an den Sitz gezogen. Der Oberfeldwebel hatte die Augen offen gelassen, solange es ging, um besser reagieren zu können. Er hatte den roten Blitz aus dem Auto des Selbstmordattentäters gesehen, und wie dessen Tür sich „aufpellte“. „Dann war da schon der Blast.“ Den elf Tonnen schweren Dingo-Transporter schleuderte es längs und quer um die eigene Achse, bis er in einen Wassergraben stürzte.

*Der Mann sah zu, dass sein Fahrer, der unten lag, herauskam, dann schnitt er sich selbst los und kletterte aus dem Dingo, dessen Panzerung seinen Insassen das Leben gerettet hatte. Auch die anderen konnten schnell herauskommen; zum Glück war der Graben diesmal nicht so tief. Dann griff sofort die Routine: Umgebung sichern, sich um verwundete Kameraden kümmern, die womöglich unter Schock stehen, nach möglichen anderen Bomben suchen.“ (Löwenstein, 2009: o.S.)**

*Interview mit dem Patrouillenführer Thorsten F., nachdem ein Sprenganschlag auf sein mit vier Soldaten, einer Soldatin und einem Übersetzer besetztes Fahrzeug in Kunduz, Afghanistan verübt wurde. Alle Insassen des gepanzerten Fahrzeugs überlebten das Attentat.

Inhaltsverzeichnis

Abstract (deutsch)	2
Abstract (english).....	3
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1. Einleitung	8
2. Die Auslandseinsätze der Bundeswehr und deren Wandel am Beispiel ISAF (Kunduz)	10
3. Posttraumatische Störungen als Folge von Auslandseinsätzen	14
3.1 Historische Entwicklung.....	14
3.2 Potentiell traumatisierende Belastungsfaktoren von Soldaten und Soldatinnen	15
3.3 Symptomatik posttraumatischer Störungsbilder.....	20
3.4 Prävalenz, Inzidenz und Dunkelziffer in der Bundeswehr	22
3.5. Handlungsfelder, Koordination und Angebote der Bundeswehr	26
4. Interventionsstrategien zur Stärkung von Schutzfaktoren unter salutogener Perspektive	30
4.1 Die salutogene Perspektive.....	30
4.2 Definition von Schutzfaktoren.....	31
4.3 Abgrenzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	32
5. Konzepte der Gesundheitsentstehung	33
5.1 Kohärenzgefühl (Sense of coherence).....	33
5.1.1 Entstehung und Definition des Kohärenzgefühls	33
5.1.2 Konzeptualisierung des Kohärenzgefühls	34
5.1.3 Evidenz und empirische Datenlage	38
5.2. Resilienz	40
5.2.1 Entstehung und Definition von Resilienz.....	40
5.2.2 Konzeptualisierung der Resilienz	42
5.2.3 Evidenz und empirische Datenlage	44
5.3 Hardiness	45
5.3.1 Entstehung und Definition von Hardiness	45
5.3.2 Konzeptualisierung der Hardiness	46
5.3.3 Evidenz und empirische Datenlage	48
6. Relevanz der Konzepte im militärischen Kontext.....	49
7. Handlungsempfehlungen	54
8. Fazit.....	58
9. Literaturverzeichnis	61
10. Eidesstattliche Erklärung	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelbild: Lufttransport eines Verletzten.....	1
Abbildung 2: Titelbild: Kameradenhilfe.....	1
Abbildung 3: Titelbild: Militärfahrzeug nach Selbstmordattentat durch Fahrzeug.....	1
Abbildung 4: Titelbild: Militärfahrzeug nach Sprenganschlag auf Hügel.....	1
Abbildung 5: Titelbild: Sarg eines gefallenen Bundeswehrsoldaten	1
Abbildung 6: Titelbild: Erschütterter Soldat	1
Abbildung 7: Titelbild: Kampfmittelräumer EOD.....	1
Abbildung 8: Anzahl der an internationalen Einsätzen beteiligten BundeswehrsoldatInnen.	11
Abbildung 9: Anzahl gefallener oder verunglückter SoldatInnen verschiedener Streitkräfte.	14
Abbildung 10: Subjektiv wahrgenommene Einsatzbelastungen der Soldatinnen und Soldaten.....	18
Abbildung 11: Verkürzte Darstellung der PTBS- Diagnostik nach ICD 10.....	21
Abbildung 12: PTBS- Behandlungen nach ISAF Einsatz in der Bundeswehr nach Jahr.....	24
Abbildung 13: Anzahl der Suizide in der Bundeswehr innerhalb der letzten zwanzig Jahre	26
Abbildung 14: Schematische Darstellung aller Maßnahmen der Bundeswehr	29
Abbildung 15: Vereinfachte Darstellung der primären Bewertungsprozesse nach Antonovsky	36
Abbildung 16: Vereinfachte Darstellung der Ansatzpunkte des SOC	38
Abbildung 17: Darstellung der Resilienzfaktoren nach Werner.....	43
Abbildung 18: Das Konstrukt Hardiness nach Maddi.....	46

Abkürzungsverzeichnis

BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSM- IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EinsWVG	Gesetz zur Regelung der Weiterverwendung nach Einsatzunfällen
GOK	God only knows
GRD	Generalized resistance deficit
GRR	Generalized resistance ressource
ICD 10	International Classification of Diseases
ISAF	International Security Assistance Force
NATO	North Atlantic Treaty Organization
OEF	Operation Enduring Freedom
PAUSE	Psychologische Maßnahmen zum Ausgleich psychoreaktiver Einsatzfolgen
PTBS	Posttraumatische Belastungstörung
RoE	Rules of Engagement
SOC	Sence of Coherence
U.S.	United States
VN	Vereinte Nationen
VS- NfD	Verschlusssache- Nur für den Dienstgebrauch
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Seit Beginn der Terrorismusbekämpfung in Afghanistan, rücken die Auswirkungen von Kriegserlebnissen in den Fokus von Militärpsychologie, wehrmedizinischer Forschung und auch der Öffentlichkeit. Die Bundeswehr, als Bündnispartner der NATO (North Atlantic Treaty Organization), setzte große Kontingente ihrer Soldatinnen und Soldaten dreizehn Jahre am Hindukusch ein und verzeichnet derzeit wachsende Zahlen einsatzbedingter psychischer Erkrankungen unter den RückkehrerInnen, sowie steigende Selbstmordraten (vgl. Deutscher Bundestag, 2015: S. 60). Die Verantwortung für das Risiko wird nicht selten den Soldatinnen und Soldaten selbst zugesprochen, da diese eine Entscheidung für diesen Beruf trafen. Allerdings hat sich die Konsequenz dieser Entscheidung für den Beruf Soldat oder Soldatin erheblich verändert. Zum einen, weil sich die Sicherheitslage seit der Jahrtausendwende, mit Eintritt des Bündnisfalls und dem darauffolgenden Krieg in Afghanistan, stark verschlechterte und neue Dimensionen annahm. Soldaten und Soldatinnen, welche sich bei der Bundeswehr vor dieser Zeit lebenslang verpflichteten, sehen sich mit einem Arbeitsalltag konfrontiert, welcher noch in den 1990er Jahren jede Vorstellung übertroffen hätte und nicht absehbar war. Beispielhaft sei die Gruppe des Sanitätspersonals genannt, welches in den Sanitätsdienst der Bundeswehr eintrat bevor humanitäre Einsätze zu Kriegseinsätzen wurden. Diese fanden sich am Hindukusch wieder, umgeben von angesprengten KameradInnen und mit verdecktem rotem Kreuz, damit sie nicht zum taktischen Ziel wurden. Zum anderen treffen junge Menschen die Entscheidung vor dem Hintergrund ihrer sozialen Herkunft. Die Attraktivität der Bundeswehr ist in Ostdeutschland und Norddeutschland am höchsten. Potentielle BewerberInnen der Bundeswehr haben in der Regel Attribute wie Erwerbslosigkeit sowie Hauptschulabschluss als Bildungsstatus und suchen sich den Arbeitgeber Bundeswehr mehrheitlich weniger wegen der Bezahlung oder interessanten Erfahrungen, sondern mit dem Ziel einen sicheren Arbeitsplatz und eine planbare Zukunft zu erlangen (vgl. Hentschel, 2011: S. 74- 78). Demnach sind die Gründe für einen Eintritt in die Bundeswehr auch einer sozialen Ungleichheit geschuldet. Dies zeigt eine besondere Verantwortung von Politik und Gesellschaft für die Gesundheit der Bundeswehrangehörigen als Parlamentsarmee auf. Nach dem Wandel der Bundeswehr, von einer Wehrpflichtarmee in eine Freiwilligenarmee mit hohen Verpflichtungszeiten im Jahr 2011, kumuliert sich das Risiko, diesen Arbeitgeber auf Zeit mit psychischen Störungen zu verlassen. Dieser Neuausrichtungsprozess verstärkt die Verantwortung der Bundeswehr für ihre Soldatinnen und Soldaten.

Militärinterne Sozialforschung und Messung der Prävalenzen stellen nur einen marginalen Anteil der Möglichkeiten dar, die Veränderungen dieses Prozesses festzuhalten und

auszuwerten. Die Gesundheitswissenschaften bieten in einer interdisziplinären Betrachtungsweise die Möglichkeit, diesen Veränderungen nicht nur auf den Grund zu gehen, sondern auch zu intervenieren. Konzepte der Gesundheitsentstehung liefern Erklärungen auf die Frage wer angesichts traumatisierender Ereignisse und besonderer Stressoren gesund bleibt und wie außerdem Gesundheit determiniert wird. Drei Konzepte, welche unterschiedliche Erklärungen liefern wie insbesondere psychische Gesundheit beeinflusst wird, wurden ausgewählt und unter salutogener Orientierung aufgearbeitet um folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Welchen Einfluss haben die drei Konzepte der Gesundheitsentstehung, Kohärenzgefühl, Resilienz und Hardiness auf die psychische Gesundheit von Soldatinnen und Soldaten in Bezug auf den Umgang mit traumatisierenden Ereignissen im militärischen Auslandseinsatz?

Zur Veranschaulichung dieser literaturbasierten Übersichtsarbeit wurden die Inhalte teilweise durch eigene Erfahrungen der Verfasserin ergänzt. Dem Umstand vielseitiger Erfahrungen und Erlebnisse der Verfasserin als Soldatin der Bundeswehr ist eine Mischform aus induktiver und deduktiver Herangehensweise bei der Erstellung dieser Arbeit geschuldet. Ziel dieser Arbeit ist es, eine Tendenz der protektiven Wirkung dieser Schutzfaktoren vor den Auswirkungen traumatisierender Ereignisse zu erarbeiten. Zusätzlich soll eine Gewichtung der militärischen Relevanz erreicht werden, die konkrete Handlungsempfehlungen für die Streitkräfte zulassen. Dabei ist eine salutogene Herangehensweise Grundlage dieser Arbeit und fokussiert demnach auf Determinanten psychischer Gesundheit, die prätraumatisch in Betracht kommen um dann ressourcenorientierte Interventionsmöglichkeiten zu unterbreiten. Nicht zuletzt sollen aber auch persönliche Fragen der Autorin verdichtet werden, die sich in fast 300 Einsatztagen am Hindukusch und mehreren potentiell traumatisierenden Ereignissen immer wieder stellten und die schließlich auch die BegründerInnen der drei ausgewählten Konzepte antrieben: Wer bleibt gesund und wer nicht? Um die ursprünglichen Erlebnisse, welche die Verfasserin zu diesen Fragen trieben zu verdeutlichen, wird die Arbeit im Verlauf von Fallbeispielen aus der Einsatzrealität begleitet werden. Ziel ist es, den Leser oder die Leserin in die vielschichtige Gefühlswelt und die psychischen Belastungen, denen die Soldatinnen und Soldaten ausgesetzt sind, einzuführen und die Chance zu geben den Inhalten emphatisch zu folgen.

Um die Veränderung der Einsatzintensität und einen daraus folgenden Anstieg der Belastungen zu erläutern, beginnt die Übersichtsarbeit mit einer Beschreibung der Veränderung des Charakters von Auslandseinsätzen seit Beginn der Mission in Afghanistan. Nach einem historischen Diskurs in die Anfänge der Militärpsychologie wird

daraufliegend erläutert, wann sich eine Belastung im Auslandseinsatz zu einem Trauma entwickelt und sich die Symptomatik von Traumafolgestörungen darstellt. Nachdem Prävalenzen, Inzidenzen und Dunkelziffern der posttraumatischen Störungen in der Bundeswehr dargestellt wurden, werden die Bemühungen der Bundeswehr dargelegt, den Umgang in Prävention, Diagnose und Therapie einsatzbedingter psychischer Erkrankungen zu organisieren. Darauf folgend bringt die salutogene Perspektive einen neuen Blickwinkel auf den Umgang und das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ein. Die Konzepte Kohärenzgefühl, Resilienz und Hardiness bieten anschließend unterschiedliche Erklärungen für die Entstehung der Gesundheit und werden auf ihre militärische Relevanz überprüft. Abschließend werden weiterführende Maßnahmen empfohlen, die einer Hochrisikogruppe den Zugang zu und die Chance für psychische Gesundheit verbessern.

2. Die Auslandseinsätze der Bundeswehr und deren Wandel am Beispiel ISAF (Kunduz)

Viele Jahre war das Aufgabenspektrum der Bundeswehr klar festgelegt und definiert. Seit ihrer Gründung 1956 waren die Streitkräfte eine Verteidigungsarmee, welche die Grenzen der Bundesrepublik Deutschland und deren NATO- Partner verteidigte (vgl. BMVg, 2013c: o.S.). Humanitäre Hilfen leistete die Bundeswehr weltweit, sah sich jedoch mit den Folgen der Globalisierung und einer veränderten sicherheitspolitischen Lage konfrontiert (vgl. ebd.). Um Gefahren von Konflikten und Unruhen außerhalb der Bundesrepublik auf Distanz zu halten, formulierten das vereinigte Deutschland und seine Bündnispartner die Rolle der Parlamentsarmee neu und wandelten die Bundeswehr zu einer Einsatzarmee, die sich aktiv in die Eindämmung von Gefahren und Konflikten einbringt (vgl. ebd.). Im Jahr 1991 wurde eine neue Dimension der Auslandseinsätze dadurch erreicht, dass erstmals ein größeres Kontingent von Soldaten und Soldatinnen in einen Auslandseinsatz entsandt wurde (vgl. BMVg, 2015a: o.S.). In Kambodscha beteiligte sich die Bundeswehr über einen Zeitraum von mehreren Monaten an einer Vorbereitungsoperation und versorgte die Bevölkerung und Truppenteile sanitätsdienstlich (vgl. ebd.). In den folgenden Jahren beteiligte sich die Bundeswehr, unter anderem, an Missionen in Ruanda, Äthiopien/ Eritrea, Indonesien, Georgien, auf dem Balkan und Afghanistan (vgl. ebd.). In den präsenten Auslandseinsätzen der Bundeswehr in Usbekistan (vgl. BMVg, 2015c: o.S.), Mali und der Türkei, um nur einige zu nennen, sind derzeit rund 2600 Soldaten und Soldatinnen der Bundeswehr eingesetzt, wie die folgende Abbildung zeigt.

Mission	Anzahl Soldatinnen/ Soldaten
Resolute Support (Afghanistan, Usbekistan)	850
KFOR (Kosovo)	787
Atalanta (Horn von Afrika)	250
Active Fence (Türkei)	248
EUTM Mali (Mali)	144
UNIFIL (Libanon)	129
OAE (Mittelmeer)	104
STRATAIRMEDEVAC (Deutschland)*	41
UNMISS (Südsudan)	17
UNAMID (Sudan)	16
MINUSMA (Senegal, Mali)	8
EUTM SOM (Somalia)	8
MINURSO (Westsahara)	4
EUFOR RCA (Zentralafrika)	4
UNAMA (Afghanistan)	3
EUCAP NESTOR	2
Insgesamt	2.615

Abbildung 8: Anzahl der an internationalen Einsätzen beteiligten Bundeswehrsoldatinnen und -soldaten mit Stand: 26. Januar 2015 (vgl. BMVg, 2015d: o.S.).

Mit Eintreten des NATO- Bündnisfalls als Folge der terroristischen Anschläge in den USA am 11. September 2001, wandelte sich die Einsatzpolitik der Streitkräfte erheblich. Nachdem die USA die Angriffe als Bedrohung und Angriff auf den internationalen Frieden und die internationale Sicherheit deuteten, beschloss auch die NATO die Anschläge als Bedrohung und Angriff aller Bündnispartner zu werten und löste den Bündnisfall aus (vgl. BMVg, 2014a: o.S.). Der Bundestag stimmte einer Operation gegen den internationalen Terrorismus zu, die deutschen Streitkräfte wurden Teil der Operation ENDURING FREEDOM (OEF) und spielten über mehrere Jahre eine aktive Rolle im Pakt gegen den Terror (vgl. ebd.). Die OEF erstreckte sich im Verlauf auf verschiedene Einsätze in Afghanistan und erweiterte sich 2002 auf den Kampf gegen Piraterie am Horn von Afrika. Ziel von OEF sollte sein „ Führungs- und Ausbildungseinrichtungen von Terroristen auszuschalten, Terroristen zu bekämpfen, gefangen zu nehmen und vor Gericht zu stellen sowie Dritte dauerhaft von der Unterstützung terroristischer Aktivitäten abzuhalten.“ (BMVg, 2014a: o.S.) Im Rahmen von OEF entsendete die Bundeswehr ab Januar 2002 die ersten SoldatInnen nach Afghanistan (vgl. BMVg, 2015b: o.S.). Dort wurden die regulären Truppenteile der Internationalen Sicherheitsunterstützungstruppe ISAF (International Security Assistance Forces) unterstellt. Ihr Auftrag umfasste die Sicherung und Stabilisierung der Hauptstadt Kabul und wurde durch ein entsprechendes Mandat des Deutschen Bundestags gedeckt (vgl. BMVg, 2015b: o.S.). Die Spezialkräfte der Bundeswehr spielten jedoch noch einen längeren Zeitraum im Rahmen von OEF eine aktive Rolle und bekämpften Terroristen und Aufständische in ganz Afghanistan (vgl.

BMVg, 2014a: o.S.). Im Jahr 2003 wurde eine Erweiterung des ISAF Schutztruppeneinsatzes beschlossen, welche sich auf den damals ruhigen Norden über den Westen weiter in den schwer umkämpften Süden und Osten Afghanistans erstrecken sollte (vgl. Wiegold, 2013: o.S.). Die Bundeswehr kam dem nach und setzte ihre Truppenteile infolgedessen in kleinen Feldlagern, nahe der Städte Feyzabad und Kunduz ein, um dort die Stabilisierung der Provinzen voranzubringen (vgl. ebd.). In den ersten Jahren war die Sicherheitslage um das Feldlager Kunduz stabil und vergleichsweise ruhig. Während in Kabul ein Selbstmordattentat auf einen Bundeswehribus verübt wurde, bei dem vier deutsche Soldaten¹ fielen, galt es in Kunduz das Feldlager auszubauen (vgl. ebd.). Ab 2006 änderte sich die Sicherheitslage in dem vormalig ruhigen „Bad Kunduz“ (ebd.) erheblich und das Kontingent erlebte alle Arten von Angriffen auf die Truppenteile. Die Soldaten und Soldatinnen wurden in Feuerkämpfe verwickelt, erlebten Beschuss mit Panzerfäusten und wurden von versteckten Sprengfallen und Selbstmordattentätern angegriffen (vgl. ebd.). Im Jahr 2007 fielen drei Soldaten² durch ein Selbstmordattentat und es begannen, von nun an regelmäßige, Raketenangriffe auf das Lager (vgl. ebd.). Diese angespannte Sicherheitslage setzte sich über die Jahre fort und wurde immer explosiver. Mehrere Soldaten³ fielen, die Quantität der Angriffe verstärkte sich und auch die Qualität der Gefahren veränderte sich ständig, oftmals zum Nachteil der deutschen SoldatInnen (vgl. ebd.). Die kriegsähnlichen Zustände im Raum Kunduz wurden dabei von der Öffentlichkeit in Deutschland kaum wahrgenommen. Erst als ein deutscher Kommandeur 2009 die Entscheidung traf, über einem Tanklasten in der Nähe des Feldlagers Bomben abwerfen zu lassen, wurden Politik und Öffentlichkeit in Deutschland der Zustände im Auslandseinsatz gewahr, denn diese Entscheidung kostete vermutlich auch Unbeteiligte das Leben. Der Kommandeur fürchtete, dass das mit Kraftstoff gefüllte Fahrzeug von den Taliban als rollender Sprengsatz in das Feldlager gefahren werden sollte (vgl. ebd.). Erstmals wurde auch die Legitimation des Schusswaffengebrauchs und des Angriffs von Seiten deutscher SoldatInnen thematisiert. Die Einsatzregeln (Rules of Engagement, RoE) des ISAF Kontingents, welche den Einsatz von militärischer Gewalt im Auslandseinsatz normieren (vgl. BMVg, 2013a: o.S.), waren für einen Auftrag der Stabilisierung und humanitärer Hilfe in Afghanistan ausgerichtet. Folglich wurde der Waffengebrauch lediglich zum Zwecke der Verteidigung legitimiert und Aufklärungsarbeit sowie Schutz in den Vordergrund des Interesses gestellt (vgl. Gebauer, 2009: o.S.). Als Konsequenz, waren die SoldatInnen durch die Einsatzregeln (RoE) gezwungen zu warten bis sie angegriffen wurden und durften sich erst dann verteidigen (vgl. ebd.).

¹ Die Gefallenen waren männlichen Geschlechts.

² Die Gefallenen waren männlichen Geschlechts.

³ Die Gefallenen waren männlichen Geschlechts.

In der Realität eines Feldlagers hieß diese Regelung, dass die SoldatInnen beobachteten wie über Stunden eine Raketenstellung durch Aufständische ausgebaut wurde, Raketen auf das Feldlager ausgerichtet und auch abgefeuert wurden. Erst das Abfeuern der Rakete legitimierte, im schlimmsten Fall, das Eingreifen und die Verteidigung des Lagers (Eigene Erfahrung der Autorin).

Obwohl die Politik in Deutschland zögerte, Begriffe wie Krieg oder kriegsähnliche Zustände auf die Bundeswehr und deren Einsatz am Hindukusch anzuwenden, wurden die Rules of Engagement (RoE) im Jahr 2009 gelockert und der aktuellen Sicherheitslage angepasst (vgl. Gebauer, 2009: o.S.). Erst mit der Bundestagswahl und daraus folgendem Wechsel des Verteidigungsministers, im Oktober 2009, entfachte der damalige Verteidigungsminister der CSU, Karl- Theodor zu Guttenberg, eine öffentliche Debatte über den Krieg am Hindukusch. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Rolle der deutschen SoldatInnen in Medien, Presse und Politik thematisiert (vgl. Wiegold, 2013: o.S.).

Mit Wechsel der Wahrnehmung des Einsatzalltags in Afghanistan war der Weg geebnet um Kampfausrüstungen und die lebenswichtige Ausstattung des sanitätsdienstlichen Personals an die gefährliche Sicherheitslage anzupassen. Die SoldatInnen mit Einsatzort Kunduz wurden erstmals mit Protektoren für Augen und Ohren ausgestattet, da beide Sinnesorgane bei den Angriffen durch Sprengsätze immer wieder zu Schaden gekommen sind. Waffen wurden in Quantität und Qualität verbessert und in Kunduz wurde schwere Artillerie in Form einer Panzerhaubitze bereitgestellt (Eigene Erfahrung der Autorin).

