

Leitlinie und Manual zur beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Soldatinnen und Soldaten in regionalen Sanitätseinrichtungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung. Warum berufliche Rehabilitation?
2. Vorbereitungen und organisatorischer Rahmen
3. Häufige psychische Erkrankungen in der Bundeswehr und ihre Behandlung
- Hinweise für die Allgemeinmedizin
4. Förderliche und hinderliche Einflüsse auf den Rehabilitationsprozess
5. Begleitung der Rehabilitation durch Truppenärzte
6. Durchführung des Rehabilitationsprogramms
7. Qualitätssicherung
8. Literatur

Datum:

18.01.2021/ma
Scharnhorststraße 13
10115 Berlin

Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Zentrum für Psychiatrie und
Psychotraumatologie/
Psychotraumazentrum

Leitender Arzt:

OTA PD Dr. med. P. Zimmermann

Tel.: 030-2841-1600

Email:

Peter1Zimmermann@bundeswehr.org

Sekretariat:

Tel.: 030-2841-1601

Fax: 030-2841-1603

Email: BwKrhsBerlinAbtVIB

Sekretariat@bundeswehr.org

Abt. VI B – Psychiatrie/

Psychotherapie und

Psychotraumatologie

Diensthabender Facharzt:

Tel.: 030-2841-1699

Geschäftszimmer:

Tel.: 030-2841-1605/1606

Fax: 030-2841-1603

Email: BwKrhsBerlinAbtVINeurologie

undPsychiatrie@bundeswehr.org

Ambulanz/ Fachärztliche

Untersuchungsstelle:

Leiter: OFA M. Koch

Tel.: 030-2841-1621

Mo. – Do. 07:00 – 16:00 Uhr

Fr. 07:00 – 14:00 Uhr

Station:

Tel.: 030-2841-1612

AllgFSpWNBw: 8202

1. Einführung: Warum berufliche Rehabilitation?

Die Bundeswehr verfügt mit der regionalen Sanitätsorganisation und den Bundeswehrkrankenhäusern über effektive und moderne Behandlungseinrichtungen für körperliche und psychische Erkrankungen.

Dennoch gestaltet sich der Prozess der Wiedereingliederung erkrankter, und insbesondere chronisch erkrankter Soldaten in den Dienstbetrieb nicht selten schwierig. Dies kann sowohl körperliche als auch psychische Problematiken mit und auch ohne Einsatz-Bezug betreffen. Nicht selten sind es psychische Prozesse, die einer Wiederaufnahme des Dienstes im Wege stehen, nicht nur bei psychischen, sondern auch bei körperlichen Grunderkrankungen.

Das komplexe Geschehen bei psychischen Symptombildern macht den Wiedereingliederungs-Prozess zu einer besonderen Herausforderung für die Mitarbeiter der psychosozialen Netzwerke an den Standorten, aber auch für Vorgesetzte und das private Umfeld der Betroffenen.

Eine gelungene Wiederaufnahme einer dienstlichen Tätigkeit, und sei es nur für einige Stunden pro Tag, fördert demgegenüber unmittelbar auch den Genesungsprozess, denn dadurch können Selbstwertgefühl, soziale und auch funktionale Kompetenzen gestärkt werden.

Berufsbezogene Rehabilitation ist nicht nur eine interdisziplinäre Aufgabe, sondern sollte auch über die verschiedenen Zeitabschnitte des Genesungsprozesses stets berücksichtigt werden - das heißt, Rehabilitation beginnt bereits während der Akutversorgung!

Von besonderer Bedeutung sind berufsbezogene Fördermaßnahmen für Soldaten, die nach einer körperlichen oder psychischen Einsatzschädigung das Einsatzweiterverwendungsgesetz (EWVG) nutzen. Dieses Gesetz bietet umfangreiche soziale und finanzielle Maßnahmen mit dem Ziel einer Rehabilitation. Ein zielgerichtetes Fortschreiten auf diesem Weg ist jedoch auch eine Voraussetzung der Anwendung. Längerdauernde Verzögerungen, z.B. durch zu lange Krankschreibungszeiten, können dazu führen, dass die Fortsetzung des EWVG als nicht mehr sinnvoll bewertet und ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art bzw. eine Schutzzeit beendet werden.

2. Vorbereitungen und organisatorischer Rahmen der Rehabilitation

Die Sanitätsunterstützungszentren (SanUZtr) verfügen, insbesondere wenn bereits ein Psychotherapeuten-Team ausgebracht ist, über die Voraussetzungen, um eine Standortnahe Rehabilitation durchzuführen. Die Nähe zum dienstlichen Umfeld fördert dabei den Bezug der Soldaten zu ihrer früheren und zukünftigen Tätigkeit und erzeugt einen Effekt der Gewöhnung.

Wichtige Voraussetzungen für das Gelingen von Rehabilitativen Angeboten sind:

- ein gut geschultes psychosoziales Netzwerk
- gut geschulte Truppenärztinnen und Truppenärzte
- Vorgesetzte, die über Grundlagen psychischer Erkrankungen von Soldaten informiert sind und den Prozess wohlwollend begleiten
- der Einbezug des sozialen Umfeldes und der Familie

Ergänzend zu diesen allgemeinen Voraussetzungen sollte das die Rehabilitation durchführende Team über **spezielle Ausbildungen** verfügen.

- Bei den Teamleitern „Facharzt für Allgemeinmedizin“ und „Psycholog/in Psychotherapeuten Team“ sollte eine Ausbildung zum ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten absolviert oder fortgeschritten sein. Die ärztliche Zusatzweiterbildung „Fachgebundene Psychotherapie“ ist dabei ausreichend.
- Ergänzend ist angesichts des hohen Anteils von Soldaten mit Einsatz-bedingten psychischen Erkrankungen eine Ausbildung in der Traumafachberatung oder das Curriculum „Spezielle Psychotraumatheapie“ der Fachgesellschaft DeGPT empfehlenswert.
- Die am Programm teilnehmenden Physiotherapeuten sollten einen Ausbildungsgang in der kommunikativen oder konzentrativen Bewegungstherapie absolviert haben.

Bei der Umsetzung dieses Manuals sollten die im Literaturverzeichnis aufgelisteten Unterlagen vorliegen. Insbesondere das AVEM-Manual ist zwingend erforderlich, denn die einzelnen Gruppensitzungen orientieren sich daran und werden daher hier nicht detailliert beschrieben.

3. Häufige psychische Erkrankungen in der Bundeswehr. Hinweise für die Allgemeinmedizin.

Krankwerden und Kranksein ist ein unvermeidlicher Teil des menschlichen Lebens. Neben vielfältigen Krankheitsbildern des Körpers stellen psychische Erkrankungen eine besonders häufige und schwerwiegende Krankheitsgruppe dar. Etwa 30 % der bundesdeutschen Bevölkerung sind von psychischen Erkrankungen betroffen (12-Monats-Prävalenz).

Durch Auswahl- und Untersuchungsprozesse im Rahmen der Musterung sind die Quoten bei Soldaten mit 20 bis 25 % etwas geringer, aber immer noch sehr hoch. Die Auslandseinsätze der Bundeswehr, an denen inzwischen über 350 000 Soldaten teilgenommen haben, sind eine mögliche, wenn auch nicht die einzige Ursache psychischer Erkrankungen.

Die Bundeswehr hat in den letzten Jahren ein effektives Versorgungssystem für Soldaten mit psychischen Leiden aufgebaut. Der Sanitätsdienst und die psychosozialen Netzwerke an den Standorten, die auch die Militärseelsorge, den psychologischen und den Sozialdienst umfassen, halten eine Vielzahl von Hilfsangeboten bereit.

Ziel dieses Kapitels ist es, den Lesern praktische Hinweise für den Umgang mit betroffenen Soldaten bieten. Damit soll der Zugang zu dieser schwierigen Thematik und zu den davon Betroffenen erleichtert werden. Es ersetzt jedoch nicht einschlägige Lehrbücher oder die Empfehlungen von Leitlinien der Fachgesellschaften (www.AWMF.de), ebenso wenig die fachgerechte psychiatrisch–psychotherapeutische Behandlung. Diese liegt in der Hand des Sanitätsdienstes und seiner Kooperationspartner.

Welche belastenden Situationen treten in einem Auslandseinsatz auf?

Die Teilnahme an einem Auslandseinsatz ist ein wesentlicher Bestandteil des soldatischen Berufsbildes. Die bundesdeutsche Nation bestimmt über seine Volksvertreter Ort und Mandat der Missionen, daher handeln Soldaten im Auftrag des deutschen Souveräns.

Ein Einsatz bringt eine Vielfalt an lebensprägenden Ereignissen und Erfahrungen mit sich. Angefangen bei den Lebensumständen vor Ort, über den Umgang mit fremden Kulturen, bis hin zu dem Erleben von Bedrohungssituationen oder Kampfhandlungen, sind Herausforderungen damit verknüpft, deren Bewältigung eine besondere Leistung darstellt und zu Stolz und einem psychischen Wachstum Anlass geben kann und sollte. Kehrseite ist jedoch, dass die Bewältigung so einschneidender Erfahrungen vielen Soldaten nicht leichtfällt und zu psychischen Belastungen oder gar Erkrankungen führen kann.

Da die menschliche Seele ausgesprochen anpassungsfähig ist und über wirksame Selbstheilungsmechanismen verfügt, setzen im Allgemeinen bereits im Einsatzland, spätestens aber nach der Rückkehr nach Deutschland Verarbeitungsprozesse ein, die im Regelfall zu einem inneren Ausgleich führen. Aus Belastungen werden bereichernde Erinnerungen.

In einigen Fällen ist das Erlebte jedoch so schwerwiegend, dass zentrale seelische Grundlagen und Grundannahmen erschüttert werden – man spricht von einem Trauma. Dazu gehört beispielsweise die Vorstellung, in einer gerechten Welt zu leben, die vorhersagbaren Regeln folgt. Traumatische Situationen tragen häufig einen katastrophalen oder gar lebensbedrohlichen Charakter. Zu nennen wäre beispielsweise die Notwendigkeit, andere Menschen zu verletzen oder zu töten oder auch das Erleben von schwerwichtigem menschlichem Leid, ohne helfen zu können.

Die dadurch ausgelösten innerlichen Prozesse verlaufen in der Regel deutlich komplexer als die zuvor geschilderten allgemeinen Einsatzverarbeitungen und hinterlassen nicht selten einen dauerhaften Wandel der Persönlichkeit oder auch psychische Erkrankungen.

Allgemeines zu psychischen Erkrankungen bei Soldaten

Auslandseinsätze können psychische Erkrankungen hervorrufen. In einer wissenschaftlich fundierten Feldstudie des Psychotraumazentrums der Bundeswehr in Berlin sowie der Technischen Universität Dresden wurde festgestellt, dass 11% aller Soldaten, die 2010 aus einem Einsatz in Afghanistan zurückkehrten, unter einer Angststörung litten. 8% wiesen die Symptome einer Depression auf, jeweils 3 bis 4% hatten eine Alkoholerkrankung oder eine psychosomatische Störung. Die posttraumatische Belastungsstörung betraf 3% der Rückkehrer.

Auch vielfältige andere Symptome und Erkrankungen sind bei Soldaten mit und ohne Einsätze möglich, können aber in diesem kurzen Rahmen nicht ausführlicher dargestellt werden. Hier helfen Fachärzte weiter.

Angsterkrankungen

Kennzeichen

Das im klinischen Alltag häufigste Symptombild ist die sogenannte Agoraphobie. Dabei leiden die Betroffenen unter ausgeprägten Ängsten vor einem Aufenthalt außerhalb Schutz-

bietender Räume wie der eigenen Wohnung oder der Kaserne. Diese Ängste können so stark sein, dass sie mit einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten einhergehen und im schlimmsten Fall die eigenen vier Wände kaum noch verlassen werden können. Meist schämen sich die Erkrankten ihre Symptome sehr, da sie aus ihrer Sicht nicht mit dem Selbstbild von Soldaten vereinbar sind.

Nicht immer sind Ängste auf den ersten Blick auch als solche erkennbar. In vielen Fällen werden zunächst nur die Begleitsymptome von Angst in den entsprechenden Situationen bemerkt, wie beispielsweise Herzklopfen, Schwitzen, Schwindelgefühle, Tunnelblick, Druck in der Brust, ein trockener Mund etc.. Diese können dann Anlass für ärztliche Untersuchungen geben, die in der Regel keinen organisch-pathologischen Befund ergeben.

Erste Schritte zur Hilfe

Das Denken und Handeln eines Menschen mit einer Angsterkrankung ist häufig geprägt von einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten. Alltägliche Situationen können nicht mehr aufgesucht oder ausgehalten werden. Dadurch werden Lebensgestaltung und Lebensqualität erheblich eingeschränkt. In der Psychotherapie geht es daher im Umgang mit Ängsten unter anderem darum, sich diesen Situationen aktiv und geplant zu stellen („Exposition“). Die befürchteten Konsequenzen oder Ereignisse (z.B. ein Attentat) treten dabei nicht ein, es wird ein Gewöhnungseffekt erzielt („Habituation“), der die Ängste mindert. Angehörige, Freunde und Kameraden im Umfeld der Betroffenen können die Heilung erleichtern, indem sie zur Aufnahme einer Psychotherapie ermuntern, die erlernten Expositionsübungen fördern und Vermeidungstendenzen verhindern helfen.

Angstlösende Psychopharmaka können in der Anfangszeit der Therapie eine wirksame Unterstützung darstellen, indem sie Anspannung vermindern und effektives psychotherapeutisches Üben erleichtern. In fortgeschrittenen Stadien der Behandlung können sie meist wieder abgesetzt werden. Alternativ bzw. ergänzend sind Aromatherapeutika eine Option, z.B. Kapseln oder Duftöle mit Lavendel-Extrakt.

Erste Schritte zur Hilfe für professionelle Helfer

Angstpatienten finden sich in professionellen Hilfesystemen häufig, insbesondere auch im allgemeinmedizinischen Kontext. Dies liegt u.a. daran, dass die Gegenwart psychosozialer Helfer als beruhigend empfunden wird und damit angstlösend wirkt. Zum zweiten sind auch die mit Angst direkt verbundenen Körpersymptome (siehe oben) ein regelmäßiger Anlass für ärztliche Abklärungen. Aufgrund ihrer Häufigkeit sind Ängste auch Bestandteil des Screenings im „Gesundheitsfragebogen“ (PHQ-D), der u.a. für die Anwendung in der Allgemeinmedizin konzipiert wurde.

Eine organische Differentialdiagnostik sollte, auch wenn deutlich situationsbezogene Ängste eine körperliche Ursache unwahrscheinlich machen, beim ersten Kontakt sorgfältig und gründlich erfolgen. Wichtig ist, den Patienten alle Symptome und auch die zur Diagnostik notwendigen Verfahren genau zu erklären. Nur dann können nach Beendigung des Basis-Programms die Untersuchungen auch zum Abschluss gebracht werden. Ansonsten bleibt beim Patienten eine Rest-Unsicherheit bestehen, die gegebenenfalls ein „Ärzte-Hopping“ fördert.

Es sollte dann allerdings verbindlich vereinbart werden, dass keine weitere Diagnostik zur erneuten Abklärung gleichartiger Symptome mehr stattfindet (anders ist dies bei neuen Symptomen). Der Grund ist, dass ansonsten ein Kreislauf der Angst in Gang gesetzt werden kann, in dem sich Ängste und angstlösende Untersuchungen durch Ärzte gegenseitig verstärken. Diese Gefahr sollte auch mit dem Patienten besprochen werden.

In Kürze beinhaltet dieser Kreislauf, dass psychosoziale bzw. ärztliche Hilfen, die die Patienten beruhigen, ohne dass sie dies selbst erreicht oder zumindest dabei mitgewirkt haben, das Bedürfnis hervorrufen, diese Beruhigung immer wieder zu erhalten. Dadurch verlieren sie jedoch eigene Kompetenzen der Angstbewältigung. Die Angst wird schlimmer.

[Zu den Details siehe die Broschüre „Psychosoziale Belastungen“ des Psychotraumazentrums].

Als Alternative zur Beruhigung durch außenstehende Personen sollte den Patienten das Erlernen und die mehrfach tägliche Anwendung eines Entspannungsverfahrens empfohlen werden. Eine Auswahl an Techniken findet sich in der App „Coach PTBS“ des Psychotraumazentrums.

Dort können die Dateien entweder gelesen oder angehört werden. Wichtig ist, dass über die Lernerfolge regelmäßig mit den Betroffenen gesprochen wird, um für das Üben zu motivieren. Denn nur eine gut eingeübte Technik hilft auch bei akuter Angst.

Zugleich sollten etwaige Widerstände thematisiert werden. Diese können beispielsweise darin bestehen, dass die Betroffenen ihren Tagesablauf nicht gut genug strukturieren, um dem Training einen Platz zu bieten. Es sind aber auch immer wieder gedankliche Bewertungen zu beobachten, dass andere Aufgaben im Tagesablauf wichtiger seien, als etwas für sich zu tun. Dies hängt meist mit dem wenig fürsorglichen Umgang angsterkrankter Soldaten mit sich selbst und ihren Ressourcen zusammen und sollte in einer Psychotherapie thematisiert werden.

Schon vor dem fachärztlichen Kontakt kann bei unauffälligen Labor- und EKG-Befunden ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eindosiert werden. Viele und insbesondere militärische Patienten sind demgegenüber allerdings sehr skeptisch, weil sie ihre Autonomie bedroht

sehen. Hier sollte geduldig aufgeklärt und betont werden, dass es sich um einen Einstieg handelt, der das Gelingen der Psychotherapie fördert. Alternativ können Lavendel-Präparate bei Bedarf oder auch als Festmedikation angesetzt werden, beispielsweise Lasea-Lavendelkapseln (zweimal täglich 1 bis 2 Kapseln) oder „Schlafwohl“-Kissenspray mehrfach täglich bei Bedarf.

Fallbeispiel

Der 35-Jährige Oberleutnant Michael P. entwickelt in seinem dritten Auslandseinsatz in Afghanistan unter hoher Arbeitsbeanspruchung, die auch Patrouillenfahrten außerhalb des Lagers beinhaltet, ein unregelmäßiges, ca. 10 Minuten anhaltendes Herzklopfen, das mit Schwitzen und einem leichten Schwindelgefühl einhergeht. Dazu kommen Einschlafstörungen: er benötigt ca. 60 bis 90 Minuten, um in den Schlaf zu kommen, grübelt dann noch lange über den Tagesablauf nach.

Nach seiner Rückkehr bilden sich die Symptome nicht zurück. Sie treten insbesondere samstags mittags auf, wenn er mit seiner Familie in einem großen Supermarkt die Wochenendeinkäufe erledigt. Er muss nach kurzer Zeit mit starker Angst den Markt verlassen und zu Fuß nach Hause gehen. Seine Frau beendet dann die Einkäufe. Im Verlauf fallen ihm auch andere Aktivitäten außerhalb seines Hauses schwer, er geht immer seltener mit Freunden aus, vermeidet öffentliche Verkehrsmittel. Der Truppenarzt führt zunächst eine allgemeinmedizinische und internistische Diagnostik durch, die unter anderem EKG, Langzeit-EKG, Labor und eine Lungenfunktion beinhaltet. Diese bleiben ohne pathologischen Befund. Im Anschluss gelingt es ihm, seinen Patienten zum Besuch einer fachärztlichen Untersuchungsstelle für Psychiatrie in einem nahegelegenen Bundeswehrkrankenhaus zu überzeugen. Während des dortigen einstündigen Gesprächs werden ihm erste Symptome erläutert und therapeutische Techniken wie z.B. die Durchführung von Entspannungsverfahren nahegelegt. Zugleich wird ein Antrag auf Wehrdienstbeschädigung gestellt, da die Symptome erstmals im Einsatz auftraten.

Für einen Zeitpunkt zwei Monate danach wird ein stationärer Aufenthalt auf der Station für Psychiatrie des Hauses vereinbart, um die ersten Fortschritte zu besprechen und die weitere Therapie zu planen. Parallel sucht sich der Patient bereits in der Nähe seines Wohnortes einen ambulanten Psychotherapeuten.

Suchterkrankungen

Suchterkrankungen sind bei Bundeswehrsoldaten mit und ohne Einsatz ein relevantes Phänomen. Im Vordergrund steht die Alkoholkrankung. Illegale Drogen wie Cannabis

(Haschisch), Stimulanzen oder Opiate kommen vor, werden aber im medizinischen Kontext eher selten durch die Patienten thematisiert. Daher wird in diesem Rahmen den illegalen Drogen kein größerer Raum gegeben.

Hingewiesen sei allerdings darauf, dass die Bundeswehr von der Verordnung von Cannabinoiden zur Behandlung psychischer Erkrankungen wie der PTBS Abstand genommen hat. Die Daten zu einer Wirksamkeit sind noch bei weitem zu wenig überzeugend, zudem schlagen erhebliche Nebenwirkungen zu Buche.

Kennzeichen

Der Übergang zwischen dem Konsum von Alkohol in einem gesellschaftlichen Rahmen bis hin zu einer Alkoholerkrankung mit maßgeblichen körperlichen Folgen ist fließend. Dazu kommt, dass die entspannenden und angstlösenden Wirkungen von Alkohol auch bei anderen, z.B. Einsatz-bedingten psychischen Erkrankungen anfangs als Selbstheilungsversuch seitens der Patientin verwendet werden. All diese Besonderheiten machen es insbesondere in der Anfangsphase einer Abhängigkeitsentwicklung schwierig, eine präzise Einschätzung des Problems zu vorzunehmen.

Es gibt dennoch eine Reihe von Anhaltspunkten, anhand derer man den Schweregrad und die Schädlichkeit des Konsummusters einordnen kann. Ab einer Menge von ca. 10 g Alkohol pro Tag bei Frauen und 20 g pro Tag bei Männern, das entspricht ein bis zwei Gläsern Wein 0,1l, sind nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation erste körperliche Folgeschäden möglich. Diese äußern sich beispielsweise als Veränderungen von Leberwerten im Labor, als Blutdruckerhöhungen oder Schlafstörungen. Insbesondere die Traumphasen (REM-Schlaf) werden unter Alkoholeinfluss gestört und erschweren einen erholsamen Schlaf.

Aber auch auf psychischer Ebene gibt es Veränderungen, die auf eine ungünstige Entwicklung hindeuten. Dazu gehören beispielsweise ein Drang bzw. auch ein Zwang, Alkohol zu sich zu nehmen, der auch dann noch besteht, wenn schädliche Folgen bereits bewusst geworden sind, und die Kontrolle über das Trinkverhalten zunehmend erschwert. Dazu kommen steigende Konsum-Mengen mit Entzugerscheinungen, wenn Alkohol abgesetzt wird, sowie soziale Folgen. Sind zwei bzw. drei dieser Merkmale erfüllt, sind ein Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit wahrscheinlich. Zur ersten Einschätzung können kurze psychologische Testungen hilfreich sein, beispielsweise der Fragebogen „CAGE“.

Erste Schritte zur Hilfe

Während der sozial angepasste Konsum von Alkohol in der deutschen Gesellschaft häufig verharmlost oder sogar idealisiert wird, kommt es bei krankhaftem Trinkmuster nicht selten zu einer sozialen Ausgrenzung und zu ausgeprägten Schamgefühlen (Ambivalenzkultur).

Diese führen dazu, dass über die negativen Aspekte des Alkohols kaum oder nur bagatellisierend gesprochen wird. Es kann sogar zu ablehnendem oder aggressivem Verhalten des abhängigen Menschen kommen, wenn er auf die Thematik angesprochen wird. Dies macht es dem sozialen Umfeld, sowohl privat als auch dienstlich, schwer, ihren Sorgen Ausdruck zu verleihen und erste hilfreiche oder kritische Gespräche zu führen. Dieser Mechanismus kann sogar bis zu einem Co-alkoholischen Verhalten führen. Dabei wird das Trinken zwar nicht gutgeheißen, jedoch werden auch keine konsequenten Schritte eingeleitet, die vielleicht zu einer Veränderung führen könnten.

Dementsprechend ist es sehr wichtig, einen wertschätzenden Gesprächszugang zu finden, der Umschreibungen oder Verharmlosungen vermeidet und die Thematik klar und sachlich benennt. Dabei sollte jedoch nicht mit Vorwürfen oder Drohungen vorgegangen werden, da dies die Schamgefühle des Betroffenen verstärken kann. Stattdessen sollte eher die Eigenverantwortung des Trinkers für sein Trinkverhalten betont werden.

Sollte dies nicht zu positiven und nachhaltigen Schritten führen, sollten darauf aufbauend konsequente Maßnahmen eingeleitet werden. Im privaten Umfeld kann dies beispielsweise bedeuten, bei weiterem Trinkverhalten eine vorübergehende räumliche Trennung zu vereinbaren. Im Dienstlichen können Einschränkungen wie beispielsweise ein Fahrverbot oder der Entzug verantwortungsvoller Aufgaben ein klares Signal setzen. Alle diese Maßnahmen können wieder rückgängig gemacht werden, sofern es zu ernstgemeinten und auch mit Handlungen hinterlegten Veränderungen kommt.

Ein beratendes Gespräch beim Truppenarzt, Sozialdienst oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einem Bundeswehrkrankenhaus, einer FU-Stelle oder auch in einer zivilen Suchtberatungsstelle kann bei der Bahnung des weiteren Vorgehens helfen.

Erste Schritte zur Hilfe für professionelle Helfer

Wenden sich Soldaten mit einer Alkoholproblematik an die Mitglieder der psychosozialen Netzwerke, dann sollte unbedingt ein Truppenarzt/ärztin in die Diagnostik und Therapieplanung einbezogen werden. Denn neben der psychischen Abhängigkeitsdimension ist die Alkoholerkrankung vor allem auch eine schwere körperliche Erkrankung, die mit vielfältigen und auch lebensbedrohlichen Veränderungen einhergehen kann. Sie darf also keinesfalls verharmlost werden.

Im Rahmen erster Fachgespräche wird gemeinsam mit den Patienten der Schweregrad der Abhängigkeit nach den oben genannten Kriterien erörtert. Zur vertiefenden Diagnostik bittet sich ein kurzer stationärer Aufenthalt für ein bis zwei Wochen in einem Bundeswehrkrankenhaus oder auch in einer zivilen psychiatrischen Akutklinik an. Diese

Diagnostik umfasst Laboruntersuchungen, EKG, Sono Abdomen, Röntgen des Thorax und je nach Symptombildern auch weitere Untersuchungen (z.B. ein CT des Schädels).

In den fachärztlichen psychotherapeutischen Gesprächen wird die Diagnostik weitergeführt, beispielsweise um komorbide Erkrankungen festzustellen. Ein hoher Prozentsatz von Soldaten mit Alkoholerkrankung leidet beispielsweise gleichzeitig unter einer einsatzbedingten PTBS oder Angststörung. Alkohol kann dann einen Selbstheilungsversuch darstellen.

Parallel wird mit Beginn des stationären Aufenthaltes der Alkoholkonsum vollständig eingestellt. Es sind dann Entzugserscheinungen zu erwarten, gegen die medikamentös vorgegangen wird, z.B. mit Clomethiazol oder Benzodiazepinen. Da diese Entzugserscheinungen ausgesprochen schwerwiegend verlaufen können, bis hin zu Krampfanfällen oder lebensbedrohlichen Delirien, sollte niemals ohne ärztliche Aufsicht entgiftet werden. Kommt es zu längeren Wartezeiten bis zu einem Aufnahmetermin im BwK, sollte entweder eine zivile Einrichtung zur Entgiftung genutzt werden oder der Soldat setzt sein Trinkverhalten moderat fort, bis er aufgenommen wird.

An die Entgiftung schließen eine Motivationsphase und eine Entwöhnungsphase an. Diese sollen den Patienten auch längerfristig in die Lage versetzen, eine Abstinenz einzuhalten. Ansonsten sind die Effekte meist nur kurzzeitig und münden in einen Rückfall. Die Bundeswehr übernimmt die Kosten für Entwöhnungsmaßnahmen vollständig.

Die Erarbeitung des Therapiekonzeptes erfolgt bereits während der Entgiftung im Bundeswehrkrankenhaus. Bestehen ein stabiles soziales Umfeld und eine gute dienstliche Integration und sind psychische und körperliche Folgen des Trinkens noch nicht zu ausgeprägt, kann eine ambulante Entwöhnung bei einer wohnortnahen Suchtberatungsstelle ausreichend sein. Üblicherweise stellt sich der Soldat dort für 1 bis 2 Jahre einmal wöchentlich vor und erhält dann im Wechsel fachlich fundierte Einzel oder Gruppengespräche. Die Beantragung erfolgt vergleichbar einer ambulanten Psychotherapie beim Kommando Regionale Sanitätsunterstützung in Diez.

Parallel sollte er sich einer Selbsthilfegruppe anschließen, die nicht fachlich geleitet ist, aber dennoch eine wichtige Unterstützung darstellen kann. Es gibt ein dichtes Netz von Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland, sie sind kostenfrei. Bundeswehr-intern gibt es an einigen Standorten Vertreter der „Soldatenselbsthilfe gegen Sucht“, die eine wertvolle kameradschaftliche Hilfe leisten (www.sshs.de) .

Alternativ zur ambulanten Entwöhnung sind stationäre Entwöhnungstherapien möglich. Insbesondere wenn die oben genannten stabilen Lebensumstände nicht vorliegen, sollte das

behandelnde Bundeswehrkrankenhaus in Kooperation mit dem Truppenarzt einen 6- bis 12-wöchigen stationären Aufenthalt in einer Entwöhnungsklinik beim Kommando Regionale Sanitätsunterstützung beantragen. Bei der Auswahl der Klinik spielt das angebotene Programm, wie z.B. die Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen, eine wesentliche Rolle. Der Patient sollte dabei in die Entscheidung einbezogen werden. Wichtig ist, dass die Klinik mit den gesetzlichen Kostenträgern abrechnen kann (keine Privatkliniken!).

Nach Beendigung der suchtherapeutischen Maßnahmen sollte der Patient noch über mindestens ein bis zwei Jahre engmaschig mit Gesprächen und Blutentnahmen truppenärztlich betreut werden, um die Kontaktschwelle im Fall eines Rückfalls niedrig zu halten. Sollte ein solcher Rückfall eintreten, sollten dem Patienten keinesfalls Vorwürfe gemacht werden. Stattdessen sollten mögliche Ursachen mit ihm besprochen und gegebenenfalls eine erneute stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus vereinbart werden.

Sollte der suchterkrankte Patient trotz wiederholten Bemühens der psychosozialen Netzwerke und der Truppenärzte eine Behandlung verweigern bzw. nach erfolgter Behandlung wiederholt rückfällig werden, so sollte er zur Einleitung eines Dienstunfähigkeitsverfahrens in einem Bundeswehrkrankenhaus vorgestellt werden.

Zur Vertiefung des dienstlichen Umgangs mit Suchterkrankungen wurde vom Streitkräfteamt eine Handlungshilfe für Vorgesetzte herausgegeben.

Fallbeispiel

Der 35-jährige Hauptfeldwebel Mario L. fällt seit anderthalb Jahren mit einem zunehmenden Konsum von Alkohol auf. Nach dem Tod seiner Mutter, zu der er ein sehr enges Verhältnis hatte, trinkt er erhebliche Mengen an Bier, zuletzt drei bis vier Liter pro Tag, kombiniert mit 0,5 Liter Schnaps. Von seinen Vorgesetzten ist er bereits mehrfach auf den Alkoholkonsum angesprochen worden, jüngst wurde er auch morgens wegen einer Fahne wieder nach Hause geschickt.

Disziplinarische Konsequenzen wurden allerdings bislang noch nicht gezogen. Dies liegt auch daran, dass er größere Mengen nur an Wochenenden konsumiert. Dabei ist es auch schon zu Filmrissen gekommen, er könne sich dann an sein Verhalten am Vorabend nicht mehr erinnern.

Auf Drängen seiner Partnerin stellt er sich zur Beratung bei seinem Truppenarzt vor. Dabei zeigt sich im Labor eine Erhöhung von Leberwerten. Der Truppenarzt stellt die

Verdachtsdiagnose einer Alkoholabhängigkeit sowie einer pathologischen Trauerreaktion und vereinbart einen stationären Aufnahmetermin in einem Bundeswehrkrankenhaus.

Die Entgiftung geht mit Unruhe, Zittern und Blutdruckerhöhungen einher, verläuft aber nach Gabe von Clomethiazol insgesamt komplikationslos. Angesichts der Unterstützung durch sein privates und dienstliches Umfeld wird gemeinsam mit ihm beschlossen, eine ambulante Entwöhnung bei einer nahegelegenen Suchtberatungsstelle durchzuführen. Zusätzlich schließt er sich der Soldatenselbsthilfe gegen Sucht an und besucht wöchentlich die Selbsthilfegruppe seines Standortes. Bei den monatlichen Kontrollen seines Truppenarztes bleibt er abstinert.

PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung

Kennzeichen

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine der psychischen Erkrankungen, die nach traumatischen Erlebnissen (s.o.) entstehen können. Im Vordergrund stehen die sogenannten Intrusionen. Dabei handelt es sich um unverarbeitete Erinnerungen, die die tatsächlichen Ereignisse intensiv wiedergeben. Sie sind ausgesprochen plastisch und werden nicht nur als innere Bilder sichtbar, sondern beinhalten auch Sinneswahrnehmungen wie hören, schmecken, riechen etc.. Auf ähnliche Weise kann es zu Alpträumen kommen.

Da die Intrusionen meist mit schmerzhaften Gefühlen wie Angst oder Zorn einhergehen, entwickeln die Betroffenen eine Tendenz, deren Auslöser (Trigger) so gut wie möglich zu vermeiden. Dieses Vermeidungsverhalten betrifft u.a. Situationen, die symbolisch mit dem Trauma in Verbindung stehen.

Zu diesem Komplex gesellen sich dann noch die Auswirkungen einer inneren Erregbarkeit wie z.B. Nervosität, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen. Das Einschlafen wird durch langes Grübeln verhindert, manchmal bis zu mehreren Stunden. In der Nacht wird der Schlaf mehrfach unterbrochen, zum Teil über mehrere Stunden. Ein Gesamtschlaf von nur 2 bis 4 Stunden pro Nacht ist keine Seltenheit.

In der Folge derartiger Veränderungen reagieren traumatisierte Soldaten im Alltag mit Rückzug, Unkonzentriertheit, Gefühlsschwankungen und in einigen Fällen auch Aggressivität. Im schlimmsten Falle kann es sogar zu häuslicher Gewalt kommen.

Erste Schritte zur Hilfe

Viele Soldaten verwahren nach Auslandseinsätzen ihre Erinnerungen und die damit verbundenen psychischen Belastungen in sich selbst und reden meist über Jahre weder im

Kameradenkreis noch im privaten Umfeld darüber. Dadurch kommt es regelmäßig zu einer Chronifizierung, das heißt die Krankheitsmechanismen setzen sich fest und führen zu Folgeerscheinungen wie sozialem Rückzug, Suchtverhalten, körperlichen Erkrankungen wie Bluthochdruck oder im schlimmsten Falle Suizidgedanken.

Es ist daher eine zentrale Aufgabe für das gesamte Umfeld der traumatisierten Soldaten, einen niederschweligen Weg zu finden, wie sie sich schrittweise öffnen können, ohne sich emotional überfordert zu fühlen oder Ängste vor Karrierenachteilen oder dem Verlust von Ansehen empfinden zu müssen (Stigmatisierung).

Wenn es dann zu ersten Gesprächen kommt, sollte unbedingt vermieden werden, zu viele Details traumatischer Situationen zu erfragen. Denn ein derart intensives Gespräch kann zu erneuten Triggerungen und noch hartnäckigerer Verslossenheit führen. Besser ist es, zunächst die Folgen der psychischen Erkrankung für das tägliche Leben zu besprechen, wie z.B. Schlafstörungen oder sozialer Rückzug. Gegebenenfalls können und sollten aber auch erste Grenzen gesetzt werden, z.B. um sich als Angehörige vor Aggressivität zu schützen. Überzeugend kann es auch sein, PTBS- erkrankte Soldaten auf ihre geringe Lebensqualität hinzuweisen und zu betonen, dass eine Psychotherapie Mut und Leistungsbereitschaft erfordert. Dies wirkt dem Erleben von Schwäche entgegen.

Weitere Hinweise enthält die Broschüre „Wenn der Einsatz noch anhält“, die kostenfrei über die Fachinformationsstellen bezogen werden kann oder die App Coach PTBS des Psychotraumazentrums.

In einem zweiten Schritt sollte dann Kontakt mit den Hilfesystemen der Bundeswehr aufgenommen werden. Die psychosozialen Netzwerke, insbesondere auch der Sozialdienst, an den Standorten bieten erste beratende Gespräche an. Alternativ kann die kostenlose 24/7-Hotline der Bundeswehr genutzt werden (0800-5887957). Sie ist anonym und wird durch die Mitarbeiter des Psychotraumazentrums bedient. Auch das Internet kann eine Hilfe sein (www.PTBS-Hilfe.de).

Wenn die erste Kontaktaufnahme gelungen ist, wird dem hilfeschuchenden Soldaten ein Termin in einer psychiatrischen Ambulanz eines Bundeswehrkrankenhauses angeboten. Hier kann es aufgrund der hohen Nachfrage zu einer mehrwöchigen Wartezeit kommen. Das Psychotraumazentrum Berlin hat daher eine spezielle Traumaambulanz eingerichtet, die für Einsatzkameraden Termine binnen zwei Wochen anbietet.

Bei dem ersten fachärztlichen Gespräch wird eine Diagnostik durchgeführt und das weitere therapeutische Vorgehen geplant. Zudem wird eine Beratung zu den notwendigen Anträgen auf Wehrdienstbeschädigung etc. geboten.

Erste Schritte zur Hilfe durch professionelle Helfer

Über die geschilderten Hinweise zur Gesprächsführung hinaus können professionelle Helfer bereits vor einem fachärztlichen Kontakt erste hilfreiche Interventionen vermitteln. Dazu gehört die Grundhaltung, dass es sich bei Traumafolgestörungen um „normale Reaktionen normaler Menschen auf unnormale Situationen“ handelt (Normalitätsprinzip).

Zur Erklärung der vielfältigen Symptome sollte auf die Broschüre „Wenn der Einsatz nicht endet“ des Psychotraumazentrums hingewiesen bzw. diese ausgehändigt werden. Sie ist über die Fachinformationsstellen der Bundeswehr kostenfrei erhältlich.

Wichtig ist es auch, schon frühzeitig ein Entspannungstraining zu erlernen. Hier sollte auf die App „Coach PTBS“ des Psychotraumazentrums verwiesen werden, die kostenfrei zum Download bereitsteht. Zu den allgemeinen Prinzipien der Vermittlung von Entspannungstechniken siehe Kapitel „Angststörungen“.

Von Bedeutung ist zudem die Thematisierung des sozialen Umfeldes. Die PTBS-Erkrankten sollten darauf hingewiesen werden, dass ein stützendes Umfeld, z.B. in der Einheit oder der Familie, die Heilungschancen deutlich verbessert. Dies verlangt dem Traumatisierten aber auch ab, sich für Gespräche und den Einbezug von Angehörigen in der Therapie zu öffnen. Viele Betroffene haben die Vorstellung, dass ihr Schweigen die Angehörigen vor Belastung schützt. Das Gegenteil ist aber häufig der Fall, denn die Unwissenheit und Unsicherheit können zu Schuldgefühlen führen, nicht ausreichend helfen zu können oder gar Fehler im Umgang mit den Traumatisierten gemacht zu haben.

Die Teilnahme an einem Fachberatungsseminar der Bundeswehr oder an einer Angehörigen- Maßnahme des ASEM-Seelsorge Projektes des Evangelischen Kirchenamtes für die Bundeswehr kann erste Impulse für beide Partner setzen.

Kommt es im militärischen Alltag zu einem traumatischen Ereignis, kann eine zeitnahe Akutintervention für eine „Akute Belastungsreaktion“ notwendig werden. Diese verfolgt nicht das Ziel einer medizinischen Behandlung, sondern ist als gesundheitsfürsorgliche Maßnahme zu verstehen, die Erkrankungen verhindern soll. Inhaltlich bieten sich die oben genannten ersten Schritte zur Hilfe auch in der Akutsituation an. Darüber hinaus gibt es in wissenschaftlichen Untersuchungen Hinweise, dass „Serious Gaming“ in den ersten 6 Stunden nach dem Ereignis einen schützenden Effekt haben kann. Insbesondere das Spielen von „Tetris“ für ein bis zwei Stunden ist mit gutem Ergebnis untersucht worden.

Bei der Erwägung medikamentöser Unterstützung in der Akutphase sollte auf die Gabe von Benzodiazepinen möglichst verzichtet werden, da diese Verarbeitungsprozesse hemmen. Lediglich in besonderen Notfällen wie Suizidalität können Sie indiziert sein. Alternativ

empfehlen sich pflanzliche Präparate wie Lavendel (z.B. Lasea Kapseln oder Kissenspray). Reichen diese nicht aus, können sedierende Antidepressiva zur Anwendung kommen wie beispielsweise Trimipramin Tropfen (5 bis 25 Tr bei Bedarf).

Eine sofortige Vorstellung der Patienten in einem Bundeswehrkrankenhaus ist in der Regel nicht erforderlich. Die Ereignisse und ihre Folgen sollten aber gut dokumentiert und der Patient regelmäßig wieder einbestellt werden. Klingt die Symptomatik nicht binnen eines Monats ab, sollte eine fachärztliche Vorstellung erfolgen.

Fallbeispiel

Der 25-jährige Oberstabsgefreite Marko S. ist in seinem viermonatigen Mali-Einsatz mehrfach bei Fahrten außerhalb des Lagers mit Handfeuerwaffen beschossen worden. Dabei wurde das Feuer von Seiten seines Konvois auch regelmäßig erwidert. In der entsprechenden Situation hat er jeweils Todesangst empfunden. Nachdem er bereits im Einsatz Schlafstörungen entwickelt hat, kommt es kurz nach der Rückkehr nach Deutschland zunehmend zu Unruhegefühlen und Reizbarkeit. Diese äußern sich vor allem in Streitigkeiten mit seiner Partnerin. Dazu kommen Ein- und Durchschlafstörungen.

In Menschenmengen führt der Anblick von Mitbürgern mit Migrationshintergrund regelmäßig zu Panik-artigen Ängsten. Er erinnert sich dann sehr plastisch an die erwähnten Beschusssituationen. Zum Teil hat er auch Alpträume mit gleichem Thema. Neben den Konflikten mit seiner Freundin hat er sich auch aus seinem Freundeskreis zunehmend zurückgezogen, da er befürchtet, auf seine Erfahrungen im Auslandseinsatz angesprochen zu werden.

Nachdem er seine Partnerin mehrfach angeschrien hat, drängt ihn diese zu einer psychotherapeutischen Behandlung. Er kommt ihrem Wunsch nach und lässt sich zunächst über die Trauma-Hotline der Bundeswehr beraten. Dabei wird ein Termin zu einem fachärztlichen Gespräch vereinbart. Er stellt in diesem Rahmen einen Antrag auf Wehrdienstbeschädigung, der von seinem Sozialdienst weitergeleitet wird.

Zudem verbringt er einen dreiwöchigen stationären Aufenthalt in einem Bundeswehrkrankenhaus. Dort lernt er Stabilisierungstechniken und vereinbart mit seinen behandelnden Ärzten die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie an seinem Wohnort mit einem traumatherapeutischen Schwerpunkt. Im Verlauf von ca. anderthalb Jahren kommt es zu einer deutlichen Symptombesserung. Der Soldat setzt seinen Dienst unbeeinträchtigt weiter fort.

Psychosomatische und Somatoforme Störungen

Kennzeichen

Nicht immer reagiert ein Mensch mit psychischen Symptomen, wenn er in belastende Situationen gerät. So sind Menschen in helfenden Berufen oft von dem Wunsch geprägt, viel für andere zu leisten. Dementsprechend sind sie es kaum gewohnt, auf eigene Bedürfnisse und Gefühle zu achten. Da aber die Verarbeitung von Stressoren innere Prozesse und einen erheblichen psychischen Druck auslöst, kann eine Abfuhr der dadurch entstehenden Spannungen auch über den Körper erfolgen.

Kurzzeitig und vorübergehend auftretende Körpersignale, die eine Überforderung unter Stress signalisieren, z.B. in Prüfungssituationen, sind normale menschliche Reaktionen, die nicht unbedingt einer psychischen Erkrankung entsprechen. Halten diese jedoch über einen längeren Zeitraum an, z.B. länger als zwei Jahre, dann ist davon auszugehen, dass der Körper zum Sprachrohr der Seele geworden ist.

Die Art und Stärke der Beschwerden sind für den zugrundeliegenden Konflikt nicht spezifisch, sondern stellen das Ergebnis vielfältiger schützender und belastender Einflüsse dar, nicht zuletzt auch früherer Probleme aus Kindheit oder Jugend. Zudem können psychische Traumatisierungen starke und dauerhafte körperliche Symptombilder hervorrufen.

Im militärischen Kontext findet man regelmäßig chronische somatoforme Schmerzen, z.B. Rückenschmerz oder Kopfschmerz. Dazu kommen Probleme des Magen-Darm-Traktes wie Oberbauchschmerzen oder Durchfälle, Schwindelgefühle und Herz-bezogene Veränderungen wie beispielsweise das starke Wahrnehmen des Herzschlags, Herzstolpern etc.

Eine besondere Variante stellen die sogenannten dissoziativen Störungen dar. In ihrer Entstehung ähneln sie den somatoformen Störungen, beziehen sich aber vorwiegend auf Beeinträchtigungen von Bewegung und Sinneswahrnehmung. So können sie mit plötzlichen Lähmungen einzelner Gliedmaßen einhergehen oder auch mit Sehstörungen oder Taubheitsgefühlen.

Da alle diese Erscheinungen in der Mehrzahl medizinische Laien betreffen, gehen sie oft mit Ängsten vor schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen einher. Diese Ängste wiederum haben eigene körperliche Begleitsymptome wie z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Schwindelgefühle, Tunnelblick oder ein Druckgefühl in der Brust (siehe auch Kapitel Angststörungen). Wenn die Patienten Angst-bezogene Symptome nicht als solche erkennen, kann sich durch die Begleiterscheinungen von Angst auch das allgemeine Krankheitsgefühl deutlich verstärken.

Erste Wege zur Hilfe

Wie auch schon im Kapitel über Angststörungen ausgeführt, ist für den Umgang mit somatoformen Störungen ein abgestimmtes körperliches und psychisches Vorgehen erforderlich.

Die körperliche Untersuchung sollte beim ersten Kontakt sorgfältig und gründlich erfolgen. Wichtig ist, den Patienten alle Symptome und auch die zur Diagnostik notwendigen Verfahren genau zu erklären. Nur dann können nach Beendigung des Basis-Programms die Untersuchungen auch zum Abschluss gebracht werden. Ansonsten bleibt eine Rest-Unsicherheit bei den Patienten bestehen, die gegebenenfalls ein „Ärzte-Hopping“ fördert.

Es sollte dann allerdings verbindlich vereinbart werden, dass keine erneute Diagnostik zur Abklärung gleichartiger Symptome mehr stattfindet (anders ist dies bei neuen Symptomen). Der Grund ist, dass ansonsten ein Kreislauf der Angst in Gang gesetzt werden kann, in dem sich Ängste und angstlösende Untersuchungen durch Ärzte gegenseitig verstärken. Diese Gefahr sollte auch mit dem Patienten besprochen werden.

Ein wichtiger Lernprozess für einen psychosomatisch erkrankten Menschen ist es, die Verbindungen zwischen Belastungen und dazugehörigen Gedanken, psychischen Reaktionen, Gefühlen und körperlichen Symptomen im Alltag zu beobachten und besser kennenzulernen. In einem zweiten Schritt können darauf aufbauend neue Verhaltensstrategien entwickelt werden, um Konflikte besser zu lösen und für die damit verbundenen Gedanken und Gefühlen ein angemessenes alternatives Ventil zu schaffen. Das Umfeld der Erkrankten kann diesen Prozess unterstützen, indem diese möglichen Verbindungen immer wieder angesprochen und dafür sensibilisiert wird.

Dabei sollte seitens des dienstlichen oder privaten Umfelds vermieden werden, durch übertriebene Besorgnis über Körpersymptome oder durch Drängen auf ärztliche Untersuchungen den Mechanismus der Sprache des Körpers zu verstärken. Die Aufnahme und konsequente Durchführung ambulanter bzw. stationärer *psychotherapeutischer* Maßnahmen sollte stattdessen eingefordert und auch unterstützt werden.

Erste Wege zur Hilfe für professionelle Helfer

Sind die körperlichen Untersuchungen ohne wesentlichen pathologischen Befund abgeschlossen, besteht eine wichtige Aufgabe für Truppenärzte darin, sein gewachsenes Vertrauensverhältnis zu den Patienten zu nutzen, um erste Schritte eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes zu erarbeiten.