Im späteren Verlauf der ISAF Mission konnten die Aufständischen aus dem Verantwortungsbereich Kunduz zurückgedrängt werden, wobei es immer wieder zu schweren Gefechten sowie Angriffen und somit zu Toten und Verletzten kam (vgl. ebd.). Die Sicherheitslage verschlechterte sich mit dem Ende der NATO Mission ISAF und dem darauf folgendem Abzug der Truppen aus Afghanistan (vgl. BMVg, 2015b: o.S.; Wiegold, 2013: o.S.). Die Bundeswehr verließ am 31. Dezember 2014 Afghanistan⁴ und somit auch das Feldlager Kunduz.

Die Truppen der Bundeswehr erreichten zeitweilig eine Stärke von bis zu 5300 Soldaten und Soldatinnen in den Feldlagern von Afghanistan (vgl. BMVg, 2015b: o.S.). Zusätzlich war das Auswärtige Amt und Personal der Polizei am Hindukusch eingesetzt (vgl. Wiegold, 2013: o.S.). Während der dreizehn Jahre im Einsatzland Afghanistan sind 55

⁴ Eine Folgeoperation wird unter dem Namen „Resolute Support“ fortgesetzt. Deutschland ist mit bis zu 850 SoldatInnen der größte Truppensteller (vgl. Bötzel, 2015: o.S.)

Bundeswehrosoldaten⁵ gefallen und mehrere hundert Männer und Frauen wurden physisch und psychisch verletzt⁶ (vgl. BMVg, 2015b: o.S.). Die Anzahl der Gefallenen der teilnehmenden westlichen Staaten an OEF variiert sehr stark und ist von Einsatzort, Personalstärke und Auftrag während der Operation abhängig. Die folgende Abbildung zeigt die absoluten Zahlen der Gefallenen und verunglückten Soldatinnen und Soldaten einiger Bündnispartner im Rahmen von OEF. Dabei zeigt sich, dass die amerikanischen Streitkräfte, mit Abstand, die höchsten Verluste verzeichneten. Außerdem zeigt sich die Verschlechterung der Sicherheitslage im Verlauf der Operation deutlich durch steigende Zahlen getöteter MissionsteilnehmerInnen.

	Gesamt OEF	USA	Großbritannien	Kanada	Deutschland	Frankreich
2014	75	55	6	0	0	0
2013	161	127	9	0	1	0
2012	402	310	44	0	0	8
2011	566	418	46	4	7	26
2010	711	499	103	16	9	16
2009	521	317	108	32	7	11
2008	295	155	51	32	3	11
2007	232	117	42	30	7	3
2006	191	98	39	36	0	6
2005	131	99	1	1	4	2
2004	60	52	1	1	0	3
2003	58	48	0	2	6	0
2002	70	49	3	4	10	0
2001	12	12	0	0	0	0

Abbildung 9: Anzahl gefallener oder verunglückter SoldatInnen verschiedener Streitkräfte, welche an OEF beteiligt waren mit Stand Dezember 2014 (vgl. iCasualties.org, 2009: o. S.).

3. Posttraumatische Störungen als Folge von Auslandseinsätzen

3.1 Historische Entwicklung

Dass in Deutschland nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges die Meinung vertreten wurde, die rückkehrenden deutschen Soldaten zeigten überwiegend keine psychischen Veränderungen (vgl. Furtwängler, 2002: S. 20) und im Ersten Weltkrieg die Diagnose GOK für God Only Knows keine Seltenheit war (vgl. Meermann, 2002: S. 24), deutet auf ein ehemals mangelndes Verständnis für posttraumatische Störungsbilder nach Kriegseinsätzen hin. Das Zittern und die vielseitigen psychiatrischen Störungsbilder der Soldaten nach Angriffen mit Sprengsätzen konnten oftmals nicht gedeutet werden und wurden als männliche Hysterie oder auch Kriegszittern diagnostiziert. Traumatisierte

⁵ Alle Gefallenen waren männlichen Geschlechts.

⁶ Die Bundeswehr veröffentlicht keine aktuellen Zahlen über physische Verletzungen mit Bezug zu Auslandseinsätzen.

deutsche Soldaten⁷ wurden nach dem Ende des Ersten Weltkrieges sogar nach einem eigens entwickelten „Konzept der Drückeberger“ und auch Rentenneurose behandelt (vgl. Rosenthal, 2012: S. 9). In den 1970er Jahren äußerten erstmals Militärpsychologen der amerikanischen Streitkräfte eine Vermutung, dass es sich bei den gesundheitlichen Störungen um eine Form der Berufskrankheit bei SoldatInnen handeln könnte, die alle ein Attribut gemeinsam hatten, nämlich Kriegserlebnisse (vgl. Furtwängler, 2002: S. 20). Diese Erkenntnis führte zu einem Beginn der Erforschung einsatzbedingter Traumata auf die Gesundheit der SoldatInnen (vgl. Cesur u. a., 2013: S. 52).

Die einsatzbezogenen Konzepte der Bundeswehr fokussierten lange lediglich den Stress im Einsatzland und dessen Bewältigung (vgl. Furtwängler, 2002: S. 22). Mit steigender Intensität der Auslandseinsätze und Quantität der Einsatzschädigungen wurde sich die Bundeswehr jedoch einer veränderten Verantwortung gegenüber ihrer SoldatInnen bewusst (vgl. BMVg, 2014b: S. 4). Seit Beginn der Afghanistaneinsätze rückten erstmals posttraumatische Einsatzschädigungen auch in den deutschen Streitkräften zunehmend in den Fokus der Militärpsychologie (vgl. Schulte-Herbrüggen, 2010: S. 557). Neue Konzepte wurden entwickelt, Gesetze erlassen, Entschädigungsansprüche geregelt und der Umgang mit Veteranen thematisiert und standardisiert (siehe 3.5. Handlungsfelder, Koordination und Angebote der Bundeswehr).

3.2 Potentiell traumatisierende Belastungsfaktoren von Soldaten und Soldatinnen

Die Berücksichtigung militärrelevanter Expositionen ist für die Forschung und Anwendung der Psychologie im militärischen Kontext unabdingbar. Angehörige des Militärs haben spezifische Expositionen im Rahmen der humanitären Einsätze und Kampfeinsätze. Wothe stellte potentiell traumatisierende Belastungsfaktoren für SoldatInnen im Ausland, allerdings ohne empirische Belege, zusammen (2001: S. 70):

- Erwartung (Antizipation) Tod und Verwundung ausgesetzt zu sein
- Gefahr durch Geiselnahme und Gefangenschaft
- Bindung an Einsatzregeln (Rules of Engagement -RoE), die keine angemessene Lösung der aktuellen Situation zulassen, dadurch erforderte Passivität, Gefühle der Ungeschützttheit
- Erleben von Gräueltaten, Konfrontation mit verletzten oder toten Zivilisten, insbesondere mit Kindern

⁷ Nur Männer wurden in den deutschen Streitkräften zugelassen.

- Unsicherheit bei mangelhafter Information, unbekanntem soziokulturellem Umfeld, mangelnde Sprachkenntnisse (Sprachbarriere)
- Unsicherheit bei schnell wechselnden Lagen, sich widersprechenden Aufträgen, unklare Rollenzuweisung
- Minengefahr
- Trennung von der Familie
- Einschränkung der Intimsphäre und Sexualität

Diese Belastungsfaktoren erscheinen jedoch, im Hinblick auf das Jahr der Veröffentlichung, zum heutigen Zeitpunkt veraltet und bedienen nicht ausreichend die Exposition der SoldatInnen gegenüber Gefechten und Kämpfen mit Handfeuerwaffen, wie sie zuletzt in Afghanistan auf die deutschen Truppen zukamen. Diese besondere Belastung wird in der englischsprachigen Literatur genauer beschrieben und untersucht. Der dort verwendete Begriff Combat Stress beschreibt eine andere Intensität der Einsatzerlebnisse in der Kampfzone (Combat Zone) und wird im militärspezifischem Bezug genutzt um die maximal angstausslösenden und lebensbedrohlichen Expositionen explizit herauszustellen (vgl. Cesur u. a., 2013: S. 55; Meermann, 2002: S. 24). Hoge betonte außerdem Feuerkämpfe als wichtigsten Belastungsfaktor im Kampfeinsatz (vgl. Hoge u. a., 2004: S. 17). Bartone (2006: S. 134) fasst die Dimensionen der modernen Belastungen im militärischen Auslandseinsatz zusammen, die jeweils verschiedene Subfaktoren aufweisen:

Langeweile:

- Lange Perioden wenig vielfältige Aufgaben während SoldatInnen auf ihren neuen Einsatz warten
- Mangel an Tätigkeiten die als sinnhaft (meaningful) oder wichtig empfunden werden können
- Wenige Optionen des Zeitvertreibs
- Die Mission oder den Zweck des Einsatzes nicht als lohnenswert oder wichtig zu verstehen

Gefahr/ Bedrohung:

- reales Risiko ernsthafter Verletzungen oder Tod durch: Feindfeuer, Kugeln, Mörser, Sprengsätze, Unfälle inklusive durch eigene Kräfte beschossen werden (friendly fire) sowie Krankheiten und Infektionen

- Dieses Risiko bestehend für den SoldatInnen selbst, aber auch für die KameradInnen

Workload:

- Hohe Frequenz, Dauer und Tempo der Einsätze
- Lange Tages- und Wochenarbeitszeiten während des Einsatzes (24 Stunden, 7 Tage die Woche im Dienst sein)
- Lange Tages- und Wochenarbeitszeiten vor und nach dem Einsatz

Jerg- Bretzke u.a. konnten in einer Pilotstudie mit deutschen SoldatInnen erarbeiten, dass im Kriseneinsatz die Kumulation der Belastungen eine verstärkende Rolle in der Wahrnehmung der Belastung spielt und das Empfinden einiger Stressoren im Einsatzland abnimmt. Die Autoren vermuteten eine Unsicherheit zu Beginn des Einsatzes eine folgende subjektive Verminderung der Belastungsintensität im Verlauf (vgl. Jerg-Bretzke u. a., 2010: S. 191). Dies lässt vermuten, dass mit steigender Einsatzhäufigkeit eine Gewöhnung an die Belastung stattfindet.

Eine sozialwissenschaftliche Langzeitstudie mit den TeilnehmerInnen des 22. Einsatzkontingents ISAF in Afghanistan, befragte die Soldatinnen und Soldaten nach ihrem subjektiven Belastungsempfinden bei Rückkehr aus dem Einsatz und zwei Jahre danach. Die Erhebung zeigt, dass die Abwesenheit von der Familie und die Bürokratie sehr starke Belastungsfaktoren bei den SoldatInnen waren und auch zwei Jahre nach dem Einsatz noch als belastend bewertet wurden. Psychische Beeinträchtigungen und Fremdsein im Alltag sind kurz nach dem Ende des Auslandseinsatzes mit 14 % und 25 % sehr hoch und auch zwei Jahre nach der Mission gehen die Angaben auf nur 8 % der Befragten zurück. Während direkt nach dem Einsatz 15 % der RückkehrerInnen belastende Einsatzerlebnisse angaben, ging diese Zahl zwei Jahre später auf 6 % zurück (vgl. Seiffert, Heß, 2013: S. 30).

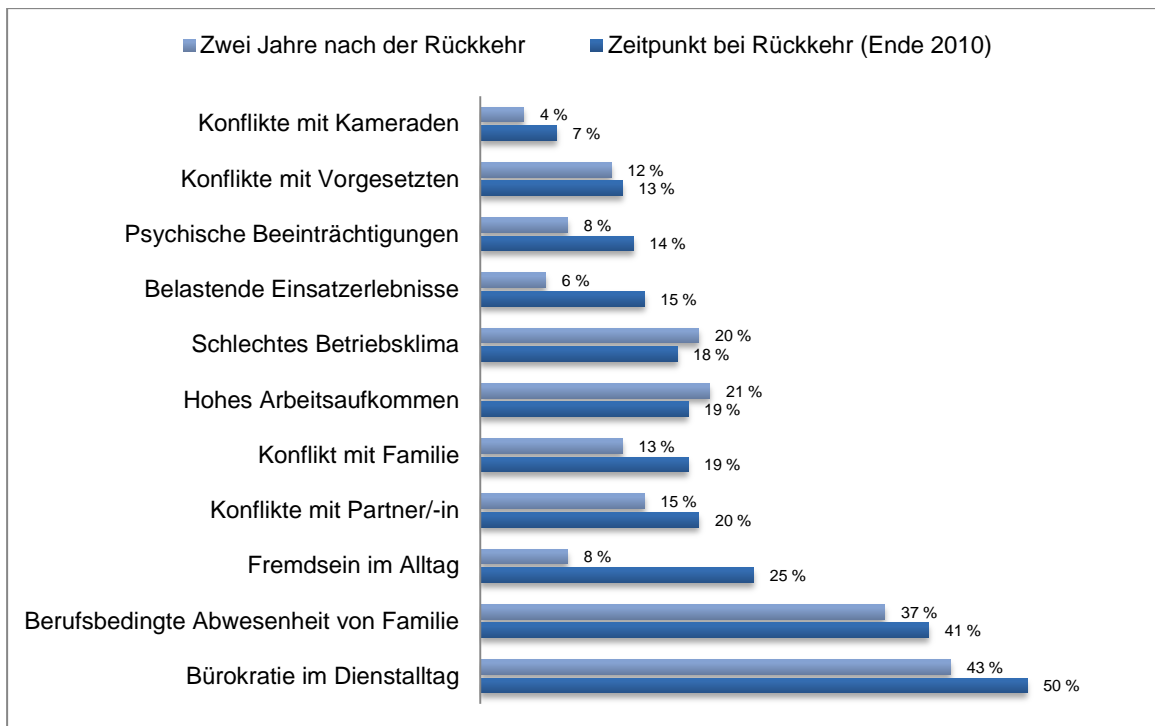


Abbildung 10: Subjektiv wahrgenommene Einsatzbelastungen der Soldatinnen und Soldaten im 22. Kontingent ISAF, während und nach Auslandseinsatz (vgl. Seiffert, Heß, 2013: S. 30).

Die Stichprobe umfasste alle SoldatInnen des Kontingents auch aus Verwaltung, Stab und Instandsetzung und ebenso alle verschiedenen Einsatzorte in Afghanistan. Die Einsatzrealität hinsichtlich der Sicherheitslage und damit die einwirkende Belastung, ist demnach nicht mit der in Kunduz vergleichbar. Eine explizite Erhebung zur Belastung der SoldatInnen mit Einsatzort Kunduz wurde nicht durchgeführt (vgl. Seiffert, Heß, 2013: S. 30).

Wie sehr sich die Belastungen in der Einsatzrealität unterscheiden, zeigte sich im routinemäßigen Dienst eines ISAF Einsatzkontingents in Kunduz. Kampftruppen, meist Infanteristen und deren Unterstützungstruppen wie beispielsweise Sanitäter, verließen routinemäßig das Lager für Patrouillen und Raumüberwachungen. Sie waren für Stunden bis Wochen dem akuten Risiko für Selbstmordanschläge oder auch Feuerkämpfe ausgesetzt und im direkten Kontakt mit dem äußerem Erscheinungsbild des Krieges in der zivilen Bevölkerung. SanitäterInnen, eingesetzt im Rettungszentrum, einem krankenhausähnlichen Notfallversorgungszentrum, waren den meist physischen Auswirkungen des Krieges ausgesetzt. In diese provisorische Notfallambulanz wurden, direkt aus den Kampfzonen, verletzte aber auch tote SoldatInnen der eigenen Streitkräfte, fremder Streitkräfte aber auch zivile Opfer und Aufständische zur Stabilisierung verbracht. So geschah es auch Soldatin S., dass sie langjährige Kameraden nach einem Gefecht am Karfreitag 2010 mit Spreng- und Schussverletzungen notfallmedizinisch versorgen musste, an welchen die Soldaten erlagen. Die Soldatin S., Rettungsassistentin und langjährige Soldatin, knickte die metallene Erkennungsmarke ihrer Freunde, welche jeder Soldat und jede Soldatin tragen muss, und die im Fall des Todes als Fußmarkierung genutzt wird. (Eigene Erfahrung der Autorin).

Nicht alle aufgezeigten Belastungen und Ereignisse führen jedoch zu einer Traumatisierung. Es sind Ereigniskonstellationen von Nöten, die in Folge der Ereignisse eine pathogene Wirkung auf die Gesundheit haben können. Traumatisierende Ereignisse stellen zum einen ein objektiv lebensbedrohliches Ereignis dar, welches auch subjektiv als Traumaerfahrung wahrgenommen wird. Zum anderen löst diese subjektive Erfahrung Angst und Schrecken aus und geht mit einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses einher, was einen Zustand von Verzweiflung und Hilflosigkeit hervorruft. Folge dieses objektiven Ereignisses und der subjektiven Erfahrung ist ein seelischer Ausnahmezustand aufgrund versagender Bewältigungs- und Abwehrfunktion des Individuums (vgl. Ermann, 2007: S. 144). Die Bundeswehr stellt in einem eigens entwickelten Kompendium für psychische Einsatzschädigungen außerdem fest, dass „das Vertrauen in die persönliche Sicherheit und Handlungsfähigkeit, individuelle Werte wie Anstand oder Gerechtigkeit sowie Vorstellungen von Vorhersagbarkeit und Berechenbarkeit von Ereignissen“ (BMVg, 2014b: S. 6) von den SoldatInnen in Frage gestellt werden. Dies kann zu zeitnahen Folgen aber auch zu verzögerten Belastungsreaktionen führen (siehe 3.3 Symptomatik posttraumatischer Störungsbilder). Eine kleinere Längsschnitterhebung mit 66 Bundeswehrangehörigen, welche auf dem Balkan und am Hindukusch eingesetzt waren, stellte fest, dass sich 80 % der befragten SoldatInnen durch traumatische Ereignisse stark bis sehr stark beeinträchtigt fühlten (vgl. Jerg-Bretzke u. a., 2010: S. 186–191).

Das Rettungszentrum im Feldlager Kunduz war mit einem Versorgungsteam für jeden Emergency Room und Operationsraum, jedoch ohne Personalressourcen, ausgestattet. Dies bedeutete, dass Ärzte, OP- Personal und Rettungsassistenten 24/7 in Dienst oder Bereitschaft waren und zeitweise jede Nacht, auch mehrmals, alarmiert wurden. Waren die Personalressourcen aufgebraucht, mussten Verwundete mittels Triage priorisiert behandelt werden. Dieser Fall konnte bereits nach Einlieferung von zwei Multitraumatisierten eintreten. Diese Dienstbelastung musste über einen Zeitraum von bis zu 4 Monaten aufrechterhalten werden können. Hinzu kam eine Belastung durch sporadische nächtliche Alarmierungen wegen Raketenbeschuss des Lagers oder Ähnlichem. SoldatInnen in Verwaltung, Stab oder auch Technik eingesetzt, hatten einen psychisch etwas weniger strapaziösen Arbeitsalltag, waren jedoch trotzdem einer hohen Dienstbelastung, Trennung von Familie und Gefahr durch Beschuss des Lagers ausgesetzt.

Sanitäter und Ärzte, welche mobil eingesetzt waren und die Kampftruppen begleiteten, konnten ab 2010 ihre Schutzmarkierungen (Rotes Kreuz) nicht mehr offen zeigen, sondern mussten diese verstecken da sie priorisiertes Ziel wurden. Stattdessen mussten sie Maschinengewehre auf ihre Fahrzeuge montieren und waren von nun an infanteristisch gefordert wie auch die Kampftruppen. Diese Belastung war neu und oftmals für medizinisch ausgebildetes Personal ein sozial ethisches Dilemma (Eigene Erfahrung der Autorin).

Soldatin S. entwickelte in Folge verschiedener traumatisierender Erlebnisse, wie dem des Todes ihrer Kameraden, eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung mit der komorbiden Diagnose des Alkohol- und Substanzmissbrauchs. Noch während des Auslandseinsatzes nahm sie verschiedene Medikamente und trank Alkohol um der nächtlichen Angst vor Alarmierung und Alpträumen zu entkommen. Eine Kuration ist seit fünf Jahren nicht gelungen (Eigene Erfahrung der Autorin).

3.3 Symptomatik posttraumatischer Störungsbilder

So unterschiedlich die Erfahrungen sind, so individuell und vielfältig sind auch die Symptome posttraumatischer Störungsbilder. Nach einer Belastungssituation können verschiedene Einzelsymptome Ausdruck einer extremen psychischen Beanspruchung sein. Ein gängiges Symptom ist das Wiedererleben der Situation (Intrusionen). Diese sogenannten Flashbacks oder Nachhallerfahrungen versetzen die oder den Traumatisierte/n in den Moment der Erschütterung zurück. Zusätzlich kann ein traumatisches Erlebnis einen physischen Zustand ständiger Alarmbereitschaft hervorrufen (Hyperarousal). Dies äußert sich in hartnäckigen Schlafstörungen mit belastenden Alpträumen, erhöhter Wachsamkeit, Konzentrationsschwächen und übersteigerter Schreckhaftigkeit (vgl. BMVg, 2014b: S. 7; Okon, 2002: S. 13). Diese Symptome werden oftmals durch einen Schlüsselreiz ausgelöst, was zu einem Vermeidungsverhalten führen kann. Zusätzlich kann auch Amnesie ein auftretendes Symptom sein (vgl. Maercker, 2013: S. 18). Diese Symptome und Störungen gilt es differenzialdiagnostisch voneinander abzugrenzen. Dabei ist das kurzzeitige Auftreten solcher Symptome, als initiale Reaktion auf ein traumatisierendes Ereignis, eine sogenannte Akute Belastungsreaktion oder auch Akute Belastungsstörung, welche jedoch nach kurzer Zeit wieder verblassen sollte (vgl. Rosenthal, 2012: S. 18). Nach ICD 10 und DSM – IV System der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Folge eines Traumas diagnostiziert werden, wenn sich die Symptome über einen längeren Zeitraum nicht vermindern (vgl. Rosenthal, 2012: S. 18). Dabei wird, je nach Dauer der anhaltenden Symptome, in eine akute oder chronische Form der PTBS unterschieden (vgl. Dunker, 2009: S. 12). Die folgende Darstellung bildet die Kriterien zur Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung verkürzt ab.

Die ICD 10 Kriterien der WHO für die Diagnose PTBS im Überblick:

- Erleben eines Traumaereignis
- Wiedererleben der Situation/ Flashbacks (Intrusionen)
- Übererregung (Hyperarousal)
- Vermeidungsverhalten aber auch emotionale Taubheit
- Über einen längeren Zeitraum (> 4 Wochen)

Abbildung 11: Verkürzte Darstellung der PTBS- Diagnostik nach ICD 10 (vgl. WHO, 2015: o.S.)