Einen Einstieg kann es darstellen, gemeinsam zu bilanzieren, in welchen Lebensbereichen die Symptome zu einer Einschränkung von Lebensqualität führen (Beispiel: der chronische Schmerz führt zu einem Rückzug aus dem Freundeskreis). Da diese Einschränkungen meist

erheblich sind, kann in Aussicht gestellt werden, durch einen psychotherapeutischen Behandlungsansatz die Lebensqualität wieder zu verbessern. Dadurch wird die Behandlungsmotivation gesteigert.

Im Anschluss kann betrachtet werden, welche Lebenssituationen die Symptome verstärken oder auch abschwächen. Derartige Schwankungen, die oft mit organischen Erkrankungen kaum vereinbar sind, können dazu beitragen, Patienten von der Wirksamkeit seelischer Einflüsse zu überzeugen. Gegebenenfalls kann auch ein akut bestehendes Symptom, z.B. Herzklopfen oder Unruhe, in der ärztlichen Gesprächssituation direkt durch die gemeinsame Anwendung eines Entspannungsverfahrens gemindert werden. Auch dies kann für den Patienten eine überzeugende Erfahrung sein.

Ist eine erste Krankheitseinsicht entstanden, sollten die Patienten einer fachärztlichen Untersuchungsstelle für Psychiatrie und Psychotherapie zugewiesen werden. Dort können gegebenenfalls noch ausstehende organische Untersuchungen komplettiert und ein Behandlungskonzept erarbeitet werden. Dieses besteht in der Regel aus stationären und ambulanten Anteilen, kann sich aber je nach Art und Schwere der Symptome auch auf eine dieser beiden Komponenten beschränken.

In der allgemeinärztlichen Begleitung des psychotherapeutischen Prozesses ist es wichtig, den Fortschritt der psychotherapeutischen Maßnahmen im Rahmen regelmäßiger Wiedervorstellungen zu erfragen. Zudem können praktische Hilfeleistungen im privaten und dienstlichen Alltag notwendig werden, hier sollten der Sozialdienst und gegebenenfalls auch die Einheit des Soldaten mit einbezogen werden.

Es kann eine Herausforderung darstellen, insbesondere in der Anfangszeit der Psychotherapie, dem Wunsch der Patientin nach Wiederholung von körperlichen Untersuchungen standzuhalten. Eine Möglichkeit besteht in Absprache mit den Fachärzten in der „vertraglichen“ Festlegung, bei wiederholten gleichartigen Symptomen keine weiteren organischen Untersuchungen durchzuführen. Die Gründe dafür sollten den Patienten erläutert werden (s.o.).

Krankschreibungen sind in akuten Krisensituationen, die auch im Verlauf einer Psychotherapie immer wieder vorkommen können, eine Möglichkeit, die Patienten kurzzeitig zu entlasten. Dies sollte sich jedoch auf Zeiträume von 1 bis 3 Wochen beschränken. Nur im Ausnahmefall sollten Zeiten von über drei Monaten überschritten werden, ohne dass dies vom Facharzt ausdrücklich empfohlen wird. Gegebenenfalls muss aber selbst eine derartige Empfehlung vor dem Hintergrund der Verhältnisse vor Ort kritisch geprüft werden. Dabei

kann z.B. direkt Kontakt mit der Konsiliargruppe Psychiatrie und Psychotherapie aufgenommen werden (bwrhsberlinpsychotraumazentrum@bundeswehr.org).

Unterstützend für eine Psychotherapie kann es gegebenenfalls sein, körperbezogene therapeutische Elemente zu empfehlen bzw. zu verordnen. Dazu gehört die regelmäßige Anwendung eines Entspannungstrainings (siehe auch Kapitel Angststörungen), Sport und sonstige körperliche Bewegung. Aber auch eine allgemeine Physiotherapie kann die gesunde Wahrnehmung des eigenen Körpers fördern und damit auch dem psychotherapeutischen Entwicklungsprozess dienen.

Fallbeispiel

Manfred K. ist ein 50-jähriger Stabsoffizier. Er ist seinem Truppenarzt bereits seit mehreren Jahren bekannt, da er sich wegen eines chronischen Rückenschmerzes immer wieder bei ihm vorgestellt hat. Dieser ist vor allem im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule lokalisiert, hat einen dumpf-drückenden Charakter, strahlt gelegentlich in den vorderen unteren Bauchbereich aus, nie aber in die Beine. Es gäbe keine sonstigen Begleitsymptome, insbesondere keine Störungen beim Stuhlgang oder Wasserlassen.

Zu einer Verstärkung komme es vor allem in dienstlichen Stresssituationen, er komme dann zum Teil vor Schmerzen morgens kaum noch aus dem Bett. Im Urlaub gehe es ihm besser. Die bislang verordneten physiotherapeutischen Maßnahmen seien sehr angenehm, würden aber immer nur kurzzeitig helfen.

Er sei durch seine Schmerzen inzwischen auch in seinem privaten Leben sehr eingeschränkt. Die Unternehmungen, die er früher gerne mit seiner Frau unternommen habe, seien fast vollständig eingeschlafen. Es fehle ihm einfach der Antrieb.

Seit ca. 3 Monaten sei es zu einer akuten Symptomverschlimmerung gekommen. Sein Vorgesetzter habe gewechselt und sein neuer Kommandeur wolle alles verändern, nehme seine Vorschläge aber kaum ernst. Er fühle sich für seine Arbeitsleistung nicht mehr wertgeschätzt.

Nach Abschluss der neurologischen und orthopädischen Untersuchung, die Verschleißerscheinungen in der schmerzhaften Region, sonst aber keinen pathologischen Befund erbracht hätten, wird der Patient in einer nahegelegenen Fachärztlichen Untersuchungsstelle für Psychiatrie und Psychotherapie vorgestellt. Schnell gelingt es, ihm ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu vermitteln.

Es wird eine stationäre psychosomatische Rehabilitation in einer zivilen Klinik für 6 Wochen empfohlen und vom Truppenarzt beantragt. Nach Rückkehr hat der Patient bereits ein Entspannungstraining fest in seinen Tagesablauf integriert sowie seine rigide

Arbeitseinstellung hinterfragt. Er kann auch sein Privatleben als wichtigen Bestandteil seines Lebens wertschätzen. Er hat erste Gespräche mit seinem Vorgesetzten geführt und seine Sicht der Situation vermitteln können. Dies hat zwischen beiden zu einer Entlastung geführt. Dadurch ist es insgesamt zu einer erheblichen Symptomreduktion gekommen, der Schmerz tritt nur noch gelegentlich und in leichter Form auf. Zur weiteren Begleitung der Veränderungen wird eine ambulante Psychotherapie mit 25 Sitzungen verordnet. Diese konsolidiert die positiven Veränderungen.

Gefühlserkrankungen (Affektive Störungen)

Kennzeichen

Die Depression ist in Deutschland und Europa eine sehr häufige Erkrankung. Etwa ein Viertel der Bevölkerung bekommt sie mindestens einmal im Laufe ihres Lebens. Depression bedeutet Stillstand in vielen Lebensbereichen. Die Kraft fehlt, selbst für einfachste Aufgaben, die Stimmung ist traurig, vielfach sogar ganz leer und gefühllos. Freude, Lebenslust, der Ausdruck spontaner Gefühle haben sich aus dem Alltag zurückgezogen. Die Konzentration fällt schwer, Schlafstörungen, zum Teil auch körperliche Symptome nehmen einen breiten Raum ein. Bleibt dieses Leid über längere Zeit unbehandelt, ist es nicht ausgeschlossen, dass die Betroffenen in ihrer Verzweiflung auch darüber nachdenken, ihrem Leben ein Ende zu setzen.

Depression entsteht als Folge einer Vielzahl von Einflüssen und ungünstigen Verkettungen - von einer erblichen Komponente bis hin zu den Belastungen eines Auslandseinsatzes. Eine Sonderform von Depression, die auch als Vorstufe eingeschätzt wird, ist das Burnout-Syndrom. Dieses findet sich bei Einsatzkräften, so auch bei Soldaten, verhältnismäßig häufig.

Ein Grund ist, dass Soldaten über eine hohe Pflichtauffassung verfügen, die mit besonderen Ansprüchen an die eigene Leistungsfähigkeit, an Hilfsbereitschaft und Perfektion einhergeht. So positiv und wichtig dies für die Ausübung des Berufes ist, so kann eine solche Haltung aber auch einen ausreichend fürsorglichen Umgang mit sich selbst behindern. Dies führt dazu, dass mehr geleistet wird, als durch Erholung wieder regeneriert werden kann.

Es setzt dann ein über Jahre schleichender Prozess ein, der für die Betroffenen anfangs kaum merkbar ist, stattdessen eher von der Umgebung wahrgenommen wird. Er beginnt mit Abgespanntheit, verminderter Kraft und Freude an der Arbeit, die Kreativität und der Sinn für das „gewisse Plus“ gehen verloren. Manchmal kommen auch Frustration oder ein Hang zu Ungeduld und Unzufriedenheit dazu. In fortgeschrittenen Stadien eines zunehmenden

Kraftverlustes reagiert auch der Körper, z.B. mit chronischen Schmerzen. Auch Suchtverhalten kann als Begleitsymptom, meist zur vorübergehenden Entlastung missbraucht, auftreten.

Erste Schritte zur Hilfe

Depressive Erkrankungen können im sozialen Umfeld zu einer großen Hilflosigkeit führen. Vertraute und geliebte Menschen sind in der Depression kaum noch ansprechbar, verändern sich in ihrer Persönlichkeit. Dadurch können vielfältige innere Reaktionen bei ihren nahen Bezugspersonen entstehen. Im Vordergrund steht ein Wunsch zu helfen und zu einer besseren Aktivität beizutragen. Intuitiv wird versucht, die Erkrankten zu Aktivitäten zu bewegen oder gar zu drängen. Je schwerer das depressive Symptombild, desto mehr werden solche gutgemeinten Versuche jedoch zur Qual. Denn durch den verminderten Antrieb ist Aktivität eben nicht möglich und der Druck der Umgebung erzeugt dann nur Schuldgefühle, die die Depression wiederum vertiefen. Sinnvoller ist es, Zuversicht zu vermitteln, dass die Depression irgendwann auch wieder vorbei geht, dass dies aber Zeit benötigt und Geduld angebracht ist. Das kann etwas vom Druck entlasten.

Dennoch ist es sinnvoll, eine therapeutische Beratung oder Behandlung anzustreben. Bei leichter Depression können ein oder mehrere Konflikt-bezogene Gespräche die aktuelle Situation klären und Hilfen zu einer Problemlösung geben. Diese müssen auch nicht zwingend durch einen Facharzt oder einen Psychotherapeuten erfolgen. Bei mittelgradigen Depressionen ist dann aber doch der Gang zum Fachmann unvermeidlich und sollte in eine psychotherapeutische Behandlung münden. Alternativ ist über ein antidepressives Medikament nachzudenken. Bei schweren Depressionen bringt eine Kombination aus beiden den besten Effekt.

Im dienstlichen Umfeld gelten im Prinzip die gleichen Empfehlungen. Hier sollte besonders betont werden, dass Depression und Burnout-Symptome nicht durch eine Willensanstrengung überwunden werden können, denn es handelt sich nicht um eine Schwäche, sondern um eine Krankheit. In der Akutphase ist eine Krankschreibung in der Regel unvermeidlich, sollte aber einen zeitlichen Rahmen von 1 bis 3 Monaten nur im Ausnahmefall und auf fachärztliche Empfehlung überschreiten.

Danach sind dienstliche Maßnahmen wie Wiedereingliederungs-Modelle ein hilfreicher Schritt, z.B. ein Dienst von 4 - 6 Stunden pro Tag über einige Wochen oder Monate. Sollten Konflikte am Arbeitsplatz vorliegen, kann auch eine vorübergehende Umsetzung innerhalb des Verbandes oder die Versetzung auf einen Dpäk-Dienstposten für einen Zeitraum von 1 bis 2 Jahren eine Entlastung bringen.

Erste Schritte zur Hilfe für professionelle Helfer

Angesichts der Häufigkeit depressiver Erkrankungen lohnt sich eine Sensibilisierung für dieses Krankheitsbild auch und vor allem in der allgemeinmedizinischen Praxis. Zahlreiche Symptomkomplexe stehen mit depressiven Erlebnisanteilen in enger Verbindung oder sind direkter Ausdruck von Depression. Dazu gehören beispielsweise Schlafstörungen, chronische Schmerzen oder Unruhe und Agitiertheit.

Bei Burnout-Syndromen und leichten Depressionen ist der Truppenarzt ein wichtiger Ansprechpartner, da die Vorstellung beim Facharzt häufig schuldbehaftet erlebt wird und mit Stigmatisierungsängsten einhergeht.

Affektive Störungen sind auch Bestandteil des Screenings im „Gesundheitsfragebogen“ (PHQ-D), der u.a. für die Anwendung in der Allgemeinmedizin konzipiert wurde. Diesen finden Sie hier im Abschnitt Qualitätssicherung.

Eine aufklärende Beratung zu Symptomen und möglichen Ursachen der Depression ist ein wichtiger erster Schritt. Wie schon geschildert, sollte dabei nicht zu Aktivitäten gedrängt werden, die aufgrund des Antriebsmangels gar nicht möglich sind. Über auslösende Konflikte, z.B. in der Familie oder im Dienst kann aber offen und lösungsorientiert gesprochen werden. Ein zu tiefgehender Einstieg in ältere Konfliktbereiche, insbesondere aus Kindheit oder Jugend, ist allerdings in der Akutphase weniger günstig, da dies zu einer Symptomverstärkung führen kann. Eine engmaschige Begleitung und Wiedervorstellung unterstützt den Patienten bei einer möglichen Problemlösung.

Dazu kann es auch gehören, zwischen Patienten und ihrer Einheit zu vermitteln, falls Konflikte vorliegen. Die truppenärztliche Befürwortung eines vom Patienten gestellten Versetzungsgesuches kann eine Option sein, manchmal genügt aber auch schon eine vorübergehende Umsetzung innerhalb des Verbandes.

Die Anwendung eines Wiedereingliederungs-Modells mit einer Stundenzahl von 2 bis 6 Stunden pro Tag nach einer begrenzten kHz-Periode erleichtert es den Patienten oft, in einem dienstlichen Rhythmus zu bleiben, ohne sich zu überfordern. Dies stellt gegenüber einer längerdauernden Krankschreibung in der Regel die bessere Alternative dar, da eine solche Rückzugs- und Vermeidungstendenzen des Patienten fördern kann.

Eine fachärztliche Vorstellung zur Vertiefung der Diagnostik ist meist notwendig. Hier sollte eine Differentialdiagnostik erfolgen, die sich sowohl auf körperliche Ursachen z.B. MRT, als auch auf psychiatrische Komorbiditäten bezieht, z.B. Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Bei mittelgradigen oder schweren Depressionen kann ein Medikament hilfreich sein, meist werden Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer empfohlen. Auch ein Johanniskrautpräparat (z.B. Laif 900) ist eine gängige Alternative. Schlafstörungen sollten keinesfalls mit Benzodiazepinen oder deren Derivaten behandelt werden. Geeigneter sind hier Mirtazapin 15 bis 30 mg oder Trimipramin 10 bis 30 mg.

Bei jedem Kontakt mit depressiv Erkrankten sollte eine mögliche Suizidalität beachtet, erfragt und dokumentiert werden.

Neben einer Medikation sind ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlungselemente von zentraler Bedeutung. Zu den Prinzipien und der Beantragung siehe Kapitel Behandlung.

Fallbeispiel

Ronny M. ist ein 35-jähriger Oberleutnant und Fachdienstoffizier. In den letzten Jahren hat er mehrere anspruchsvolle Dienstposten innegehabt, dabei oft mehr Verantwortung getragen, als es eigentlich seinem Aufgabenbereich entsprach. Er habe dies für seine Karriere, aber auch aus Pflichtbewusstsein getan. Neben dem Beruf sei er noch ehrenamtlich in einem Verein in der Funktion eines Vorsitzenden aktiv. Dies nehme einen größeren Teil seiner Freizeit in Anspruch. Auch dies leiste er gerne, da es ihm wichtig sei, anderen Menschen zu helfen und das Gemeinwesen voranzubringen.

Seit zwei Jahren merke er aber, dass ihm der Alltag zunehmend schwerer falle. Er brauche nun länger für Aufträge, diese gingen ihm nicht mehr so leicht von der Hand. Gerade am Nachmittag kurz vor Dienstschluss könne er sich auch nur noch schlecht konzentrieren. Er habe Schlafstörungen, grübele meist noch ein bis zwei Stunden über den Tag nach, bevor er einschlafen könnte. Er wache jedoch in der Nacht wieder auf und fange dann erneut an zu grübeln. Dadurch sei er morgens unausgeschlafen. In seinem Privatleben habe er an seinem Hobby, aber auch an anderen Aktivitäten wie Ausflügen mit seiner Frau und seinen Kindern kaum noch Interesse, am Wochenende sitzt er oft stundenlang auf dem Sofa und könne sich zu nichts aufraffen.

Mit der Verdachtsdiagnose eines Burnout-Syndroms stellt ihn sein Truppenarzt bei einer fachärztlichen Untersuchungsstelle vor. Dort wird die Diagnose bestätigt und zugleich auch eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur festgestellt. Für die Schlafstörungen erhält der Patient nach organischer Basisdiagnostik Mirtazapin 15 mg, zur späteren Steigerung auf 30 mg, zudem wird eine ambulante Psychotherapie von 25 Sitzungen empfohlen. Um deren

Umsetzung und Einbezug der Familie zu erleichtern, wird eine Versetzung auf einen heimatnahe Dienstposten aus gesundheitlichen Gründen empfohlen.

Moralische Verletzungen und Wertorientierungen bei Einsatzsoldaten

Kennzeichen

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

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

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

In ihrer umfassenden Breitenwirkung wirken persönliche Werte aber auch bei der Entstehung einsatzbezogener Belastungen oder gar Erkrankungen mit. In Studien des Psychotraumazentrums zeigte sich, dass ein sehr reflektierter, intensiver Werte-Bezug von Soldaten eine Schutzwirkung gegenüber der Entstehung von Depressionen im Einsatzverlauf haben kann, unabhängig von der Art der jeweiligen Werte.

Auf der anderen Seite können aber stark altruistische und kameradschaftliche Werte, wie die Orientierung am Wohl anderer Menschen (Benevolenz und Universalismus), zu einem verstärkten Leiden an Symptomen, z.B. der posttraumatischen Belastungsstörung, beitragen. Menschen mit diesen Werten sind nicht verwundbarer als ihre Kameraden. Durch ihre Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen, nehmen sie aber das Leid ihrer Kameraden und Mitmenschen, das sie im Einsatz beobachten, stärker auch als eigene Belastung wahr.

Besonders stark zeigt sich der Einfluss eigener Wertesysteme auf die psychische Gesundheit, wenn es zu sogenannten moralischen Verletzungen kommt (Moral Injury). Darunter versteht man die Verletzung eines Menschen, die sich nicht auf einer körperlichen oder psychischen Ebene abspielt, sondern die das moralische und ethische Empfinden in Frage stellt.

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

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

Erste Schritte zur Hilfe

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

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

Zur Unterstützung der therapeutischen Arbeit ist auch eine Graphic Novel („Verwundet“) erarbeitet worden, die die Veränderungen rund um moralische Verletzungen in leicht verständlicher Form aufbereitet. Diese kann im Psychotraumazentrum kostenfrei angefordert werden (bwkrsberlinpsychotraumazentrum@bundeswehr.org).

Warnsymptome psychischer Erkrankungen

Mehr als jede andere Erkrankungsgruppe äußern sich psychische Erkrankungen durch ein verändertes Denken und Handeln, das im privaten und beruflichen Umfeld erkennbar wird. Die dabei zusammenwirkenden Prozesse sind allerdings so komplex, dass in der Regel von dem äußerlich sichtbaren Bild nicht immer auf die zugrundeliegende Krankheit geschlossen werden kann. Dies erfordert ein tiefergehendes Gespräch mit den Betroffenen und viel Erfahrung.

Die Symptome der häufigsten psychischen Störungen sind bei den entsprechenden Kapiteln zusammengefasst. Es gibt darüber hinaus allerdings einige allgemeine Merkmale, die von den Menschen im Umfeld aufmerksam wahrgenommen und beobachtet werden können und sollten.

Spricht man mit Angehörigen über die Entstehungszeit einer psychischen Problematik, dann ist häufig der Satz zu hören: „Mein Mann / Frau hat sich in der Persönlichkeit verändert, ich habe ihn / sie nicht wiedererkannt“. Alles, was einen Menschen einmalig und individuell erscheinen lässt, ist durch eine psychische Krankheit veränderbar, kann beispielsweise im Verlauf einer Depression aufgrund des Kraftmangels kaum noch nach außen gezeigt werden.

Typisch sind auch verschiedene Formen von Vermeidungsverhalten. Der bisherige Lebensrhythmus in der Familie oder im Dienst kann verändert und gestört sein, da einige Situationen nicht mehr ausgehalten werden können - beispielsweise der Aufenthalt außerhalb des Hauses oder auch soziale Situationen wie Vorträge vor Publikum.

Ein weiteres allgemeines Merkmal vieler psychischer Erkrankungen sind Schlafstörungen. Einschlafstörungen und Durchschlafstörungen können auch über längere Zeit zu einer Schlafdauer von nur zwei bis vier Stunden pro Nacht führen. Dementsprechend kommt es dann zu Beeinträchtigungen von Konzentration und Aufmerksamkeit im Tagesgeschehen.

Beachtet werden sollte außerdem ein erhöhter Konsum von Alkohol und anderen auf die Psyche wirkenden Substanzen wie Drogen oder Beruhigungsmittel. Mancher entwickelt aber auch einen Drang, Alltagsaktivitäten suchthaft zu übertreiben: dazu gehören Computerspiele oder auch Sport; auch wenn letzterer, maßvoll betrieben, eher heilungsfördernd ist. Viele Suchtmittel haben gemeinsam, dass ihre Anwendung einen subjektiv beruhigenden Effekt hat. Sie lenken von der Erkrankung ab, vermitteln ein Belohnungsgefühl, erleichtern manchmal auch soziale Kontakte.

Ablauf der Behandlung psychischer Erkrankungen in der Bundeswehr

Wenn ein Soldat selbst oder seine Angehörigen Anzeichen einer psychischen Erkrankung feststellen, dann ist grundsätzlich der Truppenarzt/ärztin der erste Ansprechpartner. Angesichts hoher Ängste vor Ausgrenzung und dienstlichen Nachteilen (Stigmatisierung) zögern allerdings viele Betroffene den Behandlungsbeginn viel zu lange hinaus. Oft ist es dann schon zu Chronifizierungen und schwerwiegenden sozialen Folgen gekommen.

Aus diesem Grund hat die Bundeswehr vor einigen Jahren mit der Einrichtung psychosozialer Netzwerke und allen größeren Standorten begonnen. Hier vernetzen sich verschiedene Berufsgruppen: Ärzte, Militärseelsorge, Sozialdienst und psychologischer Dienst treffen sich regelmäßig und beraten anonym über belastete oder erkrankte Soldaten, mit denen sie in Kontakt standen. Gemeinsam werden dann Lösungsstrategien beraten. Für jedes der Mitglieder der Netzwerke besteht eine Schweigepflicht.

Wird gemeinsam mit den Patienten ein Behandlungsbedarf erkannt, sollten diese zur Vervollständigung und Absicherung der Diagnostik und möglicher Ergänzung des Konzeptes einem Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in einem Bundeswehrkrankenhaus oder einer fachärztlichen Untersuchungsstelle vorgestellt werden. In Einzelfällen kann, sofern keine komplexe Problematik vorliegt, bei zu langen Wartezeiten auf diesen Schritt verzichtet werden.

In besonderen Fällen wird auch ohne vorherige ambulante Vorstellung eine direkte stationäre Behandlung in einem BWK vereinbart. Dies kann z.B. bei einer Alkoholerkrankung der bessere Weg sein, wenn eine Entzugssymptomatik zu erwarten ist. Im Regelfall ist mit Wartezeiten von 1 bis 3 Monaten bis zum Termin zu rechnen, da die Inanspruchnahme der Psychiatrie der Bundeswehr sehr hoch ist. In dringenden Fällen können aber die Betreuer in den psychosozialen Netzwerken unmittelbarer Kontakt mit den Fachärzten aufnehmen. Dann findet sich in der Regel eine zeitnahe Lösung als Notfalltermin entweder im Hause oder auch zivil.

Zum Termin sollte der Patient in jedem Fall alle ihm verfügbaren ärztlichen Unterlagen in Kopie mitbringen, zusätzlich auch Sportbekleidung für die therapeutischen Angebote. Für ambulante Termine sollte, da häufig auch eine psychologische Testung erfolgt, ein halber Tag vor Ort eingeplant werden. Für eine Diagnostik und erste therapeutische Bahnung auf einer Station sollten fünf bis zehn Tage veranschlagt werden. In einigen Häusern besteht die Möglichkeit, tagesklinisch behandelt und in allgemeinen Unterkünften anstelle von Krankenzimmern untergebracht zu werden. Diese Möglichkeit hängt aber von der Art und Schwere der Erkrankung ab.

Auf den Stationen der Bundeswehrkrankenhäuser wird im Allgemeinen ein Basisangebot vorgehalten, an dem alle Patienten teilnehmen, u.a. Einzelgespräche, Gruppengespräche, Entspannungstraining, Ergotherapie, Bewegungstherapie, alternative Verfahren (Meditation, Yoga, Aromatherapie, Akupunktur etc.). Dazu kommen therapeutische Ansätze, die auf das jeweilige Krankheitsbild zugeschnitten sind, z.B. Traumatherapie. Alle Therapeuten sind nach zivilen Standards ausgebildet.

Am Ende des ambulanten Untersuchungstages bzw. des stationären Aufenthaltes erhalten die Patienten einen psychiatrischen Arztbrief, der die Ergebnisse der Untersuchungen und eine diagnostische Einschätzung sowie therapeutische Empfehlungen enthält. Letztere sollten in der Regel sowohl kurzfristige Maßnahmen als auch eine Beschreibung des längerfristigen therapeutischen und Rehabilitativen Vorgehens beinhalten. Bei der Erstattung von Gutachten werden solche Briefe nicht erstellt, das Gutachten wird direkt dem Auftraggeber übersandt.

Während des Aufenthaltes nehmen die behandelnden Ärzte in der Regel Kontakt zu den Truppenärzten auf, um das geplante Konzept zu besprechen. Auch vor Beginn des Aufenthaltes und nach Entlassung sind engmaschige Kontakte erwünscht, um Fragen zeitnah zu klären. Krankschreibungen obliegen dem Truppenarzt oder Standortarzt. Ebenso erhalten die Patienten notwendige Medikamente für eine gewisse Anzahl von Tagen mit, sollten sich aber rechtzeitig mit ihren Truppenärzten für eine Nachbestellung in Verbindung setzen.

Wenn die Patienten die Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus ablehnen, können auch zivile psychosomatisch ausgerichtete Akut- oder Reha-Einrichtungen eine Alternative darstellen. Hierfür wird allerdings eine psychiatrische fachärztliche Empfehlung sowie eine übergeordnete Genehmigung (Kompendium Sanitätsdienst Kapitel K) benötigt. Ziel stationärer Behandlungen ist es, das Krankheitsverständnis zu vertiefen, Zusammenhänge zwischen Konflikten und Symptomen zu erkennen und an ersten Lösungsstrategien zu arbeiten. Die Veränderungsarbeit sollte aber im Regelfall ambulant psychotherapeutisch fortgesetzt werden, da der Umgang mit Alltagssituationen in Kliniken nur in Teilen simuliert werden kann.

Ein psychotherapeutischer Veränderungsprozess kann durchaus ein bis drei Jahre in Anspruch nehmen. In dessen Verlauf können Patienten vermehrt frühere belastende Lebensereignisse bewusst werden. Dazu zählen Traumatisierungen in Kindheit oder Jugend oder auch aus Einsatz-Situationen. Diese können mehrere Jahre zurückliegen und werden

dann erst im Rahmen der psychischen Sensibilisierung für die Patienten erkennbar. Sollte dies der Fall sein, sollte mit den Patienten die Option einer traumatherapeutischen Behandlung besprochen werden (siehe Kapitel posttraumatische Belastungsstörungen).

4. Förderliche und hinderliche Einflüsse auf den Rehabilitationsprozess

Sowohl die Schwere, als auch die Ausgestaltung einer psychischen Symptomatik hängen von einer Vielzahl an positiven und negativen Einflussfaktoren ab. Auf ähnliche Weise ist auch das Gelingen einer Therapie sowie die Wiedereingliederung in ein berufliches und privates Umfeld das Endergebnis der komplexen Interaktion derartiger Faktoren. Die therapeutische und rehabilitative Arbeit sind daher umso erfolgreicher, je effektiver belastende Einflüsse gemindert und förderliche Tendenzen gestärkt werden. Das Training beruflicher und sozialer Kompetenzen spielt dabei eine zentrale Rolle.

Persönlichkeitsfaktoren und dienstliche Einstellungen

Die Grundpersönlichkeit psychisch erkrankter oder belasteter Menschen bzw. Soldaten spielt für die Ausgestaltung der Erkrankung, aber auch für Heilungs- und Rehabilitations-Prozesse eine wichtige Rolle. Sie hat erheblichen Anteil daran, wie die Betroffenen mit der Erkrankung umgehen.

So erlebt beispielsweise ein pflichtbewusster, zur Zwanghaftigkeit neigender und mit seinem Soldatenberuf sehr identifizierter Soldat/in die Erkrankung eher als Makel und schämt sich einer vermeintlichen Schwäche. Dieser Haltung kann nachteilig sein, da oft lange mit der Aufnahme einer Therapie gezögert wird und Veränderungen im Umfeld als Überforderung erlebt werden und dementsprechend längere Zeitspannen benötigen können. Auf der anderen Seite kann das Pflichtbewusstsein aber auch genutzt werden, um eine verlässliche Umsetzung therapeutischer Empfehlungen sicherzustellen. Therapie wird dann zum „dienstlichen Auftrag“.

Eine andere Variante des Einflussfaktors Persönlichkeit können histrionische Persönlichkeitszüge verkörpern. Hierbei weisen Symptome nicht selten die Dimension eines Appells um Aufmerksamkeit und Fürsorge auf. Es kann dann zu einer verstärkten Regressionsneigung kommen, das heißt die Patienten geben bereitwillig Handlungskompetenzen ab, um sich von idealisierten Bezugspersonen des psychosozialen Hilfenetzwerks abhängig zu machen. Die daraufhin entgegengebrachte Zuwendung wird auch als sekundärer Krankheitsgewinn bezeichnet. Hierbei handelt es sich um einen unbewussten Prozess, der nicht als eine bewusstseinsnahe, zweckbestimmte Haltung missverstanden werden sollte und dessen Bearbeitung psychotherapeutische Fachkenntnis erfordert.

Dennoch können klare Grenzen helfen, einer zu starken Regression entgegenzuwirken. Dies kann etwa dadurch geschehen, dass Patienten wiederholt und nachhaltig aufgefordert

werden, eigene Schritte auch ohne Hilfe zu unternehmen, z.B. das Aufsuchen einer Schuldnerberatung, die Vereinbarung eines Gesprächstermins mit einem Vorgesetzten etc. Auch die Begrenzung einer Krankschreibung, z.B. durch Umwandlung in eine stundenweise Tätigkeit im Dienst, kann hilfreich sein.

Alle Mitarbeitende in psychosozialen Netzwerken sollten sich bewusst machen, dass der Umgang mit psychisch kranken Menschen auf einer unbewussten oder vorbewussten Ebene eine Vielzahl an Gedanken und Gefühlen auslösen kann, die mit der jeweils sachlich gegebenen Situation nur bedingt etwas zu tun haben. Dieses Phänomen nennt sich Übertragung bzw. Gegenübertragung.

Im Einzelnen heißt das, dass das psychodynamische Geschehen bei Erkrankten unbewusste Gefühle und Verhaltensmuster hervorbringt, die mit früheren belastenden Erlebnissen und ungelösten Konflikten zusammenhängen. So kann beispielsweise ein Opfer von kindlicher oder jugendlicher Gewalt gegenüber Autoritätspersonen mit strengem Auftreten lebenslang eine schwer zu überwindende Gegeneinstellung entwickeln, die sich unter anderem in irrationalen Ängsten oder passiven Widerständen äußern kann. Autoritäten werden als bedrohlich erlebt, ein aktiver Widerstand würde Angst machen, sodass in Konfliktsituationen ausgewichen wird, Dinge vermeintlich vergessen werden oder ähnliches. Bei der Zielpersonen dieses Verhaltens tritt dann in der Regel eine „Gegenübertragung“ auf, die eine unmittelbare Reaktion der eigenen Psyche darstellt. In dem geschilderten Beispiel könnte dies Hilflosigkeit oder auch Ärger sein.