Die Posttraumatische Belastungsstörung tritt jedoch oftmals nicht isoliert auf, sondern beinhaltet mehrere Diagnosen als Traumafolgestörung. Dazu gehören Symptome wie Anpassungsstörung oder Persönlichkeitsstörung aber auch eine Komorbidität mit Depressionen, Suchtmittel- und Alkoholmissbrauch geht mit der Erkrankung einher (vgl. Dunker, 2009: S. 18f.; Rosenthal, 2012: S. 18).

Die Bundeswehr bezeichnet zusätzlich Gefühle der Trauer um gefallene KameradInnen oder zivile Personen als Symptome psychischer Störungen (vgl. BMVg, 2014b: S. 7) nach einem Auslandseinsatz. Des Weiteren erwähnt das Verteidigungsministerium die Agoraphobie als häufig auftretendes Symptom bei heimkehrenden SoldatInnen (vgl. ebd.). Diese Angststörung lässt den Rückkehrer oder die Rückkehrerin öffentliche Plätze und Menschenmassen meiden, was zu einer völligen Isolation führen kann (vgl. ebd.). Außerdem benennt das Bundesministerium der Verteidigung in einem „Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen bei Soldaten“⁸, die sogenannte Combat Stress Reaction⁹ und legt darin als Grundannahmen für die Angehörigen der Bundeswehr fest, dass

„(Combat) Stress reaction eine normale Reaktion auf ein nicht normales Ereignis bzw. auf eine nicht normale, außergewöhnliche Situation ist. Jeder kann unabhängig von Stellung und Dienstgrad davon betroffen sein. Sie ist kein Anzeichen von Feigheit oder für eine Charakterschwäche oder für eine mit Defiziten behaftete Person“ (BMVg, 2000 zit. in: Biesold, Hahne, 2002: S. 36).

⁸ Das Dokument ist mit Geheimhaltungsstufe VS-NfD (Verschlussache-Nur für den Dienstgebrauch) versehen und außerhalb der Bundeswehr nicht zu verwenden.

⁹ Gefechts- oder Stressreaktion als akutes Bild der posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Maercker, 2013: S. 491).

3.4 Prävalenz, Inzidenz und Dunkelziffer in der Bundeswehr

Im Folgenden werden veröffentlichte Daten zum Ausmaß der traumatisierenden Erlebnisse bei SoldatInnen im Einsatzland, die Erkrankungs- sowie Neuerkrankungsraten posttraumatischer Störungsbilder und deren Dunkelziffer sowie das Auftreten von gesteigerten Suizidraten innerhalb der Bundeswehr, dargestellt und beleuchtet.

Mehrere Studien wurden zu den Belastungen und Beanspruchungen, denen SoldatInnen in Kriseneinsätzen unterliegen, von der Bundeswehr durchgeführt oder in Auftrag gegeben. Jedoch lieferte nur ein Forschungsprojekt Daten zu Traumafolgestörungen, die vergleichbar mit Untersuchungen internationaler Streitkräfte sind. Die Studie unter dem Titel „Prävalenz und Inzidenz von traumatischen Ereignissen, PTBS und anderen psychischen Störungen bei Soldatinnen und Soldaten mit und ohne Auslandseinsatz“ wurde als Forschungsprojekt bei der Technischen Universität Dresden, neben dem Psychotraumazentrum des Bundeswehrkrankenhauses Berlin angesiedelt. Im ersten Teil der Studie konnten die Daten von 1.488 Soldatinnen und Soldaten exploriert werden. Diese SoldatInnen verbrachten Auslandseinsätze im 20. sowie 21. Kontingent ISAF und waren im Zeitraum 2009 bis Anfang 2010 in Afghanistan eingesetzt (vgl. BMVg, 2013b: o.S.; Wittchen u. a., 2012: S. 559–560). Erste Ergebnisse wurden publiziert und zeigen die Auswertung des ersten Studienabschnitts:

- Im Mittel wurden 21 belastende Ereignisse von den SoldatInnen im Einsatz angegeben
- 85 % (95 % KI: 83,3- 87,5) der Einsatzsoldatinnen wurden Zeuge von mindestens einem belastenden Ereignis
- 24,2 % (95 % KI: 21,9 %-26,7%) gaben mindestens ein subjektiv traumatisch wahrgenommenes Ereignis an
- 13 % erlebten, nach eigenen Angaben, mehr als drei Trauma- Ereignisse
- SoldatInnen am Einsatzort Kunduz gaben im Mittel 3,7 (95 % KI: 3,0-4,4) belastende Ereignisse an
- SoldatInnen am Einsatzort Kunduz hatten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für traumatische Ereignisse (OR: 1,8 95 % KI: 1,4-2,3)
- Kampftruppen hatten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für traumatische Ereignisse (OR: 1,7 95 % KI: 1,3-2,7)
- Unterstützer der Kampftruppen und Sanitäter ebenfalls (OR: 1,9 95 % KI: 1,3-2,7)

12- Monats-Prävalenzrate

- Das klinische Bild einer PTBS erfüllten 2,9 % (95 % KI: 2,1-4,1) der EinsatzteilnehmerInnen
- Absolute Zahlen: 291 (95 % KI: 209-405) von 10.000 Einsatzrückkehrern erfüllten das klinische Bild einer PTBS

12-Monats- Inzidenzrate

- Erstmaliger Beginn einer PTBS wurde bei 0,9 % (95 % KI: 0,5-1,6) der Rückkehrer nachgewiesen
- Absolute Zahlen: von 291 Erkrankten sind 89 (95 % KI: 51-156) SoldatInnen neu erkrankt
- Das PTBS Risiko war für den Einsatzort Kunduz (OR: 6,6)¹⁰ am höchsten (vgl. Wittchen u. a., 2012: S. 562–565)

Die Gesamtprävalenz psychischer Störungen wie Angststörungen und Alkoholerkrankung betrug ungefähr 21 % (vgl. BMVg, 2013b: o.S.). Die Querschnittserhebung zeigte auf, dass Kampftruppen am Einsatzort Kunduz, verglichen mit anderen EinsatzsoldatInnen, eine erhöhte PTBS- Wahrscheinlichkeit aufwiesen. (vgl. BMVg, 2013b: o.S.). Außerdem nahm nur eine deutlich geringere Anzahl der 291 Erkrankten professionelle Hilfe in Anspruch. Etwa 49 % der Studienpopulation, mit Symptomen einer psychischen Einsatzschädigung, suchten Hilfe bei ÄrztInnen oder unterstützenden Institutionen. Dies lässt die WissenschaftlerInnen eine nicht unbeträchtliche Dunkelziffer der posttraumatischen Störungsbilder unter den Einsatzrückkehrern vermuten (vgl. ebd.). Zusätzlich werden ehemalige Soldatinnen und Soldaten nicht erfasst. Es ist daher nicht bekannt, wie viele EinsatzrückkehrerInnen eine psychische Folgeerkrankung, ausgelöst durch den Auslandseinsatz, nach der Dienstentlassung entwickelten (vgl. Deutscher Bundestag, 2015: S. 60).

Der zweite Teil der Untersuchungen der TU Dresden berücksichtigte eine Stichprobe von 621 SoldatInnen aus dem 26. und 27. Kontingent ISAF in Afghanistan, welche in die Studie einbezogen und längsschnittlich begleitet wurden. Folgende erste Ergebnisse veröffentlichte das Bundesministerium der Verteidigung¹¹:

12 -Monats -Prävalenzrate:

- 1,8 % von 476 Befragten erfüllten das klinische Bild einer PTBS

¹⁰ Konfidenzintervall wurde nicht angegeben.

¹¹ Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben.

12-Monats-Inzidenzrate:

- Im oder nach dem Auslandseinsatz erkrankten 0,4 % der Rückkehrer neu an PTBS
- Die Inzidenzraten anderer psychischer Störungen beliefen sich bei
 - Angststörungen auf 3,6 %
 - affektiven Störungen, wie zum Beispiel Depressionen, auf 1,8 %
 - Alkoholstörungen auf 1,5 % neu auftretenden Erkrankungsfällen (vgl. BMVg, 2013b: o.S.)

Kürzlich publizierte Zahlen der Bundeswehr zeigen folgende Ergebnisse von Auswertungen der Krankenstatistiken:

Die Prävalenz bei SoldatInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Jahr 2013 liegt insgesamt bei 1423 Krankheitsfällen, davon waren 149 Erkrankte inzident. Im Jahr 2014 verzeichnete die Bundeswehr insgesamt 1697 Erkrankungsfälle an PTBS und 204 Neuerkrankungen. SoldatInnen, welche im Ausland bei der Internationalen Sicherheitsunterstützungstruppe (ISAF) eingesetzt waren, hatten dabei einen Anteil von 1311 Erkrankten, wie die folgende Abbildung zeigt (vgl. BMVg, 2015d: o.S.). Außerdem ist ersichtlich, dass die PTBS Behandlungen zum einen, kontinuierlich seit Beginn der Mission ansteigen. Zum anderen zeigt sich aber auch ein proportional stärkerer Anstieg seit 2009.

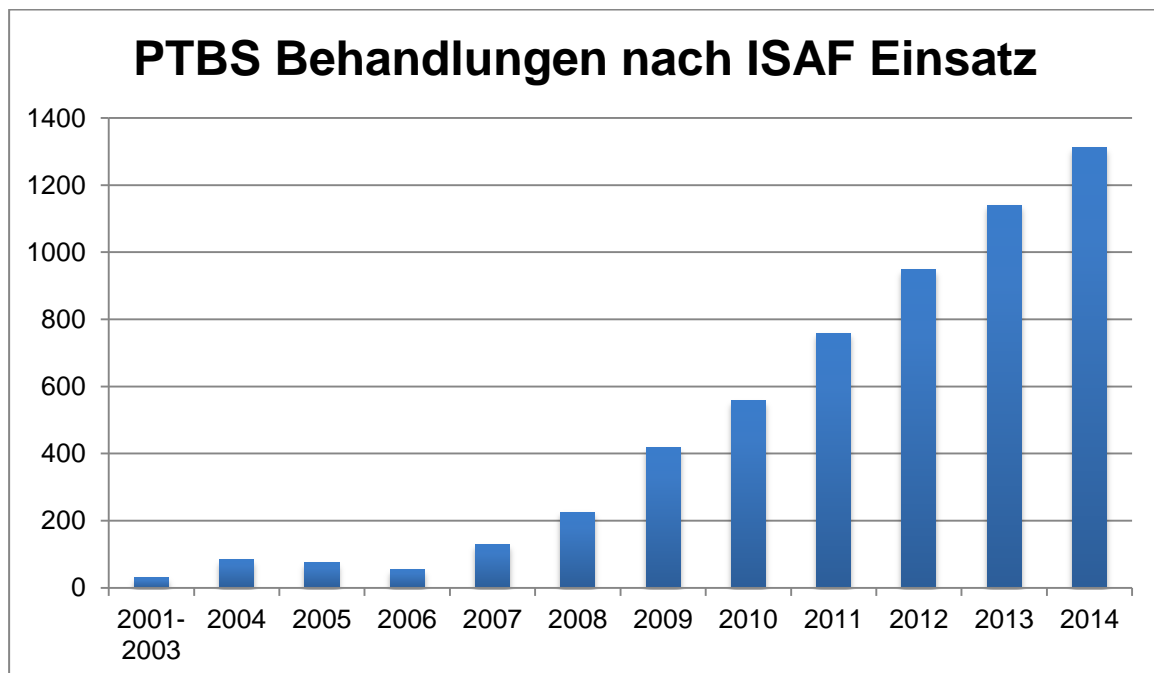


Abbildung 12: PTBS- Behandlungen nach ISAF Einsatz in der Bundeswehr nach Jahr. Stand: 12.02.2015 (vgl. BMVg, 2015d: o.S.)

Im Vergleich zu anderen Bündnispartnern sind die psychischen Einsatzfolgen der BundeswehrsoldatInnen quantitativ geringer (vgl. BMVg, 2013b: o.S.). Grund hierfür können eine niedrigere Einsatzdauer, geringere Exposition zu Feuerkämpfen und anderen potentiell traumatisierenden Ereignissen sein (vgl. ebd.). Erkenntnisse lassen die Vermutung zu, dass sich die Ausprägung der psychischen Belastungen vor einem Einsatz auf die PTBS- Symptomatik auswirkt. Je höher der Stress bereits vor einem Einsatz ausfällt, desto höher die Wahrscheinlichkeit an einer PTBS zu erkranken (vgl. Bauer u. a., 2013: o.S.). Studien mit amerikanischen Soldaten zeigen außerdem, dass die Anzahl der PTBS Erkrankungsfälle mit der Anzahl der Feuerkämpfe um 9 % bei ein bis zwei Feuerkämpfen, 13 % bei drei bis vier Feuerkämpfen und 19 % bei mehr als fünf Feuerkämpfen, zunimmt (vgl. Hoge u. a., 2004: S. 17). Cesur u. a. (2013: S. 61) stellten in einer Studie einen Zusammenhang zwischen expliziten Kampferfahrungen und posttraumatischen Störungen fest. Eine Exposition zu mehreren Feuerkämpfen, Verwundung oder das Beobachten von Tod bei anderen involvierten Personen, die nicht als Feind gewertet werden, verstärkt das Risiko einer depressiven Symptomatik, einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder suizidaler Gedanken. Diese Tendenz zeigt auch ein Einsatz im Feldlager Kunduz mit Bezug auf Einsatzintensität, Angaben zu Anzahl traumatisierender Ereignisse und PTBS Prävalenzraten. Bisher untersuchte die Bundeswehr nicht explizit die Alleinstellungsmerkmale der Soldatinnen und Soldaten, welche im Feldlager Kunduz eingesetzt waren. Diese fielen meist anteilig in die Gesamtzahlen der Stichprobe. Lediglich die Anzahl der traumatisierenden Ereignisse und Prävalenz der PTBS wurden herausgestellt und stellten die höhere Belastung und deren Auswirkungen dar.

Ferner zeichnet sich derzeit ein Anstieg der Selbstmordrate unter BundeswehrsoldatInnen ab. Wie in Abbildung 11 dargestellt, steigen die Suizidfälle, nach einem Absinken der Selbsttötungszahlen 2007 und 2008, an, erreichen jedoch nicht das Ausmaß der 1990er Jahre bis 2004 (vgl. BMVg, 2015f: o. S.). Der Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages berichtet außerdem von 43 Selbsttötungsversuchen im Jahr 2014. Wie auch bei den Fällen von psychischen Erkrankungen ist nicht bekannt, wie hoch die Rate bei bereits entlassenen Soldatinnen und Soldaten ist. Eine systematische und institutionalisierte Ursachenforschung für die Suizide wird seitens der Bundeswehr nicht durchgeführt. Somit liegen keine gesicherten Kenntnisse über die Gründe der Selbsttötungen vor (vgl. Deutscher Bundestag, 2015: S. 60).

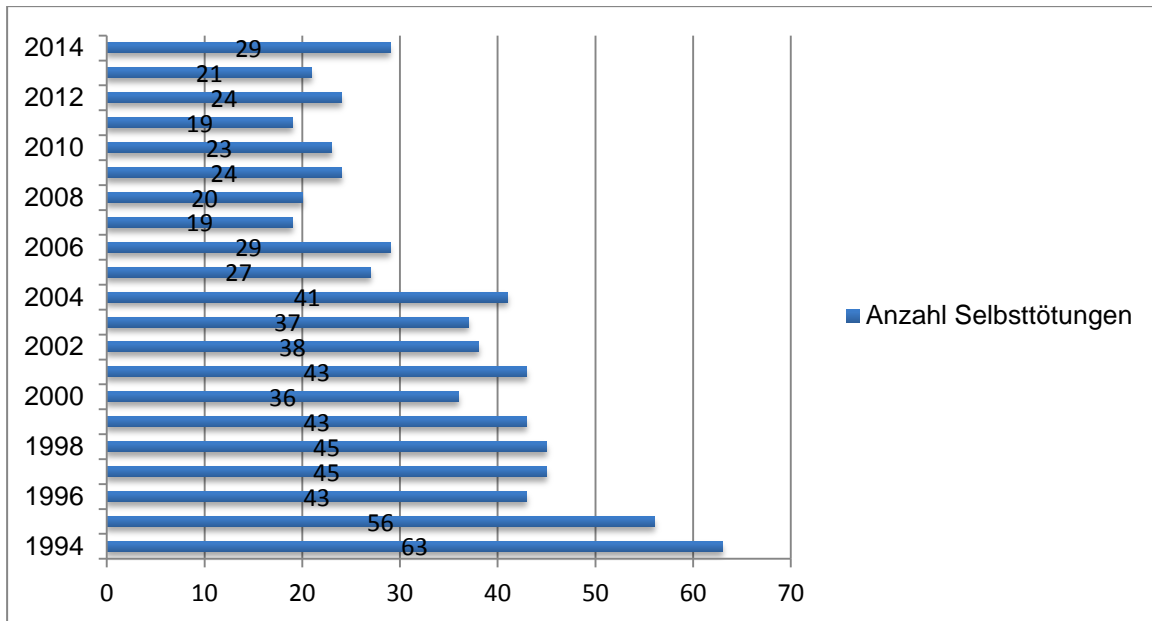


Abbildung 13: Anzahl der Suizide in der Bundeswehr innerhalb der letzten zwanzig Jahre (vgl. BMVg, 2015f: o. S.)

3.5. Handlungsfelder, Koordination und Angebote der Bundeswehr

Ebenso vielfältig wie die psychischen Einsatzfolgen selbst, sind auch die Ansatzpunkte für die Bundeswehr als Arbeitgeber um psychische Störungen ihrer MitarbeiterInnen zu diagnostizieren, präventiv anzugehen, zu kurieren sowie Maßnahmen der Sozialabsicherung anzubieten. Da Prävalenzen und Inzidenzen ein Potential erkennen lassen, in der Dienstausbildung psychisch zu erkranken, ist ein ausgereiftes und umfassendes Konzept von Nöten, dass Strukturen im Umgang mit den Folgen der Gefährdung am Arbeitsplatz schafft. Aufklärung spielt dabei eine wichtige Rolle. Dies veranlasste die Bundeswehr ein Kompendium zu veröffentlichen, welches alle Aspekte und Handlungsfelder einsatzbedingter psychischer Störungen zusammenfasst. Zum einen werden darin, in verständlichem Sprachgebrauch, die verschiedenen posttraumatischen Störungen erläutert, zum anderen ein neuartiges Konzept der Prävention vorgestellt (siehe 6. Relevanz der Konzepte im militärischen Kontext) (vgl. BMVg, 2014b: S. 8ff.). Alle Institutionen und Maßnahmen bezüglich einsatzbedingter Störungen werden zusätzlich erläutert und der Ablauf der psychologischen Einsatzbetreuung beschrieben. Die Regularien sehen vor, dass die Auslandsverwendungsfähigkeit durch eine/n Ärztin/ Arzt der Bundeswehr festgestellt wird, bevor ein/e SoldatIn in den Einsatz verlegt. Die psychische Gesundheit wird dabei nur im Einzelfall näher beleuchtet, falls bereits psychische Störungen bekannt sind. Im Auslandseinsatz angekommen, begleiten sogenannte Truppenpsychologen die Mission, bieten Beratungen an und ebenfalls eine Krisenintervention nach traumatischen Ereignissen (vgl. Maercker, 2013: S. 497). Nach Rückkehr aus dem Auslandseinsatz wird der Soldat oder die Soldatin durch eine/n Vorgesetzte/n zum zuständigen Truppenarzt oder Truppenärztin entsendet, welcher eine

Rückkehrerbegutachtung durchführt und auf körperliche sowie seelische Folgen der Belastungen untersucht. Dazu wird von dem/ der EinsatzrückkehrerIn eine „Posttraumatische Stressskala“ selbstständig, als postdiagnostisches Verfahren ausgefüllt und dann gemeinsam ausgewertet. Werden im späteren Dienstverlauf durch Vorgesetzte und KameradInnen Verhaltensauffälligkeiten festgestellt, sollen weitere Untersuchungen folgen. Wird eine psychische Störung diagnostiziert, erfolgt die Weiterbehandlung und Traumatherapie grundsätzlich im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie der Bundeswehrkrankenhäuser, kann aber auch ambulant durchgeführt werden, teilweise auch von zivilen Rehabilitationseinrichtungen (vgl. ebd.: S.11f.). Die Gesundheit soll durch die Einbindung in bestehende soziale Netzwerke unterstützt werden, weshalb von einer langfristigen Krankschreibung abgesehen wird. Eine heimatnahe Versetzung zur Familie wird als Möglichkeit eingeräumt, sodass die Ausübung des Dienstes nicht mit einer Trennung von der Familie einhergeht.

Hilfsangebote werden für Soldatinnen und Soldaten, aber auch für die Angehörigen eingeräumt. Zum einen richtet sich das sogenannte Einsatznachbereitungsseminar verpflichtend an alle EinsatzrückkehrerInnen. Dieses Seminar dient dem Konfliktabbau und einem gedanklichen Abschluss des Einsatzes. Außerdem haben die SoldatInnen Anspruch auf eine sogenannte Präventivkur in einer Rehabilitationseinrichtung, welche Erholung bieten soll und wo etwaige Symptome einer Störung stabilisiert werden könnten. Zum anderen wurde eine Telefonhotline für Fragen und Probleme eingerichtet.

Die Organisation der psychosozialen Unterstützung innerhalb der Bundeswehr wird durch das „Medizinisch- psychologische Stresskonzept“ definiert und Zuständigkeiten im Rahmen der Prävention, Diagnostik, Intervention und Therapie festgehalten sowie Aufgaben festgelegt. Die Zusammenarbeit und Koordination bezüglich einsatzbedingter Störungen findet auf drei Ebenen statt.

Ebene 1:

- Hilfe durch Vorgesetzte und KameradInnen

Ebene 2:

- Fachkompetenzen wie Psychologischer Dienst der Bundeswehr, Sozialdienst der Bundeswehr, Militärseelsorge und Sanitätsdienst
- Institutionen werden unter dem Begriff Psychosoziales Netzwerk zusammengefasst und agieren in den Kasernen

Ebene 3:

- behandelnde Psychiater und Psychotherapeuten der Bundeswehreinrichtungen

Hat eine Soldatin oder ein Soldat die Vermutung, dass sie oder er eine Schädigung aus der Zeit des Wehrdienstes davon getragen hat, muss ein behördliches Verfahren zur Prüfung eingeleitet werden. Auch bei posttraumatischen Störungsbildern muss diese Begutachtung erfolgen, um Ansprüche gegenüber der Bundeswehr geltend machen zu können. Wird eine Gesundheitsschädigung festgestellt, hat man Anspruch auf Beschädigtenversorgung. Dies ist insbesondere nach der Entlassung aus dem Militärdienst von Wichtigkeit, da Folgekosten von der Bundeswehr übernommen werden. Außerdem hat der/ die Einsatzgeschädigte Ansprüche nach dem Einsatzweiterverwendungsgesetz (EinsWVG), welches festhält, dass diese SoldatInnen Anspruch auf eine Schutzzeit haben, in welcher sie nicht entlassen oder in den Ruhestand versetzt werden dürfen. Ziel dabei ist es, zu verhindern, dass mit einer akuten Erkrankung in eine Ausbildungs- oder Pensionsphase übergegangen wird. Weiterhin sollen die Soldatinnen und Soldaten bis zur gesundheitlichen Wiederherstellung in der Bundeswehr verbleiben. Abschließend hält das Kompendium, mit Bezug auf steigende Erkrankungszahlen, den Ausbau der Bereiche Forschung und Entwicklung im Fachgebiet der Psychologie fest (vgl. BMVg, 2014b: S. 10– 32). Abbildung 12 zeigt die im Kompendium für den Umgang mit Einsatzschädigungen dargestellte Abbildung, welche dem Leser oder der Leserin die Handlungsfelder und Angebote innerhalb der Bundeswehr skizziert.