Auch bei derartigen Geschehen liegt die therapeutische Verantwortung bei den behandelnden Psychotherapeuten, Ein entsprechender Hinweis der Kontaktpersonen, dass eine zunächst unverständliche Interaktion mit den Therapeuten besprochen werden sollte, kann aber eine wichtige Anregung darstellen. Zusätzlich bietet es sich als helfende Person an zu betonen, dass das eigene Verhalten sachlichen Notwendigkeiten folgt und in der Regel auch die psychische Entwicklung der Erkrankten fördern soll. Der Terminus des „Fördern durch Fordern“ wird hier vielfach verwendet.

Dienstliches Umfeld

Vorgesetzte und Kameraden psychisch erkrankter Soldaten sind für therapeutische Entwicklungen im engeren Sinne nicht verantwortlich und sollten sich diese Aufgabe auch weder von sich selbst noch von den Erkrankten oder anderen Beteiligten auferlegen lassen. Dafür sind umfangreiche Ausbildungen erforderlich. Sollte beispielsweise ein belasteter Soldat den Wunsch nach langen Gesprächen, konkreten Ratschlägen oder Hilfeleistungen

äußern, dann sollte konsequent auf die jeweiligen Therapeuten verwiesen werden, sofern es sich nicht um konkrete dienstliche Anliegen im Rahmen der allgemeinen Fürsorge handelt. Es sollte dabei offen auf die mangelnde therapeutische Erfahrung hingewiesen werden, damit sich der oder die Ratsuchende nicht zurückgewiesen fühlt.

Trotz dieser nicht selten notwendigen Abgrenzung kann das dienstliche Umfeld dennoch positiv beim Rehabilitationsprozess mitwirken. Wichtige Grundlage ist ein Klima der Offenheit und Akzeptanz in militärischen Einheiten, in dem psychische Belastungen und Erkrankungen, insbesondere auch im Zusammenhang mit Auslandseinsätzen, als selbstverständlicher möglicher Teil des Berufsbildes aufgefasst und kommuniziert werden. Vorgesetzte und Kameraden sollten neutral, sachlich und gegebenenfalls auch wohlwollend mit den beobachteten Symptomen umgehen. Eine übertriebene Fürsorglichkeit, die den Betroffenen das Gefühl gibt, nicht mehr als vollwertig zu gelten, sollte allerdings vermieden werden. Ein normaler Umgang im Ton und in den Anforderungen ist angemessen.

Bei Unklarheiten oder Konflikten sollten die Mitarbeiter der psychosozialen Netzwerke um Rat gefragt werden. Diese unterliegen zwar ebenso wie auch der truppenärztliche Dienst der Schweigepflicht, können also ohne Zustimmung der Betroffenen keine detaillierteren Angaben machen, dennoch können sie allgemeine Hinweise zum Umgang geben.

Typische Konstellationen, bei denen die Mithilfe von Vorgesetzten erforderlich ist, sind stundenweise Wiedereingliederungen im Rahmen der Rehabilitation und die damit verbundene Vermeidung von Unterforderung oder Überforderung. Auch die Veranlassung von Freistellungen für therapeutische Maßnahmen (z.B. ambulante Psychotherapie), vorübergehende Kommandierungen oder gesundheitlich begründete (meist heimatnahe) Versetzungen können Schnittstellen darstellen. Im Idealfall geschieht dies in enger Abstimmung zwischen Vorgesetzten, Truppenärzten und behandelnden Psychiatern bzw. Psychotherapeuten. Weitere Informationen finden sich im Kapitel zu den Truppenärzten.

Den Einheiten wird im Reha-Prozess einiges an Verständnis und Geduld abverlangt. Beispielsweise führen längere Zeiten von Wiedereingliederungsmodellen, in denen oft nur vier bis sechs Stunden pro Tag gearbeitet werden kann, nicht selten zu Gegenreaktionen und Abwertung bei Kameraden und Vorgesetzten.

Gerade im Einsatz psychisch erkrankte Soldaten brauchen aber ihre Zeit. Sie sind in der Regel ein bis zweimal pro Jahr im Bundeswehrkrankenhaus zur Behandlung, erhalten im Intervall ambulante Psychotherapie und der Veränderungsprozess zieht sich in der Regel

über drei bis fünf Jahre hin. In vielen Fällen ist die Therapie letztendlich dann aber doch erfolgreich und der Soldat ist wieder voll leistungsfähig.

Angehörige und soziales Umfeld

Der Einfluss von Angehörigen psychisch erkrankter Soldaten kann sich sowohl positiv als auch negativ auf den Rehabilitationsprozess auswirken.

Gut informierte Angehörige können bei der konsequenten Umsetzung vereinbarter Maßnahmen helfen und ein etwaiges Ausweichverhalten der Behandelten begrenzen. Sie können zudem ermutigen und stellen einen Anreiz für eine verbesserte Lebensqualität da. Auf der anderen Seite können Angehörige auch ausgesprochen hinderlich agieren. Beispielsweise wenn sie konkrete Forderungen stellen, die den Rehabilitationszielen im Weg stehen, etwa die Kinderbetreuung oder Hilfeleistung im Haushalt in Frage. Manche Familien haben sich auf diese Weise mit einer lang dauernden Krankschreibung recht ausgeprägt eingerichtet. Aber auch auf einer unbewussten Ebene können Angehörige das Ziel unbewusster Versorgungswünsche sein und deren gegebenenfalls überfürsorgliches Verhalten kann dann zu einem Festhalten an unselbständigen Verhaltensmustern beitragen. Angehörige sollten daher in jedem Fall von Beginn an in die Rehabilitation einbezogen werden.

Im Idealfall geschieht dies bereits während der akuten Versorgungsphase, z.B. in den Bundeswehrkrankenhäusern. Läuft eine Therapie ausschließlich ambulant bei zivilen Psychotherapeuten, sollten die Patienten ermuntert werden, den Einbezug von Angehörigen aktiv einzufordern. Dies ist nicht bei allen Psychotherapeuten eine Selbstverständlichkeit.

Für Soldaten nach Auslandseinsätzen besteht die Möglichkeit, dass Familien gemeinsam an einwöchigen Fachberatungsseminaren teilnehmen. Dort bekommen Angehörige Beratung und Unterstützung. Der Sozialdienst kann bei der Anmeldung helfen. Alternativ bieten verschiedene karitative Einrichtungen Angehörigenbetreuung an. Hier wären exemplarisch das ASEM-Seelsorgeprojekt des Evangelischen Kirchenamts zu nennen, zusätzlich auch die Soldaten- und Veteranen-Stiftung des deutschen Bundeswehrverbandes. Auch hier kann der Sozialdienst weitere Informationen geben.

Für Angehörige von Einsatzsoldaten hat zudem das Psychotraumazentrum der Bundeswehr (PTZ) eine kostenlose Broschüre herausgegeben, die sich mit dem Umgang mit psychisch einsatzbelasteten Soldaten beschäftigt („Wenn der Einsatz noch nachwirkt“). In der Regel liegen diese bei der Familienbetreuungsorganisation und den Sozialdiensten vor oder

können über die Fachinfozentren angefordert werden. Seit 2016 bietet die kostenfreie App Coach PTBS des PTZ darüber hinaus spezielle Angehörigen-Informationen.

5. Begleitung der Rehabilitation durch Truppenärzte

Die regionalen Sanitätseinrichtungen und insbesondere die behandelnden Truppenärzte sind für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation von Soldaten ein entscheidendes Rückgrat. Dort laufen verschiedene fachärztliche Befunde zusammen und der Patient wird oft über Jahre in seinem Veränderungsprozess begleitet und unterstützt. Die vor Ort notwendigen Abstimmungen und organisatorischen Schritte werden in enger Zusammenarbeit mit den psychosozialen Netzwerken koordiniert.

Besonders wichtig ist eine Grundkenntnis von Truppenärzten zu psychischen Erkrankungen und zu den notwendigen und verfügbaren Behandlungswegen, dabei kann die direkte Kontaktaufnahme mit dem Facharzt bei komplexeren Fällen hilfreich sein. Diese kann telefonisch erfolgen, aber auch über die Website www.ptbs-hilfe.de. Falls es bspw. zu unterschiedlichen Auffassungen über die Einschätzung von Patienten kommt, kann die über diese Website erreichbare Konsiliargruppe Psychiatrie und Psychotherapie moderierend tätig werden.

Inzwischen machen auch zunehmend mehr Truppenärzte, insbesondere angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin, gute Erfahrungen mit der Option, drei bis sechs Monate ihrer Weiterbildung in einer psychiatrischen Abteilung eines Bundeswehrkrankenhauses zu absolvieren. Diese Mitarbeiter sind in den Psychiatrien der Bundeswehr ausgesprochen willkommen, denn sie können später in der Truppe Multiplikatoren für diese besonders häufige und nicht selten schwierige Patientengruppe sein.

Die Anmeldung eines Patienten in einer fachärztlichen Untersuchungsstelle 6 in einem Bundeswehrkrankenhaus oder einem Facharztzentrum erfolgt direkt telefonisch in der jeweiligen Anmeldung. Bei Routineterminen sind Wartezeiten von 4 bis 12 Wochen zu erwarten. In dringenden Fällen kann allerdings der jeweilige Facharzt direkt angerufen und das weitere Vorgehen besprochen werden. Im Regelfall ist dann eine schnelle Lösung möglich.

Das Psychotraumazentrum verfügt zudem über eine Traumaambulanz, die für einsatzbedingte psychische Störungen binnen zwei Wochen Termine vergibt. Im akuten Notfall ist eine Vorstellung in den Notfallaufnahmen der Bundeswehrkrankenhäuser am

gleichen Tag möglich. Im Idealfall sollte der Patient vorher in der FU 6 telefonisch angekündigt werden. Wegen der hohen Auslastung der Untersuchungsstellen sollte von dieser Notfalloption allerdings nur im wirklichen Notfall gebraucht gemacht werden, da ansonsten die Regelpatienten deutlich länger warten müssen.

Einige akute Notfallsituationen sollten ohnehin besser in der regional zuständigen zivilen Versorgungseinrichtung, meist psychiatrische Schwerpunktkrankenhäuser, vorgestellt werden. Dazu gehört der akut suizidale Patient, der sich nicht distanzieren kann, aber auch die akute schwere Intoxikation oder Entzugssymptomatik sowie auch die akute Psychose. Alle diese Gruppen würden von den längeren Transportzeiten in ein BwK zu stark belastet werden. Zudem haben Bundeswehrkrankenhäuser keine Möglichkeit einer beschützten geschlossenen Unterbringung, Diese ist jedoch bei akuter Suizidalität oder Psychose häufig erforderlich.

Die Zuständigkeit der zivilen Klinik richtet sich grundsätzlich nach dem Auffinde-Ort des Erkrankten und das ist die Sanitätseinrichtung. Das zuständige Versorgungs Krankenhaus hat eine Aufnahmeverpflichtung, auch wenn es sich um einen Soldaten handelt. Andernfalls liegt ggfs. eine unterlassene Hilfeleistung vor.

Sollte in einer akuten Situation sogar eine Zwangseinweisung erforderlich sein, das heißt bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung durch den Erkrankten, sollte mit der örtlichen Rettungsleitstelle Kontakt aufgenommen und das weitere Vorgehen vereinbart werden, denn hier gibt es länderspezifische Regelungen.

Zur vertiefenden Information wurde seitens des Psychotraumazentrums eine kurzgefasste Monographie zum Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Bundeswehr verfasst („Psychosoziale Belastungen“). Diese steht auf der Website des BwKrhs Berlin zum Download bereit bzw. kann dort angefordert werden. Auch die kostenfreie App „Coach PTBS“ des PTZ kann weitere Anregungen geben, zum Beispiel verschiedene Entspannungstechniken.

Ein zunehmend wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses psychisch erkrankter Soldaten ist die Rehabilitation und Wiedereingliederung in den dienstlichen und privaten Alltag. Lange Krankschreibungszeiten können den Wiedereingliederungsprozess behindern, denn sie bringen die Gefahr mit sich, dass der Patient Regressionstendenzen entwickelt, das heißt er kommt bezüglich seiner Alltagskompetenzen „aus der Übung“. Kürzere Zeiträume von z.B. ein bis drei Wochen sind in dieser Hinsicht unproblematisch. Sollte die Krankschreibung allerdings 3 Monate übersteigen, ist besondere Vorsicht geboten und in jedem Fall sollte ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hinzugezogen werden.

Besser kann es sein, im Einvernehmen mit dem Patienten Kontakt zu der jeweiligen Einheit aufzunehmen und Alternativen zu besprechen. Diese könnten z.B. in einem Wiedereingliederungsmodell bestehen, im Rahmen dessen der Patient über einen kürzeren oder auch längeren Zeitraum nur stundenweise arbeitet, beispielsweise zwei bis sechs Stunden pro Tag.

Parallel kann auch eine dienstliche Umsetzung am Standort erwogen werden, insbesondere wenn es Konflikte am Arbeitsplatz gibt. Bei weiten Distanzen zwischen Wohnort und Dienstort ist eine heimatnahe Versetzung aus gesundheitlichen Gründen eine mögliche Option. Ein entsprechendes Versetzungsgesuch würde dann vom Patienten gestellt und vom Truppenarzt aus gesundheitlichen Gründen befürwortet. Hier sollte aber in jedem Fall im Vorfeld eine fachärztliche Diagnostik und Empfehlung erfolgen.

Sollte eine Rehabilitation schwierig verlaufen, können auch zivile rehabilitative Einrichtungen genutzt werden, in denen gezielt Arbeitsprozesse trainiert werden. In den Bundeswehrkrankenhäusern liegen entsprechende Empfehlungen vor. Die Beantragung erfolgt gemäß „Kompendium Sanitätsdienst K10.10“ beim KdoRegSanUstg in Diez. Neuerdings gibt es auch im Bundeswehrkrankenhaus Berlin / Psychotraumazentrum die Möglichkeit, eine vierwöchige stationäre Rehabilitation vorzunehmen, die gezielt psychische Kompetenzen trainiert, die im Arbeitsalltag benötigt werden. Die ersten Erfahrungen damit sind sehr positiv (siehe Kapitel Qualitätssicherung).

6. Durchführung des Rehabilitationsprogramms

Die berufliche Rehabilitation psychisch belasteter oder erkrankter Soldatinnen und Soldaten im regionalen Sanitätseinrichtungen sollte grundsätzlich Teil eines wehrpsychiatrischen Gesamt-Behandlungsplanes sein. Dieser sollte bereits in der Akutphase der Diagnostik und Therapie im Rahmen einer ambulanten oder stationären Vorstellung in einer fachärztlichen Untersuchungsstelle 6 oder auf einer psychiatrischen Station in einem Bundeswehrkrankenhaus festgelegt werden. Sollten weiterbehandelnde Sanitätsoffiziere Fragen zu Konzepten oder Befunden aus der Wehrpsychiatrie haben, können sie ergänzend zur direkten Rückfrage über die Website www.PTBS-Hilfe.de mit der Konsiliargruppe VI in Kontakt treten.

Rehabilitation beginnt somit schon sehr früh, wobei der Patient eine entsprechende berufsbezogene Zielerwartung aufbauen sollte; denn nach längeren Regressionsprozessen (s.o.), wie z.B. langen Krankschreibungszeiten, noch eine veränderte Zielrichtung zu erreichen, kann sich als schwierig erweisen.

Der Beginn konkreter rehabilitativer Maßnahmen, wie dem hier konzipierten Manual, sollte allerdings erst dann erfolgen, wenn die Patienten bereits erste Schritte psychotherapeutischer Veränderung und eine erste Symptomreduktion erreicht haben. Denn das Programm fordert eine gewisse Reflektionsfähigkeit und auch Erfahrungen mit der Umsetzung von Veränderungen. Es könnte z.B. im Anschluss an ein oder zwei stationäre Behandlungsblöcke in einem Bundeswehrkrankenhaus oder nach 20-30 Sitzungen ambulanter Psychotherapie indiziert sein.

Im Regelfall sollte diese Möglichkeit bereits während der Akutphase vorgeplant und auch mit dem Patienten besprochen sein. Sollte dies nicht der Fall sein, kann auch vor Ort die Motivierung zur Teilnahme erfolgen. Dabei sollte den Patienten insbesondere verdeutlicht werden, dass therapeutische rehabilitative Angebote die Psychotherapie ergänzen und fördern, indem sie zu einer Verbesserung von arbeitsbezogenen Ressourcen beitragen, die Patienten sozusagen psychisch kräftigen.

Für die Durchführung des hier vorliegenden Reha-Programms sollte ein 3- bis 4-wöchiger Rahmen vorgesehen werden, in dem täglich psychotherapeutische rehabilitative Arbeit geleistet wird. Wenn die Patienten in der Nähe des Standortes wohnen, sollten sie im häuslichen Umfeld übernachten und morgens zur Therapie wie zum Dienst erscheinen. Das Programm sollte in Uniform umgesetzt werden, in besonders begründeten Ausnahmefällen kann aber von dieser Regel im Einzelfall abgewichen werden. Dies sollte dann mit der gesamten Reha-Gruppe besprochen werden. Günstige Teilnehmerzahlen liegen zwischen 8

und 12, um einerseits ein dynamisches Gruppengeschehen zu fördern, dabei aber nicht zu groß zu werden und dann dem Einzelnen ggfs. nicht mehr gerecht werden zu können.

Den Patienten sollte ein Einladungsschreiben übersandt und zum Beginn das Einverständnis sowohl mit der Teilnahme am Programm als auch mit der Qualitätssicherung (siehe unten) schriftlich eingeholt werden.

Der Tagesablauf kann sich beispielsweise an dem unten folgenden Stundenplan orientieren. Hier sind natürlich Varianten möglich. Es sollten sich aber stets die Kernelemente des Trainings wiederfinden (auch um perspektivisch eine gemeinsame Auswertung über mehrere Einrichtungen hinweg zu ermöglichen).

Die Reha-Gruppe sollte eine gemeinsame, am militärischen Alltag orientierte Aufgabe zu lösen haben. Hier käme z.B. die Planung einer Ausbildung, eines Marsches, einer Reservisten-Veranstaltung oder einer Kompaniefeyer in Betracht, die virtuell oder auch mit einem konkreten Ergebnis schrittweise über den gesamten Therapiezeitraum umgesetzt werden sollte. Wichtig ist, dass die Teilnehmer eine Aufgabenverteilung vornehmen, sich regelmäßig abstimmen, dabei aber auch Kompromisse eingehen, Konflikte führen etc.. Nur dann kommt das Programm dem Arbeitsalltag möglichst nahe.

Der zweite Schwerpunkt liegt in täglichen therapeutischen Gruppengesprächen. Darin werden zum einen die Erfahrungen der davor liegenden Planungsschritte besprochen, zum zweiten aber auch die therapeutischen Bausteine des AVEM Manuals umgesetzt. Diese sind in dem im Literaturverzeichnis empfohlenen Buch detailliert beschrieben.

Ein drittes Reha-Element besteht in einer psycho-physischen Aktivierung der Teilnehmer. Dazu gehört, dass diese mehrfach pro Woche, idealerweise sogar täglich, Sport treiben. In diesem Rahmen können bspw. IGF-Leistungen erbracht und dann auch bestätigt werden. Dies gibt den Teilnehmern das Gefühl, ein auch offiziell bestätigtes Ziel erreicht zu haben und verbessert dadurch das Selbstwirksamkeitserleben.

Ergänzend sollte Bewegung zum psychotherapeutischen Inhalt gemacht werden – wie wirken sich Gedanken, Gefühle, Konflikte etc. in Bewegungsmustern und körperlichen Haltungen aus? Hier sollte, wenn bereits eine Ausbildung begonnen oder abgeschlossen wurde, einer der teilnehmenden Physiotherapeuten mehrfach wöchentlich, im Idealfall sogar täglich, ein Gruppenangebot in konzentrativer oder kommunikativer Bewegungstherapie vorhalten.

Besonders zielführend ist auch eine sozialdienstliche Unterstützung bspw. im Sinne eines Impulsvortrages mit Fragerunde zu Unterstützungsmaßnahmen (Haushaltshilfe, Schuldenberatung, sozialrechtliche Aspekte).

Optional, wenn ein entsprechendes Training erfolgt ist, kann auch ein ärztlicher, psychologischer oder physiotherapeutischer Trainingsleiter ein Schlaf-Coaching anbieten. Schlafstörungen mit nachfolgender Tagesschläfrigkeit können ein erhebliches Rehabilitations-Hindernis darstellen.

Starke innere Anspannungszustände, die sich nicht selten bei chronisch psychisch Kranken finden, können mit Hilfe der „Tension and Trauma Release Exercices (TRE)“ positiv beeinflusst werden. Auch hier ist allerdings eine vorherige Ausbildung erforderlich.

Bestehen bei den Teilnehmern einer Reha-Gruppe ausgeprägte Defizite im Bereich sozialer Kompetenzen, können therapeutische Elemente eines sozialen Kompetenztrainings in das Kernprogramm integriert werden (siehe Manual im Literaturverzeichnis). Derartige Trainings wurden im stationären Setting des PTZ mit positivem Ergebnis evaluiert (siehe Reader im Literaturverzeichnis).

Das Training sollte in seiner Endphase die direkte Kontaktaufnahme der Teilnehmer mit ihren Einheiten beinhalten, einschließlich persönlicher Gespräche, um die weitere Wiedereingliederung zu planen. Diese sollten im Anschluss in der Gruppe ausgewertet werden. Bei Bedarf sollte ein Mitglied des therapeutischen Teams bei diesen Gesprächen anwesend sein. Ziel ist es, eine Überforderung, aber auch eine Unterforderung zu vermeiden.

Wochenplan „Reha-Gruppe“

1. Woche

Uhrzeit		Mittwoch	Donnerstag	Freitag
		Anreise bis 10Uhr	Frühstück	
08.00 – 09.00			Labor, EKG, SD,	Sozialdienst
09.30 – 11.30		Aufnahme	Einzelgespräche	Gruppenbildende Maßnahme
			Mittagessen	
13.15 – 15.15		Einzelgespräche	KoBT	
15.30 – 16.00		Gruppengespräch		
		Freizeit / gemeinsame Aktivitäten*		

2. Woche

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
			Frühstück*		
08.00 – 09.00	Wochenendrückblick	Sport*		Sport*	Org-Zeit
09.30 – 11.30	Einzelgespräche Psychologie, SD	Arbeitstherapie*	Feiertag 3. Oktober	Arbeitstherapie*	Achtsamkeitsspaziergang
				Mittagessen*	
13.15 – 15.15	Gruppe „Arbeit und Beruf“	Gruppe „Arbeit und Beruf“		KoBT	
15.30 – 16.00	Tagesschau			Tagesschau	
	Freizeit / gemeinsame Aktivitäten*				

3. Woche

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
	Frühstück*				
08.00 – 09.00	Wochenendrückblick	Sport*	Sport*	Sport*	Vorstellung in der Einheit zur Klärung der dienstlichen Wiedereingliederung
09.30 – 11.30	Einzelgespräche Psychologie, SD	Arbeitstherapie*	Arbeitstherapie*	Arbeitstherapie*	
	Mittagessen*				
13.15 – 15.15	Gruppe „Arbeit und Beruf“	Gruppe „Arbeit und Beruf“	Gruppe „Arbeit und Beruf“	KoBT	
15.30 – 16.00	Tagesschau				
	Freizeit / gemeinsame Aktivitäten			Fahrt zum Dienstort	

4. Woche

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
	Frühstück*				
08.00 – 09.00	Wochenendrückblick	Sport*	Vorbereitung „Ralley“*	Org-Zeit	Auswertung und Feedback
09.30 – 11.30	Dienststellenvorstellung	Arbeitstherapie*			
	Mittagessen*				Abreise
13.15 – 15.15	Gruppe „Arbeit und Beruf“	Gruppe „Arbeit und Beruf“	„Ralley“	Abschluss mit KoBT	
15.30 – 16.00	Tagesschau			Abschluss im Team	
	Freizeit / gemeinsame Aktivitäten				

Legende

Verpflegung	Problemlösegruppe
Kommunikative Bewegungstherapie	Einzelgespräche, somatische Diagnostik etc.
Sport	Sonstige Gruppen
Arbeitstherapie – „Ralley“	Freizeit, Sonstiges
* diese Einheiten finden in der Julius-Leber-Kaserne statt	

Im Anschluss an das Training sollten die Teilnehmer noch über sechs bis zwölf Monate durch das therapeutische Team oder durch kooperierende Truppenärzte regelmäßig zu Gesprächen einbestellt werden, um den weiteren Verlauf zu beobachten. Auftauchende Probleme sind nicht selten im Training noch nicht erkennbar, sondern zeigen sich erst im täglichen Leben.

Empfehlenswert ist zudem eine ambulante psychotherapeutische Behandlung über 25-50 Sitzungen, die den Therapieerfolg zu konsolidieren hilft.

7. Qualitätssicherung

Das vorliegende Manual zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der regionalen Sanitätsorganisation sollte in der Qualität gesichert werden. Dies geschieht durch das Ausfüllen von Fragebögen zur Qualitätssicherung durch die Teilnehmer vor Beginn des Programms und unmittelbar nach dessen Ende. Optional kann nach drei bis sechs Monaten eine weitere Erhebung erfolgen.

Die Testungen sollten pseudonymisiert dokumentiert werden. Das heißt, es sollte ein leicht nachvollziehbarer Code aus verschiedenen Buchstaben und Zahlen auf den Bögen eingetragen werden, der nach dem Programm in gleicher und nicht verwechselbarer Art wiederholt wird. Hier können z.B. Elemente wie der erste Buchstabe des Vornamens der Mutter, das Jahr des Diensteintritts oder Ähnliches verwendet werden, der örtliche Beauftragte für den Datenschutz sollte dabei hinzugezogen werden.

Den Patienten sollte beim Ausfüllen versichert werden, dass die Daten ausschließlich der Qualitätssicherung dienen, keinerlei gesundheitliche Begutachtung darstellen und auch nicht in die G-Karte aufgenommen werden. Ansonsten ist mit erheblichen Antworttendenzen zu rechnen. Die verwendeten Pseudonyme sollten in einer separaten Liste den Klarnamen zugeordnet werden. Diese Liste sollte, ebenso wie die Testbögen, beim Leiter des Teams verbleiben und besonders gesichert aufbewahrt werden.

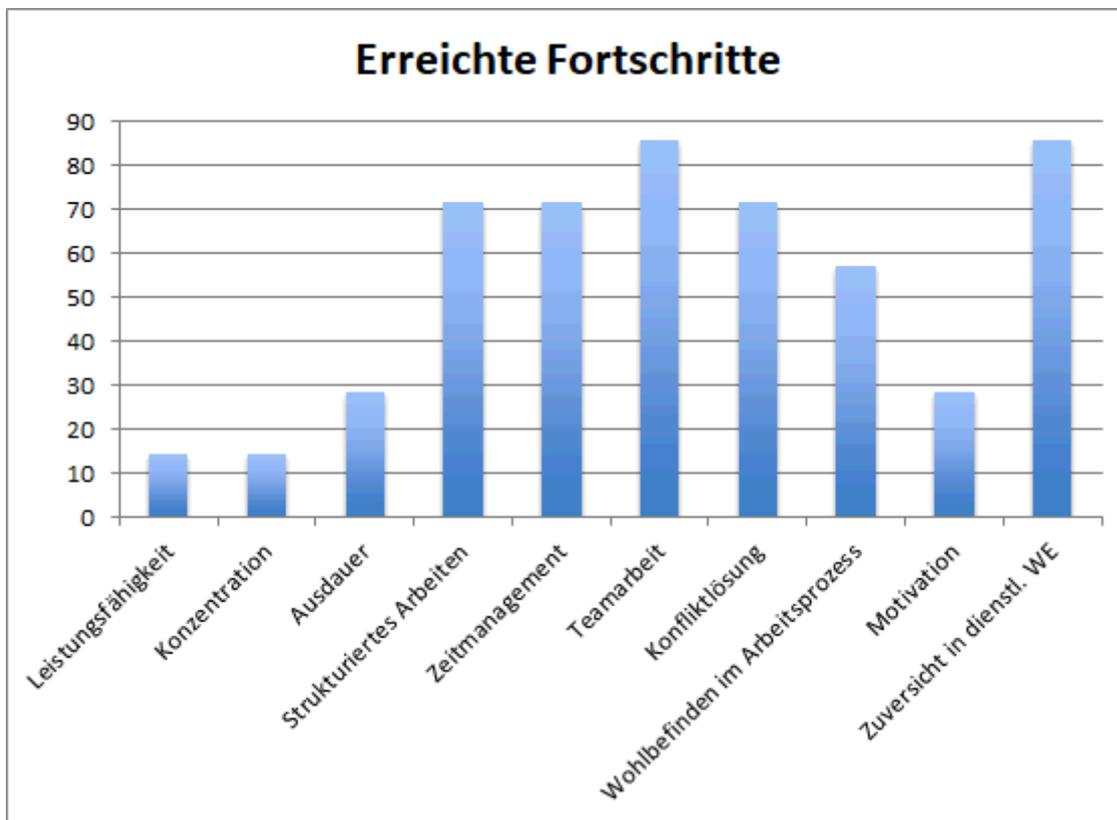
Die folgenden Testungen sollten dabei einheitlich zur Anwendung kommen, auch um Auswertungen über verschiedene durchführende Einrichtungen hinweg vornehmen zu können.

- Fragebogen zu Dienstanforderungen und Befinden
- Evaluationsbogen mit Freitext
- Gesundheitsfragebogen: PHQ-D
- PTBS Checkliste: PCL-5

Diese Bögen sind untenstehend eingefügt oder können beim Psychotraumazentrum angefordert werden.

Das vorliegende Manual wurde in seiner Grundform bereits mit stationären psychiatrischen Patienten des Psychotraumazentrums Berlin erprobt. Die Rückmeldungen der Patienten und die subjektiv erreichten Veränderungen waren positiv und wurden in die aktuelle Fassung bereits eingearbeitet.

Die untenstehende Grafik gibt den Prozentsatz der Patienten wieder, die nach dem Reha-Programm bei sich Fortschritte in den jeweiligen Bereichen erkannten.



Zusätzliche Hinweise zur Qualitätssicherung:

Für die genannten Testverfahren ist eine Interviewsituation zwischen Testleiter und Proband zu schaffen, in der eine ungestörte Beantwortung der Fragestellung gewährleistet ist. Der erforderliche Zeitaufwand wird für den Mini-ICF mit 13 Items mit mind. 30 Minuten berechnet, zu den Items gehören:

Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routine, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, Fähigkeit zur Selbstpflege und Mobilität / Verkehrsfähigkeit.

Mittels AVEM-Fragebogen werden insgesamt 11 Merkmale erfasst, die den Bereichen des Arbeitsengagements, der Widerstandskraft gegenüber Belastungen und des (arbeitsbezogenen) Lebensgefühls zugehörig sind. Aktuell werden hier ebenfalls ca. 30 Minuten für die Durchführung angesetzt.

Evaluationsbogen mit Freitext:**Qualitätsevaluation Berufliche Rehabilitation**

Sehr geehrte Teilnehmer des Rehabilitationsgruppentrainings am Bundeswehrkrankenhaus Berlin,

wir bitten Sie nun, uns anonym zu unserem Pilotprogramm Feedback zu geben, damit wir uns bei zukünftigen Trainings dieser Art weiterhin verbessern und auf Ihre Wünsche eingehen können. Bitte orientieren Sie sich bei der Bewertung an den entsprechenden Skalierungen und geben Sie uns gerne noch einen kurzen persönlichen Kommentar.

Wie fanden Sie die Kontaktaufnahme durch unsere Mitarbeiter (persönliches Telefonat)?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Wie fanden Sie im Vorfeld den Informationsgehalt (telefonisch, Einladungsschreiben) zum Trainingsprogramm?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Wie fanden Sie die Einschleusung in das Training am Aufnahmetag?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

--	--	--	--	--

Kommentar:

Wie fanden Sie die Unterkunft am Standort Julius-Leber-Kaserne?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Wie fanden Sie die Verpflegung?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Wie fanden Sie die Betreuung durch das Personal während des Training (pflegerisch, Co-therapeutisch, ärztlich)?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Wie fanden Sie den Zeitansatz?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Wie fanden Sie die im Training genutzte Anzugsform (vormittags zivil, Arbeitstraining Feldanzug)?

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Wie fanden Sie die einzelnen Themenbereiche?