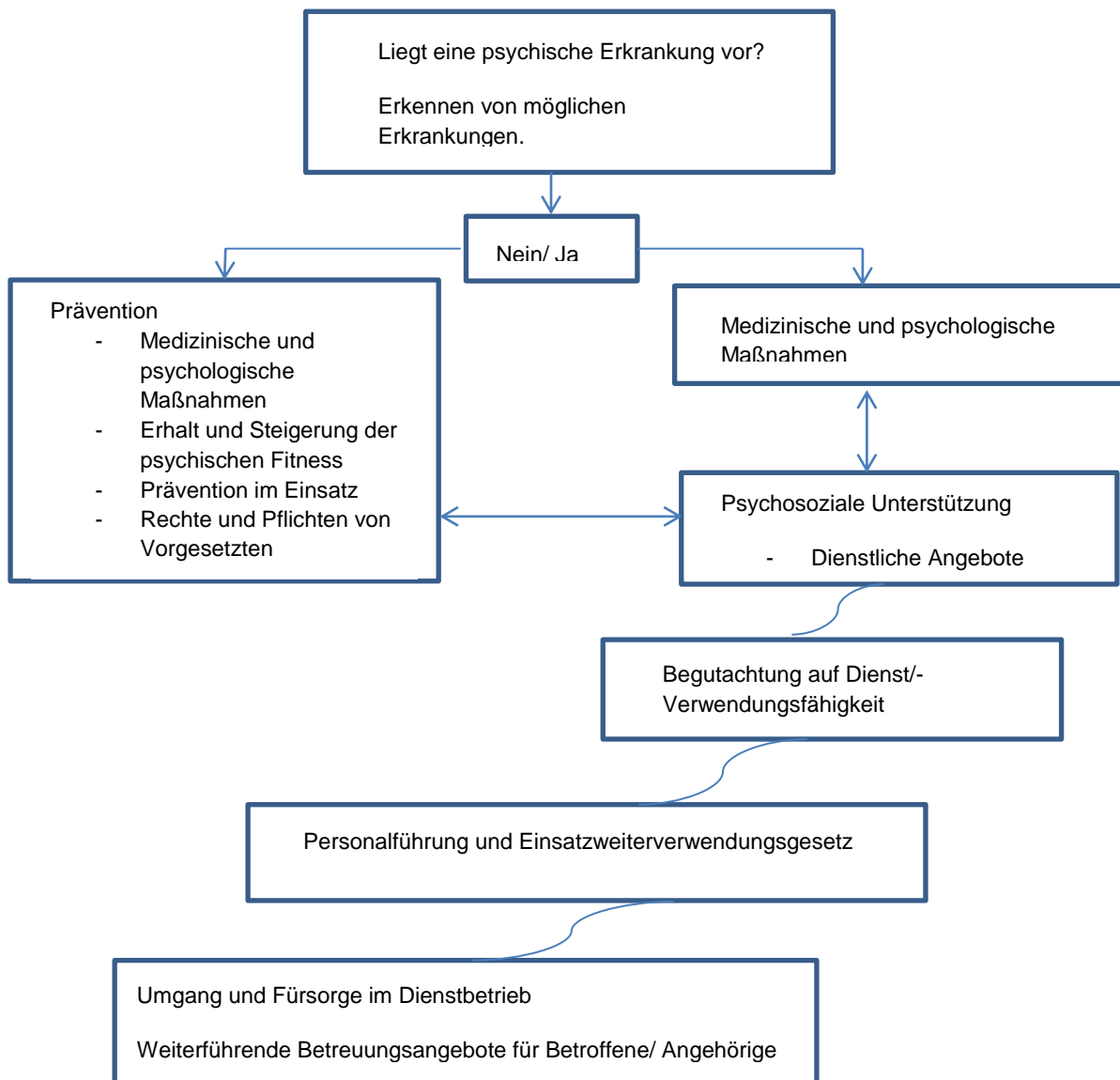


Abbildung 14: Schematische Darstellung aller Maßnahmen der Bundeswehr bezüglich einsatzbedingter psychischer Erkrankungen, veröffentlicht in einem Kompendium der Bundeswehr (vgl. BMVg, 2014b: S. 5).

Die Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr sind überwiegend zufrieden mit den Maßnahmen der Einsatzvorbereitung und –nachbereitung. Psychisch erkrankte EinsatzrückkehrerInnen schätzen, laut einer Längsschnitterhebung, diese Maßnahmen als weniger positiv ein (vgl. BMVg, 2013b: o.S.). Die Behandlung einsatzbedingter psychischer Erkrankungen bewertet der Wehrbeauftragte in seinem Jahresbericht 2014 als nicht optimal (vgl. Deutscher Bundestag, 2015: S. 60).

4. Interventionsstrategien zur Stärkung von Schutzfaktoren unter salutogener Perspektive

4.1 Die salutogene Perspektive

Aaron Antonovsky, ein amerikanisch- israelischer Medizinsoziologe, trieb die Frage an was Menschen gesund erhält, nachdem er auf überlebende Frauen des Holocaust traf. Er stellte fest, dass sich, entgegen seiner Erwartung, einige der Frauen bester psychischer Gesundheit erfreuten und ein erfülltes Leben führten, obwohl sie Opfer von Gräueltaten waren (vgl. Antonovsky, 1979: S. 6f.). Diese Erkenntnis brachte ihn zu einer Richtungsänderung der Betrachtungsweise von Gesundheits- und Krankheitsentstehung. Der von ihm geschaffene Neologismus Salutogenese stammt von „Genesis“ aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie Entstehung oder Ursprung. Das lateinische „Salus“ so viel wie Gesundheit oder auch Wohlbefinden und somit Salutogenese Ursprung von Gesundheit oder Entstehung von Wohlbefinden. Dieser Begriff, mit der daraus folgenden Orientierung der Gesundheitsentstehung, sollte sich von dem bisher bekannterem Modell der Pathogenese, also Entstehung von Krankheit, abgrenzen (vgl. Antonovsky, 1979: S. 13). Die Pathogenese, mit dem Modell der Homöostase, geht von einer inneren und äußeren Stabilität aus und somit von einem Zustand von Gesundheit oder Krankheit. Aaron Antonovsky beschreibt jedoch Gesundheit als Zustand der Heterostase, der durch Erfahrungen von Krieg, Rassismus und Trauma beeinflusst wird. Die Omnipräsenz vieler widriger Umstände und negativer Determinanten im Leben des Menschen, erhöhen die Wahrscheinlichkeit nicht gesund zu sein. Nach einer Überprüfung von Lebensläufen kam er zu der Erkenntnis, dass Krankheit kein „unübliches Ereignis“ (Antonovsky, 1997: S. 22) ist. Vielmehr erkennt Antonovsky an, dass destruktive Prozesse sowie Stressfaktoren und somit auch Krankheit und Tod, ein normaler Teil unseres Lebens sind und nicht vermieden werden können (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 15). Aus diesem Grund verwarf Antonovsky die dichotome Denkweise der Pathogenese, welche Menschen in gesund und krank klassifiziert. Stattdessen ordnete er den Zustand auf einem Gesundheit-Krankheits-Kontinuum ein (vgl. Antonovsky, 1979: S. 57f.). Dies sollte verhindern, nach der Ursache einer Krankheit zu suchen ohne die gesamte Geschichte eines Menschen zu betrachten.¹² Gesundheit sollte demnach nicht als Abwesenheit von Krankheit gesehen werden und existiert für Antonovsky unabhängig von Krankheit (vgl. 1997: S. 29f.). Außerdem geschieht Gesundheit für den Stressforscher nicht allein durch die Abwesenheit von Risikofaktoren, wie Stressoren und der Pufferung einwirkender Belastungen, sondern

¹²Im englischsprachigen Original schreibt A. von health ease and dis- ease- continuum. Dieses Wortspiel soll das subjektive Empfinden bei den Polen beschreiben und nicht nur das Vorhandensein von Krankheit oder Gesundheit.. Dis- ease kann als Ent- Gesundung (vgl. Antonovsky, 1997: Kap. Glossar) übersetzt werden. Health ease wird eine Übersetzung als Gesundheit oder Gesundung (vgl. Antonovsky, 1997: S. 218) gerecht. Aus Zwecken der Vereinfachung wird in dieser Arbeit jedoch weiterhin der Begriff des Gesundheits- Krankheits- Kontinuum verwendet.

durch die Bewertung und den Umgang mit diesen Stressoren (vgl. Antonovsky, 1997: S. 25). Somit fordert eine salutogene Sichtweise nicht zu hinterfragen „was löste aus“ (Antonovsky, 1997: S. 30), sondern vielmehr zu hinterfragen, welche Faktoren den Menschen eine Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beibehalten oder in Richtung Gesundheit bewegen lassen. Außerdem soll eine salutogene Orientierung die Suche nach Faktoren sein, welche uns besser an eine Umgebung anpassen lassen und auch Ressourcen zur Stressbewältigung Aufmerksamkeit erfahren (vgl. Antonovsky, 1997: S. 30).

Übertragen auf ein Beispiel zur Veranschaulichung, bedeutet dieser Blickwinkel im Fall des Anschlags auf das Bundeswehrfahrzeug von Oberfeldwebel Thorsten F. (siehe Seite 4):

Das beschriebene Selbstmordattentat wurde auf den Bundeswehrkonvoi am 05.09.2009 nahe Kunduz verübt. In einem Fahrzeug am Straßenrand, nur 5 km entfernt des Lagers, wartete ein Selbstmordattentäter, bis der Konvoi ihn passierte und zündete dann einen Sprengsatz, durch welchen das tonnenschwere Fahrzeug des Oberfeldwebels mit seinen fünf Kameraden und der Kameradin meterweit schleuderte und kopfüber in einen Graben rutschte. Die Druckwelle war so mächtig, dass dabei die schweren Türen des Fahrzeugs herausgedrückt wurden. Alle Insassen des angesprengten Transportfahrzeugs trugen Verbrennungen und Splitterverletzungen durch herumfliegende Teile (Blast) davon und demnach ähnliche physische Verletzungen. Die psychischen Verwundungen hingegen, hatten nicht bei jedem der Soldaten und der Soldatin das gleiche Ausmaß. Der Umgang mit dieser lebensbedrohlichen Belastung, diesem extremen Stressfaktor, wird jedem Fahrzeuginsassen anders gelingen. In der Annahme, dass einer der Insassen nach diesem Ereignis eine posttraumatische Störung entwickelt hat, ist es nun Aufgabe der Pathogenese, herauszufinden was den Mensch krank machte um ihn dann zu kurieren. Jedoch sind in diesem Fahrzeug fünf andere Insassen, welche keine Störung entwickelt haben. So führt Oberfeldwebel Thorsten F. heute, fünf Jahre später, ein erfülltes, glückliches Leben obwohl er diese potentiell traumatisierende Erfahrung machte. Antonovskys Modell der Salutogenese sucht nach eben diesen Faktoren, die Thorsten F. und die vier Gesundgebliebenen dieses Erlebnis verarbeiten und ein glückliches Leben führen lassen. (Eigene Erfahrung der Autorin).

4.2 Definition von Schutzfaktoren

Bereits seit den 1970er Jahren erfährt die Forschung zu gesundheitlichen Schutzfaktoren großes Interesse (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 7), wobei das Konzept des Sense of Coherence von Aaron Antonovsky, welches er seiner Forschung zum Konzept der Salutogenese folgen ließ, eines der bekanntesten ist. Schutzfaktoren sind für die Autoren Blättner und Waller Eigenschaften, welche die Wahrscheinlichkeit des Gesundseins und Krankseins beeinflussen (vgl. 2011: S. 201). Schutzfaktoren vermindern die

Auftrittswahrscheinlichkeit von Störungen bei auftretenden Belastungen und sind nicht allein das Fehlen von Risikofaktoren (vgl. Lyssenko u. a., 2011: S. 476). Diese Faktoren können intern aber auch durch äußere Einflüsse entstehen und prägen für eine Spanne des Lebens. Es sind also biologische, seelische und soziale Schutzfaktoren, die Individuen beeinflussen (vgl. ebd.). Äußere Faktoren sind zum Beispiel soziale Kontexte, welche das Handeln, Lebensbedingungen und Lebenserfahrungen beeinflussen, sein (ebd.: 2011: S. 199). Innere Schutzfaktoren sind genetische Einflüsse, aber auch Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstvertrauen (Werner, 2011: S. 36.). Die Kausalität von Schutzfaktoren ist oftmals nicht belegt, da sie unabhängig von Umgebungsbedingungen und Risikokonstellationen wirken und mit anderen Faktoren in einer Wechselbeziehung stehen (vgl. Lyssenko u. a., 2011: S. 477). Vor allem in der Resilienzforschung wird von der Annahme ausgegangen, dass Schutzfaktoren die Wirkung von Risikofaktoren abpuffern. Jedoch scheinen einige Schutzfaktoren nicht nur eine moderierende Wirkung zu haben, sondern wirken unabhängig, wie zum Beispiel Hardiness und Kohärenzgefühl. Dabei sind einige Schutzfaktoren beeinflussbar, andere nicht (vgl. ebd.). Wenn beispielsweise das weibliche Geschlecht ein Schutzfaktor ist, ist dieser nicht beeinflussbar, hingegen kann der Schutzfaktor Hardiness gestärkt werden. Ein weiterer Unterschied in der Wirkung von Schutzfaktoren liegt in der Lebensspanne. Im Kindesalter haben soziale Schutzfaktoren den höchsten Einfluss, da Kinder mehr auf die Unterstützung von außen angewiesen sind und dabei personale Schutzfaktoren eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. ebd.). Einer Zunahme des Wissens über die Wirkung von Schutzfaktoren über die letzten Jahre, ist es zu verdanken, dass sie verstärkt in Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention Einzug gehalten haben. Die Umsetzung geschieht dabei als Förderung auf individueller, aber auch auf struktureller Ebene wie in Schulen oder im Setting Arbeitsplatz (vgl. ebd.: S. 478). Die BegründerInnen der drei Konzepte der Gesundheitsentstehung, Kohärenzgefühl, Resilienz und Hardiness verstehen die Definition von Schutzfaktoren ähnlich, jedoch wird im Kontext des Kohärenzgefühls eher der Begriff Widerstandsressourcen (GRR) genutzt. Die BegründerInnen dieser drei Konzepte beschreiben die protektive Wirkung auf eine unterschiedliche Weise um die Genese von Gesundheit zu erklären.

4.3 Abgrenzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention stellen zwei unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Strategien der Intervention in die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung dar (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 201; Hurrelmann u. a., 2012: S. 661). Während die Prävention auf eine Vermeidung oder Verringerung von Gesundheitsschädigungen bei einer klar erkennbaren Risikopopulation erwirkt und das

Ziel verfolgt, Krankheiten zu vermeiden (primäre Prävention), früh zu erkennen (sekundäre Prävention) oder ein Wiederauftreten und Krankheitsfolgen zu verhindern (tertiäre Prävention), nutzt die Gesundheitsförderung eine andere Strategie der Gesunderhaltung (vgl. ebd.: S. 239; ebd.). Die Idee der Gesundheitsförderung ist eine Beeinflussung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Lebensweisen mit dem Ziel der Stärkung persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz (vgl. Hurrelmann u. a., 2012: S. 661). Gesundheitsförderung zielt mit ihren Interventionen auf eine Verbesserung individueller Fähigkeiten und will damit zur Stärkung der eigenen Gesundheit befähigen. Voraussetzung für die Anwendung von Gesundheitsförderung als Strategie, gilt eine Kenntnis über die Gesundheitsentstehung, also salutogener Dynamiken (vgl. ebd.). Bei der Krankheitsprävention hingegen, hat die Intervention das Ziel die Ausgangsbedingungen und Risiken von Krankheit zu vermindern oder abzuwenden. Die Voraussetzung für Krankheitsprävention ist die Kenntnis pathogener Dynamiken, also über die Krankheitsentstehung (vgl. ebd.). Schwerpunkt der Gesundheitsförderung ist es, verschiedene Widerstandskräfte als Ressourcen aber auch Schutzfaktoren zu mobilisieren, dabei beruht sie auf dem Modell der Salutogenese (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 203). Grundlegender Unterschied dieser beiden Interventionsformen ist also demnach das Wirkungsprinzip, denn während bei der Krankheitsprävention Risikofaktoren verdrängt werden sollen, die für Krankheitsdynamiken verantwortlich sind, stärkt die Gesundheitsförderung Ressourcen, die eine bessere Gesundheitsentwicklung versprechen (vgl. Hurrelmann u. a., 2012: S. 664). Soll also die Gesundheit einer Population beeinflusst werden, ist die Definition der Interventionsform nötig, da sie maßgeblich die Idee beeinflusst wie ein Gesundheitsgewinn erzielt werden soll. Die Konstrukte Kohärenzgefühl, Hardiness und Resilienz liefern mit unterschiedlichen Annahmen der Gesundheitsdynamiken, differenzierte Konzepte für die Gesundheitsentstehung und Verortung von Schutzfaktoren.

5. Konzepte der Gesundheitsentstehung

5.1 Kohärenzgefühl (Sense of coherence)

5.1.1 Entstehung und Definition des Kohärenzgefühls

Mit seinem Konzept der Salutogenese beschrieb der Soziologe Antonovsky ein Potential, welches die Chance eines Menschen erhöht, gesund zu bleiben. Während seiner Forschung zur Salutogenese identifizierte er das Kohärenzgefühl (Sense of coherence-SOC) als wichtigsten Moderator zwischen Umwelt und Gesundheit einer Person (vgl. Antonovsky, 1997: S. 39). Sence of coherence ließe sich mit Kohärenzsinn oder

Kohärenzempfinden oder aber auch Kohärenzgefühl¹³ übersetzen (vgl. Schneider, 2002: S. 23). Der Begriff des Kohärenzgefühls soll beschreiben, was das Potential des Gesundseins- und bleibens ausmacht. Ein Streben nach einem kohärenten Weltbild, welches uns das Leben verstehen, handhaben und bedeutsam erscheinen lässt, ist die Grundannahme des Forschers (vgl. Antonovsky, 1997: S. 39). Das Kohärenzgefühl ist demnach eine globale Orientierung, welche ein umfassendes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens ausdrückt. Es ist ein Vertrauen darauf, dass Ereignisse im Leben vorhersagbar und berechenbar sind und außerdem genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden. Außerdem lässt ein hohes Kohärenzgefühl glauben, dass diese Anforderungen der Intervention lohnen (vgl. Antonovsky, 1979: S. 10).

5.1.2 Konzeptualisierung des Kohärenzgefühls

Das Konzept des Kohärenzgefühls besteht aus drei Komponenten die eine Weltanschauung beschreiben, Annahmen zu Stressoren und Bewältigung von Stress als auch Erklärungen zur Wirkung von protektiven Faktoren.

Das Kohärenzgefühl setzt sich zunächst aus drei zentralen Komponenten zusammen, welche die Empfindungen und Gefühlswelt des Menschen näher beschreiben sollen:

1. Sense of comprehensibility- Gefühl von Verstehbarkeit:

Bezieht sich auf die Fähigkeit, innere und äußere Stimuli nicht nur als unerklärliches und willkürliches „Rauschen“ (Antonovsky, 1997: S. 34) sondern als klare, geordnete und konsistente Information wahrzunehmen und kognitiv zu verarbeiten.

2. Sense of manageability – Gefühl der Handhabbarkeit:

Diese Komponente beschreibt ein instrumentelles Vertrauen und wie sehr die Person annimmt geeignete Ressourcen zur Verfügung zu haben um Anforderungen adäquat zu begegnen. Dazu muss er oder sie nicht über eigene Hilfsquellen und Kompetenzen verfügen, sondern eine höhere Macht oder andere Person kann helfen die Schwierigkeiten des Lebens zu überwinden. Auf eine geringe Ausprägung deutet nach Antonovskys Untersuchungen das Empfinden der Befragten, dass ihnen unglückselige Dinge im Leben widerfahren sind und das dies auch so weitergehen werde. Er nannte sie „Pechvogel“, „*shlimazl*“ (1997: S. 35), da diese Personen sich immer wieder schrecklichen Ereignissen ausgesetzt fühlten ohne das Gefühl zu haben diese beeinflussen zu können. Im Gegensatz zur Komponente der Verstehbarkeit beschreibt die Handhabbarkeit auch emotionale Verarbeitungsmuster.

¹³ A. Frankes Vorschlag der Übersetzung folgend, wird in dieser Arbeit weiterhin der Begriff des Kohärenzgefühls genutzt (vgl. 1997: S. 219).

3. Sense of meaningfulness – Gefühl der Sinnhaftigkeit

Diese motivationale Dimension bezeichnet Antonovsky als die wichtigste Komponente seines Konstrukts. Sie beschreibt wie emotional sinnvoll das Leben mit seinen Problemen und Anforderungen empfunden wird. Es beschreibt das Ausmaß wie sehr Herausforderungen des Lebens als Lasten interpretiert werden oder als willkommene Anforderungen, die es wert sind, dass man sich für sie engagiert. Ohne das Empfinden von Sinnhaftigkeit ist, auch bei hoher Ausprägung von Handhabbarkeit und Verstehbarkeit, kein hoher Wert des Kohärenzgefühls möglich. Ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit, erleben die Menschen das Leben als Last und Qual anstatt Lebensbereiche zu haben, die ihnen am Herzen liegen und wichtig sind (vgl. Antonovsky, 1997: S. 34ff.).

Antonovskys sozialpsychologisches Konzept versucht Erklärungen zu liefern, wie solche Ereignisse und andere Stressfaktoren zu begreifen sind (vgl. Antonovsky, 1979: S. 70–94). Er beschreibt unterschiedliche Einflussfaktoren, welche immer wieder auf Individuen einwirken, als Stressoren. Diese Stressoren lassen eine Person innerhalb des Gesundheits- Krankheits- Kontinuum potentiell in die Richtung Krankheit bewegen. Der Medizinsoziologe definiert einen Stressor als eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unterforderung oder Überforderung und fehlende Partizipation gekennzeichnet ist (vgl. Antonovsky, 1987: S. 44). Außerdem sind Stressoren omnipräsent und lassen sich demnach nicht vermeiden.

„Ob die Stressoren nun aus der inneren oder äußeren Umgebung stammen, ob es sich um alltägliche Widrigkeiten handelt, ob sie akut, chronisch oder endemisch sind, ob sie uns aufgezwungen werden oder wir sie frei gewählt haben, unser Leben ist reichlich mit Reizen angefüllt, auf die wir keine automatischen, angemessenen adaptiven Antworten haben und auf die wir reagieren müssen. Solange nicht Sensoren zerstört worden sind, ist die Botschaft an das Gehirn klar: Du hast ein Problem.“ (Antonovsky, 1997: S. 124f.)

Diese psychosozialen Stressoren versetzen uns in einen Spannungszustand, den es physisch und psychisch aufzulösen gilt (vgl. Antonovsky, 1979: S. 94). Aaron Antonovsky vertrat die These, dass Stressoren nicht unbedingt als krank- machend gelten, sondern auch als Anforderungen wahrgenommen werden können, welche einen physiologischen Spannungszustand herbeiführen (vgl. Antonovsky, 1987: S. 43).

Nicht jeder Mensch bewertet einen Stimulus als Stressor oder Nicht- Stressor in gleicher Art und Weise. Eine gerichtete Raketenstellung auf das eigene Feldlager versetzt eine junge unerfahrene Soldatin oder einen unerfahrenen Soldaten in helle Aufregung, während sich ältere, einsatzerfahrene KameradInnen ruhig und bedacht in Sicherheit bringen. Diese Bewertung benennt Antonovsky als primäre Bewertung, in welcher die Person feststellt ob ein Stressor vorliegt. Personen mit einem starken SOC werden den Stimulus eher als Nicht- Stressor bewerten als Personen mit einem schwachen SOC. Im Folgenden wird die Art des Stressors beurteilt und für das eigene Wohlempfinden als bedrohlich, günstig oder irrelevant wahrgenommen. Falls der Stressor als irrelevant bewertet wird, erfolgt ein kognitiver Prozess bei dem der Stressor als Nicht- Stressor umbenannt wird. Dabei wird eine Person mit hohem SOC einen Stimulus eher als irrelevanten oder günstigen Stressor bewerten, da die Person Lebenserfahrungen machte, die sie lehrten, dass in der Regel alles gut gehen wird. Was ein Problem zu sein scheint, wird sich wahrscheinlich als nicht sehr problematisch und lösbar herausstellen. Der Stimulus hat demnach eher einen Charakter einer Herausforderung, denn einer Last. (vgl. Antonovsky, 1979: S. 139). Die entstandene Anspannung muss jedoch abgebaut werden, auch wenn sie angenehm bewertet wird. Diese Regulierung sollte mittels einer fokussierten Emotion geschehen, welche eindeutig an ein Ziel gebunden ist. Die Emotion Wut, zum Beispiel, richtet sich gegen die Welt oder die Menschen im Allgemeinen und ist somit ungerichtet und nicht fokussiert. Ebenso wird sich eine Person mit hohem SOC ihrer Emotionen eher bewusst sein, kann diese ausdrücken und damit eine bessere Emotionsregulation erreichen. Gelingt das Auflösen der Spannungsregulation, so wirkt sich dies stärkend auf das Kohärenzgefühl aus. Gelingt der Abbau des Stresszustandes nicht, so entsteht Stress und wirkt sich negativ auf die Position im Gesundheits- Krankheits- Kontinuum aus (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 19). Die folgende Abbildung stellt schematisch die Abfolge des Bewertungsprozesses dar.

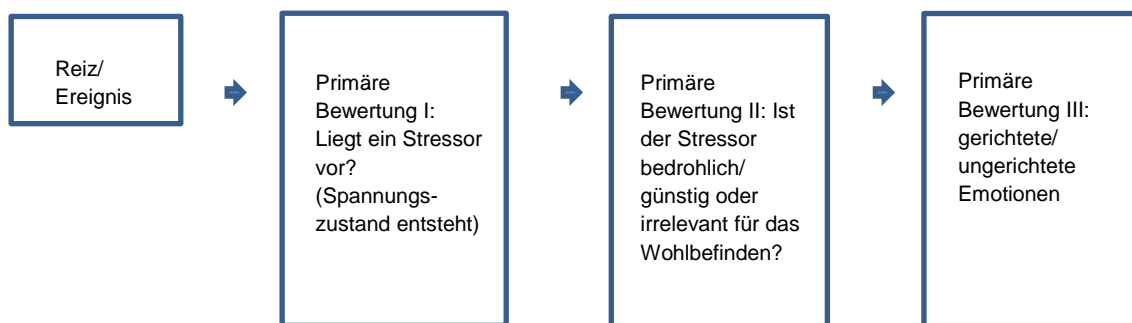


Abbildung 15: Vereinfachte Darstellung der primären Bewertungsprozesse nach Antonovsky, modifiziert nach Bengel und Lyssenko. (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 166; Bengel, Lyssenko, 2012: S. 19)

Die Ausprägung des Kohärenzgefühls hängt für Antonovsky von der Verfügbarkeit von einem breiten Spektrum verschiedener Gegebenheiten ab. Als primäre Determinanten des Kohärenzgefühls beschreibt er ein Kontinuum von Generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) und Generalisierten Widerstandsdefiziten (GRD) (vgl. Antonovsky, 1987: S. 44). Der Medizinsoziologe benennt physische, biochemische, kognitive bis hin zu makrokulturellen Charakteristiken eines Individuum als Widerstandsressourcen (vgl. Antonovsky, 1979: S. 103). Dadurch wird nach Antonovsky verhindert, dass sich eine Anspannung in pathologischen Stress wandelt (vgl. ebd.). Demnach gelten Variablen wie Intelligenz, Stressbewältigungsstrategien, Commitment¹⁴, aber auch soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten und kulturelle Stabilität als Ressourcen, die unsere Gesundheit beeinflussen (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 17). Ein starkes Kohärenzgefühl entsteht durch das Vorhandensein generalisierter Widerstandsressourcen, die konsistente Erfahrungen im Leben ermöglichen. Demnach führen Lebenserfahrungen, die durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit geprägt sind zu einer schwachen Ausprägung des SOC. Jedoch grenzt Antonovsky ein, dass es ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz, Überraschung und lohnenden sowie frustrierenden Ereignissen geben muss, um ein hohes Kohärenzgefühl zu entwickeln. Die Anwesenheit generalisierter Widerstandsressourcen schafft somit Lebenserfahrungen, die durch Konsistenz, Teilhabe und einer Balance zwischen Unterforderung und Überforderung geprägt sind (vgl. Antonovsky, 1987: S. 43). Ein interaktiver Prozess zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und protektiven Faktoren (Generalisierte Widerstandsressourcen) im Kontext der Lebenserfahrung bestimmt, wo sich eine Person auf dem Gesundheits- Krankheits-Kontinuum befindet. Eine starke Ausprägung des Kohärenzgefühls führt dazu, dass das Individuum flexibel auf die Anforderungen des Lebens reagieren kann (vgl. Antonovsky, 1997: S. 41) und angemessene Ressourcen, die es auf Anforderungen reagieren lassen, aktiviert. Menschen mit einer geringen Ausprägung des Kohärenzgefühls reagieren demnach rigide und starr, da sie keine passenden Ressourcen zur Verfügung haben (vgl. Antonovsky, 1979: S. 158f.). Eine günstige Position auf dem Gesundheits- Krankheits- Kontinuum ermöglicht den Erwerb neuer Widerstandsressourcen. Je höher sich eine Person im GRR-GRD Kontinuum befindet, desto wahrscheinlicher ist es Erfahrungen im Leben zu sammeln, die für eine hohe Ausprägung des SOC sorgen (vgl. Antonovsky, 1987: S. 44). Die folgende Abbildung zeigt schematisch die Abfolge der Stressbewertung unter Anwendung von generalisierten Widerstandsressourcen.

¹⁴ Eine adäquate Übersetzung findet sich in der deutschen Sprache nicht, daher eigene Übersetzung der Verfasserin in: Gefühl der inneren Verpflichtung.

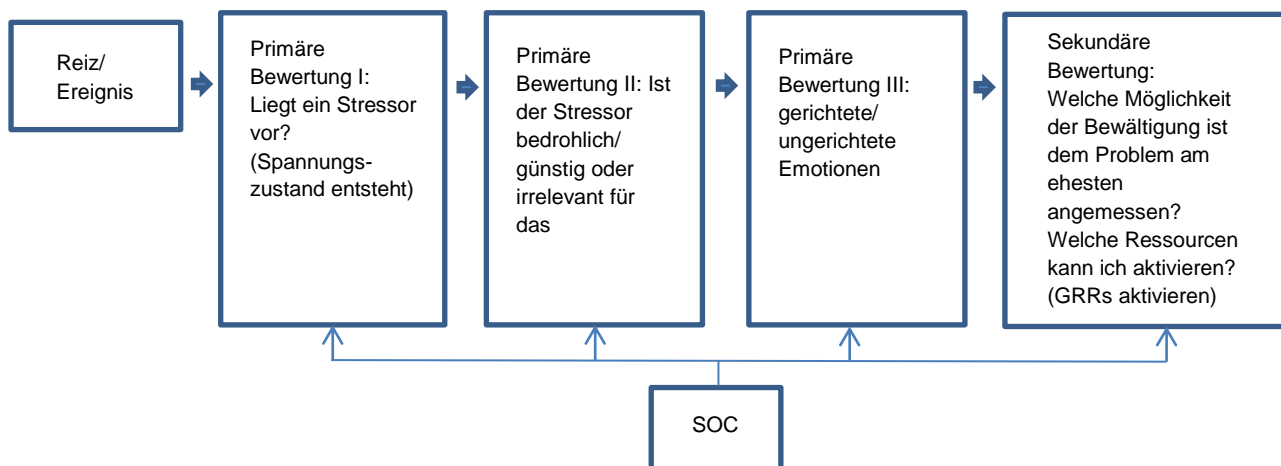


Abbildung 16: Vereinfachte Darstellung der Ansatzpunkte des SOC in den Bewertungsprozessen von Stressereignissen (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 166)

Das Kohärenzgefühl wird während der Kindheit und Jugend ausgebildet und durch Lebenserfahrungen geformt. Das Kohärenzgefühl ist für Antonovsky grundsätzlich nicht veränderbar. Ein Therapeut könne eine Weltansicht, welche sich über Jahrzehnte aufgebaut hat, nicht verändern. Jedoch eröffnet er verschiedene Möglichkeiten wie eine Einflussnahme möglich ist. Zum einen erkennt er an, dass ein stark prägendes Ereignis, wie das Erleben des Todes eines Kameraden oder einer Kameradin, den Mittelwert des SOC verändern kann, dieser sich jedoch später wieder bei dem Ausgangswert einpendeln wird. Zum anderen schlägt Antonovsky vor, nicht die Lebensbedingungen, die die Erfahrungen der Menschen gestalten, zu verändern. Vielmehr soll ein Rüstzeug an die Hand gegeben werden, welches ermöglicht, diese Erfahrungen neu zu interpretieren. Eine konsistente Veränderung der realen Lebenserfahrungen ist für Antonovsky in solchen Situationen möglich, in denen, über eine lange Zeitspanne, eine starke Kontrolle der Lebenssituation möglich ist (vgl. 1987: S. 123–127). Dieser Umstand kann eine Rolle in Kasernen spielen. Des Weiteren vermutet der Stressforscher eine Veränderung bei steigendem Lebensalter, sofern sich die Lebenserfahrungen nicht grundlegend ändern.

5.1.3 Evidenz und empirische Datenlage

Die Popularität des Salutogenen Modell von Gesundheit mit dessen wichtigster Komponente, dem SOC, hält sich vor allem in den Gesundheitswissenschaften und in der Gesundheitsförderung beständig (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 20) . Antonovskys Sense of Coherence Scale, mit welcher sich die Ausprägung des Kohärenzgefühls messen lässt, wurde in 33 Sprachen übersetzt und fand in 32 Ländern Anwendung (vgl. ebd.). Empirische Daten bezogen sich meist auf das Kohärenzgefühl und verschiedene Parameter von Gesundheit und Krankheit. Monica Eriksson und Bengt Lindström,

erfassten in einem systematischen Review alle wichtigen Studien¹⁵ zur SOC Skala zwischen 1992 und 2003 und bildeten damit eine der wichtigsten Studien zur Wirkung des Kohärenzgefühls ab (vgl. 2006: S. 376). Die Ergebnisse zeigten einen hohen negativen Zusammenhang des SOC mit Symptomatiken psychischer Störungen wie Depression, Hoffnungslosigkeit und subjektiven Belastungsempfinden. Außerdem konnte eine hohe positive Korrelation des SOC mit Maßen psychischen Wohlbefindens wie Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung festgestellt werden. Jedoch wurden die Ergebnisse von Maßen der physischen Gesundheit und dem SOC als schwächer bewertet als von denen der psychischen Gesundheit (vgl. Eriksson, Lindström, 2006: S. 379f.). Dies widerspricht Antonovskys eigener Überzeugung, dass der SOC eher auf die physische Gesundheit wirkt und zur mentalen Gesundheit nur eine indirekte Verbindung besteht (vgl. Antonovsky, 1987: S. 181f.). Die Autoren bestätigten außerdem das Kohärenzgefühl als Moderator zwischen Stress und mentaler Gesundheit (vgl. Eriksson, Lindström, 2006: S. 378). Bezugnehmend auf die Erforschung der Wirkung des SOC auf die psychische Gesundheit konnten verschiedene Studien einen Beitrag leisten. Ein 3,5fach vermindertes Risiko psychischer Beschwerden wie Ängstlichkeit, Depression, allgemeine Müdigkeit, bei hohem SOC, konnte der schwedische Forscher Lundberg in einer Bevölkerungsstichprobe herausarbeiten. Er stellte außerdem fest, dass dies unabhängig der Variablen Alter und Geschlecht geschieht (vgl. 1997: S. 827). Bengel und Lyssenko konstatierten kritisch in einem Review, dass die Dimensionen eines niedrigen SOC Symptome einer psychischen Störung aufweisen. Nach Auffassung der Autoren gaben die eingeschränkte Aktivierung von Ressourcen, verminderte Reaktion auf die Anforderungen des Lebens und das Empfinden von Bedeutungslosigkeit Hinweis auf eine bereits bestehende Depression (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 21). Diese Annahme wurde von einer israelischen Studie gestützt, welche vermutete, dass ein starker positiver Zusammenhang zwischen SOC und mentaler Gesundheit besteht, dies aber zwei unabhängige Konstrukte darstellen (vgl. Cohen, Savaya, 2003: S. 319). Einen Zusammenhang von Symptomen der PTBS und Depression und Höhe des SOC Levels bestätigte das Forscherteam um Pham. Hier handelt es sich jedoch um eine Querschnittsstudie, so dass keine Aussage über die Kausalität getroffen werden konnte (vgl. Pham u. a., 2010: S. 319). Um die Validität des SOC einschätzen zu können, versetzte die Universität von North Dakota eine Stichprobe von sechzig PsychologiestudentInnen in eine Phase der Anspannung um physische und psychische Symptome mit der Ausprägung des SOC zu vergleichen. Die Ergebnisse zeigten, dass Personen mit geringer Ausprägung des Kohärenzgefühls mit signifikant mehr Stress,

¹⁵ Die Autoren folgten verschiedenen Dimensionen zum Ausschluss wie Studientitel, Studiendesign, Methodik der Datenanalyse.

Ängstlichkeit und Wut auf die Anspannung reagierten als Studierende mit mittlerem oder hohem SOC. StudienteilnehmerInnen mit geringem Kohärenzgefühl glaubten weniger, dass sie passende psychologische, materielle und soziale Ressourcen besitzen, um mit der Situation umgehen zu können. Außerdem nutzten sie weniger angemessene Stressbewältigungsstrategien (vgl. McSherry, Holm, 1994: S. 483). Diese Interventionsstudie bestätigt Antonovskys Annahme, dass Personen mit hohem SOC Probleme eher als Herausforderung denn als Last wahrnehmen. Des Weiteren bestätigten Untersuchungen die Annahme Antonovskys, dass Menschen mit hohem SOC über eine gewisse Flexibilität verfügen, Stressbewältigungsstrategien in bestimmten Situationen anzupassen und weniger ungünstiges Bewältigungsverhalten wie Suchtmittelkonsum zurückgreifen. Sie sind motiviert, geeignete Ressourcen zu aktivieren (vgl. Antonovsky, 1997: S. 142). Demnach korreliert ein niedriges Kohärenzgefühl mit eher depressivem Bewältigungsverhalten und ein hoher SOC wird in Verbindung mit positiven Situationskontrollversuchen sowie aktiven Bewältigungsstrategien, gebracht (vgl. Becker u. a., 1996: S. 70ff.; McSherry, Holm, 1994: S. 483; Rimann, Udriș, 1998: S. 362f.). Bengel u.a. fassten in einer Übersicht verschiedene Ergebnisse zusammen, bewerteten die Befundlage jedoch als widersprüchlich in Bezug auf Gesundheitsverhalten und SOC (vgl. 2001: S. 50). Dies lässt bisher nicht dafür sprechen, dass Suchtmittelkonsum und habituelles Gesundheitsverhalten als Bestandteil der Bewältigungsstrategien gedeutet werden können. Angesichts einer insgesamt eher inkonsistenten Befundlage, ist eine Bewertung der Wirkung des Kohärenzgefühls als Schutzfaktor nur schwerlich möglich, fassen Bengel und Lyssenko ihre Literaturrecherche zusammen (vgl. 2012: S. 68). Zusammenfassend ergab sich eine starke Korrelation mit Maßen der psychischen Gesundheit und einen negativen Zusammenhang mit psychischen Störungen (ebd.). Eine Vermutung legte außerdem nahe, dass der SOC bei alltäglichen Widrigkeiten und Stressoren seine protektive Wirkung entfaltet, jedoch nicht bei starken Stressoren mit traumatisierendem Potential (vgl. Nielsen u. a., 2008: S. 132f.).

5.2. Resilienz

5.2.1 Entstehung und Definition von Resilienz

Wie auch das Konzept der Salutogenese, entstammt das Konzept der Resilienz aus den 1970er Jahren. Es hat seinen Ursprung jedoch nicht wie das Konstrukt des SOC in den Gesundheitswissenschaften sondern in der Entwicklungspsychologie (vgl. Lyssenko u. a., 2011: S. 476). Der Begriff stammt ursprünglich aus der Physik und Materialtechnik und beschreibt die Eigenschaft eines Materials, nach äußerer Einwirkung schnell seine Form wieder anzunehmen. Der deutsche Begriff Resilienz leitet sich aus dem englischen „Resilience“ ab, was im lateinischen Ursprung so viel wie resilere - abprallen (vgl. Bengel,

Lyssenko, 2012: S. 24) bedeutet. Im angelsächsischen Raum gehört der Begriff zum allgemeinen Sprachgebrauch und wird vielseitig genutzt. In der deutschen Sprache gehört Resilienz nicht in die Alltagssprache und wird als Fachterminus verwendet, ohne dass eine Einordnung in eine Theorie vorhanden ist (vgl. Wieland, 2011: S. 183). Die Definitionen um den Begriff Resilienz unterscheiden sich aus diesem Grund in der Fachliteratur sehr stark voneinander und sind von Präferenzen der Forscher und Fachrichtung, abhängig (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 24). Grundsätzlich wird im Konsens unter dem Begriff Resilienz immer eine Widerstandskraft von Individuen bei widrigen Umgebungsbedingungen oder belastender Lebensereignisse verstanden (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 24; Blättner, Waller, 2011: S. 146). Im Kontext der Entwicklungspsychologie beschreibt der Begriff eine gesunde Entwicklung, die altersgemäß, trotz ungünstiger Lebensbedingungen und Lebensereignisse, im Kindesalter und der Adoleszenz stattfindet. Im Erwachsenenalter ist dagegen eher eine erfolgreiche Bewältigung von stressreichen und traumatisierenden Lebensereignisse gemeint (vgl. Lyssenko u. a., 2011: S. 476). Ein resilientes Individuum ist für Noeker und Petermann dadurch gekennzeichnet, dass ihm eine „Adaption an widrige, oftmals traumatische Umgebungsbedingungen in einer Weise gelingt, so dass langfristig ein kompensiertes, gesundes psychologisches Funktionsniveau und Entwicklungsergebnis erreicht wird.“ (2008: S. 255). Schwerpunkt der Resilienzforschung ist ein Fokus auf die Identifikation von Schutzfaktoren (vgl. ebd.) und deren Wirkung, womit Resilienz nicht als einzelner Schutzfaktor der psychischen Gesundheit verstanden werden kann, sondern oftmals als Persönlichkeitsmerkmal interpretiert wird (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 26).

Die gängigen Facetten der Definitionen in Veröffentlichungen mit Bezug zu Resilienz, setzten verschiedene Abläufe in der Stressbewältigung als Ausgangspunkt in der Definition voraus. Die Definitionen bezogen sich jedoch immer auf den Umgang mit einem Stressor und wurden von den Autoren Bengel und Lyssenko nach einer systematischen Literaturrecherche kategorisiert (vgl. 2012: S. 26) :

1. Resilienz als Resistenz

Nach dieser Definition zeichnet sich ein resilientes Individuum dadurch aus, dass es, angesichts eines Stressors, psychisch stabil bleibt. Das Individuum erscheint immun gegen den Stress, wie, hier beispielhaft aufgezeigt, in der Studie von Bonnano angenommen wurde (vgl. Bonanno, 2008: S. 109f.).

2. Resilienz als Regeneration

Resilient ist, wer zwar kurzzeitig auf einen Stressor reagiert und belastet wird, jedoch innerhalb einer kurzen Zeitspanne wieder in den Alltag zurückfindet (vgl. Agaibi, Wilson, 2005: S. 196ff.).

3. Resilienz als Rekonfiguration

Diese Definition von Resilienz ist geprägt von der Annahme, dass sich Individuen adaptieren und eine Anpassungsfähigkeit besitzen. Dies kann eine Veränderung der Gedanken, Einstellungen, Wünsche oder Absichten sein, um einen Bewältigungsprozess erfolgreich durchzustehen.

5.2.2 Konzeptualisierung der Resilienz

Wie auch bei dem Konzept des Kohärenzgefühls steht die Frage im Mittelpunkt, welche Bedingungen Gesundheit trotz widriger Umstände möglich machen. Die beiden Wissenschaftlerinnen Werner und Smith werden insbesondere mit der Resilienzforschung in Beziehung gebracht, da sie in einer Longitudinalstudie (siehe [5.2.3 Evidenz und empirische Datenlage](#)) die wichtigsten Schutzfaktoren für das Entstehen von Resilienz erarbeiteten (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 147). Emmy E. Werner betrachtet jedoch Resilienz nicht als ein Charaktermerkmal sondern vielmehr als „Endprodukt von Pufferungsprozessen, welche Risiken und belastende Ereignisse zwar nicht ausschließen, es aber dem Einzelnen ermöglichen, mit ihnen erfolgreich umzugehen.“ (2011: S. 33). Diese Pufferungsprozesse vermindern die Wahrscheinlichkeit für ein negatives Bewältigungsergebnis, aber auch für die Entwicklung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter und sind personaler, sozialer und soziokultureller Genese (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 27). Verantwortlich für diese Prozesse sind Resilienzfaktoren oder auch Schutzfaktoren, welche Werner in ihrer Langzeitbeobachtung explorierte und die in der Entwicklung im Kinder- und Jugendalter aber auch im Erwachsenenalter, eine puffernde Rolle spielen. Diese Schutzfaktoren unterscheiden sich in den jeweiligen Lebensphasen und gelten tendenziell als beeinflussbar (vgl. Lyssenko u. a., 2011: S. 478). Resilienz entsteht aus einem Zusammenspiel dieser protektiven Faktoren (vgl. Werner, 2011: S. 34). Im Folgenden werden die Faktoren dargestellt, welche Werner in ihren Beobachtungen identifizierte und dank denen Kinder „erfolgreich ihre Schwierigkeiten bewältigen und zu leistungsfähigen, selbstsicheren und fürsorglichen Erwachsenen heranwachsen“ (Werner, 2011: S. 36).

Personale Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> -Körperliche, biologische Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> - Weibliches Geschlecht - Temperament welches positive Reaktionen hervorruft -Kognitive und affektive Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> - Positive Wahrnehmung der eigenen Person - Positive Lebenseinstellung und Religiosität - Schulische Leistungen - Internale Kontrollüberzeugung - Selbstwirksamkeitserwartung - Selbstkontrolle und Selbstregulation - Aktive Bewältigungsstrategien - Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung - Besondere Begabungen, Ressourcen oder Kreativität - Soziale Kompetenzen als interpersonelle Kompetenz
Schutzfaktoren in der Familie	<ul style="list-style-type: none"> -Strukturelle Familienmerkmale wie feste Regeln, emotionale Mitteilsamkeit -Merkmale der Eltern- Kind- Beziehung <ul style="list-style-type: none"> - Sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern - Autoritative oder positive Erziehung - Positives familienklima -Positive Geschwisterbeziehung -Merkmale der Eltern -Bedeutung und Stabilität im Leben der Familie
Schutzfaktoren im sozialen Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> -Soziale Unterstützung -Erwachsene als Rollenmodell oder eine gute Beziehung zu einem Erwachsenen -Kontakte zu Gleichaltrigen -Qualität der Bildungsinstitution -Einbindung in prosoziale Gruppen

Abbildung 17: Darstellung der Resilienzfaktoren nach Werner, modifiziert nach Lyssenko u.a.. (vgl. Lyssenko u. a., 2011: S. 477; Werner, 2011: S. 37)

Als Folge fehlender Schutzfaktoren kam es bei der untersuchten Kohorte zu Anpassungsstörungen, wie frühen Schwangerschaften und Alkoholmissbrauch, welche sich teilweise jedoch im späteren Verlauf relativieren. Eine Adaption konnte in der mittleren Lebenshälfte beobachtet werden, was zu einer positiven Richtungsänderung führte. Hierbei ist die besondere Erkenntnis von Werner, dass eine Eröffnung von Chancen, wie der Erwerb von Bildung, eine Ehe mit einem verlässlichen Partner, eine

Religion oder die Überwindung einer Krankheit oder eines Unfalls, in der dritten und vierten Lebensdekade ausschlaggebend für eine positive Wende war (vgl. Werner, 2011: S. 38).

Bengel und Lyssenko fassten in ihrer Übersichtsarbeit verschiedene Einflussfaktoren der Resilienz zusammen und verdeutlichten die zentralen Charakteristiken (vgl. 2012: S. 27):

Resilienz ist dynamisch:

Die Resilienz entwickelt sich in einer Interaktion zwischen Mensch und Umwelt und im zeitlichen Verlauf.

Resilienz ist variabel:

Die Ausprägung der Resilienz kann im Laufe eines Lebens schwanken, dies trifft besonders auf die Kindheit und Adoleszenz zu, kann sich jedoch auch später verändern (vgl. Werner, 2011: S. 38).

Resilienz ist situationsspezifisch:

Die Wahrnehmung eines Stressors oder eines Ereignis entscheidet darüber, ob sich ein Individuum in einer Situation angemessen bewältigt. Somit reagiert eine Person bei Raketenbeschuss resilient jedoch nach einem erlebten Feuergefecht mit größeren Bewältigungsproblemen.

Resilienz ist multidimensional:

Anpassungs- und Bewältigungsleistungen können bei einem Individuum in den Lebensbereichen variieren. Während eine Person gute intellektuelle Bewältigungskompetenzen zeigt, können soziale Bewältigungskompetenzen defizitär ausgeprägt sein.

5.2.3 Evidenz und empirische Datenlage

Wichtigste Ergebnisse zur Erforschung der Schutzfaktoren brachte die Langzeitstudie von Emmy E. Werner, in welcher sie das Leben von 698 Kindern auf der hawaiischen Insel Kauai, begleitete. Werner verfolgte das Ziel, die Langzeitfolgen von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren und ungünstigen Lebensbedingungen pränatal und der frühen Kindheit aufzuspüren und dessen Auswirkungen auf die physische und psychische Entwicklung festzustellen. Die Kinder, 1955 geboren, wurden vor der Geburt, mit 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren untersucht und befragt. Widrige Umstände dieser Kohorte waren chronische Armut, geburtsbedingte Komplikationen, Disharmonie und psychische Erkrankungen in der Familie. 201 der 698 der Kinder wuchsen mit diesen

Hochrisikofaktoren heran, wobei etwa zwei Drittel bereits mit zehn Jahren verschiedene Anpassungsprobleme aufwies. 32 Jungen und 40 Mädchen aus eben dieser Hochrisikokohorte wuchsen jedoch zu resilienten Erwachsenen heran, was Werner veranlasste, die oben genannten Schutzfaktoren als Prädiktor für Resilienz herauszuarbeiten (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 147; Werner, 2011: S. 33).

Nur eine Minderheit der, in einer von Bengel und Lyssenko durchgeführten Literaturrecherche für den Zeitraum 1998 bis 2011, verwendeten empirischen Studien zur Resilienz im Erwachsenenalter macht diese widrigen Bedingungen und Risikofaktoren, aus Werners Untersuchung zum Kernstück ihrer Arbeit (vgl. 2012: S. 27). Vielmehr steht die Bewältigung traumatischer Ereignisse als Stressoren (siehe [5.2.2 Konzeptualisierung der Resilienz](#)) im Fokus, wobei als Indikator für Resilienz verschiedene Maße körperlicher und geistiger Gesundheit gelten (vgl. ebd.: S. 28f.). Die Operationalisierung wird dabei unterschiedlich umgesetzt. Variablen wie Art des Stressors oder aber die psychische Widerstandskraft oder auch einzelne Schutzfaktoren und Maße der Belastungsbewältigung werden genutzt. Am häufigsten werden Maße psychischer Gesundheit, wie zum Beispiel die Symptome posttraumatischer Störungen, Depression und Angst zur Operationalisierung von Resilienz herangezogen (vgl. ebd.: S. 35). Das unterschiedliche Verständnis von Resilienz und der daraus folgenden Differenzen in den Definitionen von Resilienz als Resistenz, Regeneration oder auch Rekonfiguration, sowie die damit verbundene jedoch abweichende Operationalisierung in der Resilienzforschung, erschweren eine Analyse der empirischen Datenlage. Ebenfalls weichen die Forschungsintentionen zu Resilienz bei Erwachsenen zu denen bei Kindern erheblich ab, da bei Erwachsenen Resilienz vorrangig in Verbindung mit der Bewältigung widriger Lebensumstände oder potentiell traumatischer Ereignisse untersucht werden. Bei Kindern wird jedoch der Einfluss von Risikofaktoren auf die Entwicklung und Vulnerabilität untersucht (vgl. ebd.: S. 44). Die empirische Datenlage gilt im Allgemeinen als durchaus befriedigend und das Konstrukt als gut erforscht (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 147; Wieland, 2011: S. 183).

5.3 Hardiness

5.3.1 Entstehung und Definition von Hardiness

Das Konstrukt Hardiness entspringt existentialpsychologischem Gedankengut und beschreibt in erster Linie eine Persönlichkeitseigenschaft (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 169). Der Hintergrund zur Forschung der Hardiness (Widerstandsfähigkeit), wurde von Susan Kobasa und Salvatore Maddi etwa zur gleichen Zeit entwickelt, als auch Antonovsky seine Forschung zum Kohärenzgefühl begann (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 69). Wie auch Antonovskys Intention der Erforschung von Gesundheitsentstehung galt,

so begannen auch Kobasa und Maddi mit der Frage, wie stressreiche Ereignisse überstanden werden können, ohne psychische Schäden davon zu tragen (vgl. Maddi, 2013: S. 9). Die Konzeptentwicklung entstand während einer zwölf Jahre andauernden Longitudinalstudie zur Arbeitsbelastung von Managern einer amerikanischen Telefongesellschaft (vgl. Maddi, 2013: S. 8).

5.3.2 Konzeptualisierung der Hardiness

Das Konzept von Hardiness beruht im Grunde auf der Erkenntnis der BegründerIn, dass manche Individuen eine Motivation besitzen, den Stress in etwas Positives und Gewinnbringendes transformieren zu wollen (vgl. Maddi, 2013: S. 9). Die folgende Darstellung skizziert Maddis Annahmen (vgl. Maddi, 2013: S. 14f.) :

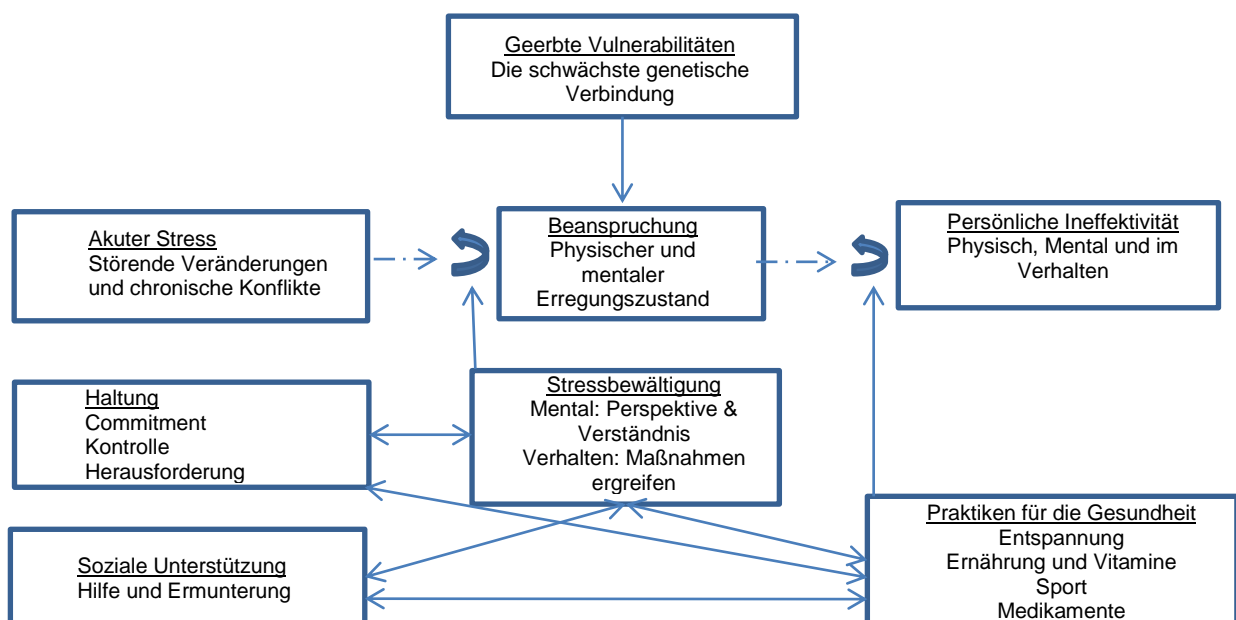


Abbildung 18: Das Konstrukt Hardiness nach Maddi [Anm: Übersetzung durch Verfasserin] (vgl. 2013: S. 14).

Die Abbildung zeigt das Zusammenspiel von innerer Haltung, Strategien und Aktivitäten, welches Individuen, nach Annahme der Begründer Kobasa und Maddi, gesund sein lässt. Die unterbrochene Linie im oberen Teil stellt einen Stressor, wie zum Beispiel das Erleben eines Feuergefechts, dar. Die Komponente der linken Box im oberen Drittel stellt die Gesamtsumme aller einwirkenden Stressoren dar. Die Stressoren können akut, in Form einer kurzzeitigen Veränderung, wie zum Beispiel das erlebte Feuergefecht, auftreten oder chronisch sein, wie ein Rollenkonflikt als SanitäterIn und SoldatIn. Beide Formen rufen gleichermaßen ein Ungleichgewicht hervor. Die Darstellung zeigt, dass ein nicht gelöstes und stressvolles Event zu körperlicher und mentaler Anspannung oder Beanspruchung führt, von der auch Antonovsky in seiner Konzeptualisierung des Kohärenzgefühls ausgeht (siehe 5.1.2 Konzeptualisierung des Kohärenzgefühls). Auch

biomedizinische Prozesse wie die Erhöhung des Blutdrucks und die Hormonaktivierungen zur Mobilisation sind dabei von Wichtigkeit, was die Verknüpfung mit genetischen Dispositionen, welche Maddi darstellt, erklärt. Eine genetische Schwäche, die Auswirkungen auf die Herzleistung hat, würde nach Maddis Annahmen die Stressbewältigung beeinträchtigen. Wenn diese Anspannung zu hoch wird und sowohl körperliche als auch psychische Ressourcen, wegen Ineffektivität der Bewältigungsmaßnahmen, erschöpft sind, kann dies zu ernsthaften Beanspruchungsfolgen wie Depression oder Angstzuständen führen. Es sind aber auch biomedizinische, psychosoziale und emotionale Folgeerscheinungen möglich. Effektive Maßnahmen zum Abbau der Anspannung wären proaktive und gerichtete Bewältigungsmechanismen. Maddi nimmt an, dass diese Folgen analog mit der schwerwiegendsten konstitutionellen Schwäche auftreten. Das obere Drittel der Abbildung zeigt die negativen Auswirkungen eines Stressors auf.

Die vier Kästen im unteren Teil des Konstrukts zeigen gemeinsam auf, wie Stress und die daraus folgende Beanspruchung in einem handhabbaren Level gehalten werden kann. Die linke Box zeigt die wichtigsten Attribute der Hardiness- Haltung¹⁶ und ist gleichzeitig der bekannteste und wichtigste Anteil im Konstrukt dieses Schutzfaktors. Diese Einstellung von Commitment, Kontrolle und Herausforderung, welche gemeinsam zu einer Haltung werden, sind Basis für die Courage und Motivation, die nötig ist um einem Stressor das krankmachende Potential zu nehmen und in etwas Gewinnbringendes zu wandeln.

Commitment¹⁷:

Commitment bezeichnet eine Grundhaltung, in verschiedenen Bereichen des Lebens Sinn und Bedeutung zu finden und diese aktiv und interessiert zu gestalten.

Kontrolle:

Kontrolle beschreibt die Wahrnehmung, nicht Opfer von Situationen zu sein und Ereignissen des Lebens hilflos ausgeliefert zu sein, sondern das Gefühl zu haben diese beeinflussen zu können. Es wird eine Bereitschaft zu selbstverantwortlichem und aktivem Handeln betont. Diese Komponente könnte auch mit internaler Kontrollüberzeugung übersetzt werden (vgl. Blättner, Waller, 2011: S. 145).

¹⁶ Im Original „HardiAttitudes“

¹⁷ In der Literatur wird die Komponente Commitment oftmals als Engagement übersetzt, was jedoch nicht ausreichend das innere Gefühl der Verpflichtung ausdrückt. Deshalb wird das englische Originalwort verwendet.

Herausforderung:

Herausforderung beschreibt die Grundhaltung, dass Veränderungen nicht als Bedrohung wahrgenommen, sondern eine Möglichkeit des Wachstums und der Weiterentwicklung beinhalten (vgl. Maddi, 2013: S. 4).

Diese drei Komponenten der Einstellung und Haltung stimulieren die Motivation des Individuums, problemfokussierte Bewältigungsstrategien anzuwenden anstatt in regressive Strategien, wie Vermeidungsverhalten, zu verfallen. Dazu muss das Individuum eine klare Identifikation von Stressoren zulassen und eine Lösung folgen lassen. Außerdem lassen die drei Komponenten eine Person in eher sozial unterstützende Interaktionen mit ihren Mitmenschen gehen. Eine angepasste soziale Interaktion wird als Geben und Nehmen von sozialer Unterstützung und Ressourcen interpretiert, welche nötig ist, um angemessen auf Stressoren reagieren zu können. Die Kombination aus Haltung, problemorientierter Stressbewältigungsstrategien und sozialer Interaktion erleichtert es, stressvolle Gegebenheiten in einen eigenen Vorteil zu wandeln. Zusätzlich führt eine eigene Fürsorge¹⁸ dazu, dass ein Individuum achtsam mit sich ist, für Entspannung sorgt, sich moderat ernährt sowie für körperliche Aktivität sorgt. Die Darstellung zeigt, dass die Haltung die Strategie der Eigenfürsorge beeinflusst. Wer eine angemessene Eigenfürsorge auslebt, wird die Anspannung auf einem optimalen Level halten können und wiederum genügend Kraft und Motivation haben um positive Bewältigungsstrategien anzuwenden und in soziale Interaktionen zu gehen. Sollte der Grad der Anspannung ansteigen, so kann durch Entspannung, gute Ernährung und körperlicher Aktivität ein Zusatz an nötiger Energie erreicht werden (vgl. Maddi, 2013: S. 14f.). Maddi hält das Persönlichkeitsmerkmal Hardiness grundsätzlich bis in das Erwachsenenalter veränderbar und entwickelte ein präventives Programm zu dessen Stärkung (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 73).

5.3.3 Evidenz und empirische Datenlage

Die Auswirkungen des Persönlichkeitsmerkmals Hardiness werden oftmals in beruflichen Kontexten untersucht. So konnten Alexander und Klein bei Rettungskräften eine niedrige Burn- out- Symptomatik nachweisen, wenn diese eine ausgeprägte Hardiness aufwiesen (vgl. 2001: S. 78). Dies bestätigte eine Querschnittsstudie mit amerikanischen Polizistinnen und Polizisten, welche weniger psychopathologische Symptome bei hoher Hardiness zeigten (vgl. Andrew u. a., 2008: S. 140ff.). Eine systematische Literaturrecherche, im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), konnte außerdem einen Zusammenhang zwischen Hardiness und geringerer Ausprägung

¹⁸ Im englischen Original „Self- care“

von depressiven Symptomen, weniger Fehltagen und geringerer Rollenambiguität im Arbeitsleben herausarbeiten (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 70). Des Weiteren inkludierte eine Metaanalyse 180 Studien zur Hardiness und bestätigte die Wirkung des Konstrukts als Schutzfaktor bei akuten und chronischen Ereignissen und dessen Auswirkungen. Wer eine hohe Hardiness aufwies, nahm weniger Stressoren wahr und zeigte weniger Symptome der Beanspruchung wie posttraumatische Störungen, auch wenn diese potentiell traumatisierend waren. Zusätzlich konnte ein positiver Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und der Aktivierung sozialer Ressourcen nachgewiesen werden. Die Stressbewältigungsstrategien der Menschen mit hoher Hardiness sind eher proaktiv, problemorientiert und effektiver (vgl. Eschleman u. a., 2010: S. 296– 302), stellte die Metaanalyse heraus. Zusätzlich gibt es Hinweise, dass sich die Wirkung von Hardiness insbesondere bei starken Stressoren, mit hohem traumatisierendem Potential, entfaltet (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 71; Zakin u. a., 2003: S. 826).

Das Konzept um Hardiness wird, trotz umfangreicher Ergebnisse aus Studien, auch kritisch betrachtet. Besonders frühere Studien, vor den 1990er Jahren, nutzten umstrittene Instrumente zur Erfassung und Methoden der Auswertung. Studien mit hochwertigerem Design und Methoden, kommen jedoch heute zu ähnlichen Ergebnissen und bestätigen frühere Studien (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 73). Eine Ungenauigkeit stellt außerdem das defizitäre Wissen über den Zusammenhang der drei Komponenten Commitment, Kontrolle und Herausforderung dar. Einige Studien, wie die von Alexander und Klein, wiesen lediglich signifikante Korrelationen bei Commitment für alle Maße der psychischen Beanspruchungen nach (vgl. Alexander, Klein, 2001: S. 78). Hierzu bedarf es weiterer Untersuchungen und Forschung.

6. Relevanz der Konzepte im militärischen Kontext

Jedes der drei vorgestellten Konzepte zur Gesundheitsentstehung bietet Potential, welches auch in militärspezifischen Kontexten von Interesse sein kann. Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls erläutert, so wie auch das Konzept der Hardiness, sehr umfassend und tiefgreifend die Genese von Gesundheit unter Anwendung von Stressbewältigungstheorien und überschneiden sich in ihren Annahmen. Kobasa und Maddi, die Begründer des Hardiness Konzeptes, erläutern zusätzlich die Beeinflussung des Gesundheitsverhalten.

Karl Heinz Biesold, langjähriger Leiter der psychiatrischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, benannte das Kohärenzgefühl als Schutzfaktor vor psychotraumatischen Störungen wie PTBS und als helfendes Konstrukt um

traumatisierende Ereignisse zu überstehen (vgl. Biesold, Barre, 2002: S. 49). Bisher liegen jedoch, nach Kenntnis der Verfasserin dieser Arbeit, keine Bemühungen vor Untersuchungen bezüglich SOC und SoldatInnen aufzugreifen. Dennoch bietet das Konstrukt des Kohärenzgefühls Potential um präventive und gesundheitsförderliche Interventionen abzuleiten. Insbesondere die Annahmen zu Stressoren und Stressbewältigung leitete Antonovsky von anerkannten Stresstheorien ab und haben bereits Evidenz. Grundsätzlich lassen die empirischen Daten die Vermutung zu, dass SoldatInnen mit niedrigen SOC eher zu posttraumatischen Störungen wie PTBS neigen, Situationen eher als stressreich empfinden und weniger in der Lage sind angepasste Bewältigungsstrategien abzurufen. Da der SOC ein Ergebnis aus, im besten Fall, konsistenten Lebenserfahrungen darstellt und grundsätzlich seine endgültige Ausprägung bis zur Adoleszenz ausgebildet wurde (siehe [5.1.2 Konzeptualisierung des Kohärenzgefühls](#)), werden präventive Interventionen zur Steigerung des SOC vermutlich nicht zum Erfolg führen. Antonovsky nimmt zwar an, dass stark traumatisierende Ereignisse, wie Feuergefechte, den SOC sinken lassen, sich dieser jedoch später wieder beim Ursprungswert einpendeln wird. Jedoch offeriert der Begründer dieser Theorie eine Möglichkeit der Einflussnahme. Er schlägt vor, nicht direkt die Lebensbedingungen zu beeinflussen sondern ein Werkzeug an die Hand zu geben, welches es den Frauen und Männern ermöglicht, die Lebenserfahrungen neu zu interpretieren, sie handhabbar und verstehbar werden zu lassen, sowie ihnen Sinn zu verleihen (vgl. Antonovsky, 1987: S. 126).

Einen direkten Ansatzpunkt für Interventionen bietet jedoch das Konzept der Resilienz. Die Ziele der Interventionen für Kinder und Erwachsene sind dabei sehr unterschiedlich, was aus den Variationen der Interpretation von Resilienz (siehe [5.2.1 Entstehung und Definition von Resilienz](#)) rührt. Resilienzförderung bei militärischen Bediensteten haben die amerikanischen Streitkräfte als Präventionsmaßnahme zur Verbesserung der psychischen Widerstandskraft bereits eingeführt. Sie verfolgen damit eine Methode der „positive psychology“, welche in vielen Aspekten der salutogenen Perspektive nahe kommt. Der Fokus von Forschung und Anwendung geht dabei weg von der Heilung psychischer Erkrankungen und hat einen ressourcenfördernden Charakter (vgl. Cornum u. a., 2011: S. 4; Matthews, 2012: S. 163). Als Folge dieses Blickwechsels entstand die Fragestellung, wie SoldatInnen der amerikanischen Streitkräfte so gestärkt werden können, dass sie nicht nur physisch und psychisch intakt aus traumatisierenden Einsätzen zurückkehren, sondern eine Bedeutung in dieser Erfahrung erkennen und positiv für sich nutzen (vgl. ebd.). Der ehemalige Chief of Staff of the U.S. Army, George Casey, zuständig für die Einsatzbereitschaft der amerikanischen Truppen, veröffentlichte ein bezugnehmendes Schriftstück, welches ankündigt nicht mehr nur die physischen, sondern

auch die psychischen Fähigkeiten der amerikanischen SoldatInnen mittels eines eigens entwickelten Programms zu stärken (vgl. Casey, 2011: S. 1). Die Notwendigkeit eines solchen Programms erläutert der General damit, dass die SoldatInnen in den nächsten Jahren weiterhin in Kämpfen (combat) stehen werden, was einer angemessenen Vorbereitung bedarf (vgl. ebd.). Ziel des Programms ist die Verbesserung der psychischen Stärke und Leistung, sowie die Verminderung der Inzidenz von psychischen Störungen durch die Steigerung von Resilienz (vgl. Cornum u. a., 2011: S. 4). Erläuternd beschreibt die U.S. Army außerdem ein Rekordhoch der Suizidrate unter den SoldatInnen seit 28 Jahren¹⁹ und hohe Erkrankungszahlen an posttraumatischen Störungen in den amerikanischen Streitkräften (vgl. ebd.). Das Comprehensive Soldier Fitness- Programm wurde in der gesamten U.S. Army eingeführt, beginnt mit der Messung der psychischen Fitness von Rekruten beim Eintritt in die Armee, gefolgt von der Anwendung eines computergestützten Selbsthilfemoduls. Im Multiplikatorverfahren sollen außerdem Schulungen für militärische Vorgesetzte durchgeführt werden, damit diese wiederum den SoldatInnen beibringen wie soziale, emotionale, familiäre und religiöse Ressourcen genutzt werden können. Außerdem soll ein verpflichtendes Resilienztraining in jeder Ausbildungseinrichtung für militärische Vorgesetzte eingeführt werden. Die Maßnahmen zur Resilienzförderung sind demnach auf individueller, aber auch auf struktureller Ebene geplant (vgl. Casey, 2011: S. 2; Cornum u. a., 2011: S. 4). Dabei bleibt jedoch unklar, welcher Definition von Resilienz dieser Programmentwicklung zu Grunde liegt und welche Schutzfaktoren im Einzelnen gestärkt werden sollen.

In Folge und als Konsequenz der erhobenen Prävalenzen und Inzidenzen sowie der vermuteten Dunkelziffer posttraumatischer Störungen, entwickelte auch die Bundeswehr ein Konzept zur Steigerung der psychischen Fitness (vgl. BMVg, 2013b: o.S.). Wie auch die amerikanische Armee, erläuterte die Bundeswehr, nicht nur eine physische sondern auch eine mentale Leistungsfähigkeit als Voraussetzung um Auslandseinsätze erfolgreich zu bestehen. Das zielgruppenorientierte und präventive Rahmenkonzept „Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen“²⁰ soll dem „Erwerb robuster Verhaltensweisen“ (vgl. BMVg, 2014b: S. 8) dienen um die mentale Gesundheit stärken. Die psychische Gesundheit soll zum einen im Einsatzland weniger beeinträchtigt werden und zum anderen nach einem Einsatz schneller wieder hergestellt werden können. Diese Aussagen deuten auf eine Definition der Resilienz als Resistenz gegenüber Stressoren hin. Außerdem aber auch darauf, dass die EntwicklerInnen dieses Konzepts davon ausgehen, dass Resilienz einen regenerativen Charakter hat, die sich zwar kurzzeitig verändert, später aber wieder in die ursprüngliche Form zurückkehrt.

¹⁹ Im Jahr der Veröffentlichung des Comprehensive Soldier Fitness- Programm 2011.

²⁰ Mit Geheimhaltungsstufe „Verschlussache- Nur für den Dienstgebrauch (VS- NfD)“ versehen und außerhalb der Bundeswehr nicht zu verwenden.

Zusätzlich ist auch möglich, dass der adaptive Anteil der Resilienz mit einer Veränderung von Einstellung, Gedanken und Wünschen interveniert wird, um eine erhöhte Widerstandskraft zu erreichen (siehe [5.2.1 Entstehung und Definition von Resilienz](#)). Die Module dieses Konzepts umfassen Screenings, welche als postdiagnostische Verfahren angewendet werden und die psychische Fitness messen, um festzustellen, ob Einsatzbelastungen verarbeitet wurden oder Maßnahmen zur Herstellung der Einsatzbereitschaft für Auslandseinsätze eingeleitet werden müssen. Weitere individuelle Maßnahmen der Bundeswehr sind sowohl Beratungsangebote als auch interaktive Komponenten des Konzepts „Psychologische Maßnahmen zum Ausgleich psychoreaktiver Einsatzfolgen“ (PAUSE). Außerdem nennt die Bundeswehr Maßnahmen zur Belastungsreduktion, ohne diese Interventionen für die allgemeine, zivile Leserschaft jedoch näher zu erläutern. Des Weiteren gibt die Bundeswehr an, die einsatzvorbereitende Ausbildung zu optimieren und die bisherige Themen, „Reduzierung psychischer Belastungen vor, während und nach dem Einsatz“ sowie „Bewältigung psychischer Belastungen und Umgang mit Tod und Verwundung“, zu überarbeiten. Nach einer bereits erfolgten Erprobungsphase soll im Jahr 2015 mit einer stufenweisen Ausbildung während der Einsatzvorbereitung begonnen werden, in der das Erlernen von Basiswissen beinhaltet ist und die Anwendung individueller Verhaltensweisen nahe gebracht wird. Welche Verhaltensweisen dabei beeinflusst werden sollen, erläutert die Bundeswehr nicht näher. Das bereits erwähnte Einsatznachbereitungsseminar im [Abschnitt 3.5. Handlungsfelder, Koordination und Angebote der Bundeswehr](#), wird um das Modul Ressourcenaufbau ergänzt (vgl. BMVg, 2014b: S. 8f.). Ob es sich bei diesen Maßnahmen um eine Förderung der Schutzfaktoren im Sinne der Resilienzforschung handelt, bleibt ebenfalls unklar. Eine Veröffentlichung zur Ergebnisevaluation einer Pilotstudie, unter anderem publiziert von der Abteilung VI des Psychotraumazentrum/ Forschungssektion am Bundeswehrkrankenhaus Berlin und dem Einsatzführungskommando der Bundeswehr, lässt den Einfluss von Resilienzforschung in der Konzeptentwicklung des Rahmenmodells vermuten. Diese kleinere Pilotstudie (n=7), zielte auf die „Psychische Ressourcenstärkung bei VN- Beobachtern zur Prävention einsatzbedingter psychischer Störungen“ (vgl. Böhme u. a., 2011: o. S.) und intervenierte mit den Modulen „Stress und Anti- Stress- Strategien“, Modul „PTBS“ und „Psychologische Selbst- und Kameradenhilfe“ sowie dem Modul „Unterstützung durch die Bundeswehr“ in einem Einsatzvorbereitungsseminar. Die Intervention beinhaltete informative, sensibilisierende und methodische Aspekte. Untersucht wurde die psychische Belastung und Resilienz der VN- Beobachter vor einem Einsatz, mit dem Ziel, förderungswürdige Resilienzfaktoren zu detektieren. Die TeilnehmerInnen wiesen insgesamt eine Steigerung der persönlichen Kompetenz im Umgang mit Stress auf.

Außerdem erlernten sie Techniken, welche sie befähigten aktiv auf potentiell traumatisierende Ereignisse zu reagieren und auch KameradInnen zu helfen. Sie waren überzeugt, ihre Umgebung und die Auswirkungen eines solchen Events zu beeinflussen. Die deutet auf eine Steigerung der Selbstwirksamkeit hin und wird auch von den Autoren als resilienzsteigernd herausgestellt (vgl. ebd.). Die Autoren benannten die Bemühungen der U.S.- Streitkräfte bezüglich ihres resilienzfördernden Programms, als Grundlage ihrer Überlegungen und schlugen vor, die Ergebnisse der Pilotstudie in die Konzeptualisierung des neuen Einsatznachbereitungsseminars einfließen zu lassen. Seit der Veröffentlichung dieses Artikels sind bereits vier Jahre vergangen, was die Vermutung zulässt, dass schutzfaktorenstärkende und damit resilienzfördernde Aspekte in der Konzeptualisierung des Rahmenkonzepts zur Steigerung der psychischen Fitness übernommen wurden. Die bisherigen Maßnahmen der Bundeswehr, bezüglich der Steigerung der psychischen Fitness von Soldaten und Soldatinnen, lassen nur Vermutungen über eine Intention der Resilienzförderung zu. Das Konzept lässt Tendenzen erkennen, verschiedene Schutzfaktoren, wie die Anwendung einer proaktiven Stressbewältigung, verbessern zu können. Jedoch ist eine Förderung der Resilienz bisher eher bezüglich chronisch widriger Lebensumstände erforscht und angewandt worden und wird dem traumatisierenden Potential eines Auslandseinsatzes nicht gerecht. Resilienzfördernde Programme können zudem nur Einfluss auf affektive und kognitive Schutzfaktoren nehmen und familiäre sowie biologische Resilienzfaktoren hingegen nicht beeinflussen.

Eine Stärkung verschiedener Schutzfaktoren zur Erhöhung der Resilienz kann zielführend sein, jedoch zeigt das Konzept der Hardiness von Kobasa und Maddi ebenfalls wichtige militärspezifische Evidenzen und beinhaltet zusätzlich Annahmen über die Wechselwirkung von Gesundheitsverhalten und Stressmanagement. Ein besonderes Merkmal der Persönlichkeitseigenschaft Hardiness ist außerdem, dass sie insbesondere bei extrem belastenden Ereignissen zum Tragen kommt. Dies wurde in verschiedenen Studien mit militärischer Relevanz bereits nachgewiesen, wobei sich der Effekt von Hardiness bei zunehmender Belastung zeigte (vgl. Bengel, Lyssenko, 2012: S. 71). Adler und Dohan (vgl. 2006: S. 110– 113) hinterfragten den Einfluss von kontextspezifischer, also militärischer, Hardiness auf die psychische Gesundheit von Soldatinnen und Soldaten während und nach einem Auslandseinsatz. Dabei passten sie die Komponenten von Commitment, Herausforderung und Kontrolle militärspezifisch an. Sie operationalisierten Commitment als Stärke der Identifikation mit dem Militär und dem Ausmaß des Gefühls einer inneren Verpflichtung für die Mission. Kontrolle wurde als das Ausmaß persönlicher Einflussnahme auf die Ergebnisse der Mission bewertet und die Komponente Herausforderung als das Ausmaß definiert, zu welchem personale Ressourcen genutzt werden, um den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Die

Ergebnisse zeigten, dass Hardiness mit psychischer Gesundheit während des Einsatzes und auch nach dem Einsatz korrelierte. Soldatinnen und Soldaten mit höherer Hardiness zeigten sechs Monate nach einem Auslandseinsatz weniger depressive Symptome. Gleichzeitig galt eine niedrige Hardiness, in Verbindung mit Belastungen des Einsatzes, als Prädiktor für eine Depression nach der Mission. Bartone (vgl. 2006: S. 143ff.) wiederum untersuchte die Wirkung von Vorgesetzten mit hoher Hardiness auf deren Soldaten und Soldatinnen. Er stellte fest, dass das ausgeprägte Commitment der FührerInnen zum Beruf und der Mission, außerdem das Gefühl der Kontrolle und die Überzeugung, dass Herausforderungen handhabbar sind, sich auf die gesamte Einheit auswirken. Ein/e militärische/r FührerIn mit hoher Hardiness kann Ereignissen Sinn geben und in Debriefings nach kritischen Ereignissen bereits positiv intervenierend einwirken. Ausdruck dieser drei Komponenten (Commitment, Kontrolle, Herausforderung), ist die Haltung, welche diese Vorgesetzten in tagtäglichen Interaktionen beeinflussen, und damit ihre Unterstellten stressresistenter machen (vgl. Bartone, 2006: S. 144f.) Solch ein/e Vorgesetzte/r kann demnach eine immanente Wirkung auf die Gruppenkohäsion haben und die Identifikation mit dem Soldatenberuf stärken. Dieser Gedanke kommt, so wie das gesamte Konstrukt der Hardiness, den Annahmen des Kohärenzgefühls, dass konsistente Lebenserfahrungen stärkend wirken, sehr nahe. Die Auswirkung von hoher Hardiness auf das Ernährungsverhalten, sportliche Aktivitäten und Entspannungstechniken, zum Abbau des Erregungszustandes bei Soldatinnen und Soldaten, ist im Einzelnen nicht erforscht. Nach Maddis Annahme kann jedoch durch eine Steigerung von Hardiness, auch eine Verbesserung der physischen Fitness erreicht werden. Die physische Fitness wiederum ist Voraussetzung für den Soldatenberuf.

7. Handlungsempfehlungen

Bisherige Strategien der Primär-, sekundär- und Tertiärprävention der Bundeswehr bezüglich psychischer Einsatzschädigungen, sollten um Interventionsstrategien der Gesundheitsförderung ergänzt werden. Die Förderung der Gesundheitskompetenzen von Soldatinnen und Soldaten unter Anwendung salutogener Dynamiken ist unerlässlich um einen Gesundheitsgewinn zu erreichen. Dabei sollten gesundheitsförderliche Interventionen nicht nur auf individueller Ebene sondern auch, unter Anerkennung der Bundeswehr als Setting Arbeitsplatz, auf struktureller Ebene greifen. Um eine Abspaltung von biomedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Arbeitsweisen zu verhindern, sollen die notwendigen Maßnahmen der Prävention nicht mit den Interventionen der Gesundheitsförderung konkurrieren (vgl. Hurrelmann u. a., 2012: S. 664). Die Bundeswehr als Organisation, deren MitarbeiterInnen in einer eigenen Kultur im Sinne

von Werten, Sprache, Symbolik und Lebensbedingungen leben, besitzt ein besonderes Potential für Maßnahmen der Lebenskompetenzförderung.

Das Konzept um Hardiness entspringt der Organisationsentwicklung und beinhaltet konzeptuell das höchste Potential der Umsetzung im Setting Arbeitsplatz Bundeswehr. Strukturelle und individuelle Mechanismen zur Steigerung dieses Persönlichkeitsmerkmals haben bereits Evidenz und Forschung, mit Bezug auf das Setting Militär, ebenfalls. Angesichts der Hinweise, dass sich das protektive Potential von Hardiness bei besonders schweren Stressoren entfaltet, besteht eine Chance der Minimierung der Inzidenz posttraumatischer Störungsbilder nach einem Auslandseinsatz, wenn dieses Persönlichkeitsmerkmal individuell gefördert wird. Adler und Dohan (vgl. 2006: S. 113f.) empfohlen ein settingangepasstes Training zur Steigerung dieser personalen Ressource. Eine Stärkung der Identität als Soldat oder Soldatin und somit des Commitments kann die Haltung verändern und als Moderator für psychische Gesundheit wirken, wenn auch die Komponenten Kontrolle und Herausforderung Ziel der Intervention sind. Eine positive Einflussnahme auf das Commitment der Bundeswehrangehörigen kann für die Bundeswehr von besonderem Interesse sein, da das Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr den Rückgang des organisationalen Commitment und auch der Identifikation mit dem Soldatenberuf als Reaktion auf die Neuausrichtung identifizierte (vgl. Richter, 2014: S. 16). Zusätzlich kann der individuelle Beitrag bei einer militärischen Mission betont werden und die Möglichkeit bieten Erfahrungen zu sammeln, welche eine Bewertung zulassen die Herausforderungen als Gewinnbringend zu interpretieren. Die Steigerung der militär- spezifischen Hardiness könnte, angepasst an die bisherigen Maßnahmen der Bundeswehr, in den Handlungsebenen und Aktivitäten vor, während und nach dem Auslandseinsatz greifen. Bisher beginnt die Bundeswehr lediglich bei einem geplanten Auslandseinsatz mit der Resilienzförderung. Denkbar wäre aber auch eine Anlehnung an das amerikanische resilienzsteigernde Programm und somit ein Screening der militär- spezifischen Hardiness bei Eintritt in die Bundeswehr. Hierbei könnten die Komponenten der Haltung, die bevorzugten Bewältigungsstrategien und die Praktiken für die eigene Gesundheit, also das Gesundheitsverhalten, evaluiert werden. Dabei können Personen mit hoher Hardiness bevorzugt als militärische Vorgesetzte eingesetzt werden und somit Hardiness als Personalauswahlkriterium Relevanz entwickeln. Des Weiteren können auf Ebene 1 der Zuständigkeiten, also Kompanieebene, während der Dienstzeit regelmäßig herausfordernde Wettkampfspiele, die bei den amerikanischen Streitkräften angewandten computergestützten Selbsthilfemodule als auch Partizipation in der Dienstgestaltung, dafür Sorge tragen, dass die Komponenten Commitment, Kontrolle und Herausforderung gestärkt werden. Insbesondere die Kontrollüberzeugung könnte durch konsistente

Erfahrungen der Überwindung von Problemen interveniert werden. Die bisherigen einsatzvorbereitenden Maßnahmen der Resilienzförderung, wie der „Erwerb robuster Verhaltensweisen“ (vgl. BMVg, 2014b: S. 8), können anschließend auf Ebene 2, mittels Sanitätsdienst oder auch Psychologischen Dienst der Bundeswehr, durchgeführt werden. Die bisher geplanten primärpräventiven Ansätze der Module „Stress und Umgang mit Stress“ könnten weiterhin speziell als Einsatzvorbereitung Anwendung finden. Auch im Rahmen eines Konzeptes zur Gesundheitsförderung als Lebenskompetenzsteigerung, mit dem Erwerb proaktiver Stressbewältigungsstrategien, während der gesamten Dienstzeit wäre denkbar. Dies würde ebenfalls die Schutzfaktoren und somit Ressourcen der SoldatInnen aktivieren und stärken. Nach Maddis Annahme würde dies zu einer Steigerung der Hardiness und somit zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten, wie gesunder Ernährung und einer Motivation zu körperlicher Fitness, führen. Nach Maddi besteht eine Wechselbeziehung zwischen Stressbewältigungsverhalten, Gesundheitsverhalten und Erregungszustand. Dies bewirkt, dass ein einwirkender Stressor, wie zum Beispiel ein traumatisches Erlebnis, weniger beeinträchtigend bewertet wird. Vorgesetzte mit hoher Hardiness könnten außerdem während der Auslandseinsätze positiv intervenierend eingreifen, indem sie Sinn stiften und den Ereignissen in Debriefings einen gewinnbringenden Charakter verleihen. Dieser Aspekt kann auch gezielt in Kriseninterventionsgesprächen nach extremen Ereignissen interveniert werden. Die hierarchische Organisationsstruktur der Bundeswehr hat das Potential, die Interpretation und das Verständnis solcher Ereignisse, innerhalb der Gruppe, zu beeinflussen (vgl. Richter, 2014: S. 16). Die Sekundärprävention, also ein frühzeitiges Erkennen psychischer Störungen wird durch Vorgesetzte mit hoher Hardiness ebenfalls beeinflusst, da diese dazu neigen auch anderen zu helfen. Zusätzlich wurde aufgezeigt, dass Menschen mit hoher Hardiness in unterstützende soziale Interaktionen gehen. Das heißt, wer bei ausgeprägter Hardiness feststellt, dass die eigenen Ressourcen, wie proaktive Stressbewältigung, nicht ausreichen um ein Erlebnis zu verarbeiten, wird dazu neigen Hilfe anzufragen und über das Problem sprechen. Personen mit geringer Hardiness demnach in ein Vermeidungsverhalten fallen und die Erlebnisse verschweigen. Maßnahmen der Tertiärprävention könnten ebenfalls in der Bundeswehr eingeführt werden und auf Handlungsebene 3, durch die/ den behandelnde/n PsychotherapeutIn der Bundeswehreinrichtungen, durch das Erlernen problemorientierter Stressbewältigungsstrategien und der Vermittlung in geeignete Netzwerke wie Selbsthilfegruppen, stattfinden. Diese posttraumatischen Interventionen der Sekundär- und Tertiärprävention werden jedoch in dieser Arbeit nicht näher betrachtet. Diese Limitation führte auch schon bei der Beschreibung posttraumatischer Störungsbilder zu einer verkürzten Beschreibung der Symptomatik.

Diese Maßnahmen der präventiven und gesundheitsförderlichen Intervention sollten mittels wehrpsychologischer Forschung näher betrachtet werden. Dabei sollte die Forschung zwingend settingspezifische Erhebungsinstrumente entwickeln und anwenden, da sonst die sensiblen sozialpsychologischen Feinheiten der Organisation nicht erfasst werden. Zusammenfassend bietet sich demnach als weiterführende Maßnahmen die Möglichkeit die Personalauswahl bei späteren Vorgesetzten zu beeinflussen. Ebenfalls kann im Dienstalltag sowie in der Einsatzvorbereitung intervenierend eingegriffen werden um eine spezifische Stärkung der Hardiness zu erreichen.

Des Weiteren sollte der Fokus von Forschung und Intervention auf einer Differenzierung der Risikogruppen liegen. Die Entwicklung des ISAF Mandates ließ einen Personalansatz zu, sodass SoldatInnen mit bestimmten Ausbildungen, als Folge eines Fachkräftemangels, in kurzen Abständen in die Auslandseinsätze gehen mussten. Dieser Personalangel ist auch weiterhin ein ausgeprägtes Problem bei der Entsendung in die Auslandseinsätze (vgl. Deutscher Bundestag, 2015: S. 10f.). Dabei kann es zu einer Hochrisikogruppe für posttraumatische Störungsbilder kommen, wenn diese SoldatInnen mehrmals in prekäre Einsatzgebiete entsendet werden. Obwohl eine Gewöhnung an die Auslandseinsätze vermutet wird, verstärkt die Kumulation von Feuergefechten signifikant die Wahrscheinlichkeit posttraumatischer Störungen (vgl. Hoge u. a., 2004: S. 17; Jerg-Bretzke u. a., 2010: S. 191). Bisher gibt es keine speziellen Detektionsmechanismen um diese Hochrisikogruppe aufzuspüren und spezifisch unterstützen zu können.

Zusätzlich ist eine weiterführende Konzeptualisierung im Umgang mit Veteranen nötig, welche nicht nur die psychische Fitness der SoldatInnen im Dienst abfragt und interveniert sondern auch die der bereits entlassen EinsatzrückkehrerInnen. Die Erhebung des 22. Kontingents ISAF belegte, dass auch zwei Jahre nach dem Auslandseinsatz eine beträchtliche Anzahl von ehemaligen MissionsteilnehmerInnen noch an den Folgen des Einsatzes leiden. Außerdem vermuten die Forscher der Prävalenz- und Inzidenzstudie, dass eine erhebliche Dunkelziffer mit posttraumatischen Störungen unter den EinsatzrückkehrerInnen besteht (vgl. BMVg, 2013b o.S). Diese Risikogruppe wird in ein ebenfalls potentiell sozialpsychologisch vulnerables Umfeld entlassen und ist nicht Ziel von sekundär- oder tertiärpräventiven Maßnahmen.

Außerdem sind nicht nur spezielle Maßnahmen der Selbsttötungsprävention angesichts steigender Suizidraten nötig, sondern es sollte auch postmortal institutionell untersucht werden, was Auslöser dieser Taten war. Sollte ein Bezug zu posttraumatischen Störungen nach einem Auslandseinsatz bestehen, betont dies zum einen die Dringlichkeit der protektiven Interventionen, aber auch ein Leck in der Detektion von vulnerablen Soldatinnen und Soldaten. Zusätzlich gilt es zu untersuchen, ob Merkmale wie Alter und

Geschlecht der suizidalen BundeswehrsoldatInnen Auffälligkeiten und Unregelmäßigkeiten im Vergleich zur Gesamt- Bevölkerungsstatistik aufweisen.

8. Fazit

Verschiedene Konzepte zur Gesundheitsentstehung boten unterschiedliche Ansätze der Erklärung was Soldatinnen und Soldaten angesichts traumatisierender Ereignisse im Auslandseinsatz gesund erhält. Das Kohärenzgefühl, entwickelt von Aaron Antonovsky, stellte dabei keine direkte Stressbewältigungsstrategie dar, jedoch nahm der Begründer an, dass Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl zu situationsangepassten Strategien der Bewältigung neigen. Diese Motivation erhält eine Person, nach Antonovsky auf Grund konsistenter Lebenserfahrungen, die ein Wachsen von Widerstandsressourcen zuließ und das Kohärenzgefühl zu einem Moderator zwischen Stress und mentaler Gesundheit macht. Die Annahmen von Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit kommen denen des Konzepts von Hardiness sehr nahe und führen zu einer positiven Bewältigung widriger Umstände. Jedoch bezieht sich die Evidenz des Kohärenzgefühls eher auf Widrigkeiten des Alltags und lässt vermuten, dass dieser Schutzfaktor seine protektive Wirkung nicht bei extremen Ereignissen entfaltet. Das Konzept der Resilienz ist dagegen weniger komplex und belegt lediglich die Wirkung personaler Schutzfaktoren, familiärer Schutzfaktoren und Schutzfaktoren des sozialen Umfelds als protektiv in der Entwicklung. Im Erwachsenenalter wird eher allgemein von einem guten Umgang mit traumatischen Ereignissen oder sonstigem Stressor ausgegangen. Obwohl das Konzept als gut erforscht gilt, reicht die empirische Datenlage nicht aus um spezifische Konzepte zu entwickeln, die über eine allgemeine Stärkung der Resilienzfaktoren hinausgeht. Das Persönlichkeitsmerkmal Hardiness zeigte hingegen die deutlichste empirische Evidenz und somit höchste Relevanz für den spezifischen militärischen Kontext. Auch dieses Konzept ist an Stresstheorien geknüpft, verbindet außerdem persönliche Einstellungen zu einer Haltung und koppelt diese Annahmen mit Gesundheitsverhalten als Bewältigungsstrategien. Das Konzept Hardiness wurde im Setting Arbeitsplatz entwickelt und zielte nicht ausschließlich auf die Erklärung der Gesundheitsentstehung sondern auch darauf, was Menschen motiviert hart zu arbeiten und Herausforderungen als Chance wahrzunehmen. Das Konzept zeigt militärspezifische Forschungsanwendung und entfaltet sein Potential angesichts traumatischer Ereignisse. Abschließend konnte nicht spezifisch geklärt werden, wie sehr die Konzepte Kohärenzgefühl, Resilienz und Hardiness den Umgang mit traumatisierenden Erlebnissen im Auslandseinsatz beeinflussen. Sie deuten lediglich auf eine indirekte Intervenierbarkeit posttraumatischer Störungsbilder hin. Eine Stärkung der Schutzfaktoren zur Steigerung der Resilienz wird bereits durch die Bundeswehr in einem präventiven Programm zur

Steigerung der psychischen Fitness durchgeführt. Obwohl die Bundeswehr bereits dieses resilienzfördernde Programm entwickelt und erprobt hat, könnte durch einen Fokus auf die Stärkung einzelner Schutzfaktoren jedoch eine Verbesserung der aktuellen Situation erreicht und eine Lebenskompetenzförderung gezielt genutzt werden. In Anbetracht der steigenden Prävalenzen posttraumatischer Störungen und Selbsttötungen sollte die Bundeswehr die pathogen orientierten Präventivmaßnahmen erweitern und salutogenen Dynamiken folgen. Obwohl die ISAF- Mission in Afghanistan und Kunduz im Jahr 2014 endete, zeigten die Erfahrungen, dass Auslandseinsätze ein Potential entfalten können, welches oftmals nicht vorhersehbar ist. Angesichts des Neuausrichtungsprozesses der Bundeswehr in eine Berufsarmee mit langen Verpflichtungszeiten und dem Hinblick auf das hohe Interesse an einer Berufstätigkeit beim Arbeitgeber Bundeswehr der eher bildungsfernen, erwerbslosen jungen Menschen, hat die Bundeswehr eine Verantwortung für die Gesundheit dieser Menschen. Demnach sollte sie dafür nicht nur die Forschung zu Schutzfaktoren verbessern, sondern auch gesundheitswissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung und Implementierung gesundheitsförderlicher Programme einsetzen. Dabei sollten Instrumente der Datengewinnung zu weiterführender Forschung settingspezifisch entwickelt werden.

Ferner lässt sich festhalten, dass die Bundeswehr zwar Aktivitäten zur Steigerung von Schutzfaktoren implementiert, diese jedoch unter unzureichender gesundheitswissenschaftlicher Betrachtung entwickelte. Die Interventionsstrategie der pathogenen Interventionen, in Form von informativen und sensibilisierenden Maßnahmen bilden nur einen kleinen Anteil der Möglichkeiten zur Steigerung der psychischen Widerstandsfähigkeit ab. Es sollten Dynamiken der Salutogenese bei einer Konzeptualisierung von Maßnahmen zur Entwicklung psychosozialer Stärken hinzugezogen werden, um die sensiblen Bedarfe und Bedürfnisse dieser vulnerablen Risikogruppe zu treffen.



Die Verfasserin dieser Arbeit war 12 Jahre Soldatin der Bundeswehr. Davon fast 10 Jahre in einer Luftlandeeinheit mit der sie auch nach Afghanistan verlegte.

Im 14. und 20. sowie 22. Kontingent ISAF verbrachte sie fast 300 Einsatztage in Kunduz.

Sie wurde mit der Einsatzmedaille Gefecht ausgezeichnet.

9. Literaturverzeichnis

- Agaibi, C.; Wilson, J. (2005): Trauma, PTSD and Resilience A Review of the Literature. In: Trauma, Violence, & Abuse. 6 (3), S. 195–216.
- Alexander, D.; Klein, S. (2001): Ambulance personnel and critical incidents. In: The British Journal of Psychiatry. 178 (1), S. 76–81.
- Andrew, M.; Luenda, E.; Fekedulegn, D.; McCanlies, E.; Burchfield, C.; Hartley, T.; Violanti, G.; Everly, G. S.; Mitchell, J. T (Hrsg.) (2008): Hardiness and Psychological Distress in a Cohort of Police Officers. In: International Journal of Emergency Mental Health. 10 (2), S. 137–148.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese- Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt- Verlag.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.
- Bartone, P. (2006): Resilience under military operational stress: Can leaders influence hardiness?. In: Military Psychology. 18 (S), S. S131.
- Bauer, A.; Ungerer, J.; Kowalski, J.; Zimmermann, P. (2013): Einfluss von Belastungen vor Auslandseinsätzen auf die Verarbeitung traumatisierender Ereignisse bei Bundeswehrsoldaten. Wehrmedizin und Wehrpharmazie: Wehrmedizinische Monatsschrift 8-9. Abgerufen am 06.01.2015 von http://www.wehrmed.de/article/2304-Einfluss_von_Belastungen_vor_Auslandseinsaetzen_auf_die_Verarbeitung_traumatischer_Ereignisse_bei_Bundeswehrsoldaten.html.
- Becker, P.; Bös, K.; Opper, E.; Woll, A.; Bustmann, A. (1996): Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 4 (1), S. 55–76.
- Bengel, J.; Lyssenko, L.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter- Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln.
- Bengel, J.; Strittmacher, R.; Willmann, H.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Erweiterte Neuauflage. Köln.
- Biesold, K.; Barre, K.; Okon, E.; Meermann, Rolf (Hrsg.) (2002): Auswirkungen von Stress und Traumatisierungen. In: Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont. Prävention und Behandlung posttraumatischer Störungsbilder im Rahmen militärischer und polizeilicher Aufgabenerfüllung. 11, S. 90.
- Biesold, K.; Hahne, H.; Okon, E.; Meermann, R. (Hrsg.) (2002): Präventions- und Behandlungskonzept zur Bewältigung einsatzbedingter psychischer Belastungen bei Soldaten der Bundeswehr. In: Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont. Prävention und Behandlung posttraumatischer Störungsbilder im Rahmen militärischer und polizeilicher Aufgabenerfüllung. 11, S. 90.
- Blättner, B.; Waller, H. (2011): Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bundesministerium der Verteidigung (2015a): Abgeschlossene Einsätze der Bundeswehr weltweit. Abgerufen am 27.01.2015 von http://www.einsatz.bundeswehr.de/portal/a/einsatzbw!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKU1PjUzLzixJlqIDcxKT21ODkjJ7-4ODUPKpFaUpWqX5DtqAgAlmw5tA!!/.
- Bundesministerium der Verteidigung (2015b): Afghanistan - ISAF. www.bundeswehr.de. Abgerufen am 27.01.2015 von http://www.einsatz.bundeswehr.de/portal/a/einsatzbw!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKU1PjUzLzixJlqIDcxKT21ODkjJ7-4ODUPKpFaUpWqX5DtqAgAEspFA!!/.
- Bundesministerium der Verteidigung (2015c): Aktuelle Einsätze der Bundeswehr. [bundeswehr.de](http://www.bundeswehr.de). Abgerufen am 27.01.2015 von http://www.einsatz.bundeswehr.de/portal/a/einsatzbw!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKU1PjUzLzixJlqIDcxu6Q0NScHKpRaUpWqX5DtqAgASPKslg!!/.
- Bundesministerium der Verteidigung (2015d): Belastungsstörungen: Aktuelle Zahlen. [bundeswehr.de](http://www.bundeswehr.de). Abgerufen am 29.01.2015 von http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde!/ut/p/c4/FccxDoNADETRs3ABu0-XW4Q0q1kYgcXilNmAxOkD-nrF16_eOQ6bkPZzNP1oP9irnILPkULzAPOibFmjPjvGSSLhY9lvKylc80oXLLmzNZYLc6Prtry7P2PdVdY!!/.

- Bundesministerium der Verteidigung (2013a): Einsatzregeln und Taschenkarten. bundeswehr.de. Abgerufen am 23.01.2015 von http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKUUVL3UzLziXNSSKiirpKooNT01J0-_INtREQDgIPDs/.
- Bundesministerium der Verteidigung (2015e): Einsatzzahlen – Die Stärke der deutschen Einsatzkontingente. bundeswehr.de. Abgerufen am 27.01.2015 von http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKUUVL3UzLziXNSSKiirpKooMSMnNU-_INtREQD2RLYK/.
- Bundesministerium der Verteidigung (2014a): Kampf gegen den internationalen Terrorismus. Abgerufen am 27.01.2015 von http://www.einsatz.bundeswehr.de/portal/a/einsatzbw!/ut/p/c4/LclBDkBADEbhs7iA7u3cAptJh99o0JFpkTg9C3mRL48G-IK-JLFLVt6oo36UJt51vCcEiBr785Fjgo3LIs2g_4A_qFfejzkkJGgQ9eAoJRex_TQ61rZ6AYtgvh8!/.
- Bundesministerium der Verteidigung (2014b): Kompendium „Umgang mit psychischen Einsatzschädigungen einschließlich posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) in der Bundeswehr“.
- Bundesministerium der Verteidigung (2013b): Sanitätsdienst Bundeswehr: Studienergebnisse. Abgerufen am 29.01.2015 von http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst!/ut/p/c4/NYrBCsJADAX_aLMVwerNdi9eRdB6S9tQAm22pFkF8ePdPfgG5jIPnpARfPGExlFwhgd0A5_6t_tsKC5RT5pkg3s5juSGKGTFRmKcPSlaVldGtbmUpJqL4xE6X4XG1_6_6nsMt7bd14dduDRXWJfI_AN3Dmga/.
- Bundesministerium der Verteidigung (2015f): Todesfälle in der Bundeswehr. bundeswehr.de. Abgerufen am 16.02.2015 von <http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde!/ut/p/c4/DclBDDoAgDAXRs3gBunfnLdRNU-xXCaQYREk8vWR2b2ilnskbDqkmySaadn6JvzTeEOKCzC3CdnvgFjyrvE2qVmx0LUglHY0Vh3zfuhPQFafhB-oSd6w!/#par4>.
- Bundesministerium der Verteidigung (2013c): Überblick: Die Armee im Einsatz. www.bundeswehr.de. Abgerufen am 27.01.2015 von http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKUUVL3UzLziXNSSqIS9zNx4MKKekKj6tNLUoPiU1Lz6tKDMVSOsXZDsAgB00vw1/.
- Böhme, J.; Ungerer, J.; Klein, R.; Jacobson, T.; Zimmermann, P.; Kowalski, J. (2011): Psychische Ressourcenstärkung bei VN- Beobachtern zur Prävention einsatzbedingter psychischer Störungen- Eine Pilotstudie. Wehrmedizin und Wehrpharmazie: Wehrmedizinische Monatsschrift 10. Abgerufen am 26.01.2015 von http://www.wehrmed.de/article/2013-PSYCHISCHE_RESSOURCENSTAERKUNG_BEI_VN-BEOBACHTERN_ZUR_PRAEVENTION_EINSATZBEDINGTER_PSYCHISCHER_STOERUNGEN_-_EINE_PILOTSTUDIE.html.
- Bonanno, G. (2008): Loss, Trauma and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?. In: Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy. S (1), S. 101– 113.
- Bötzel, F.; Bundesministerium der Verteidigung (Hrsg.). Resolute Support: Die ISAF-Folgemission. Bundeswehr.de. Abgerufen am 22.02.2015 von http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde!/ut/p/c4/DcoxDoAgDADAt_iBdnfzF-piilbTiIXQIomvI9x6uGKn9MpFLk4ozLLmNoENrBwKJG7B_DI2Z9sIIYnVDYUqzOm9WcU3HM9zT8pTTaLQ!!/.
- Casey, G. (2011): Comprehensive soldier fitness: A vision for psychological resilience in the U.S. Army. In: American Psychologist. 66 (1), S. 1–3.
- Cesur, R.; Sabia, J.; Tekin, E. (2013): The psychological costs of war: Military combat and mental health. In: Journal of Health Economics. 32 (1), S. 51–65.
- Cohen, O.; Savaya, R. (2003): Sense of coherence and adjustment to divorce among Muslim Arab citizens of Israel. In: European Journal of Personality. 17 (4), S. 309–326.
- Cornum, R.; Matthews, M.; Seligman, M. (2011): Comprehensive Soldier Fitness: Building resilience in a challenging institutional context. In: American Psychologist. 66 (1), S. 4–9.
- Deutscher Bundestag (2015): Unterrichtung durch den Wehrbeauftragten. (Jahresbericht Nr. 56).
- Dolan, C.; Adler, A. (2006): Military hardiness as a buffer of psychological health on return from deployment. In: Military Medicine. 171 (2), S. 93–98.
- Dunker, S. (2009): Prognose und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Soldaten der Bundeswehr. Längsschnittstudie zur Neuvalidierung des Kölner Risikoindex-Bundeswehr (KRI-Bw). Universität zu Köln.
- Eriksson, M.; Lindström, B. (2006): Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. In: Journal of Epidemiology and Community Health. 60 (5), S. 376–381.

- Ermann, M. (2007): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eschleman, K.; Bowling, N.; Alarcon, G. (2010): A Meta-Analytic Examination of Hardiness. In: *International Journal of Stress Management*. 17 (4), S. 277–307.
- Furtwängler, J.; Okon, E.; Meermann, R. (Hrsg.) (2002): Historischer Abriss der Kriegstraumatologie- eine Geschichte der Kriegstraumatisierungen. In: *Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont. Prävention und Behandlung posttraumatischer Störungsbilder im Rahmen militärischer und polizeilicher Aufgabenerfüllung*. 11 , S. 90.
- Gebauer, M. (2009): Neue Regeln für Afghanistan-Einsatz: Bundeswehr darf jetzt schneller schießen. Spiegel Online. 27.7.2009.
- Hentschel, K. (2011): Ergebnisse der Jugendstudie 2011: Berufswahl Jugendlicher und Einstellung zur Bundeswehr. (Forschungsbericht) Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr.
- Hoge, C.; Castro, C.; Messer, S.; McGurk, D.; Cotting, D.; Koffman, R. (2004): Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. In: *New England Journal of Medicine*. 351 (1), S. 13–22.
- Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Richter, M. (2012): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Hurrelmann, K.; Razum, O. (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- iCasualties.org (2009): iCasualties | OEF | Afghanistan | Fatalities By Year. Abgerufen am 16.02.2015 von <http://www.icasualties.org/OEF/ByYear.aspx>.
- Jerg-Bretzke, L.; Hrabal, V.; Walter, S.; Traue, H. (2010): Belastung durch traumatische Erfahrungen bei Soldaten in Kriseneinsätzen. In: *Trauma & Gewalt*. 4 (3), S. 184–96.
- Löwenstein, S. (2009): Bundeswehr in Kundus Fassungslosigkeit über die Heimatfront. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. 16.9.2009.
- Lundberg, O. (1997): Childhood Conditions, Sense of Coherence, Social Class And Adult Ill Health: Exploring Their Theoretical And Empirical Relations. In: *Social Science and Medicine*. 44 (6), S. 821–831.
- Lyssenko, L.; Franzkowiak, P.; Bengel, J. (2011): Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Neuausgabe. Werbach- Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Maddi, S. (2013): „Personal Hardiness as the Basis for Resilience“. In: *Hardiness: Turning Stressful Circumstances into Resilient Growth*. Dordrecht: Springer Netherlands (SpringerBriefs in Psychology), S. 7–17.
- Maercker, A. (2013): *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. Auflage. Springer-Verlag.
- Matthews, M. (2012): *Positive Psychology: Adaption, Leadership and Performance in Exceptional Circumstances*. In: Hancock, P.; Szalma, J. (Hrsg.) *Performance Under Stress*. Ashgate Publishing, Ltd.
- McSherry, W.; Holm, J. (1994): Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. In: *Journal of Clinical Psychology*. 50 (4), S. 476–487.
- Nielsen, M.; Matthiesen, S.; Einarsen, S. (2008): Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying. In: *Journal of Occupational Health Psychology*. 13 (2), S. 128–136.
- Noeker, M.; Petermann, F. (2008): Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 56 (4), S. 255–263.
- World Health Organization: ICD-10 Version:2015. Abgerufen am 13.02.2015 von <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F40-F48>.
- Okon, E.; Meermann, R. (Hrsg.) (2002): Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung“. In: *Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont. Prävention und Behandlung posttraumatischer Störungsbilder im Rahmen militärischer und polizeilicher Aufgabenerfüllung*. 11 , S. 90.
- Okon, E.; Meermann, R. (Hrsg.) (2002): Combat Stress und seine kurz- und langfristigen Folgen. In: *Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont. Prävention und Behandlung posttraumatischer Störungsbilder im Rahmen militärischer und polizeilicher Aufgabenerfüllung*. 11 , S. 90.

- Pham, P.; Vinck, P.; Kinkodi, D.; Weinstein, H. (2010): Sense of coherence and its association with exposure to traumatic events, posttraumatic stress disorder, and depression in eastern Democratic Republic of Congo. In: *Journal of Traumatic Stress*. 23 (3), S. 313–321.
- Richter, G. (2014): Veränderungsmanagement zur Neuausrichtung der Bundeswehr. Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr.
- Rimann, M.; Udris, I. (1998): „Kohärenzerleben“ (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource?. In: Schüffel, W.; Brucks, U.; Köllner, V.; Lamprecht, F.; Schnyder, U.; Johnen, R. (Hrsg.) *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Rosenthal, J. (2012): Traumatische Erlebnisse, posttraumatische Symptome, Lebensqualität und Kohärenzgefühl ehemaliger deutscher Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges. Universität Greifswald: Universitätsbibliothek.
- Schneider, C. (2002): Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa.
- Schulte-Herbrüggen, O.; Heinz, A. (2010): Psychische Traumatisierung bei Soldaten: Herausforderung für die Bundeswehr. In: *Lancet*. 375, S. 1783–97.
- Seiffert, A.; Heß, J. (2013): Afghanistanrückkehrer: Der Einsatz, die Liebe, der Dienst und die Familie: Ausgewählte Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Langzeitbegleitung des 22. Kontingents ISAF. (Forschungsbericht).
- Werner, E. (2011): Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. In: Zander, M. (Hrsg.) *Handbuch Resilienzförderung*. 1. Auflage. Springer-Verlag.
- Wiegold, T. (2013): Es begann als „Insel der Stabilität“: Zehn Jahre Bundeswehr in Kunduz : Augen geradeaus. Augen geradeaus!. Abgerufen am 23.01.2015 von <http://augengeradeaus.net/2013/10/kundus-zehn-jahre-bundeswehr/>.
- Wieland, N. (2011): Resilienz und Resilienzförderung- eine begriffliche Systematisierung. In: Zander, M. (Hrsg.) *Handbuch Resilienzförderung*. 1. Auflage. Springer-Verlag.
- Wittchen, H.; Schönfeld, S.; Kirschbaum, C.; Thurau, C.; Trautmann, S.; Steudte, S.; Klotsche, J.; Höfler, M.; Hauffa, R. (2012): Traumatische Ereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei im Ausland eingesetzten Soldaten. In: *Deutsches Ärzteblatt*. 109 (35-36), S. 559–586.
- Wotho, K. (2001): Belastungsfaktoren im Einsatz. In: Puzicha, K.; Hansen, D.; Weber, W. (Hrsg.): *Psychologie für Einsatz und Notfall* (S.65-71). Bonn: Bernard & Graefe Verlag.
- Zakin, G.; Solomon, Z.; Neria, Y. (2003): Hardiness, attachment style and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. In: *Personality and Individual Differences*. 34 (5), S. 819–829.

Angaben zu Bildrechten:

© Bundeswehr/Rott (2012): Im Kloster Hirsau, im baden-württembergischen Calw, haben am Montag zahlreiche Trauergäste von dem am 4. Mai in Afghanistan gefallenen Soldaten des Kommandos Spezialkräfte Abschied genommen. Die Trauerfeier fand nichtöffentlich statt. Public Licence. Keine Änderungen vorgenommen. Haftungsausschluss: K-ISOM. Abgerufen am 22.02.2015 von <http://k-isom.com/archive/1973>.

© Joel van Houdt. Private Lizenz und Weitergabe.

10. Eidesstattliche Erklärung

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.“

Katharina Hepke