Problemlösegruppe „Arbeit und Beruf“

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Arbeitstraining(Stadtralley)

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommunikative Bewegungstherapie

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Sporttraining

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Sozialdienst

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Gemeinsame Aktivitäten

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Einzelgespräche

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Das Training fand ich insgesamt:

sehr gut	ziemlich gut	mittelmäßig	weniger gut	gar nicht gut

Kommentar:

Für meine weitere dienstliche / berufliche Tätigkeit war das Training:

sehr wichtig	ziemlich wichtig	mittelmäßig	weniger wichtig	gar nicht wichtig

In den folgenden Bereichen habe ich Fortschritte gemacht (Mehrfachnennungen möglich):

	<u>ja</u>	<u>noch nicht</u>
Leistungsfähigkeit		
Konzentration		
Ausdauer		
Strukturiertes Arbeiten		

Zeitmanagement		
Teamarbeit		
Konfliktlösung		
Wohlbefinden im Arbeitsprozess		
Motivation		
Zuversicht für die dienstliche Wiedereingliederung		

Besonders gefallen hat mir:

Kommentar:

Besonders verbesserungswürdig empfinde ich:

Kommentar:

Ich würde mir die folgenden Ergänzungen wünschen:

Kommentar:

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!



Fragebogen zu Dienstanforderungen und Befinden

Liebe Patientin, lieber Patient

Haben Sie vielen Dank, dass Sie bei unserem Studieninterview mitgemacht haben! Sie helfen uns Ärzten und Therapeuten damit sehr, unsere Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten weiter zu optimieren.

Wir würden Sie bitten uns diesen Fragebogen noch auszufüllen. Das Ausfüllen dauert etwa 20 Minuten. Bitte geben Sie den Fragebogen im verschlossenen Briefumschlag auf Station wieder ab.

Mit bestem Dank

Ihr Team vom Bundeswehrkrankenhaus

Bitte geben Sie im Folgenden an, welche Anforderungen Ihr Dienst an Sie stellt

Leistungs- und Fähigkeitsanforderungen	Trifft gar nicht zu	etwas	Teilweise	Überwiegend	Trifft voll zu
Bei meiner Arbeit muss ich den überwiegenden Teil der Arbeitszeit innerhalb festgesetzter Zeiten bestimmte Arbeitsergebnisse fertigstellen.	0	1	2	3	4
An diesem Arbeitsplatz kann ich kaum selbstgewählte Pausen einlegen.	0	1	2	3	4
An diesem Arbeitsplatz darf ich mir keine Abweichung von genau vorgegebenen Regeln und Routinen leisten.	0	1	2	3	4
An diesem Arbeitsplatz muss ich meine Arbeit größtenteils selbst strukturieren und planen.	0	1	2	3	4
An diesem Arbeitsplatz muss ich darauf gefasst sein, dass jederzeit eine andere Arbeitsaufgabe spontan dazwischenkommen kann, um die ich mich dann kümmern muss.	0	1	2	3	4
An diesem Arbeitsplatz muss ich selbst Entscheidungen treffen, die Auswirkungen haben auf Dritte oder Sachwerte (z.B. Kunden, Betriebsangehörige, Material, Geld).	0	1	2	3	4
Für diese Arbeit muss ich mich ständig fachlich selbstständig auf dem Laufenden halten und weiterbilden (z.B. Fortbildungen besuchen, Fachzeitschriften lesen).	0	1	2	3	4
Bei dieser Arbeit muss ich sympathiewerbend und gewinnbringend mit Menschen reden können (z.B. Patienten- oder Kundengespräche).	0	1	2	3	4
Bei dieser Arbeit muss ich gut mit anderen Menschen zusammenarbeiten können.	0	1	2	3	4
Bei dieser Arbeit muss ich meine eigene Meinung oder eine vorgegebene Position verbal vertreten können.	0	1	2	3	4
Bei dieser Arbeit bin ich ständig unterwegs mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln (Dienstreisen, Fahrtwege zwischen Arbeitsorten).	0	1	2	3	4
Bei dieser Arbeit habe ich einen häufig wechselnden Arbeitsrhythmus (wechselnde Schichten, Tag- und Nachtschicht).	0	1	2	3	4
Bei dieser Arbeit muss ich sehr stark auf ein gepflegtes Äußeres und eigene Gesundheit Wert legen.	0	1	2	3	4
Für diese Arbeit muss ich körperlich äußerst fit sein (Muskelkraft, körperliche Ausdauer, Beweglichkeit).	0	1	2	3	4
Für diese Arbeit muss ich psychisch äußerst belastbar sein (Konzentration, Durchhaltevermögen, Flexibilität).	0	1	2	3	4

Wie kommen Sie mit den jeweiligen Anforderungen im Dienst zurecht? Bitte kreuzen Sie jeweils an, was am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Anpassung an Regeln und Routinen

Wie gut können Sie sich an Regeln halten? z.B. vorgeschriebene Arbeitsabläufe und Dienstwege einhalten? Pünktlich zu Terminen erscheinen? Vereinbarungen einhalten?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

2. Planung und Strukturierung von Aufgaben

Wie gut sind Sie darin, Dinge zu planen? Also Ihren Tagesablauf zu organisieren, oder festzulegen was Sie in einer Woche wann erledigen müssen, welche Erledigungen oder Arbeiten vorrangig sind? Können Sie angemessene Zeit für die einzelnen Dinge einplanen?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

Wie gut gelingt es Ihnen, mit Veränderungen zurecht zu kommen, z.B. Änderung von Arbeitsabläufen, neues Büro, neue/r Kollege/in, neue Computerprogramme oder Techniken? Wie geht es Ihnen mit kurzfristigen Terminveränderungen? Oder wenn Sie plötzlich irgendwo anders hin müssen? Wie geht es Ihnen, wenn Sie bei einer Sache unterbrochen werden (z.B. Telefon klingelt) und wenn Sie spontan etwas Dazwischenkommendes erledigen sollen?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

4. Kompetenz- und Wissensanwendung

Können Sie Ihr Wissen und Ihre Erfahrung anwenden, wenn es gefragt ist, bspw. bei der Arbeit die Dinge so erledigen, wie es Ihrer Ausbildung oder Ihrem eigentlichen Fachwissen entspricht?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

Wie gut kann man sich auf Ihre Einschätzungen, Ihren Rat oder Ihre Entscheidungen verlassen? Kommen Sie üblicherweise auf der Basis vorliegender Informationen zu Schlussfolgerungen, die andere auch für sinnvoll und überzeugend halten?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

6. Proaktivität und Spontanaktivitäten

Wie gut gelingt es Ihnen in die Gänge zu kommen, eigene Initiativen zu ergreifen, von sich aus Dinge anzuregen und anzufangen, beispielsweise spontane Verabredungen, Freizeitaktivitäten, im Haushalt oder auch bei der Arbeit?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit

Wie gut sind Sie darin bei der Stange zu bleiben oder Stress zu widerstehen, beispielsweise einen Arbeitstag durchzuhalten, sich von Widrigkeiten nicht beeindrucken zu lassen oder begonnene Aktivitäten auch dann fortzusetzen, wenn es schwer fällt?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

8. Selbstbehauptungsfähigkeit

Wie gut können Sie anderen Menschen gegenüber Ihre Meinung vertreten, ohne dass Sie anderen unangemessen auf die Füße treten oder sich selbst zu klein machen? Können Sie andere manchmal dazu bringen, dass sie tun was Sie selbst möchten, andere für sich einnehmen? Können Sie sich durchsetzen, wenn Sie in einer Position sind, die das erfordert?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

9. Gesprächs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten

Wie gut gelingt es Ihnen, auf andere Menschen zuzugehen, mit anderen ins Gespräch kommen, sich unbefangen auf Smalltalk-Gespräche einzulassen und bei anderen den Eindruck zu erwecken, dass Sie ein guter Gesprächspartner sind?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

10. Gruppenfähigkeit

Wie gut kommen Sie in Gruppen zurecht, also in Arbeitsteams, in privaten Cliquen oder im Freundeskreis? Können Sie sich in Gruppengespräche einbringen, sich aber auch angemessen zurückhalten und den Gruppenzusammenhalt fördern?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

11. Fähigkeit zu engen Beziehungen

Wie gut gelingt es Ihnen, enge vertrauliche Beziehungen mit nahestehenden Menschen aufzubauen und zu halten? Wie geht es Ihnen in einer Partnerschaft oder wenn Sie im engeren Familienkreis zusammen sind? Sind Sie ein Familienmensch, jemand, dem sich enge Freunde und Angehörige anvertrauen und auf den man sich verlassen kann?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

12. Selbstpflege und Selbstversorgung

Wie gut sind Sie darin, auf sich und Ihr Äußeres zu achten, sich der Jahreszeit und dem Anlass entsprechen zu kleiden oder sich ausgewogen zu ernähren? Wie gut gelingt es Ihnen für Erholung zu sorgen und die gesundheitlichen Bedürfnisse Ihres Körpers wahrzunehmen? Treiben Sie regelmäßig Sport bzw. achten auf ausreichend Bewegung?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit

Können Sie sich angemessen bewegen, bücken, Treppen steigen, spazieren gehen? Können Sie hingehen, wohin sie müssen, ohne Probleme einkaufen, und übliche Verkehrsmittel, wie Auto, Bus oder Bahn benutzen?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

Wie geht es Ihnen, wenn Sie an Ihren Dienort und die Aufgaben und Kameraden und Vorgesetzten dort denken?

	Trifft gar nicht zu	etwas	Teilweise	Überwiegend	Trifft voll zu
Wenn ich an meinen Arbeitsplatz denke, merke ich, wie sich alles in mir anspannt.	0	1	2	3	4
Bei der Vorstellung, an diesem Arbeitsplatz einen kompletten Arbeitstag durchstehen zu müssen, bekomme ich Panikgefühle.	0	1	2	3	4
In bestimmten Situationen am Arbeitsplatz befürchte ich, ich könnte körperliche Symptome bekommen, wie z.B. Erröten, Zittern, Schwitzen, Herzrasen...	0	1	2	3	4
Lieber laufe ich einen Umweg, als dass ich die Straße entlanggehe, in der sich meine Arbeitsstelle befindet.	0	1	2	3	4
Im Allgemeinen habe ich vor Arbeitstagen einen deutlich schlechteren Schlaf als vor Nicht-Arbeitstagen.	0	1	2	3	4
Es kostet mich Überwindung, öffentliche Orte (z.B. örtlicher Supermarkt) aufzusuchen, an denen ich Arbeitskollegen oder Vorgesetzte treffen könnte.	0	1	2	3	4
Wenn irgend möglich, meide ich es, mich in die Nähe meiner Arbeitsstelle zu begeben.	0	1	2	3	4
Ich musste mich ein oder mehrere Male krank schreiben lassen, weil ich die Probleme an meinem Arbeitsplatz nicht länger hätte ertragen können.	0	1	2	3	4
Auf dem Weg hin zu meiner Arbeitsstelle würde ich am liebsten umdrehen.	0	1	2	3	4
Nach der Arbeit beeile ich mich mehr als andere, bloß schnell von allem dort wegzukommen.	0	1	2	3	4
Während ich arbeite, bin ich ständig auf der Hut, was als nächstes passieren könnte.	0	1	2	3	4
Ich erlebe starke Befindlichkeitsstörungen oder Unbehagen, wenn ich an meinem Arbeitsplatz <u>bin</u> .	0	1	2	3	4
Ich erlebe starke Befindlichkeitsstörungen oder Unbehagen, wenn ich an meinen Arbeitsplatz <u>denke</u> .	0	1	2	3	4

Hier geht es nun um einschneidende Lebensereignisse generell. Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen und kreuzen Sie die für Sie zutreffende Spalte an.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft voll zu
In den vergangenen Jahren hatte ich ein einschneidendes (aber lebensübliches) Lebensereignis zu verkraften, (z.B. Scheidung, Umzug, Kündigung, Konflikt, Hintergangen-werden, ausgebleibende Beförderung, schwere Beleidigung)					
das mich äußerst gekränkt oder verbittert hat.	0	1	2	3	4
wodurch sich meine psychische Befindlichkeit deutlich und bis heute negativ verändert hat.	0	1	2	3	4
das aus meiner Sicht äußerst ungerecht oder nicht fair war.	0	1	2	3	4
an das ich immer wieder denken muss.	0	1	2	3	4
das mich heftig aufregt, wenn ich daran erinnert werde.	0	1	2	3	4
das in mir Gedanken an Rache auslöst.	0	1	2	3	4
wegen dem ich mir Vorwürfe mache und ärgerlich auf mich selbst bin.	0	1	2	3	4
weswegen ich häufiger das Gefühl habe, dass es keinen Sinn macht, Dinge anzupacken und sich anzustrengen.	0	1	2	3	4
durch das meine Stimmung häufig niedergeschlagen und gedrückt ist.	0	1	2	3	4
das dazu geführt hat, dass ich mich in allgemein schlechter körperlicher Verfassung fühle.	0	1	2	3	4
weswegen ich bestimmte Orte oder Personen meide, um nicht daran erinnert zu werden.	0	1	2	3	4
dem gegenüber ich mich ohnmächtig und hilflos ausgeliefert fühle.	0	1	2	3	4
das in mir Gefühle der Genugtuung auslöst, beim Gedanken, der Verursacher würde einmal Ähnliches erleiden.	0	1	2	3	4
das dazu geführt hat, dass meine Kraft und mein Antrieb reduziert und nicht mehr wie früher sind.	0	1	2	3	4
das dazu geführt hat, dass ich gereizter bin als früher.	0	1	2	3	4
weshalb ich mich ablenken muss, wenn ich vorübergehend eine normale und ausgeglichene Stimmung erleben will.	0	1	2	3	4
das dazu geführt hat, dass ich meinen beruflichen und/oder familiären Aktivitäten nicht mehr wie früher nachgehe.	0	1	2	3	4
das dazu geführt hat, dass ich mich von Freunden und geselligen Aktivitäten zurückgezogen habe.	0	1	2	3	4
zu dem sich mir immer wieder belastende Erinnerungen aufdrängen	0	1	2	3	4

Haben Sie einmal ein lebensbedrohliches oder anderweitig traumatisches Lebensereignis erlebt,

z. B. Erfahrungen mit Verbrechen, Katastrophen und körperlichen oder seelischen Übergriffen?

Während des traumatischen Erlebnisses...

1. ...fühlten Sie sich hilflos? Ja Nein

2. ...hatten Sie starke Angst oder waren voller Entsetzen? JA Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den letzten Monat	Überhaupt nicht	Einmal pro Woche oder seltener / manchmal	2-4 Mal pro Woche /Hälfte der Zeit	5 mal pro Woche / immer
Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	0	1	2	3
Haben Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis wichtig für Sie waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	0	1	2	3
Fühlten Sie sich den Menschen Ihrer Umgebung deswegen entfremdet und anders?	0	1	2	3
Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z. B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	0	1	2	3
Hatten Sie das Gefühl durch das Erlebnis, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z. B. dass Sie keine Kinder haben oder dass Sie keinen Erfolg im Beruf haben würden)?	0	1	2	3
Hatten Sie Ein- oder Durchschlafstörungen seit dem Erlebnis (d.h. vorher noch nicht)?	0	1	2	3
Waren Sie nervös oder schreckhaft (z. B. wenn jemand hinter Ihnen Geräusche macht)?	0	1	2	3

8. Literatur

- Heizmann: Fit für den Beruf; Verlag Hans Huber, 2008
- Hinsch / Pfingsten: Gruppentraining sozialer Kompetenzen; Verlag Beltz, 2015
- Senf / Broda: Praxis der Psychotherapie; Thiema-Verlag 2019 (Neuaufgabe)
- Psychotraumazentrum: Wehrpsychiatrie für eine Armee im Einsatz - Forschungsreader des Psychotraumazentrums (kann auf der Website des Bundeswehrkrankenhauses Berlin heruntergeladen werden)
- Zimmermann / Willmund: Psychosoziale Belastungen - eine Einführung für die psychosozialen Netzwerke der Bundeswehr. (kann beim Psychotraumazentrum der Bundeswehr angefordert werden)
- Psychotraumazentrum: Wenn der Einsatz noch anhält. / Wenn der Einsatz nicht endet. Broschüren für psychisch belastete Einsatzsoldaten und ihre Angehörigen. (kann über die Fachinformationsstellen der Bundeswehr angefordert werden).
- CAGE-Fragebogen: Mayfield, McLeod & Hall, 1974
- Patient Health Questionnaire (PHQ): Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999, deutsche Übersetzung: B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg