

Aus dem Zentrum für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Jäger, MME

**Stärkung der Patientenkompetenz und mögliches Verbesserungspotential in der
Versorgung einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten:
Lassen sich durch problemzentrierte Interviews mit betroffenen Soldatinnen und
Soldaten Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Verbesserungspotential für die
Versorgung aufzeigen.**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen
Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2022**

vorgelegt von: Kathrin Hornung
geb. am: 05.02.1988 in Rotenburg/Wümme

„Hey. Ist ja alles gut gegangen. Ich habe keine Löcher im Körper. Alles gut.“ (P13, Pos. 36)

1. Zusammenfassung/Summary	10
1.1 Zusammenfassung	10
1.2 Summary	12
2. Einleitung	15
2.1 Definition Posttraumatische Belastungsstörung	15
2.2 Posttraumatische Belastungsstörung in der Bundeswehr	16
2.3 Definition Patientenkompetenz	16
2.4 Definition Versorgung	18
2.5 Ausgangslage in der Bundeswehr	20
2.6 Wissenschaftlicher Hintergrund	20
2.7 Fragestellung	21
3. Material und Methodik	23
3.1. Vorbereitung der Studie	23
3.1.1 Interviewleitfaden	23
3.1.2 Information der TeilnehmerInnen	24
3.1.3 Berücksichtigung ethischer Richtlinien	24
3.1.4 Einschlusskriterien und Rekrutierung	24
3.1.5 Stichprobenumfang	27
3.2 Durchführung der Interviews	27
3.3. Aufbereitungsverfahren	28
3.4. Auswertungsverfahren	29
4. Ergebnisse	31
4.1 Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz	33
4.1.1 Änderungen/Einschränkungen erkennen	33
4.1.1.1 individuelle Faktoren	34
4.1.1.1.1 Veränderungen akzeptieren vs. Nicht wahrhaben wollen	34
4.1.1.1.2 Körperliche Symptome	39
4.1.1.2 individuell-kontextuelle Faktoren	41
4.1.1.2.1 Familie	41
4.1.2 Krankheit erkennen	42
4.1.2.1 individuelle Faktoren	43
4.1.2.1.1 Selbstreflexion	43
4.1.2.1.2 Körperliche Symptome	43
4.1.2.2 individuell-kontextuelle Faktoren	45
4.1.2.2.1 Selbstbild/Stigma	45

4.1.2.2.2 Aggression.....	47
4.1.2.2.3 Unwissenheit.....	48
4.1.2.3 kontextuelle Faktoren.....	49
4.1.2.3.1 Fremdinitiative.....	49
4.1.3 Leben neu ausrichten.....	51
4.1.3.1 individuelle Faktoren.....	52
4.1.3.1.1 Frustration.....	52
4.1.3.1.2 Aggression.....	53
4.1.3.1.3 Vergangenheitsorientiert vs. Zukunftsorientiert.....	54
4.1.3.1.4 Medikamente.....	57
4.1.3.1.5 Verdrängung.....	58
4.1.3.1.6 Alltagsstruktur.....	60
4.1.3.1.7 Lernprozesse.....	61
4.1.3.2 Individuell-kontextuelle Faktoren.....	63
4.1.3.2.1 Offener Umgang.....	64
4.1.3.2.2 Vermeidungsverhalten.....	64
4.1.3.2.3 Soziale Teilhabe vs. sozialer Rückzug.....	65
4.1.3.2.4 Familie.....	68
4.1.3.2.4.1 Einfluss der Familie auf die Erkrankung.....	68
4.1.3.2.4.2 Einfluss der Erkrankung auf die Familie.....	70
4.1.3.2.4.3 Änderung der Familiensituation.....	72
4.1.3.2.4.4 Miteinbeziehen der Familie.....	73
4.1.3.2.5 KameradInnen.....	75
4.1.3.2.6. Austausch mit Betroffenen.....	80
4.1.3.2.7 Therapie.....	83
4.1.3.3 Zusammenfassung Ergebnisse „Leben neu ausrichten“.....	86
4.1.4 Leben selbst mitgestalten.....	87
4.1.4.1 Individuelle Faktoren.....	88
4.1.4.1.1 Emotionalität.....	88
4.1.4.1.2 Selbstzweifel.....	90
4.1.4.1.3 Zukunftsängste.....	91
4.1.4.1.4 Symptome PTBS.....	92
4.1.4.1.5 Selbstreflexion.....	95
4.1.4.1.6 Kontrolle.....	98
4.1.4.2 Individuell-kontextuelle Faktoren.....	99
4.1.4.2.1 Schuldgefühle/Scham.....	99

4.1.4.2.2 Engagement	103
4.1.4.2.3 Glaube	105
4.1.4.2.4 Tiere.....	106
4.1.4.2.5 Sport.....	108
4.1.4.2.6 Integration in den Dienst.....	109
4.1.4.2.7 Retraumatisierung.....	116
4.1.4.2.8 Stigmatisierung	119
4.1.4.2.9 Familiäre Situation	122
4.1.4.2.10 Nebendiagnosen.....	125
4.1.4.3 Kontextuelle Faktoren.....	126
4.1.4.3.1 SARS-Cov 2	126
4.2. Einflussfaktoren auf die Versorgung	128
4.2.1 Materielle/immaterielle Unterstützung.....	129
4.2.1.1 Individuelle Faktoren.....	129
4.2.1.1.1 Eigene Einstellung zu Hilfsangeboten	129
4.2.1.1.2 Eigeninitiative	133
4.2.1.1.3 Gesteigerte Hilfsbedürftigkeit.....	134
4.2.1.2 Individuell-kontextuelle Faktoren	139
4.2.1.2.1 Information.....	139
4.2.1.2.2 Fremdinitiative.....	144
4.2.1.2.3 Hilfe für Familienangehörige.....	145
4.2.1.3 Kontextuelle Faktoren.....	148
4.2.1.3.1 Covid 19.....	149
4.2.1.3.2 Bürokratie.....	150
4.2.1.3.3 Wehrdienstbeschädigung (WDB).....	155
4.2.1.3.4 Vorgesetzte.....	160
4.2.1.3.5 Personalführung/Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle (ZALK)	165
4.2.1.3.6 Einsatz-Weiterverwendungsgesetz (EWVG)	174
4.2.2 Medizinische Versorgung.....	176
4.2.2.1 Individuelle Faktoren.....	177
4.2.2.1.1 Einschränkung durch Erkrankung	177
4.2.2.1.2 Hilfe annehmen	178
4.2.2.2 Individuell-kontextuelle Faktoren	178
4.2.2.2.1 Gegenseitiges Vertrauen.....	179
4.2.2.2.2 Prozess zur Diagnose/Therapie	182

4.2.2.3. Kontextuelle Faktoren.....	188
4.2.2.3.1 Sanitätsdienstlicher Bereich/Organisationsstruktur.....	188
4.2.2.3.2 TruppenärztInnen.....	191
4.2.2.3.3 FachärztInnen.....	194
4.2.3 Psychosoziale Unterstützung.....	198
4.2.3.1 Individuelle Faktoren.....	198
4.2.3.1.1 Eigeninitiative.....	198
4.2.3.2 Individuell-kontextuelle Faktoren.....	199
4.2.3.2.1 Gegenseitiges Vertrauen.....	200
4.2.3.3 Kontextuelle Faktoren.....	202
4.2.3.3.1 Therapie/Traumatherapie.....	202
4.2.4 Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“.....	206
4.2.4.1 kontextuelle Faktoren.....	206
4.2.4.1.1 Lotse/Lotsin.....	206
4.2.4.1.2 Veteranenverband.....	209
4.2.4.1.3 Truppenpsychologie.....	209
4.2.4.1.4 Einsatznachbereitungsseminar (ENBS).....	211
4.2.4.1.5 Sozialdienst.....	213
4.2.4.1.6 Militärseelsorge.....	214
4.2.4.1.7 Sportschule der Bundeswehr (SportSBW).....	215
5. Diskussion.....	217
5.1 Einordnung in den wissenschaftlichen Kontext.....	217
5.2 Limitationen.....	220
5.3 Fazit.....	221
6. Literaturverzeichnis.....	224
7. Danksagung.....	227
8. Lebenslauf.....	228
9. Anhänge.....	229
9.1 Anhang 1: Interviewleitfaden.....	229
9.2 Anhang 2: Datenschutzerklärung.....	233
9.3 Anhang 3: Einwilligungserklärung.....	237
9.3.1 Anhang 3.1: Anlage zur Einwilligungserklärung.....	238
9.4 Anhang 4: Selbstauskunft Teilnehmende.....	239
9.5 Anhang 5: Informationen für Teilnehmende.....	240
9.6 Anhang 6: Ethikvotum.....	242
9.6.1 Anhang 6.1: Ethikvotum Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.....	242

9.6.2 Anhang 6.2: Ethikvotum Ärztekammer des Saarlandes	245
9.7 Anhang 7: Kategoriendefinitionen	248

Abkürzungsverzeichnis

ANSF	Afghan National Security Forces
ASEM	Arbeitsfeld Seelsorge für unter Einsatz- und Dienstfolgen leidende Menschen
BAPersBw	Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BS	Berufssoldat
BW	Bundeswehr
BWK	Bundeswehrkrankenhaus (Berlin/Westerstede/Hamburg/Ulm)
BWZK	Bundeswehrzentrankrankenhaus (Koblenz)
Covid-19	coronavirus disease 2019
DPäK	Dienstposten ähnliches Konstrukt
ENBS	Einsatznachbereitungsseminar
EWVG	Einsatz- Weiterverwendungsgesetz
FU VI	Fachärztliche Untersuchungsstelle der Bundeswehr Abt. VI (Psychiatrie)
G-Akte	Gesundheits-Akte
GdS	Grad der Schädigung
G-Kartei	Gesundheits-Kartei
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPR	Interdisziplinäres Patientenzentriertes Rehabilitationsteam
ISAF	International Security Assistance Force
KFOR	Kosovo Force
KIA	Killed In Action
KzH	Status "Krank zu Hause"
PECC	Patient Evacuation Coordination Cell
Pers-Amt	Personalamt der Bundeswehr

PSN	Psychosoziales Netzwerk
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSS	Posttraumatic Stress Scale
PTZ BW	Psychotraumazentrum der Bundeswehr
RCE	Royal Canadian Engineers
RPG	Rocket Propelled Grenade
S1	Sachgebiet 1
S3	Sachgebiet 3
San-Bereich	Sanitätsbereich
SanVersZ	Sanitätsversorgungszentrum
SanUstgZ	Sanitätsunterstützungszentrum
SARS-Cov2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SportSBW	Sportschule der Bundeswehr
TSK	Teilstreitkraft
unv.	unverständlich
WDB	Wehrdienstbeschädigung
ZALK	Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle
ZBV	Zur besonderen Verfügung
ZSanDienst	Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr

1. Zusammenfassung/Summary

1.1 Zusammenfassung

Hintergrund

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl an Auslandseinsätzen, an denen die Bundeswehr beteiligt ist, zugenommen. Deutsche SoldatInnen, welche an Auslandseinsätzen der Bundeswehr teilnehmen, sind einem 2-4-fach erhöhten Risiko ausgesetzt, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken. [26]

Dies führt dazu, dass in der militärischen hausärztlichen Praxis die Anzahl an PTBS erkrankten SoldatInnen stetig zunimmt. Der ganzheitlichen Betreuung dieser PatientInnen kommt eine immer größer werdende Bedeutung zu. Es zeigt sich ein vielfältiges Bild des individuellen Umgangs der Betroffenen mit der Erkrankung und mit der Entwicklung einer dem hochkomplexen Krankheitsbild annähernd gerecht werdenden Patientenkompetenz.

Die umfassende Versorgung mit Blick auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen und mit dem Anspruch, die jeweils hilfreichen Elemente aus dem vielfältigen Angebot an Hilfeleistungen bereitzustellen, gestaltet sich oftmals schwierig bis frustan. Die Ursachen hierfür sind häufig nicht eindeutig zu identifizieren, da sie ein komplexes Geflecht aus verschiedenen Einflussfaktoren darstellen.

Über Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz und die Versorgung von aktiven, psychisch einsatzgeschädigten Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr liegen unseres Wissens bislang keinerlei aussagekräftigen, wissenschaftlichen Erkenntnisse vor. Ziel der Studie war es, diese Wissenslücke zu schließen und die Forschungsfrage zu beantworten, welche Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz und die Versorgung von psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen mittels qualitativer Inhaltsanalyse von Interviews mit Betroffenen identifiziert werden können.

Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden insgesamt 14 teilstrukturierte und problem-zentrierte Interviews mit Soldatinnen und Soldaten, bei denen eine psychische Einsatzschädigung vorlag, geführt. Die InterviewpartnerInnen stammten insgesamt aus 4 verschiedenen Dienstgradgruppen und 4 verschiedenen Teilstreitkräften. Die befragte Patientengruppe wies eine Altersspanne von 35-49 Jahren auf. Im Anschluss erfolgte die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring. Hierbei wurde das Textmaterial im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses mit dem Programm MAXQDA codiert. Zentraler Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse war ein deduktiv erarbeitetes Haupt-Kategoriensystem, welches Themenfelder in Anlehnung an die vorformulierten Themen des

Interviewleitfadens festlegte. In weiteren Schritten erfolgte die induktive Überarbeitung des Haupt-Kategoriensystems und der Themenfelder, um den komplexen Aussagen der Interviewteilnehmer Rechnung zu tragen. Die ursprünglichen Kategorien konnten so modifiziert werden und weitere Kategorien und Subkategorien aufgenommen werden. Das Ziel war es, das Material auf seine wesentlichen Inhalte zu reduzieren und durch Abstraktion ein überschaubares, realistisches Abbild des Grundmaterials darzustellen.

Ergebnisse

In unserer Studie konnte gezeigt werden, dass Patientenkompetenz und Versorgung im Patientenkollektiv von aktiven, psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen unweigerlich miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig begünstigen oder behindern können. Es konnten erste Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Versorgung identifiziert und in insgesamt 70 Themenfelder kategorisiert werden.

Es zeigte sich, wie wichtig die individuelle Patientenkompetenz für das Erkennen der Erkrankung, den Krankheitsverlauf, die dienstliche und soziale Integration, den Alltag der Betroffenen und schlussendlich auch für die Versorgung ist. Dabei wurde deutlich, dass die Ausbildung einer funktionierenden Sozialstruktur, insbesondere aus dem unmittelbaren privaten wie dienstlichen Umfeld, eine entscheidende Rolle spielt. Im positiven wie im negativen Sinne kann diese Sozialstruktur Einfluss auf die individuelle Patientenkompetenz nehmen. Familienmitglieder, Vorgesetzte und der Kameradenkreis scheinen hierbei erhebliche Einflussgrößen zu sein.

Durch diese Studie konnten neben der Patientenkompetenz erstmalig einige Aspekte der Versorgung aus Sicht der betroffenen SoldatInnen im Detail beschrieben werden.

Die Funktion der TruppenärztInnen sowie der Einstieg in den Bedürfnissen der Betroffenen angepasste Therapiemaßnahmen und deren Verlauf scheinen hierbei - neben anderen Faktoren - großen Einfluss zu haben.

Frühere Studien legten bereits die Vermutung nahe, dass das „Wehrdienstbeschädigungs-Verfahren“ - welches innerhalb der Bundeswehr essentiell für die Betroffenen ist, um insbesondere materielle Versorgungsleistungen beziehen zu können- mit all seinen Aspekten (Bürokratie, Begutachtungen etc.), belastend für die betroffenen SoldatInnen sein kann. Die Studie konnte erstmalig darstellen, wie belastend das WDB- Verfahren wirklich empfunden wurde und konnte weitere Probleme wie die aufwendige Bürokratie, lange Wartezeiten, undurchsichtigen Prozesse in diesem Kontext aus Sicht der SoldatInnen aufzeigen.

Diskussion

Obwohl ein breites Angebot für Hilfs- und Versorgungsleistungen der Bundeswehr existiert, sind die Inanspruchnahme und der Erfolg der Maßnahmen im Wesentlichen von der Patientenkompetenz und von einem den Betroffenen bekanntes und auf deren Bedürfnisse zugeschnittenes Versorgungsangebot abhängig.

Besteht eine internale Abneigungshaltung gegenüber Hilfsangeboten, so kommt es häufig zu einer verspäteten Krankheitseinsicht mit folgender Einschränkung für die Lebensführung. Des Weiteren mangelt es durch diese internale Abneigung Hilfsangeboten gegenüber an der Umsetzung von Möglichkeiten dieser Einwicklung positiv entgegenzuwirken. Demnach kommt es, wenn überhaupt, sehr verzögert zur Diagnosestellung und zur Einleitung einer Therapie.

Die Abneigungshaltung und fehlende Krankheitseinsicht ist häufig mit dem Selbstbild der SoldatInnen verknüpft und durch Stigmatisierung begründet. Es scheint also notwendig, Stigmatisierung und das Selbstbild der SoldatInnen aufzuarbeiten und einen Weg zu finden den SoldatInnen zu vermitteln, dass das unverwundbare Selbstbild eine psychische Erkrankung nicht ausklammern darf. Dem Kreis der engsten Vertrauten, der Sozialstruktur im direkten Umfeld der Betroffenen scheint hierbei eine Schlüsselrolle zuzukommen, der zukünftig noch intensivere Beachtung zukommen sollte.

Aus den Erkenntnissen zu den Versorgungsleistungen kann sich mögliches Potenzial für eine Veränderung bzw. Verbesserung der Prozesse ergeben. Neben der Reduktion bürokratischer Prozesse könnte ein wesentlicher Aspekt hierbei die stärkere Integration der betroffenen SoldatInnen, einschließlich der Vertrauten aus der unmittelbaren Sozialstruktur der Betroffenen, in den Prozess sein, um eine Transparenz für die betroffene Person zu schaffen und somit das Verständnis zu fördern.

1.2 Summary

Background

In recent decades, the number of foreign missions in which the German Armed Forces is involved has increased. German soldiers who participate in missions abroad are at increased risk (2-4 times) of developing post-traumatic stress disorder (PTSD). [26]

As a result, the number of soldiers suffering from PTSD is steadily rising in military family practice. The holistic care of these patients is becoming increasingly important. It is clear that there is a multifaceted nature to the individual approach for treating the disease and the development of a patient competence that approximates a highly complex clinical picture.

Comprehensive care with a view to the individual needs of those affected and with a claim to provide helpful elements from the diverse range of support services is often difficult if not frustrating. The reasons for this are often not clearly identifiable, as they represent a complex web of different influencing factors.

To the best of our knowledge, there are no meaningful scientific findings on the factors influencing patient competence and the care of active soldiers in the German Armed Forces who have suffered psychological deployment injuries. The aim of the study was to close this knowledge gap and to answer the research question of which factors influence patient competence and the care of psychologically injured soldiers by means of qualitative content analysis of interviews with those affected.

Methods

A total of 14 semi-structured and problem-centred interviews were conducted with male and female soldiers who had experienced psychological deployment injuries. The interviewees came from a total of 4 different rank groups and 4 different branches of the Armed Forces. The age range was 35-49 years. Subsequently, the evaluation was carried out using qualitative content analysis according to Mayring. The text material was coded in a multi-stage process using the MAXQDA programme. The central component of the qualitative content analysis was a deductively developed main category system, which defined topic areas based on the pre-formulated topics of the interview guide. In further steps, the main category system and the topic areas were inductively revised in order to take into account the complex statements of the interview participants. The original categories could thus be modified and further categories and subcategories included. The aim was to reduce the material to its essential content and to present a manageable, realistic picture of the basic material through abstraction.

Results

In our study, we were able to show that patient competence and care are inevitably linked in the patient collective of psychologically injured soldiers and that they can favour or hinder each other. Initial findings on factors influencing patient competence and care were identified and categorised into a total of 70 topic areas.

It became apparent how important individual patient competence is for the recognition of the disease, the course of the disease, integration into service and social life, the everyday life of the person affected and finally also for care. It became clear that the formation of a functioning social structure, in which the immediate private and service environment in particular plays a decisive role. In both a positive and negative sense, this social structure can have an influence on individual patient competence. Family members, superiors and the circle of comrades seem to be significant influencing factors in this respect.

This study made it possible for the first time to describe in detail some aspects of care from the perspective of the affected soldiers, in addition to patient competence. Among other factors, the function of the military doctors as well as the introduction of therapy measures adapted to the needs of the affected persons and their course appear to have a great influence.

Earlier studies already suggested that the compensation procedure for disability incurred during military service (*Wehrdienstbeschädigung, WDB*) - which is essential for those affected within the German Armed Forces, especially in order to be able to receive material benefits - with all its aspects (bureaucracy, assessments, etc.), can be stressful for soldiers. The study was able to show for the first time how stressful the WDB process really is and was able to show other problems such as the complex bureaucracy, long waiting times and non-transparent processes in this context from the soldiers' point of view.

Discussion

Although there is a wide range of support and care services offered by the Armed Forces, the utilisation and success of the measures is essentially dependent on a patient's competence and on a range of services that are known to those affected and tailored to their needs. If there is an internal reluctance to accept offers of help, this often leads to a delayed understanding of the illness with subsequent restrictions on the person's way of life. Furthermore, due to this internal aversion to offers of help, there is a lack of possibilities to positively counteract this development. Consequently, the diagnosis and initiation of therapy is delayed, if they take place at all.

The attitude of aversion and lack of insight into the illness is often linked to a soldiers' self-image and is associated with stigmas. It therefore seems necessary to work through stigmatisation and self-image issues and to find a way to convey to soldiers that the invulnerable self-image must not exclude a mental illness. A circle of the closest confidants and the social structure in the direct environment of those affected appear to play a key role that should be given even more attention in the future.

Potential for change or improvement of processes can be based on the findings on care services. In addition to a reduction of bureaucratic processes, another essential aspect could be greater integration of affected soldiers, including those familiar with their immediate social structure, into the process in order to create transparency and thus promote understanding.

2. Einleitung

2.1 Definition Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung ist nach ICD-10-DM den neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen zugeordnet. Sie ist definiert als eine protrahierte Reaktion auf eine belastende Situation oder ein Ereignis, wobei die Dauer der Belastung variieren kann. Diese kann sowohl kurzzeitig erlebt worden sein, als auch über einen längeren Zeitraum bestehen. Die Bedrohung hat hierbei einen außergewöhnlichen Charakter oder nimmt sogar katastrophenhmäßige Ausmaße an, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [7]

Der Beginn der Erkrankung kann mit einer Latenz im Hinblick auf das erlebte Trauma von Wochen bis Monaten auftreten [7].

Symptome der Störung sind Flashbacks, Nachhallerinnerungen sowie Träume bzw. Alpträume. Hierbei wird das Trauma wiederholt erlebt (Intrusionen) und das Gefühl des Betäubtseins persistiert. Ein weiteres Symptom stellt das Vermeidungsverhalten (Avoidance) dar, welches vor dem Trauma nicht bestand. Hier werden Aktivitäten oder Situationen bewusst oder unbewusst vermieden, die Erinnerungen an ein Trauma wachrufen könnten. Ferner kann es insbesondere in diesem Zusammenhang zur Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen kommen (Hyperarousal). Weiterhin kommt es zur Gleichgültigkeit gegenüber Mitmenschen, Freudlosigkeit und Teilnahmslosigkeit. Depressionen und Angst sind ebenfalls mit der PTBS assoziiert und können zu Suizidgedanken führen. [7]

Es gibt prädisponierende Faktoren wie bestimmte vorbestehende Persönlichkeitszüge (z. B. zwanghaft, asthenisch oder neurotisch), die die Entstehung einer PTBS begünstigen und den Verlauf negativ beeinflussen können, wobei diese Faktoren nicht ausreichend sind, um das Auftreten der Störung erklären zu können. Somit muss eine potenziell als traumatisch erlebte Situation nicht unbedingt zur PTBS führen. [7]

In den meisten Fällen kann eine Heilung der PTBS erwartet werden, allerdings gibt es durchaus wechselhafte Verläufe und die Erkrankung kann chronifizieren mit daraus resultierendem Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung. [7]

Die PTBS ist die einzige Erkrankung im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen, bei der die Ursache der Störung Bestandteil der Diagnose ist. Dies erschwert eine allgemeingültige Definition in Bezug auf das auslösende Ereignis oder die auslösende Situation, da unterschiedliche Diagnosemanuale (ICD 10, ICD 11 und DSM 5) koexistieren, in welchen die potenzielle traumatische Situation, auf der die Diagnose begründet und definiert ist. In Deutschland ist derzeit die Diagnose nach ICD-10 zu stellen. [16]

2.2 Posttraumatische Belastungsstörung in der Bundeswehr

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl an Auslandseinsätzen, an denen die Bundeswehr beteiligt ist, zugenommen. Somit steigt auch die Anzahl an Soldatinnen und Soldaten, die psychische Schäden durch im Einsatz Erlebtes davontragen. Die Thematik der Traumafolgestörungen, insbesondere der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit all Ihren Komponenten (insb. Diagnostik und Therapie), gewinnt an Bedeutung. [25]

Deutsche Soldaten, welche an Auslandseinsätzen der Bundeswehr teilnehmen, sind im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung einem deutlich erhöhten Risiko an einer PTBS zu erkranken, ausgesetzt. Die 12-Monats-Prävalenz an einer PTBS zu erkranken, die in Verbindung mit dem im Auslandseinsatz Erlebten steht, beträgt nach bisherigen Untersuchungen von SoldatInnen im Rahmen der ISAF (International Security Assistance Force) Mission aus dem Einsatz in Afghanistan 2009 2,9 %, die Lebenszeitprävalenz liegt bei 4,6 %. [26]

Im Jahr 2020 wurden 301 SoldatInnen erstmalig aufgrund einer einsatzbedingten psychischen Störung in den psychiatrischen Abteilungen und Untersuchungsstellen der Bundeswehr untersucht, bei denen nachweislich Zusammenhänge mit aktuellen, aber auch mit bereits zeitlich weit zurückliegenden Einsätzen der Bundeswehr (ISAF Afghanistan und KFOR Bosnien) bestehen. [12]

Dies führt dazu, dass auch in der militärischen hausärztlichen Praxis die Anzahl an PTBS erkrankten SoldatInnen stetig zunimmt und der Behandlung dieser PatientInnen eine große Bedeutung zukommt. Im Fokus der hausärztlichen Versorgung stehen hierbei die Stärkung der Patientenkompetenz und die Optimierung der Versorgung der betroffenen Soldaten um als langfristiges Ziel eine Reintegration in den Dienst, aber ggf. auch in das zivile Berufsleben zu ermöglichen.

2.3 Definition Patientenkompetenz

Eine einheitliche Definition des Begriffs „Patientenkompetenz“ existiert nicht. Dennoch haben alle Definitionen des Begriffs weitreichende Gemeinsamkeiten, sodass man eine allgemeingültige Definition wie folgt formulieren kann:

Patientenkompetenz ist die Fähigkeit, einen Umgang mit der Erkrankung zu finden, unter der Berücksichtigung eigener Bedürfnisse, Verantwortung in Zusammenhang mit der Erkrankung und den Umgang mit ihr zu übernehmen und Anforderungen und Belastungen bewältigen zu können. So wird den PatientInnen ermöglicht, sich in den Heilungsprozess miteinzubringen. [24]

Die PatientInnen sollten Zielvorstellungen formulieren und aktiv anstreben können und hierbei die verfügbaren Ressourcen nutzen. Die Autonomie ist ein wesentlicher Bestandteil der

Patientenkompetenz. Die Definition sollte als Recht des Patienten aufgefasst werden und weniger als Pflicht. Wenn also ein Patient sich dazu entschließt, die Verantwortung vollständig abzugeben, so ist auch dies als Recht und als autonome Entscheidung zu verstehen. [24]

Die Patientenkompetenz ist im Wesentlichen aus 2 Bausteinen zusammengesetzt, die eng miteinander verbunden sind. Wissen und Können. Wissen verschafft dem Patienten Überblick, Selbstbewusstsein und Sicherheit. Das Können beinhaltet die Fähigkeit, das Bewusstsein der Realität anzupassen und auf Ereignisse durch Übung und Training adäquat reagieren und sie einordnen zu können (Verunsicherungen, einschneidende Erlebnisse etc.). Ein Missverhältnis zwischen Können und Wissen führt häufig zu Krisen. [24]

Die Patientenkompetenz ist anhängig von den jeweiligen Lebensumständen und damit äußerst individuell. Dennoch gibt es viele Parallelen, auch wenn eine unterschiedliche Erkrankung oder Symptome vorliegen. Z. B. haben die meisten PatientInnen das Gefühl, einem undurchsichtigem Gesundheitssystem gegenüber zu stehen oder sogar ausgeliefert zu sein. Die Patientenkompetenz ist demnach als die Fähigkeit der PatientInnen anzusehen, mit und trotz Erkrankung, Handicap oder Trauma ein normales Leben zu führen. [24]

Gemeint ist mit dieser Definition im Wesentlichen der gelungene Versuch, die neue, durch die Krankheit bedingte Lebensrealität zu akzeptieren, das alltägliche Leben nach dieser Realität auszurichten und die neue Lebenssituation mittels eigener Ressourcen mit zu gestalten. [3]

Der Patientenkompetenz können insgesamt 4 Stufen zugeordnet werden.

Stufe 1: Selbstkompetenz

Stufe 2: Beziehungskompetenz (Arzt-Patienten-Beziehung; Beziehung zu TherapeutInnen)

Stufe 3: Sozialkompetenz (Gruppenfähigkeit z. B. in Selbsthilfegruppen)

Stufe 4: Demokratiekompetenz (Pat als öffentlicher Stellvertreter einer PatientInnengruppe) [24]

Auch wenn es schwer ist, die 4 Stufen voneinander zu trennen, da der Übergang von der einen in die folgende Stufe fließend ist, bezieht sich diese Arbeit hauptsächlich auf die Selbstkompetenz, da alle weiteren Stufen der Patientenkompetenz auf ihr aufbauen und die Betrachtung aller Stufen schwer möglich ist, wenn in Stufe 1 die Selbstkompetenz noch nicht ausgereift ist.

Bei der Selbstkompetenz spielen die Aneignung des medizinischen Wissens und ganz besonders der individuelle Umgang und die Auseinandersetzung mit dem Wissen eine bedeutende Rolle.

Werden Änderungen im Alltag und Einschränkungen überhaupt erkannt und vor allem akzeptiert? Wird die Erkrankung als solche akzeptiert und angenommen? Kann der Patient diese Erkenntnisse in seinen Alltag übertragen und sein Leben neu ausrichten und selbst mitgestalten?

Aus diesen Fragen ergeben sich in chronologischem Sinne die Themenfelder für unsere Studie:

1. Änderungen/Einschränkungen erkennen
2. Erkrankung erkennen/ankennen
3. Leben neu ausrichten
4. Leben selbst mitgestalten

2.4 Definition Versorgung

Versorgung im Allgemeinen ist die Bedienung relevanter Bedürfnisse oder Defizite von Lebewesen. Die Bedienung mit medizinischen Leistungen bezeichnet man als Gesundheitsversorgung bzw. medizinische Versorgung. Im medizinischen Sektor wurde der Begriff der integrierten Versorgung etabliert. [11]

Integrierte Versorgung ist die Idee einer neuen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (HausärztInnen, FachärztInnen, Krankenhäuser etc.), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken. Dabei umfasst das Gesundheitswesen alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie deren Sicherung durch Prävention und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist. [11]

Der Begriff Versorgung ist im Folgenden speziell auf die Versorgung der einsatzgeschädigten SoldatInnen bei der Bundeswehr bezogen. Den Betroffenen steht ein vielfältiges Versorgungsangebot offen, welches sich in 4 Teilbereiche gliedern lässt.

1. Medizinische Versorgung

Mitibegriffen sind hier die militärische, hausärztliche und ganzheitliche Versorgung durch die TruppenärztInnen, aber auch die fachärztliche Versorgung durch die fachärztlichen Untersuchungsstellen der Bundeswehr sowie die stationäre fachärztliche Versorgung in den Bundeswehrkrankenhäusern oder in zivilen Einrichtungen.

2. Psychosoziale Unterstützung

Hiermit ist vor allem die Psychotherapie und spezielle Traumatherapie gemeint, welche sowohl in Bundeswehreinrichtungen, aber auch in zivilen Einrichtungen stattfinden kann.

3. Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe/psychosoziales Netzwerk“

Die Bundeswehr hat über die Jahre ein großes Netzwerk mit multiplen Anlaufstellen etabliert, welche die betroffenen SoldatInnen in ihren dienstlichen und auch privaten Belangen unterstützt. Wichtige Institutionen hierbei sind der Sozialdienst, die Militärseelsorge, das Bundeswehrsozialwerk und der truppenpsychologische Dienst.

Lotsen/ Lotsinnen sind speziell ausgebildete SoldatInnen, welche in das „Netzwerk der Hilfe“ eingebettet sind und den betroffenen SoldatInnen dabei helfen können Kontakte herzustellen und so ihre KameradInnen bei der Recherche von Hilfsmöglichkeiten und bei der Nutzung der bestehenden Hilfsangebote und Ressourcen unterstützen können [9]. Ziel ist es, den Betroffenen unbürokratische und unkomplizierte Hilfe „auf Augenhöhe“ zukommen zu lassen. Der Lotse/ die Lotsin sollte idealerweise gleichzeitig KameradIn, VermittlerIn, GesprächspartnerIn und WegbegleiterIn sein [9].

4. Materielle/immaterielle Unterstützung

Hierunter ist jede weitere Unterstützung zusammengefasst, welche den SoldatInnen zuteilwerden kann. Gemeint ist hiermit z. B. die Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle (ZALK). Diese ist eine speziell für die Belange der psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen eingerichtete Stelle, welche sich um die Umsetzung, Information und alle weiteren Angelegenheiten in Bezug auf des Einsatz-Weiterverwendungsgesetz (EWVG) kümmert.

Das EWVG selbst ist ebenso Bestandteil der materiellen/immateriellen Unterstützung. Dies ist ein seit 2007 bestehendes, speziell für psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen konzipiertes Gesetz, welches den SoldatInnen dabei helfen soll, sich in einem gesetzlich geschützten Rahmen auf die Genesung konzentrieren zu können und im Verlauf eine berufliche Perspektive gewinnen zu können. [13]

In diesem Zusammenhang spielt auch die Wehrdienstbeschädigung (WDB) eine große Rolle. Nach dem Soldatenversorgungsgesetz ist eine einsatzbedingte gesundheitliche Schädigung eine Wehrdienstbeschädigung, die mit gewissen Ansprüchen einhergeht. In einem gesonderten Verfahren wird geprüft, ob der Soldat anspruchsberechtigt ist und ein Grad der Schädigung (GdS) festgelegt. Liegt der GdS über 30, wird ein finanzieller monatlicher Ausgleich zusätzlich zur Besoldung gewährt. Nach der Dienstzeit kann ein weiterer Anspruch auf Heilbehandlung, Versorgungskrankengeld und Rentenleistung (ggf. Berufsschadenausgleich und Ausgleichsrente) bestehen. [1, 6, 8]

Neben den bereits genannten Beispielen, können auch Vorgesetzte Bestandteil der immateriellen Unterstützung sein, indem sie sich für die Betroffenen einsetzen und Unterstützung in jeglicher Form üben (z. B. im Sinne von Fürsorge für die Betroffenen, Hilfe bei der Suche einer geeigneten Tätigkeit, moralische Unterstützung, Rückhalt durch die vorgesetzte Person etc.).

2.5 Ausgangslage in der Bundeswehr

Die Bundeswehr konnte über die Jahre bereits eine progrediente Verbesserung im Hinblick auf die Behandlung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen etablieren mit vielfältigen Behandlungsangeboten [12].

Obwohl die Bundeswehr ein vielfältiges Netz an Unterstützungsleistungen für diese PatientInnen bereithält, ist immer noch wenig darüber bekannt, wieso Betroffene mit der für sie neuen Situation entweder mehr oder weniger gut zurechtkommen. Besonders im Rahmen der Reintegration in den Dienst kommt es bei PatientInnen mit psychischer Einsatzschädigung immer wieder zu Schwierigkeiten. [13]

2.6 Wissenschaftlicher Hintergrund

Schon bei der Inanspruchnahme der Therapie scheint es Hürden zu geben. In der Literatur existieren internationale Übersichtsarbeiten sowie qualitative und quantitative Studien, die sich mit den Barrieren der Inanspruchnahme von Therapien betroffener SoldatInnen und ehemaliger SoldatInnen beschäftigen. Hier werden als wichtige Faktoren ein geringes Krankheits- und Therapieverständnis, therapiebezogenen Zweifel, Angst vor negativen sozialen, zeitlichen, finanziellen Konsequenzen, Stigma, Scham und Zurückweisung gesehen. [18]

Da die genannten vor Allem britische und US-amerikanische Arbeiten sind und diese als vielerlei Gründen nicht auf deutsche SoldatInnen übertragbar sind, untersuchten Siegel et al. 2017 die Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei VeteranInnen der Bundeswehr. In dieser Arbeit wurden Erkenntnisse durch ExpertInnen Befragungen von 55 Psychotrauma-ExpertInnen mittels Delphi-Methode generiert. Hier konnten unterschiedliche Themenfelder, welche eine Therapieinanspruchnahme beeinflussen, identifiziert werden: „abschreckende Strukturen“, „reale Stigmatisierung“ und „Diskriminierungserfahrungen“, „zeitliche, räumliche und personelle Versorgungsdefizite“, „Selbstbild“ und „Stigmatisierungsängste“, „krankheitsbedingtes Vermeidungsverhalten“ sowie „Informationsdefizite“. Die Themenfelder konnten zusätzlich in unterschiedliche Charakteristika (individuell, individuell-kontextuell und kontextuell) eingeteilt werden. [22]

Eine weitere Arbeit beschäftigte sich mit ExpertInnen-Meinungen zum psychosozialen Versorgungsbedarf ehemaliger SoldatInnen der Bundeswehr. Hier konnten methodisch-strukturierte Daten erhoben werden zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs von Veteranen mit psychischer Einsatzschädigung. Hierzu wurden 55 Psychotrauma-ExpertInnen mittels Delphi-Methode befragt bzw. mit 20 eine Gruppendiskussion durchgeführt. Aus diesen Befragungen konnten schlussendlich übergeordnete Themen extrahiert werden, die der Ansicht der ExpertInnen nach, eine wichtige Rolle in

der Versorgung der Veteranen mit psychischer Einsatzschädigung spielen: „konkreter Versorgungsbedarf“ und „Verbesserungsvorschläge“, „Selbsthilfe, Peer-Arbeit und Veteranenkultur“, „Angebote für Familien und Angehörige“ und „Unterversorgung“ vs. „Übersorgung und falsche Anreize“. [23]

Zusätzlich wurden 43 VeteranInnen selbst nach den Gesichtspunkten der Einsatzerfahrungen und deren Konsequenzen für ihre Gesundheit und Rehabilitation im Hinblick auf ein Stigmatisierungserleben durch narrative Interviews befragt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass eine psychische Einsatzschädigung für die VeteranInnen der Bundeswehr als stigmatisierend und diskriminierend erlebt wird und folglich als subjektive Hürde zum Aufsuchen von Hilfsangeboten führen kann. Insbesondere ein befürchtetes Unverständnis für die militärische Vergangenheit auf dem zivilen Sektor stellt eine der größten Barrieren der Therapieinanspruchnahme dar. Zusätzlich wurden eine berufliche Benachteiligung und ein sozialer Ausschluss durch die Betroffenen befürchtet. [21]

Im Rahmen 43 offener Interviews konnten Veteranen im Hinblick auf das subjektive Erleben und damit einhergehender Krankheitskonzepte befragt werden. Nach einer Kategorisierung der Ergebnisse in 5 Aspekte („Krankheitsursache“, „Behandlungsinitiative“, „Verantwortlichkeit“ und „Kontrollüberzeugung“) konnten 2 Prototypen der Krankheitsverarbeitung beschrieben werden, welche mit unterschiedlichen Präferenzen in der angestrebten Therapieart assoziiert sind. Hiermit konnte also gezeigt werden, dass ein Wissen der subjektiven Krankheitskonzepte der PatientInnen wichtig für die Therapieplanung und Umsetzung sein kann. Ein optimistisches Krankheitskonzept sowie eine aktiv-internale Einstellung hatte hier eine positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf. [14]

2.7 Fragestellung

Wie in 2.5 beschrieben scheint es trotz großer Bemühungen seitens der Bundeswehr, was das Versorgungs-, Hilfs- und Behandlungsangebot angeht, für viele einsatzgeschädigte SoldatInnen ein schwerer Weg, zurück in ein beschwerdearmes, privates und dienstliches Leben zu sein.

In der militärischen hausärztlichen Versorgung (Truppenarzt/Truppenärztin) gewinnen wir einen alltäglichen Einblick in den ganzheitlichen Prozess der Rehabilitation der SoldatInnen. Hier zeigt sich ein vielfältiges Bild des individuellen Umgangs der Betroffenen mit der Erkrankung, sprich in der Patientenkompetenz. Auch in der Versorgung zeigt sich eine gewisse Variabilität, wobei ja jedem Soldaten/ jeder Soldatin die gleichen Angebote zur Verfügung stehen sollten. Insgesamt lässt sich sagen, dass sich die Behandlung der psychisch einsatzgeschädigten Soldaten und die Reintegration in den Dienst häufig schwierig gestalten, obwohl ein multiples Netz an Möglichkeiten und Hilfsangeboten existiert. Woran liegt es nun, dass der klinische Zustand und die Reintegration so unterschiedliche Verläufe haben?

Über mögliche Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz und die Versorgung von einsatzgeschädigten Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr liegen unseres Wissens bislang keinerlei aussagekräftige wissenschaftliche Erkenntnisse vor.

Eine Studie, die sich mit der Forschungsfrage auseinandersetzt, was sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren im gesamten Rehabilitationsprozess von psychisch einsatzgeschädigten AKTIVEN SoldatInnen sind, existiert zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht.

Was beeinflusst die Patientenkompetenz? Was wird als förderlicher Faktor auf die Patientenkompetenz erlebt, was nicht? Gibt es Faktoren in der Versorgung, die möglicherweise verbessert werden können? Spielen die Stigmatisierung und Diskriminierung auch während der aktiven Dienstzeit eine Rolle? Lassen sich diese Fragen durch problemorientierte Interviews mit betroffenen aktiven SoldatInnen beantworten?

Die Arbeit ist Teil eines größeren Forschungsprojektes, bei dem ebenfalls wie in der Veteranenstudie geschehen, die Forschungsergebnisse aus diesem Teil der Arbeit mit weiteren Forschungsergebnissen aus ExpertInnenbefragungen trianguliert werden sollen. Hierbei kann eingeschätzt werden, ob sich die subjektiven Erfahrungen mit hinderlichen und förderlichen Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Versorgung mit den Erfahrungen der Experten (z. B. Vorgesetzte, Ärzte/Ärztinnen) decken.

Durch die qualitativen Interviews soll ein erstes Bild der Thematik gezeichnet werden und Betroffene selbst zum Thema befragt werden. Durch die Arbeit soll eine grundsätzliche Relevanz und Vielfältigkeit bestimmter Themenfelder abgebildet werden. Die Arbeit soll weder als repräsentativ für alle betroffenen, psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen der Bundeswehr angesehen werden, noch sollen die Ergebnisse inhaltlich priorisiert oder gewichtet werden.

3. Material und Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden insgesamt 14 narrative und problem-zentrierte Interviews mit SoldatInnen, bei denen eine psychische Einsatzschädigung vorlag, anhand eines semi-strukturierten Interviewleitfadens geführt. Im Anschluss erfolgte die Auswertung mittels qualitativer Datenanalyse.

3.1. Vorbereitung der Studie

3.1.1 Interviewleitfaden

Vor Beginn der problemzentrierten Interviewreihe wurde ein Interviewleitfaden (Anhang 1) erstellt. Der semi-strukturierte Interviewleitfaden wurde nach dem Prinzip der A-priori Kategorienbildung (deduktive Kategorienbildung) unabhängig vom empirischen Material erarbeitet. [19]

Dem Sachverhalt Rechnung tragend, dass die als Gegenstand der qualitativen Inhaltsanalyse gewählte Diagnose PTBS dem Fachgebiet der Psychiatrie zuzuordnen ist, wurde das Psychotraumazentrum der Bundeswehr (PTZ Bw) von Beginn an eng in die Forschungsaktivitäten einbezogen. Erkenntnisse aus vorherigen Studien konnten so im Rahmen unserer Forschungsarbeit eingebracht werden, sowie die fachliche Einschätzung zur Erarbeitung eines möglichst optimal auf den Gegenstand der Untersuchung abgestimmten Interviewleitfadens.

Die Fragen wurden so gewählt, dass das Interview einem möglichst offenen Gespräch nahekam, der Interviewer/die Interviewerin hierbei jedoch auf die zuvor analysierte Problemstellung im Gesprächsverlauf immer wieder zurückkommen konnte. Der Interviewleitfaden diente als Stütze und ermöglichte auch die Formulierung spontaner Ad-hoc-Fragen.

Nach allgemein gehaltenen Einstiegsfragen in die Thematik, den sogenannten Sondierungsfragen, folgten die Leitfragen, welche die wesentlichen thematischen Fragestellungen enthielten.

Hier erfasste der Interviewleitfaden bestimmte Aspekte der Patientenkompetenz und Versorgung bei einsatzgeschädigten SoldatInnen (z. B. subjektives Krankheitsempfinden, familiäres Umfeld, soziale Integration, Dienstatlag, sanitätsdienstliche Versorgung bzw. Netzwerk der Unterstützung).

Eine gewisse Standardisierung durch den Leitfaden war gewünscht, da dieser die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews sicherstellt, die Auswertung erleichtert und auf ein allgemeingültigeres Niveau hebt [20].

3.1.2 Information der TeilnehmerInnen

Vor Beginn der Studie wurde eine Datenschutzerklärung (Anhang 2), eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie (Anhang 3) sowie eine Selbstauskunft (Anhang 4) erstellt.

Nach erfolgter Kontaktaufnahme der ProbandInnen mit unserem Forschungsteam erhielten diese weitere Informationen zum Forschungsvorhaben (Anhang 5), bestehend aus inhaltlichem und zeitlichem Umfang des Interviews, Datenverarbeitung und Datenschutz.

Die datenschutzrechtlichen Aspekte wurden im Vorfeld durch den Datenschutzbeauftragten der Dienststelle und die zuständigen Ethikkommissionen (Anhang 6) geprüft und für datenschutzkonform bewertet.

Die Einwilligungserklärung bestätigte die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Erklärung, dass die teilnehmende Person den Ablauf und den Sinn und Zweck der Studie verstanden hat. Zusätzlich wurde über die Pseudonymisierung und die Art der Datennutzung in Ergänzung zur Datenschutzerklärung eingegangen.

Im Rahmen der Interviewvorbereitung wurden einige allgemeine Daten über eine Selbstauskunft erhoben (z. B. Familienstand, Zugehörigkeit zur Teilstreitkraft, Alter etc.).

3.1.3 Berücksichtigung ethischer Richtlinien

Vor Durchführung der Interviews wurden die Voten der zuständigen Ethik-Kommissionen des Saarlandes und Rheinland-Pfalz eingeholt. Beide Ethikkommissionen haben die Studie mit einem positiven Votum beschieden (Anhang 6).

Innerhalb der Bundeswehr wurde die Studie als Sonderforschungsprojekt beantragt und durch die Abteilung E der Sanitätsakademie der Bundeswehr unter Einbeziehen der zuständigen Fachabteilungen des Kommandos des Sanitätsdienstes der Bundeswehr genehmigt.

3.1.4 Einschlusskriterien und Rekrutierung

In die Interviews eingeschlossen wurden aktive SoldatInnen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche in Zusammenhang mit einem oder mehreren militärischen Einsätzen im Ausland steht. Die Überprüfbarkeit der Diagnose war durch die Rekrutierung selbst geregelt. Die Rekrutierung erfolgte über die jeweiligen Sanitätsversorgungszentren des Sanitätsunterstützungszentrums Cochem bzw. die behandelnden Ärzte/Ärztinnen (Daun, Mayen, Cochem, Lebach, Merzig, Koblenz, Mainz, Gernersheim, Gerolstein, Kastellaun, Idar-Oberstein,

Rennerod, Zweibrücken), wobei die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie ein obligatorisches Kriterium darstellte. Die LeiterInnen der jeweiligen Sanitätsversorgungszentren erhielten ein Informationsschreiben über das Forschungsvorhaben mit der damit verbundenen Anfrage betroffene SoldatInnen anzusprechen und die Informationen weiterzuleiten, sodass sich die SoldatInnen freiwillig bei Interesse zur Teilnahme an dem Forschungsvorhaben bei dem Forschungsteam melden konnten. Das gleiche Vorgehen wurde für die DienststellenleiterInnen einiger Dienststellen (Daun, Mayen, Cochem, Lebach, Merzig, Koblenz, Mainz, Germersheim, Gerolstein, Kastellaun, Idar-Oberstein, Rennerod, Zweibrücken) sowie für die klinische Direktion der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz gewählt. Des Weiteren wurde das Informationsschreiben an das lokale psychosoziale Netzwerk der Bundeswehr weitergeleitet, welches neben den TruppenärztInnen auch den Sozialdienst, den truppenpsychologischen Dienst und die Militärseelsorge miteinschließt.

Viele SoldatInnen befanden sich im Einsatz-Weiterverwendungsgesetz und hatten bereits eine offizielle Anerkennung einer WDB erhalten. Ein Einschlusskriterium stellte dies jedoch nicht dar, da der bürokratische Akt ggf. Jahre dauern kann und somit betroffene SoldatInnen und damit wichtige Informationen für unsere Interviews nicht zur Verfügung gestanden hätten.

Eine vorherige Selektion der Patientengruppe z. B. durch Alter, Geschlecht, Truppenzugehörigkeit, militärische Verwendung, Zeitpunkt der Diagnose oder des Traumas, bestehende oder schon abgeschlossene Therapien etc. fand bewusst nicht statt, um ein Selektionsbias zu vermeiden und eine hohe Variabilität zu erreichen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die Verteilung verschiedener Merkmale innerhalb der Probendengruppe

Geschlecht	
Männer	13
Frauen	1
Alter	
Altersspanne	35-49
Durchschnittliches Alter	41,8
Familienstand	
ledig	1
geschieden	2
verheiratet	6
In einer Partnerschaft	5
Dienstgradgruppe	
Unteroffizier	1
Unteroffizier mit Portepee	10
Offizier	2
Stabsoffizier	1
Zugehörigkeit zur Teilstreitkraft	
Heer	8
Luftwaffe	2
Marine	1
ZSanDienst	3
Verwendungsfähigkeit in der Funktion	
voll verwendungsfähig	1
eingeschränkt verwendungsfähig	13

3.1.5 Stichprobenumfang

Die Rekrutierung gestaltete sich komplex, da das Forschungsteam darauf angewiesen war, dass sich die ProbandInnen freiwillig meldeten. Die ProbandInnen empfanden die Erkrankung ohnehin schon als belastend und hatten oft Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen. Ein psychisch forderndes Interview und eine Terminfindung stellten hierbei eine besondere Herausforderung dar.

Insgesamt meldeten sich 18 SoldatInnen, die ihr Interesse an dem Forschungsvorhaben mitzuwirken bekundeten. 4 SoldatInnen erfüllten die o. g. Einschlusskriterien nicht, hatten das Interesse zur Mitwirkung im Verlauf verloren oder waren aufgrund militärischer Abwesenheiten nicht mehr zu erreichen.

Zusammenfassend konnten unter den genannten Voraussetzungen 14 Interviews generiert werden.

Eine theoretische Sättigung zeichnete sich nach ca. 9 Interviews ab. Da nach dem Prinzip des theoretischen Samplings vorgegangen wurde, erfolgten trotz theoretischer Sättigung der Einschluss 5 weiterer Interviews, um die Strategie des maximalen Vergleichs zu bewirken. Hiermit konnte eine verbesserte konzeptuelle Repräsentativität erreicht werden. [2]

3.2 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden in einem Zeitraum zwischen Juli 2021 bis Januar 2022 (7 Monate) durchgeführt.

Im nächsten Schritt erfolgte die Durchführung eines Probeinterviews, um den Interviewleitfaden zu testen z. B. ob dieser auch Antworten auf die Forschungsfrage gab oder die Fragen verständlich formuliert waren. Die Notwendigkeit der Anpassung der Interviewbedingungen konnte durch das Probeinterview ebenfalls festgestellt werden. Hiermit ist vor allem gemeint eine auf die einsatzgeschädigten Soldaten angepasste Atmosphäre zu kreieren ohne relevante Störgeräusche und ggf. den Verzicht auf das Tragen der Uniform während des Interviews (ProbandIn und InterviewerIn).

Auf der Grundlage des Probeinterviews fanden die Interviews in unterschiedlichen Kasernen in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen statt. Das Forschungsteam war mobil und konnte bei Bedarf das Interview in einer für den Probanden/die Probandin gewohnten Umgebung durchführen (z.B. eigenes Büro des Probanden/der Probandin). Die Mehrheit der Probanden (9) hatten keine Probleme die Interviews in der Kaserne des Forschungsteams (SanVersZ Cochem) durchzuführen.

Die Interviews wurden durch ein Forschungsteam durchgeführt, bestehend aus zwei Forschern, die sich Interviewführung und Tonbandaufnahme teilten.

Jedes einzelne Interview wurde im Rahmen einer teaminternen Forschungsinterview direkt nach erfolgtem Interview nachbesprochen. Die beherrschenden Themen waren hier vorrangig der inhaltliche

Aspekt und der Vergleich mit vorangegangenen Interviews, aber auch Atmosphäre und Gegenübertragung. Im Rahmen der Nachbesprechungen erfolgte auch die Anpassung des Interviewleitfadens (Anhang 1.1). Hier erschien es im Verlauf notwendig, vereinzelte Fragen zur besseren Verständlichkeit umzuformulieren und zu konkretisieren. Die Einstiegsfragen blieben offen formuliert, zielten aber insgesamt mehr auf die Forschungsfrage ab. Die Themenkomplexe (z. B. subjektives Krankheitsempfinden, familiäres Umfeld, soziale Integration, Dienstalltag, sanitätsdienstliche Versorgung bzw. Netzwerk der Unterstützung) des Interviewleitfadens wurden nicht verändert, aber aus der Erfahrung der vorherigen Interviews wurde die Fragestellung diesbezüglich konkretisiert.

In diese Schritte war regelmäßig (in ca. 2-monatigen Abständen) das Psychotraumazentrum der Bundeswehr mit eingebunden.

Eine kurze Unterbrechung des Interviews erfolgte präventiv vonseiten des Interviewer-Teams in 3 Fällen aufgrund psychischer Anspannung der teilnehmenden Personen. Die Dauer der Unterbrechung betrug maximal 10 Minuten und alle Interviews konnten wie geplant fortgeführt werden.

Eine Betreuung der Probanden nach erfolgtem Interview wurde einerseits durch das Interviewer-Team selbst, welches selbst erfahrene Ärzte/Ärztinnen waren, sichergestellt. Zum anderen war eine telefonische oder auch persönliche Vorstellung der Probanden nach dem Interview über die Abteilung Psychiatrie des BWZK Koblenz möglich und vorab mit der medizinischen Direktorin abgesprochen. Die fachärztliche Vorstellung wurde in keinem Fall notwendig.

3.3. Aufbereitungsverfahren

Die Interviews wurden mittels Tonaufnahmen in MP3-Format aufgezeichnet und anschließend von einer externen, nicht bundeswehreigenen Transkriptionsfirma (Dr. Dresing & Pehl GmbH, Marburg, Deutschland) transkribiert. Zur Datensicherung wurde eine Aufzeichnung mittels Audiorekorder in doppelter Ausführung durchgeführt, um Datenverluste sicher vermeiden zu können.

Die Pseudonymisierung erfolgte im Rahmen der Bearbeitung der Audiodateien. Hier wurden die ProbandInnen mit „PatientIn 1“ bis „PatientIn 14“ nummeriert. Nach erfolgter Transkription wurden die Audiodateien vernichtet.

Das gesamte Audiomaterial hatte einen zeitlichen Umfang von 13,85 Stunden, wobei die durchschnittliche Interviewlänge 59,3 Minuten betrug.

Die Transkription erfolgte computergestützt auf Grundlage der Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl 2018, wobei die Sprache vereinfacht wird, um den semantisch-inhaltlichen Redebeitrag in den Vordergrund zu stellen [15].

3.4. Auswertungsverfahren

Die Datenanalyse erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring. Hierbei wurde das Textmaterial im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses mit dem Programm MAXQDA codiert.

Zentraler Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse war das Entwickeln eines deduktiven Kategoriensystems, welches Themenfelder in Anlehnung an die vorformulierten Themen des Interviewleitfadens festlegt. In weiteren Schritten erfolgte die induktive Überarbeitung der Kategorisierung, um den komplexen Aussagen der Interviewteilnehmer Rechnung zu tragen. Die ursprünglichen Kategorien konnten so modifiziert werden und weitere Kategorien und Subkategorien aufgenommen werden.

Beispielhaft hierfür zu nennen ist die Aussage „Ich habe gelernt, mit der Erkrankung zu leben.“. Wenn nun hierfür im ersten Schritt eine passende Textstelle gefunden wurde, erfolgte die Konstruktion einer Kategorie „Lernprozesse“.

Im nächsten Schritt erfolgte die Subsumption, wenn eine weitere inhaltlich passende Textstelle zur genannten Kategorie gefunden wurde. Wurde eine Textstelle gefunden, die zu den bereits gebildeten Kategorien nicht passte, wurde eine neue Kategorie aus dem vorliegenden Material induktiv gebildet. Im Anschluss erfolgte die Überarbeitung des Kategoriensystems zu dem Zeitpunkt, als so gut wie keine neuen Kategorien mehr gebildet werden konnten. Hier wurde geprüft, ob der Abstraktionsgrad zum Gegenstand der Fragestellung passte und ob die Logik klar formuliert war. Wurden hierbei Veränderungen an dem Kategoriensystem vorgenommen, wurde das Material von Beginn nochmals bearbeitet. Die Texte wurden so durch ein theoriegeleitetes Kategoriensystem, welches am Material selbst entwickelt wurde, systematisch und schrittweise analysiert. [19, 20]

Das Ziel war es, das Material auf seine wesentlichen Inhalte zu reduzieren und durch Abstraktion ein überschaubares Bild zu schaffen, welches weiterhin ein Abbild des Grundmaterials ist [20].

Zur Definition der einzelnen Kategorien wurde ein Kodierleitfaden erstellt. Hieraus wurde die Definition jeder einzelnen Kategorie auch Abgrenzung zu anderen Kategorien deutlich und mit Ankerbeispielen belegt (Anhang 7). Inhaltliche Überschneidungen waren zwischen unterschiedlichen (Sub-) Kategorien möglich und auch teilweise gewünscht, da in einer einzigen Aussage unterschiedliche Informationen z. B. über die Patientenversorgung, aber auch gleichzeitig über die Patientenkompetenz (z. B. wie geht der Proband/die Probandin mit der Versorgungssituation um) enthalten sein konnten.

Am Ende der Analyse stand nun ein Kategoriensystem passend zu unserer Forschungsfrage, dem spezifischen Textstellen zugeordnet waren. Die Interpretation erfolgte dann sowohl qualitativ als auch quantitativ, denn die Kategorien wurden sowohl im Hinblick auf die Fragestellung interpretiert als auch quantitativ ausgewertet, wobei gezeigt werden konnte welche Kategorien am häufigsten codiert wurden. [20]

Die quantitativen Angaben lassen keine Rückschlüsse auf eine Grundgesamtheit zu, sondern repräsentieren lediglich die Bedeutung repetitiv genannter Aussagen innerhalb der Gruppe. Im Folgenden genannte Zitate wurden deshalb gewählt, weil sie entweder inhaltlich aussagekräftig waren oder repetitiv genannt wurden. Die Zitate werden in der Arbeit mittels Angabe des Pseudonyms und der jeweiligen Zitatnummer des Interviews in MAXQDA gekennzeichnet (Beispiel: „P2, Pos. 12-18“; Proband mit dem Pseudonym Patient 2, Zitat Nr. 12-18 in MAXQDA).

Der gesamte Analyseprozess wurde nach den Prinzipien der Forschertriangulation und Theorietriangulation durchgeführt. Hierbei codierte das Forschungsteam die Texte einzeln, bevor es zu einer anschließenden Diskussion des gesamten Forschungsteams über die Codes und Kategorien vor verschiedenen Hintergründen kam. So konnte eine Validität der Ergebnisse sichergestellt werden.

4. Ergebnisse

Das transkribierte Material wurde zum einen unter Berücksichtigung des Ansatzes der Gewährleistung von ausreichender Offenheit für den Gegenstand und für die subjektive Sichtweise der InterviewteilnehmerInnen bearbeitet. Zum anderen sollte sichergestellt sein, dass ein nötiges Niveau an Struktur und Tiefe in der Betrachtung des thematischen Gegenstandes gewährleistet war. Am Übergang zum quantitativen Forschungsansatz erfolgte die numerische Aufschlüsselung/Darstellung der für die einzelnen Kategorien codierten Textpassagen. Dies stellt - ohne Anspruch auf Repräsentativität - einen ersten Versuch dar, eine Allgemeingültigkeit in der Gewichtung von Themenkomplexen zu den untersuchten Einflussfaktoren zu generieren.

Im Rahmen der deduktiven Hauptkategorienbildung wurden die beiden Kategorien „Patientenkompetenz“ und „Versorgung“ aufgestellt.

Auf Grundlage der problemzentrierten Interviews kristallisierten sich insgesamt 70 Themenkomplexe (Codes) heraus, die durch die Betroffenen genannt wurden, die einen Einfluss auf die Patientenkompetenz und Versorgung zu haben scheinen. Insgesamt wurden 1378 Codes vergeben.

Die Ergebnisse werden im Folgenden in den beiden Hauptkategorien „Patientenkompetenz“ und „Versorgung“ getrennt voneinander dargestellt. Eine vollständige inhaltliche Trennung ist nicht möglich. Die beiden Hauptkategorien sind eng miteinander verwoben, was in der Ergebnisauswertung Beachtung findet.

Die getroffenen Aussagen (z. B. „In der Einheit war ich abgeschrieben, im Bataillon war ich abgeschrieben, ich bin ein Verräter. Ich gehe nicht mehr in die Einsätze, ich laufe weg.“) wurden als Codes den genannten Themenkomplexen zugeordnet (z. B. „Stigmatisierung“). Die Themenkomplexe konnten wiederum in die vorformulierten Themenfelder (z. B. „Leben selbst mitgestalten“) und Charakteristika (z. B. „individuell-kontextuell“) eingeordnet werden. Eine schematische Darstellung ist den Schaubildern Nr. 1 und 2 zu entnehmen. Die Anzahl der Zitate des jeweiligen Codes sind diesem in Klammern beigefügt.

Schaubild Nr. 1: Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten. Auf der y-Achse befinden sich die deduktiv gebildeten Themenfelder. Diesen Themenfeldern wurden induktiv (Sub-) Codes auf Grundlage der Aussagen der InterviewpartnerInnen zugeordnet. Diese (Sub-) Codes konnten wiederum unterschiedlichen deduktiven Charakteristika auf der x-Achse zugeordnet werden. Es entsteht somit ein strukturiertes Bild über Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten.

Charakteristika	individuell	Individuell-kontextuell	kontextuell
Themenfelder			
Änderungen/ Einschränkungen erkennen	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungen akzeptieren (21) vs. Nicht wahrhaben wollen (36) - Körperliche Symptome (12) 	<ul style="list-style-type: none"> - Familie (8) 	
Krankheit erkennen	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion (7) - Körperliche Symptome (9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aggression (4) - Unwissenheit (6) - Selbstbild/Stigma (20) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fremdinitiative (27)
Leben neu ausrichten	<ul style="list-style-type: none"> - Aggression (14) - Frustration (17) - Vergangenheitsorientiert (23) vs. Zukunftsorientiert (12) - Medikamente (10) - Verdrängung (27) - Alltagsstruktur (12) - Lernprozesse (32) 	<ul style="list-style-type: none"> - Offener Umgang (5) - Soziale Teilhabe (25) - Sozialer Rückzug (24) - Vermeidungsverhalten (5) - Familie <ul style="list-style-type: none"> - Einfluss der Familie auf die Betroffenen (20) - Einfluss der Erkrankung auf die Familie (39) - Änderung der Familiensituation (7) - Miteinbeziehen der Familie (11) - Kameraden (80) - Austausch mit Betroffenen (25) - Therapie (38) 	
Leben selbst mitgestalten	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionalität (12) - Selbstzweifel (5) - Zukunftsängste (19) - Symptome PTBS (64) - Selbstreflexion (20) - Kontrolle (13) 	<ul style="list-style-type: none"> - Schuldgefühle/Scham (25) - Engagement (13) - Glaube (2) - Tiere (19) - Sport (14) - Integration in den Dienst (51) - Retraumatisierung (17) - Stigmatisierung (39) - Familiäre Situation (13) - Nebendiagnosen (6) 	<ul style="list-style-type: none"> - SARS Cov-2 (3)

Schaubild Nr. 2: Einflussfaktoren auf die Versorgung psychisch einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten. Auf der y-Achse befinden sich die deduktiv gebildeten Themenfelder. Diesen Themenfeldern wurden induktiv (Sub-) Codes auf Grundlage der Aussagen der InterviewpartnerInnen zugeordnet. Diese (Sub-) Codes konnten wiederum unterschiedlichen deduktiven Charakteristika auf der x-Achse zugeordnet werden. Es entsteht somit ein strukturiertes Bild über Einflussfaktoren auf die Versorgungspsychisch einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten.

Charakteristika	individuell	Individuell-kontextuell	kontextuell
Themenfelder			
Materielle/immaterielle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - eigene Einstellung zu Hilfsangeboten (13) - Eigeninitiative (20) - Gesteigerte Hilfsbedürftigkeit (23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Information (21) - Fremdinitiative (4) - Hilfe für Familienangehörige (13) 	<ul style="list-style-type: none"> - SARS Cov-2 (3) - Bürokratie (20) - WDB (23) - Vorgesetzte (47) - ZALK/Personalführung (40) - EWVG (17)
Medizinische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Einschränkung durch Erkrankung (2) - Hilfe annehmen (6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitiges Vertrauen (21) - Prozess zur Diagnose/Therapie (33) 	<ul style="list-style-type: none"> - San Bereich/Organisationsstruktur (12) - TruppenärztInnen (19) - FachärztInnen (28)
Psychosoziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - Eigeninitiative (4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitiges Vertrauen (15) 	<ul style="list-style-type: none"> - Therapie/Traumatherapie (25)
Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“			<ul style="list-style-type: none"> - LotsInnen (19) - Veteranenverband (2) - Truppenpsychologischer Dienst (4) - ENBS (10) - Sozialdienst (9) - Militärseelsorge (7) - Sportschule BW (5)

4.1 Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz

Es folgen die ausführlichen Beschreibungen der Themenkomplexe, welche durch die betroffenen SoldatInnen genannt wurden, die einen Einfluss auf die Patientenkompetenz hatten. Es wurden Aussagen über den Umgang mit der Erkrankung und die Krankheitsbewältigung erfasst und den genannten Themenkomplexen zugeordnet. Insgesamt sollen die Ergebnisse ein Abbild davon schaffen, was die Betroffenen in diesem Zusammenhang beschäftigte und insbesondere welche Einflussfaktoren zur Stärkung der Patientenkompetenz beitragen konnten.

4.1.1 Änderungen/Einschränkungen erkennen

Im Hinblick auf das Erkennen von Veränderungen und neu auftretenden Einschränkungen im Leben der Betroffenen, bedingt durch das Erleben eines einsatzbezogenen Traumas, konnten insgesamt 3 Themenkomplexe, die in den Interviews häufig genannt wurden, extrahiert werden. Diese wurden unterschiedlichen Charakteristika (individuell, individuell-kontextuell und kontextuell) zugeordnet. Diesen Themenkomplex betreffend, konnten nur individuelle und individuell-kontextuelle

Charakteristika beschrieben werden. Rein kontextuelle Charakteristika wurden nicht genannt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz im Rahmen des Erkennens von Änderungen und Einschränkungen psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

individuell	Individuell-kontextuell
Veränderungen akzeptieren vs. Nicht wahrhaben wollen	Familie
Körperliche Symptome	

4.1.1.1 individuelle Faktoren

Die Themenkomplexe „Veränderung akzeptieren vs. nicht wahrhaben wollen“ und „körperliche Symptome“ können dem Charakteristikum „individuell“ zugeordnet werden und werden im folgenden Kapitel genauer beleuchtet.

4.1.1.1.1 Veränderungen akzeptieren vs. Nicht wahrhaben wollen

Veränderungen akzeptieren

Ein Faktor der das Erkennen der Veränderungen und Einschränkungen positiv begünstigen konnte, schien die Akzeptanz der Veränderungen und damit der Erkrankung zu sein.

Den Betroffenen schien klar zu sein, dass eine Akzeptanz der Veränderung unabdingbar für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung ist. Die Akzeptanz der Veränderungen wurde hierbei als notwendige Pflicht gesehen, da eine Rückkehr zu den ursprünglichen Verhaltensweisen und eine Veränderung der Vergangenheit im Sinne des Nichterlebens des Traumas für sie nicht möglich war.

„Ja, wie gehe ich damit um? Akzeptieren ist die eine Sache, weil akzeptieren muss ich es, ich kann es nicht mehr ändern.“ (P1, Pos. 116)

Das Erkennen der Verhaltensänderung und die damit zusammenhängende Akzeptanz konnte Folgen auf die Ausübung der dienstlichen Tätigkeit haben. Nur durch Einsicht bzw. Akzeptanz konnte eine Verbesserung der Umstände durch Eigeninitiative des Betroffenen erfolgen, ansonsten war er auf Fremdinitiative angewiesen.

„Ich habe 2006 ... gemerkt, ich verändere mich nach den Einsätzen. Und habe damals in meiner Kompanieführung drum gebeten, mich aus den Einsätzen rauszuziehen, ...“ (P8, Pos. 54)

„Und das sind so Momente gewesen halt, wo ich gedacht habe, ja „Ich brauche Hilfe“.“ (4, Pos. 132)

Ein hinderlicher Faktor für die Akzeptanz von krankheitsspezifischen Veränderungen war die Tatsache, dass eine psychische Erkrankung als solche von Außenstehenden nicht erkannt wurde.

„I: Bedeutet das, dass Sie Ihre Erkrankung jetzt akzeptieren? B: Hm. Naja, das ist halt so die Frage...eigentlich muss ich es ja. Es ist ja vorhanden...I: Aber? B: Ja, ... man sieht es halt nicht. Das ist ja die Sache. Für Außenstehende, ... oder wie ich ankam, haben sie auch gedacht „Oh, du siehst aber fit aus“. Damals habe ich halt noch ein paar... Geräusche von mir (lacht) gegeben oder so, weil alles neu war.... wie wenn einer Tourette hat. So in der Art. Ja. Und das hat geholfen.“ (P4, Pos. 57-60)

Eine Akzeptanz der Veränderungen und die darauffolgende Krankheitsverarbeitung durch Therapie wurde als Notwendigkeit gesehen, um eine soziale Integration beibehalten zu können.

„Wenn man sich mit sich und seinen Gedanken und mit dem Erlebten auseinandersetzt und auch über die Geschehnisse spricht, dann ist es schwierig erstmal mit allem klarzukommen. Das ist/ und dann wuselt ja alles erstmal im Kopf herum. Davor hat man es ja betäubt. War abgestumpft, gefühlskalt und alles. Ich hätte damit da/ so besser leben können damals, ohne Therapie. Aber dann hätte ich halt wahrscheinlich gar keinen mehr um mich herumgehabt.“ (P4, Pos. 70)

Die Krankheitsakzeptanz war erschwert, wenn hierdurch vermeintlich negative Aspekte des Selbstbildes aufgezeigt wurden. Sie konnte aber ebenso mit positiven Aspekten des Selbstbildes verknüpft sein und als Chance betrachtet werden, was die Krankheitsakzeptanz förderte.

„I: ... Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Erkrankung akzeptieren können? B: Ich für meinen Teil ja. Das ist so, das ist ein Teil von mir. Hat mich auf der einen Seite schwächer gemacht, auf der anderen Seite (...) habe ich auch andere Qualitäten gefunden, die ich vielleicht irgendwann auch mal anwenden kann.“ (P8, Pos. 77-78)

„Ich stehe so ein bisschen zwischen zwei Seiten. Einerseits habe ich das Gefühl, wenn ich das AKZEPTIERE und einfach hinnehme, wie es ist, wäre es ein Stück weit auch aufgeben ...“ (P13, Pos. 50)

„I: Was ist besonders schwer daran zu akzeptieren? B: Ich sage mal, für mich der ganze Umstand so, angefangen von meiner Leistungsfähigkeit, die weggebrochen ist. Ja, so dieses Selbstbild, was ich von mir hatte, auch die Zeit so nach dem Einsatz hin. Ja, immer so dieses starke Bild, dieses, ja, Unantastbare, dieses, ne, dieses normale Bild was ich so/ ja, dieses starke Bild, was ich von mir hatte. Ja, und auf einmal bricht das dann alles zusammen. Man muss sich dann doch viele Dinge eingestehen, ne?“ (P14, Pos. 27-28)

Wurde die Verhaltensänderung durch den Betroffenen selbst nicht als problematisch oder einschränkend bewertet, so resultierte dies in verminderter Krankheitseinsicht.

„Zu 80 Prozent akzeptiere ich es. 20 Prozent weigern sich nach wie vor dagegen, dass es in manchen Bereichen, ja, einen Einfluss auf mein Leben hat, was negativ sein soll. Ich fühle mich damit sicher. Aber die Ärzte und Psychologen sagen halt, dass ist trotzdem eine Schutzreaktion, die eigentlich nicht normal ist.“ (P9, Pos. 20)

„Weil manche Sachen für mich als Schutzfunktion fungieren, wie zum Beispiel das abchecken, bevor ich einen Raum verlasse oder wenn ich auf die Straße gehe. Für mich ist das ein Sicherheitsgefühl. Und der Arzt oder der Psychologe sagt ganz klar, dass das halt eine Beeinträchtigung ist. Und ich sehe es halt nicht so.“ (P9, Pos. 38)

Wie es letztendlich zur Erkenntnis der Erkrankung und zur Akzeptanz dieser kam, war bei jedem Betroffenen individuell und von weiteren Faktoren abhängig. Dies konnte beispielsweise durch „Selbstreflexion“ oder durch „Fremdinitiative“ geschehen und wird in den jeweiligen Kapiteln genauer beschrieben.

Nicht wahrhaben wollen

Die Kategorie „nicht wahrhaben wollen“ ist der Kategorie „Veränderungen akzeptieren“ zugehörig, da das Negieren der Veränderungen bzw. der Erkrankung mehr oder weniger den Gegenpol zur Akzeptanz darstellt.

Die Akzeptanz oder aber das Negieren von Symptomen und der Erkrankung spielte für den gesamten Krankheitsverlauf eine wichtige Rolle. Ein häufiges Problem war das Negieren von Symptomen, welches in unterschiedlichen Weisen beschrieben wurde.

„Und muss ich wirklich sagen, wo ich mir selber diese Symptome, die ich hatte, gar nicht eingestehen wollte, gar nicht wahrhaben wollte.“ (P3, Pos. 15)

„Ich habe das nie als Krankheit angesehen. Und habe das noch nicht akzeptieren wollen, dass es halt eine Krankheit ist.“ (P9, Pos. 18)

Also ich hadere ja immer noch mit meiner Erkrankung. Ich bin jetzt erst gerade dabei seit diesem Jahr, meine Erkrankung anzuerkennen. Und auch meine Grenzen zu merken. Das habe ich vorher nicht gemacht. Und das, ja, ist schon eine Gewöhnung. Ich kann zwar sagen, ich habe PTBS, aber ich akzeptiere es nicht. (P10, Pos. 30)

Die Betroffenen schilderten eine Überforderung mit der neuen, für sie unerklärlichen Situation, welche der Krankheitsakzeptanz im Wege stand und das Negieren förderte.

„Ich wollte Antworten haben. Ich denke: „Was wollen die mir jetzt erzählen hier?“ Ja, das ist für mich/ Ich kam damit überhaupt nicht zurecht.“ (P2, Pos. 69)

Grund für die Krankheitsakzeptanz, die häufig am Ende eines langen Prozesses stand, waren körperlich erfahrbare Symptome. Diese konnten nicht nur Grund für das Bemerkte der Erkrankung sein, wie im Kapitel „körperliche Symptome“ beschrieben, sondern auch einen Wechsel von Negieren der Erkrankung zur Akzeptanz bewirken.

„...ich habe lange gebraucht, bis die Ärzte mir eintrichtern konnten, dass ich überhaupt erkrankt bin. Also der einzige Grund, warum ich es akzeptiere, ist eigentlich dann dieser Druck im Herzen, oder dieses/ Wo man merkt, man ist so hoch gefahren mit dem Damoklesschwert eines Herzinfarktes, dass man dann sagt: „Okay, jetzt musst du was tun.“ (P5, Pos. 22)

Krankheitsspezifische Symptome wie unbewusste Verdrängung konnten eine weitere Ursache für das Negieren der Erkrankung sein.

„Muss ich mir aber auch selber an die Nase packen, ganz klar. Ich hatte die Symptome ja, ich habe sie ja/ die Schlafstörungen, das ständige Wiedererleben der Ereignisse aus Afghanistan. Ich sage mal, ich habe es ja immer nur verdrängt.“ (P3, Pos. 85)

„Also die erste große Veränderung war eine Schreckhaftigkeit/ eine extreme Schreckhaftigkeit, die sich entwickelt hat, die ich am Anfang auch nicht, was heißt am Anfang, die ich gar nicht richtig wahrgenommen habe, sondern auch eher noch, ja, belächelt habe und so ein bisschen ins Lustige gezogen habe.“ (P14, Pos. 40)

Wenn die Symptome selbst nicht als belastend empfunden wurden, resultierte dies in fehlender Krankheitseinsicht.

„Sondern ich halt für mich immer noch der Meinung bin, mir fehlt nichts. Außer der Bluthochdruck.“ (P5, Pos. 94)

„Na ja, damit muss man ja dann nicht zum Arzt, solange es dann unten bleibt, ne.“ (P6, Pos. 42)

Ein weiterer genannter Aspekt war der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit in Zusammenhang mit dem Thema PTBS. Hier wurde die Erkrankung selbst nicht negiert und auch nicht die Möglichkeit, dass KameradInnen betroffen sein könnten, jedoch der Fakt selbst daran erkrankt zu sein.

„Ich wollte das nicht wahrhaben. Das kriegen andere, das habe ich nicht.“ (P11, Pos. 54)

„Und ich wollte es aber nicht wahrhaben, ne. Habe ich gedacht, du bist nicht betroffen. Und das war dann ein ganz langer Prozess.“ (P1, Pos. 16)

Zusätzlich wurde die Akzeptanz der Erkrankung häufig als langer Prozess beschrieben.

„Und ich weiß nicht, wie lange der xxx (Anmerkung der Autorin: gemeint ist ein Facharzt für Psychiatrie) brauchte. Ich glaube zwei Jahre oder drei, bis ich ihm das das erste Mal wirklich abgekauft habe, dass ich ein Problem habe.“ (P6, Pos. 34)

Das Negieren von Symptomen war zum Teil im eigenen Vergleich mit KameradInnen begründet. Die Betroffenen glaubten kein Anrecht auf die Erkrankung zu haben, weil es anderen KameradInnen in Bezug auf traumatische Erlebnisse „schlechter“ ging.

„Weil, es geht mir ja nicht schlecht; in Anführungsstrichen. Ich bin halt nicht mehr der, der früher/ Und ja, ich habe die Symptome und alles, aber im Vergleich zu/ Mit Bezug auf die Einsätze oder anderen Kameraden, die da weit mehr verloren haben...“ (P5, Pos. 68)

„Hey. Ist ja alles gut gegangen. Ich habe keine Löcher im Körper. Alles gut.“ (P13, Pos. 36)

Auch ein gesteigertes Verantwortungsbewusstsein gegenüber den KameradInnen konnte dazu führen, Symptome nicht als solche wahrzunehmen.

"Weil ich nicht wegen einem kaputten Ohr nach Hause geschickt werden will. Deswegen. Machen Sie mir irgendeinen Scheiß da rein und dann ist gut. Dann mache ich weiter." (Anmerkung der Autorin: Der/die Interviewte beschreibt hier ein Gespräch zwischen ihm/ihr und einem Arzt/einer Ärztin während des Einsatzes.) Nein, durfte nicht, ich wurde dann nach Kundus geschickt. Ist ja auch okay. Er hat ja auch eine Verantwortung mir gegenüber. Aber ich bin ja dennoch Soldat und wenn ich weiß, dass meine Box sowieso schon unterbesetzt ist, hat man auch da eine Verantwortung, ob man das will oder nicht.“ (P6, Pos. 94)

Das Negieren der Erkrankung konnte zur Fehleinschätzung der Betroffenen führen, was die eigenen Fähigkeiten und beispielsweise auch die Dienstfähigkeit betrafen. Diese Fehleinschätzung konnte wiederum dazu führen, sich erneut mit der Erkrankung und den damit einhergehenden Einschränkungen auseinandersetzen zu müssen.

„Sondern mein Ziel ist ja durchaus die Wiederherstellung A meiner Dienstfähigkeit, aber auch meines persönlichen Friedens. Ja? Akzeptieren, dass ich Dinge nicht mehr so kann, wie ich sie mal konnte jain. Sagen wir mal ich muss das eine oder andere Mal daran erinnert werden.“ (P13, Pos. 50)

„Die Erinnerung daran/ ja es ist tatsächlich so: Du bist nicht mehr so leistungsfähig und du kannst nicht mehr alles machen, wie es mal war, tut manches Mal weh, aber ich sage es selber so gerne: "Die Wahrheit ist nicht immer schön." Und genauso zum Beispiel, als man mir im BWZK die Psychologin vor Ort sehr deutlich gesagt hat, solange sie irgendwas zu sagen hat, werde ich nie wieder in einen Einsatz gehen. War auch noch mal so ein Ding, was mich noch mal so ein bisschen auf den Boden der Tatsachen dahin gehend zurückgeholt hat, wo ich ein bisschen dran zu knabbern hatte, ...“ (P13, Pos. 52)

Im Grundsatz ist offensichtlich, dass eine fehlende Krankheitseinsicht und -Akzeptanz zu einer Verzögerung von Diagnose und Therapie führen kann, indem die betroffene Person gar nicht erst medizinische Unterstützung sucht oder der Diagnose misstraut und sich deshalb der Therapie entzieht.

Das hieraus entstehende Versorgungs- und vor allem Therapiedefizit hat im Verlauf häufig auch Folgen auf Aspekte des alltäglichen Lebens (z.B. Sozialleben, Dienst etc.).

Zusammenfassend können die Aussagen der Betroffenen zum Thema Veränderungen akzeptieren vs. nicht wahrhaben wollen in folgender Tabelle 3 subsummiert werden.

Tabelle 3: Faktoren zur Akzeptanz von Trauma-assoziiertes Verhaltensänderung bei psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Positives Selbstbild	Negatives Selbstbild
Wunsch nach sozialer Integration	Äußerliche Unversehrtheit
Einsicht, dass das Trauma nicht rückgängig zu machen ist	Symptome werden nicht als Belastung empfunden
Körperliche Symptome können begünstigend auf den Wechsel von Negieren zur Akzeptanz wirken	Eigene Fehleinschätzung der Belastbarkeit
Wissen über Notwendigkeit der Akzeptanz für die Krankheitsbewältigung	Überforderung
Bewusstsein über Verhaltensänderung	Gefühl der Verantwortung gegenüber Dritten
Reaktionen von Familienmitgliedern	Krankheitsspezifische Verdrängung
	Glaube an eigene Unverwundbarkeit
	Negieren von Symptomen
	Vergleich mit anderen Betroffenen
	Schwierige familiäre Situation

4.1.1.1.2 Körperliche Symptome

Ein erheblicher individueller Faktor für das Erkennen von Veränderung nach einem traumatischen Ereignis, schienen nach Aussagen der Betroffenen die körperlich erfahrbaren Symptome zu sein. In dieser Kategorie konnten die Betroffenen die körperlichen Symptome nicht automatisch mit der Erkrankung PTBS verknüpfen, sondern erlebten eine körperliche Veränderung, die sie vorerst nicht zuzuordnen wussten.

„Und 2015 ging dann gar nichts mehr, ne. Und dann hat auch der Körper rebelliert, ne. Der kam dann mit seinen Warnsignalen, sprich komplett Schulter-Nacken, HWS-Syndrom, eine chronische Magenschleimhautentzündung und so weiter. Und ja, dann habe ich mich dann durchgeschleppt vom KzH zum KzH.“ (P1, Pos. 16)

„...und habe dann festgestellt: Okay. Irgendwie bleibt dir die Stimme weg und irgendwie fangen deine Hände an zu zittern und hm.“ (P13, Pos. 36)

„Und zwar, als das bei mir 2018 losgegangen ist mit den ersten Panik-Attacken, ja, man konnte das körperlich, organisch alles halt ausschließen...“ (P14, Pos. 18)

Militärisch- medizinische Routineuntersuchungen, z. B. im Rahmen von Begutachtungen, in denen Laboruntersuchungen, Messungen der kardiopulmonalen Belastbarkeit, Seh- und Hörtests durchgeführt werden, hatten ebenfalls Anteil an Erkennung von Symptomkomplexen, die bisher durch die betroffene Person keine Beachtung gefunden hatten.

„Ich wäre auch nie hingegangen und hätte gesagt: „Hey“, wenn nicht im Rahmen des nächsten 90-5er auf einmal die Werte schlecht geworden wären.“ (P5, Pos. 126) (Anmerkung der Autorin: Mit „90-5er“ ist eine militärärztliche Begutachtung gemeint.)

In den Interviews wurde deutlich, dass die Fremdinitiative und insbesondere die von der Familie ausgehende Fremdinitiative einen hohen Anteil an der Erkennung von Veränderung und damit der Erkrankung zu haben schienen. Dieser Aspekt wird in den Kapiteln „Fremdinitiative“ und „Familie“ ausführlich beschrieben. Ein Beispiel für eine inhaltliche Überschneidung der körperlichen Symptome in Zusammenhang mit Fremdinitiative ist folgendes Zitat:

„Meine Frau hat dann nur irgendwann gesagt „Was ist los? Was ist los?“, weil ich kreidebleich wurde.“ (P4, Pos. 132)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die körperlich erfahrbaren Symptome eine große Rolle in der Erkennung von Veränderung der betroffenen Person nach einem traumatischen Erlebnis spielten und häufig einer der ersten Faktoren in der Krankheitserkennung darstellten.

Die genannten körperlichen Symptome, die zum Erkennen von Veränderung/Einschränkung geführt hatten sind in der folgenden Tabelle 4 aufgelistet.

Tabelle 4: Trauma-assoziierte somatische Beschwerden psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen

Körperliche Symptome
Thorakales Druckgefühl
Hypertonie
Tachykardie
Dyspnoe
Ein- und Durchschlafstörungen
HWS-Syndrom
Körperliche Unruhezustände (Hyperarousal)
Chronische Gastritis
Muskuläre Verspannungen
Tremor
Benommenheit

4.1.1.2 individuell-kontextuelle Faktoren

In diesem Abschnitt geht es darum, Aussagen der betroffenen Personen darzustellen, welche Äußerungen oder Impulse aus dem Umfeld zum Erkennen von Trauma-bedingten Verhaltensänderungen beigetragen haben. Auffällig war, dass es sich hierbei ausschließlich um Familienmitglieder handelte, denen die initialen Veränderungen im Verhalten der Betroffenen auffielen.

Im Folgenden wird der Themenkomplex „Familie“ als individuell-kontextueller Faktor detailliert beleuchtet.

4.1.1.2.1 Familie

Äußerungen aus dem unmittelbaren Umfeld der Familie stellten einen wesentlichen Faktor zum Erkennen von Verhaltensänderungen der Betroffenen dar.

„Ich bin 2011 aus einem Einsatz zurück und habe mich nach Aussagen, waren erst die Aussagen meiner Frau, habe ich mich verändert. Sie hat das dann im Laufe der Zeit festgestellt, dass ich anders geworden bin, ne.“ (P1, Pos. 16)

Die Erkenntnis, dass eine Verhaltensänderung vorlag, reifte oft erst durch die Reaktion oder gar durch Ultimaten der Familienmitglieder.

„Ja, der ausschlaggebende Punkt waren eigentlich meine Kinder. Ich bin nicht handgreiflich geworden oder so, aber/ ja, ich will nicht sagen, die haben sich abgewendet. Aber es war schon eine Distanz zu erkennen, die einfach vorher nicht da war zwischen den Kindern und zwischen mir.“ (P7, Pos. 26)

*„I: Das heißt, so ganz freiwillig, selbstständig war die Erkenntnis dann, dass Sie Hilfe brauchen nicht?
B: Nein. Meine Frau hat mich halt vor die Wahl gestellt. Entweder holst du jetzt Hilfe oder ich bin weg.“
(P4, Pos. 133-134)*

Problematische innerfamiliäre Beziehungen und Ereignisse konnten zur bewussten Suppression von Symptomen führen. Sie konnten dafür sorgen, dass die individuelle Belastungsgrenze der betroffenen Person durch die familiären Angelegenheiten bereits erreicht war und eine Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen eine Überforderung dargestellt hätte.

„Da ich gerade aus einem Einsatz wiederkam, mir noch alles Mögliche auf privater Seite um die Ohren geflogen ist. Wir hatten einen Mord in der Familie. Mein Großvater lag über Monate im Sterben, der dann ganz elendig verreckt ist und das hat alles gedauert, bis, sage ich mal das private Umfeld soweit abgeklungen war, dass ich so ein bisschen Zeit hatte, mich um mich selber zu kümmern und dann erst festgestellt habe: Okay. Offensichtlich sind die Erlebnisse, die ich im Einsatz hatte, DOCH nicht ganz so einfach gewesen, wie ich zuerst angenommen hatte.“ (P13, Pos. 32)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Familie als wichtiger Faktor gesehen werden kann, wenn es um das Erkennen von Verhaltensänderungen der Betroffenen geht. Die Familienmitglieder stehen in engem, meist täglichem Kontakt mit der betroffenen Person, sodass ihr häufig als erstes Verhaltensänderungen auffielen. Sie können durch Reaktionen auf verändertes Verhalten der einsatzgeschädigten Person dazu beitragen, diese Verhaltensänderungen bewusst zu machen und in der Folge eine weitere Versorgung initiieren.

Somit kommt dem Themenkomplex „Familie“ auch in diesem Kontext besondere Bedeutung zu.

4.1.2 Krankheit erkennen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Themenkomplexen, die auf den Aussagen der Betroffenen beruhen, im Hinblick auf das Erkennen der PTBS. Wie kam es dazu, dass die Symptome mit der Erkrankung in Zusammenhang gebracht wurden? Was waren die förderlichen oder hinderlichen Faktoren hierbei? Der Prozess, welcher zur formalen Diagnosestellung führte, ist in dieser Kategorie ausgeklammert, da er in einem gesonderten Kapitel „Prozess zur Diagnose und Therapie“ behandelt wird. Die Themenkomplexe, die im Hinblick auf das Erkennen der Erkrankung extrahiert werden

konnten, wurden in die unterschiedlichen Charakteristika „individuell“, „individuell-kontextuell“ und „kontextuell“ unterteilt und sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5: Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen in Bezug auf das Erkennen der Erkrankung PTBS

individuell	Individuell-kontextuell	kontextuell
Selbstreflexion	Selbstbild/Stigma	Fremdinitiative
Körperliche Symptome	Aggression	
	Unwissenheit	

4.1.2.1 individuelle Faktoren

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Aussagen der Betroffenen darüber, wie es zur Erkenntnis kam, dass eine Erkrankung mit Bezug auf das im Einsatz Erlebte vorliegt. Im Folgenden werden die individuellen Faktoren (siehe Tabelle 5) genauer beleuchtet.

4.1.2.1.1 Selbstreflexion

Es kristallisierte sich heraus, dass die Selbstreflexion für das Erkennen von Symptomen in Bezug auf den Einsatz/das Trauma-Erleben eine Rolle spielt. Die Betroffenen waren teilweise selbst in der Lage, eine Verbindung zwischen Trauma und Symptomen herzustellen.

„Ich habe 2006, glaube ich/ 2006 gemerkt, ich verändere mich nach den Einsätzen.“ (P8, Pos. 54)

„Ich war im/ zweiten Einsatz war ich im September/ Ende September wieder Zuhause, dass ich/ Mitte/Ende November ich gemerkt habe: Okay. Hier geht irgendwas schief. Ich bin deutlich unkonzentriert. Ich habe Aufgaben, die ich früher aus der Hosentasche geschüttelt habe, brauchte ich auf einmal eine To-do-Liste für.“ (P13, Pos. 40)

4.1.2.1.2 Körperliche Symptome

Im Folgenden werden die durch die Betroffenen genannten körperlichen Symptome beschrieben, welche einen direkten Bezug zur Erkrankung hatten.

In den folgenden Beispielen werden nicht zwingend spezifische Symptome für eine PTBS (z. B. Schlafstörungen) genannt. Wichtig war vielmehr, dass sie durch den Betroffenen der PTBS zugeordnet werden konnten und so bei der Krankheitserkenntnis und Krankheitseinsicht hilfreich halfen.

„Ich hatte die Symptome ja, ich habe sie ja/ die Schlafstörungen, das ständige Wiedererleben der Ereignisse aus Afghanistan.“ (P3, Pos. 85)

Die körperlichen Symptome wurden häufig erst im Verlauf der Erkrankung zugeordnet und trugen zur Krankheitsakzeptanz bei.

„Also der einzige Grund, warum ich es akzeptiere, ist eigentlich dann dieser Druck im Herzen, oder dieses/ Wo man merkt, man ist so hochgefahren mit dem Damoklesschwert eines Herzinfarktes, dass man dann sagt: „Okay, jetzt musst du was tun.““ (P5, Pos. 22)

Viele Symptome waren zwar nicht zwingend spezifisch für eine PTBS, ließen die Betroffenen jedoch wissen, dass sie an dieser Erkrankung litten und provozieren im Folgenden notwendige Reaktionen.

„Wo der Blutdruck gestiegen ist, mit den anderen Reaktionen und dafür gesorgt hat, dass man dienstlich und privat auch eingebremst werden musste. Weil man halt ständig in diesen Einsatzmodus gelaufen ist. Oder immer noch ist, ...“ (P5, Pos. 22)

„Das war jetzt zum Beispiel in der Klinik in Dresden der Fall, dass ich/ die haben dann dreimal am Tag Blutdruck gemessen habe und mit den Sitzungen dann teilweise MIT Blutdruckmitteln auf 168 war. Und das merke ich dann halt, wie das Herz sich verkrampft. Also, das ist dann halt immer so der späteste Ausstieg, wo man die Kurve wieder kriegen muss.“ (P5, Pos. 30)

Das Vorhandensein von Krankheits-bedingten körperlichen Symptomen, die der PTBS zugeordnet wurden, konnte als wichtiger Aspekt zur Krankheitseinsicht führen.

„Und ja, ich bin jetzt, wie gesagt, ich bin jetzt, finde ich, für mich selber so in dieser Phase, wo ich sage, auch aufgrund der ganzen Symptomatik und dem Ganzen, wie mein Körper und alles sich verhält, das für mich, ja, einzugestehen.“ (P14, Pos. 24)

„I: Dann hat das sechs Jahre lang gedauert bis Sie dann festgestellt haben, dass es eine Behandlungsbedürftigkeit gibt? B: Mein Körper hat mir das quasi gezeigt.“ (P14, Pos. 45-46)

In Tabelle 6 sind zusammenfassend alle körperlich erfahrbaren Symptome aufgelistet, die von den Betroffenen genannt wurden und zwischen denen eine Verbindung zur PTBS durch die Betroffenen hergestellt werden konnte. Wie bereits erwähnt, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass die Symptome spezifisch für eine PTBS sein müssen.

Tabelle 6: Körperliche Symptome, die von psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen in direkten Zusammenhang zur PTBS gesehen werden konnten

Körperliche Symptome
Schlafstörungen
Flashbacks
Hautausschläge
Thorakales Druckgefühl
Holocephales Druckgefühl
Hypertonie
Unruhezustände (Hyperarousal)

4.1.2.2 individuell-kontextuelle Faktoren

In diesem Kapitel werden die individuell-kontextuellen Themenkomplexe dargestellt, die der Hauptkategorie „Krankheit erkennen“ zugeordnet sind (siehe Tabelle 5).

Die Themenkomplexe beschäftigen sich mit den Aussagen und Erfahrungen, was förderliche oder hinderliche Faktoren für die Krankheitserkenntnis waren.

4.1.2.2.1 Selbstbild/Stigma

Das Selbstbild der Betroffenen spielte eine große Rolle in Bezug auf die Akzeptanz der Erkrankung und damit der Krankheitseinsicht. Scham war einer der Aspekte in diesem Zusammenhang.

„Weil, bei vielen ist die Schwelle ziemlich hoch, sich/ um wirklich zu sagen, ich bin krank. Ich brauche Hilfe. Das ist eine ganz hohe Hürde für ganz, ganz viele Einsatzgeschädigte. Aus verschiedensten Gründen, ne. Einmal aus Scham, ne.“ (P1, Pos. 70)

„Ja, so dieses Selbstbild, was ich von mir hatte, auch die Zeit so nach dem Einsatz hin. Ja, immer so dieses starke Bild, dieses, ja, Unantastbare, dieses, ne, dieses normale Bild, was ich so/ ja, dieses starke Bild, was ich von mir hatte. Ja, und auf einmal bricht das dann alles zusammen. Man muss sich dann doch viele Dinge eingestehen, ne?“ (P14, Pos. 28)

Ein weiterer Faktor neben der Scham und dem Selbstbild war die Angst vor Ablehnung oder Nachteilen in privatem und dienstlichem Kontext.

„Na ja Sie hat mich ja so kennengelernt als ehrgeizigen Soldaten, ich war zwar schon Berufssoldat, aber trotzdem war ich ehrgeizig, trotzdem wollte ich meinen Job machen. Ich wollte, damals das Ziel, definitiv, klar definiert, Oberstabsfeldwebel werden. (...) Als stolzer eitler Soldat, Kämpfer und dann irgendwann kam der große Einbruch, an allem gezweifelt, ich wollte bei der Bundeswehr kündigen, die Bundeswehr ist das Problem, was ich ja eben schon gesagt habe, hat keinen interessiert. Ja und dadurch kam halt dieses/ dann kamen irgendwann Tabletten, Antidepressiva, Gewichtszunahme ohne Ende, eigene Werte-Verlust, das hat in der Ehe schon tatsächlich sehr viel kaputt gemacht.“ (P8, Pos. 92)

„Einmal aus Angst vor Nachteilen, Karriere, was auch immer, ne. Also ich kenne viele, die an der Schwelle stehe oder ich eigentlich mit fast hundertprozentiger Sicherheit weiß, da ist irgendwas, ne. Aber die trauen sich das einfach nicht einem nicht zu sagen.“ (P1, Pos. 70)

Ob die Angst vor Ablehnung aus einem negativem Selbstbild resultierte oder Resultat einer Stigmatisierung war, wird leider aus diesem Beispiel nicht deutlich. Weitere Aussagen konnten jedoch klar einem Stigmatisierungserleben zugeordnet werden.

„Und, ja, diese Mentalität, die wir zu der Zeit auch alle hatten, war, dass man so eine psychiatrische Erkrankung durch einen Einsatz ja nun nicht bekommt. Und wenn man dann da was mitgenommen hat, dass man eher/ dass es eher auch ein Zeichen für Schwäche war.“ (P3, Pos. 17)

„I: Diesen Gedanken, dass es eine Schwäche ist für Sie, sehen Sie das immer noch so? B: Nein, überhaupt nicht. I: Aber am Anfang hatten Sie das so gesehen? B: Am Anfang, gerade so, als das Ganze losging nach dem Einsatz, habe ich das tatsächlich, ja, so gesehen.“ (P3, Pos. 18-21)

Die Stigmatisierung schien insbesondere in der Kampftruppe des Heeres noch eine große Rolle zu spielen. Nach den Aussagen der Betroffenen wurde die Möglichkeit des Auftretens einer PTBS in anderen Teilstreitkräften als unwahrscheinlich deklariert.

„Ich habe auch vorher nicht daran geglaubt. Wie gesagt, Schwarzenborn, Jäger, Scharfschütze, harte Männer. Pff. PTBS...Quatsch.“ (P6, Pos. 70)

„Wie es jetzt ist, kann ich nicht bewerten, weil ich schon längere Zeit nicht mehr in der Einsatztruppe bin und ich nicht weiß, wie die inzwischen damit umgehen. Aber damals wurde es komplett totgeschwiegen.“ (P6, Pos. 80)

„Der Arzt sagt, es ist Angst, ne. In mancher Situation hat man halt ANGST. Ich sage halt einfach "Nein, ich habe Respekt davor". Ich mag das Wort Angst nicht, weil ich das halt/ aus der Schule, wo ich komme,

ist Angst und Trauer und sowie auch das Zugeben von Gefühlen einfach nicht gewünscht.“ (P9, Pos. 38)

„Es gibt ja diese Erkrankung nicht bei uns. Das wird einfach unter den Tisch getrunken.“ (P9, Pos. 118)

„Gut, die Situation WAR neu. Die Situation war in der Luftwaffe neu. In der Luftwaffe passiert so was ja normalerweise nicht. Das passiert ja normalerweise nur bei kämpfenden Einheiten. Aber wir haben halt tatsächlich erlebt an diesem sonnigen Tag, wenn man mit der Sonnenbrille und der Lederjacke auf der Flight steht, wie schnell das auch bei uns gehen kann.“ (P7, Pos. 40)

Die Stigmatisierung oder das Herstellen eines besonderen Selbstbildes durch die militärische Einheit wurde nicht zwangsläufig als negativ empfunden. Eine Erklärung hierfür war laut Aussagen der Betroffenen der notwendige Drill der Kampftruppe, um den Einsatzauftrag zielgerichtet ausführen zu können.

„Weil, das ist ein Haufen, der da geführt werden muss, der gut funktionieren MUSS. So. Und da gibt es halt keinen Platz für Gefühle. Das ist einfach so. Das ist halt etwas speziell, das ist auch in anderen Einheiten so. Und (...) ist halt kein Sportverein, kein Ballsportverein, ne. Das ist halt schon/ da geht es halt um wichtige Sachen. Da geht es um Leben und Tod und richtig zu funktionieren zur richtigen Zeit.“ (P 9, Pos. 122)

„Also Weicheier kann man da nicht gebrauchen. Es ist hart, aber das ist so. Und wir haben ja auch speziell/ gerade nach der Grundausbildung haben wir unsere Leute ja auch sehr, sehr streng erzogen. Dass die Leute, die schwach sind, rausfallen. Weil stellen Sie mal vor, wir würden einen mit in einen Einsatz nehmen und der sieht irgendwas. Wie jemand stirbt. Fremdes. Der würde ja total fertig sein, der ist ja dann vorbei.“ (P9, Pos. 124)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein negatives Selbstbild und Stigmata sich negativ auf das Erkennen und Anerkennen der Symptome und der Erkrankung auswirken können. Dies gilt nicht nur für ein negatives Selbstbild, sondern ebenfalls für ein Selbstbild, welches keine Schwäche zulässt und psychische Erkrankungen ausklammert.

4.1.2.2.2 Aggression

Aggression konnte ein Grund für die Krankheitserkenntnis sein, indem die Aggression als Symptom gedeutet wurde und die Reflexion des eigenen Verhaltens anstieß.

„Das war auch der erste Punkt, wo ich gemerkt habe, dass ich nicht/ Ich habe nämlich mein Tablett dann auch quer über den Tisch geworfen, bin aufgestanden und wäre am liebsten auf ihn drauf.“ (P6, Pos. 18)

„Ja, der ausschlaggebende Punkt waren eigentlich meine Kinder. Ich bin nicht handgreiflich geworden oder so, aber/ ja, ich will nicht sagen, die haben sich abgewendet. Aber es war schon eine Distanz zu erkennen, die einfach vorher nicht da war zwischen den Kindern und zwischen mir.“ (P7, Pos. 26)

„Und ich konnte mir aber abends so einen Spruch anhören. Und das war der Spruch gewesen, wo ich mehr oder weniger in dem Moment meine Hand an die Waffe gegriffen habe und beinahe gezogen hätte. Da habe ich selbst auch da Angst gekriegt. Das war das erste Mal, wo ich damals Angst gekriegt habe.“ (P12, Pos. 68)

Aggressives oder ablehnendes Verhalten konnte dazu führen, dass Personen, die der betroffenen Person helfen wollten, vor den Kopf gestoßen wurden, womit es letzten Endes zur Verzögerung von Versorgung kommen konnte.

„Ich bin auch in Afghanistan dann noch zum Psychologen gekommen. Ich will ihm gar keinen Vorwurf machen, sondern ich hatte keine Lust mit ihm zu reden. Habe gesagt: "Es ist alles super, alles cool. Ich brauche Sie nicht. Cool." Also/ Obwohl ich tatsächlich eigentlich gemerkt hatte, da war schon was. Weil ich wie gesagt, immer einer von denen war, die einen Major eher zwei Mal begrüßt haben als aufzustehen, um ihm ans Leder zu wollen in irgendeiner Art und Weise.“ (P6, Pos. 18)

Die eigene Einstellung zu den Hilfs- und Versorgungsangeboten spielte eine wichtige Rolle im Rahmen der Inanspruchnahme dieser. Dieser kausale Zusammenhang wird im Kapitel „eigene Einstellung zu Hilfsangeboten“ genauer beschrieben.

4.1.2.2.3 Unwissenheit

Unwissenheit konnte ein Hindernis für das Erkennen der Erkrankung darstellen. Wenn die betroffene Person keine Verbindung zwischen Symptomen und der Möglichkeit einer psychischen Erkrankung herstellen konnte, wirkte sich dies hinderlich auf die weitere Versorgung aus, da der initiale Schritt zur Konsultation eines Arztes/ einer Ärztin nicht erfolgte.

„Anfangen es mir nicht gutzugehen hat es 2008 oder 9. Da habe ich es allerdings nicht auf die Erkrankung posttraumatische Belastungsstörung geschoben, sondern auf den dienstlichen Alltag.“ (P3, Pos. 15)

„... mir eine Therapeutin dann zivil zu suchen. Und ja, ab Anfang 19 dann ja auch eine bekommen, wo ich jetzt bis zuletzt war. Zu ihr hin und ja, wir tappen ja immer noch im Dunkeln, ne? Ich bin zu ihr hin und habe gesagt, ja, da muss wohl von der Psyche irgendwas sein, aber ich kann es mir beim besten Willen nicht vorstellen, was da sein soll.“ (P14, Pos. 22)

„Also es ist nach dem Einsatz. Es fing eigentlich schon/ Ja, es fing kurz nach dem Einsatz an. Ich war 1996 im Einsatz, und da hatte ich schon diese/ ja, diese Symptome. Aber ich habe die in keinster Weise so gedeutet, dass das in irgendeinem Zusammenhang mit einer Krankheit oder so steht.“ (P2, Pos. 23)

Ob die Unwissenheit durch eine krankheitsbedingte Verdrängung in diesen Beispielen bedingt war oder durch ein Informationsdefizit, wurde nicht weiter erläutert.

Informationsdefizite im Hinblick auf die Erkrankung und Hilfs-, Versorgungs- und Behandlungsangebote werden in einem gesonderten Kapitel „Information“ behandelt.

4.1.2.3 kontextuelle Faktoren

Basierend auf den Aussagen der InterviewpartnerInnen, wird im folgenden Abschnitt der kontextuelle Faktor „Fremdinitiative“ im Hinblick auf das Erkennen der Erkrankung dargestellt.

4.1.2.3.1 Fremdinitiative

Das Erkennen der Erkrankung durch Außenstehende ist ein Themenkomplex, der im Verhältnis zu anderen Aussagen häufig erwähnt wurde und eine Relevanz diesbezüglich zu haben scheint.

Die Erkenntnis, dass eine Erkrankung vorlag, wurde oftmals durch Außenstehende gewonnen und half den Betroffenen bei der Krankheitseinsicht und -Verarbeitung. Häufig war es erst die Erkenntnis der Außenstehenden, die dann weiterführend zur Selbstreflexion führte und den Prozess der Diagnostik und Therapie einleiten konnte.

„Ich habe mich nicht krank gefühlt. Ich habe das immer nur von außen, von anderen an mich herangetragen bekommen: „Sag mal, da stimmt doch was nicht. Und warum bist du so und so? Du bist nicht präsent, wo bist du mit deinen Gedanken? Kommst in den Raum rein, sagst nicht mal hallo, guten Tag. Was ist denn mit deinem Anstand?““ (P2, Pos. 45)

„Und irgendwie habe ich dann gehört/ gesagt bekommen, ich wäre halt durchgedreht beim Lehrer. Und da haben dann zwei Schüler auf dem Boden gelegen und ich hatte den Lehrer am Schlafittchen gehabt. Und das war dann so der ausschlaggebende Punkt, wo ich mir dann Hilfe gesucht habe.“ (P4, Pos. 50)

Die Fremdinitiative betraf nicht nur das Erkennen der Erkrankung initial, sondern auch das Erkennen von Symptomen bei bereits bekannter Erkrankung. Durch die Reaktion Außenstehender kam es bei den Betroffenen zur Erkenntnis, dass eine akute Symptomatik wie z. B. das Gefühl von Aggression oder Ablehnung vorlag.

„Aber ich merke es auch durch Sarkasmus oder Reaktionen vom Umfeld in der Wahrnehmung. Ist schon, dass ich anfangs, aus dem Ruder zu laufen.“ (P5, Pos. 18)

Fremdinitiative konnte auch bedeuten, dass eine ungewollte soziale Isolation als Reaktion auf „unangebrachtes“ Verhalten der betroffenen Person erfolgte. Diese konnte wiederum zur Krankheitseinsicht führen.

„Also wahrscheinlich ist es mir nicht so direkt aufgefallen. Es ist halt dadurch aufgefallen, dass der alte Freundeskreis sich immer mehr distanziert hat.“ (P5, Pos. 24)

Der Personenkreis, der die Krankheitserkenntnis anstieß, war nicht einheitlich. Es wurden fremde Personen, TruppenpsychologInnen während des Einsatznachbereitungsseminars (ENBS), Familienmitglieder, EhepartnerInnen und Ärzte/Ärztinnen genannt. Exemplarisch folgen einige Beispiele:

„Und ich weiß nicht, wie lange der xxx (Anmerkung der Autorin: gemeint ist ein Facharzt für Psychiatrie) brauchte. Ich glaube zwei Jahre oder drei, bis ich ihm das das erste Mal wirklich abgekauft habe, dass ich ein Problem habe.“ (P6, Pos. 34)

„Stattdessen durfte ich dann noch ein paar Wochen warten, bis ich das/ und das erste Mal von Leuten in so einem Gesprächskreis gefragt wurde: "Sie gehen damit irgendwie falsch um." Danke dafür.“ (P6, Pos. 36)

„Hatte dann zur Folge, dass meine Frau und ich eigentlich 2015 überhaupt nicht mehr miteinander klargekommen sind und hätten uns eigentlich Ende 2015 fast scheiden lassen. Und das war dann halt so Mitte oder letztes Quartal 2015 eigentlich so dann der Zeitpunkt, wo ich dann nach Koblenz gegangen bin und gesagt habe "Erst mal muss ich jetzt an mir ein bisschen arbeiten, damit wir das dann auch gemeinsam in der Ehe wieder in den Griff bekommen".“ (P7, Pos. 20)

Weitere Beispiele werden in den jeweiligen Kapiteln genannt (z. B. in der Hauptkategorie „Versorgung“ / „Einsatznachbereitungsseminar“).

Zusammenfassend sind die individuellen, individuell-kontextuellen und kontextuellen Faktoren, welche das Erkennen der Erkrankung fördern oder behindern können in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Faktoren zur Erkennung einer einsatzbezogenen posttraumatischen Belastungsstörung

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Körperliche Symptome	Angst vor dienstlichen Nachteilen
Selbstreflexion	Angst vor Ablehnung
Positives Selbstbild	Negatives Selbstbild
Aggressives Verhalten	Stigmatisierungserleben
Fremdinitiative	Unwissenheit
	Aggressives Verhalten

4.1.3 Leben neu ausrichten

Das „Leben neu auszurichten“ bedeutet, das Leben und die Lebensumstände an die Veränderungen, die sich aufgrund der Erkrankung ergeben haben, anzupassen. Diese Anpassung der Lebensumstände kann alle Bereiche des Lebens betreffen. Im folgenden Kapitel werden die Themenkomplexe, welche mittels der Interviews erarbeitet werden konnten und die in diesem Zusammenhang stehen, dargestellt. Diesbezüglich konnten individuelle und individuell-kontextuelle Themenkomplexe extrahiert werden, welche einen Einfluss auf die Patientenkompetenz zu haben scheinen. Diese sind in der Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz in Zusammenhang mit der Neuausrichtung des Lebens

individuell	Individuell-kontextuell
Frustration	Offener Umgang
Aggression	Vermeidungsverhalten
Vergangenheitsorientiert vs. Zukunftsorientiert	Soziale Teilhabe
Medikamente	Sozialer Rückzug
Verdrängung	Einfluss der Familie auf die Betroffenen
Alltagsstruktur	Einfluss der Erkrankung auf die Familie
Lernprozesse	Änderung der Familiensituation
	Miteinbeziehen der Familie
	KameradInnen
	Austausch mit Betroffenen
	Therapie

4.1.3.1 individuelle Faktoren

Die individuellen Faktoren in Zusammenhang damit das Leben neu auszurichten sind in der o. g. Tabelle 8 dargestellt. Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit den einzelnen individuellen Themenkomplexen, welche nach den Aussagen der Betroffenen einen Einfluss auf die Patientenkompetenz zu haben scheinen.

4.1.3.1.1 Frustration

Eine Reaktion der Betroffenen auf die veränderte Lebenssituation war Frustration. Die Betroffenen beschrieben häufig eine Enttäuschung im Hinblick auf den Umgang mit ihnen und ihrer Erkrankung. Sie fühlten sich mit ihrer Erkrankung und damit einhergehenden Problemen oftmals alleine gelassen.

„Das ist schon traurig dann, was hier abgeht, dann, ja. Dann genauso wie dann auch nachdem ich erkrankt wurde, egal, dass man dann von niemandem mehr... so auf der Tour, ey, aus den Augen, aus dem Sinn und du bist weg. Ich sage ja, ich musste halt bis jetzt alles, was da war, selbst erkämpfen.“ (P12, Pos. 78)

Die Enttäuschung über den für die betroffene Person nicht adäquaten Umgang mit der Erkrankung und die daraus resultierende Frustration konnte auf unterschiedlichste Personen, Personengruppen oder Institutionen wie z. B. den sanitätsdienstlichen Bereich der Bundeswehr bezogen werden.

"Hier, wenn da schon jemand hingeht und sagt von vornherein, dass er ein Problem hat. Wenn nicht im San- Bereich dadrauf eingegangen wird auf eine PTBS, wer soll denn dann verdammt nochmal dadrauf eingehen? Und „tut mir leid, ich weiß es auch nicht die Frage zu beantworten“, wenn die es nicht machen. Dann weiß ich es wirklich nicht.“ (P6, Pos. 82)

Auch die Enttäuschung gegenüber KameradInnen und Vorgesetzten spielte eine Rolle.

„... da habe ich tatsächlich jeden Tag eine Flasche Schnaps getrunken, um meine Bilder zu betäuben. Das hat keinen interessiert. Niemanden. Weder einen Kompaniechef noch einen Kameraden noch einen Ausbilder. Niemanden.“ (P8, Pos. 54)

Die Frustration konnte eine indirekte Schuldzuweisung für das Erlebte enthalten, wofür die Betroffenen eine Entschuldigung erwarteten.

„Es kam aber dennoch nie eine Entschuldigung. Und das ist auch der Leitfaden durch die Bank weg, also bisher war es noch nie so, dass sich jemand wirklich aufrichtig bei mir entschuldigt hätte, egal was gelaufen ist. Niemand. Also auch selbst der Dienstherr selbst nicht.“ (P6, Pos. 18)

Die Frustration mit entsprechenden Schuldzuweisungen konnte so fest im Denken der Betroffenen verankert sein, dass diese generalisiert und auf die gesamte Bundeswehr oder sogar Gesellschaft übertragen wurden. Eine fehlende Anerkennung schien hierbei die größte Rolle zu spielen.

„Andere Kameraden haben sich einen Strick genommen. Da hat es der Dienstherr halt geschafft. Und das sehe ich auch so, ganz klar.“ (P6, Pos. 56)

„Und in dem Moment natürlich auch verliert man definitiv jegliche Hoffnung dann in die Bundeswehr dann. Da fragt man sich: „Hey, warum bin ich überhaupt krank geworden, wenn ich doch am Ende nur Nachteile habe?“ Dann sieht man Leute, (lachend) wie soll ich sagen, die kommen nach mir zum Bund, haben noch nichts geleistet, werden aber/ schießen durch die Decke mit Beförderungen und sonstiges.“ (P12, Pos. 68)

„Am Ende kriegst du noch nicht mal einen feuchten Händedruck.“ (P12, Pos. 68)

„So verkauft ihr das Ganze. Kein Wunder, dass in Deutschland, ich sage mal, als deutscher Soldat Angst haben musst, auf der Straße zu laufen. Woanders wirst du gefeiert und in Deutschland musst du Angst haben sogar als Deutscher in Uniform zu laufen.“ (P12, Pos. 84)

Auffällig innerhalb der Interviews war, dass die Betroffenen, welche zur Frustration neigten - insbesondere im Hinblick auf Verallgemeinerung und Schuldzuweisung auf die gesamte Bundeswehr oder Gesellschaft - insgesamt mehr Probleme mit Krankheitsbewältigung zu haben schienen als diejenigen, die dieses Verhalten nicht zeigten.

4.1.3.1.2 Aggression

„Aggression“ bedeutet, dass die betroffene Person einen aggressiven Umgang mit sich und der Erkrankung pflegte. Hiermit ist gemeint, dass einige Betroffene dazu neigten, die Erkrankung aktiv bekämpfen zu wollen und eher zu Handlungen bereit waren.

„...gehöre ich eher zu der Kategorie der Einsatzgeschädigten, die eher in dem Angriffsmodus laufen...gehöre ich halt... zu dem wenigeren, kleineren Anteil, der eher mehr Energie gibt und eingebremst werden muss. Also sich nicht zurückzieht, sondern ständig in diesem Angriffsmodus ist, nicht in diesem Defensivmodus.“ (P5, Pos. 12 - 26)

„Aggression“ bedeutet zusätzlich, dass die betroffene Person mit aggressivem Verhalten im Umgang mit Dritten auf die neue Lebenssituation reagierte.

„Erst mal habe ich ja gar nichts genommen, sondern war halt immer aggressiv oder/ Also rückblickend gesehen, kann ich das jetzt, denke ich, eher bewerten. Ich halt sehr viel aggressiv war.“ (P6, Pos. 42)

„Und ich bin dann halt eben, ja, ein Mensch, der geht auf 180. Der fängt an und meckert rum und mault Leute an, dass sie von einem wegbleiben.“ (P10, Pos. 34)

„Und teilweise auch Aggressivität. Also innere Aggressivität, die nicht rauskommt.“ (P11, Pos. 14)

4.1.3.1.3 Vergangenheitsorientiert vs. Zukunftsorientiert

In den Interviews wurden zwei Arten der Krankheitsverarbeitung und die damit zusammenhängende Sicht auf die Zukunft und Vergangenheit deutlich. Betroffene, die sich eher zukunftsorientiert zeigten und Betroffene, die gedanklich eher in der Vergangenheit verwurzelt schienen und denen es schwer fiel ein Bild für ihr Leben in der Zukunft zeichnen zu können. Zusätzlich gab es auch Betroffene, die sowohl die Vergangenheit reflektieren, als auch den Blick in die Zukunft richten konnten.

Vergangenheitsorientiert

Besonders auffällig war die Reaktion der Betroffenen in einigen Fällen auf spezifische Fragen. Einige Betroffene waren nicht in der Lage auf Fragen, welche auf ihren Alltag und die Patientenkompetenz abzielten, gezielt zu antworten, sondern reagierten mit Erzählungen über Erfahrungen aus dem Einsatz. Hier wurde deutlich, dass es für diese Betroffenen nur schwer möglich war, den Blick in die Zukunft oder die Gegenwart zu richten.

Ein Beispiel hierfür ist die folgende, unstrukturierte Antwort auf die Frage ob die Akzeptanz anderer bei der Krankheitsbewältigung hilfreich sei.

„... Also ich könnte Ihnen jetzt nicht eine Stunde was von mir erzählen. Dann würden wir wahrscheinlich komplett abdriften. Das ist das, was die Therapeutinnen dann immer für ein Problem haben. Sondern ich brauche in der Therapieansatz genau diesen Dialog, ne? Immer diese Reflektion. Liegt vielleicht am Studium, liegt vielleicht an den Erfahrungswerten, analytischen Gehirn, sodass halt ich auch immer wieder mit den Fragen wieder zurückgeführt werden muss auf den roten Faden. Also jetzt beim Interview müssen Sie halt immer wieder dahin zu kommen, roten Faden. Und bei den therapeutischen Ansätzen halt auch, damit man halt nicht abdriftet. Das Problem, was ich habe, ist, es ist halt ja nicht das eine Incident, ne, was, sage ich mal/ Das Kundus-Gefecht oder der Vorfall in xxx. Ich kann Ihnen aus zwei Jahren Afghanistan aus allen Einsatzgebieten zig Beispiele nennen, weil wir ja im Rahmen der Aufgaben die Amerikaner/ eben RCEs unterstützt haben, aus Kabul heraus. Die Briten, die ja wesentlich höhere Verluste hatten 2008, als wie wir insgesamt im Afghanistan-Einsatz. Wir haben mit der Task Force North zusammengearbeitet, dass die amerikanische Spezialkräfte im Norden/ Also und mit den ganzen Incidents, es ist ja nicht nur die deutschen Incidents, sondern auch mit der ANSF im Rahmen von Partnership...“ (P5, Pos. 29-30)

Ein vergangenheitsorientiertes Denken zeigt sich auch in folgendem Beispiel. Hier reagierte die betroffene Person auf die Frage, die auf die Gegenwart und Zukunft abzielen sollte mit einem unerfüllbaren Wunsch - nämlich die Vergangenheit zu ändern.

„I: Was wünschen Sie sich aus dieser Perspektive für Ihren Alltag? B: (...) Ja, dass das nicht passiert wäre. Hm. Ja.“ (P 7, Pos. 53-54)

Im folgenden Beispiel wird deutlich, dass es eine Verknüpfung vom vergangenheitsorientiertem Denken und zukunftsorientiertem Denken geben kann, die Betroffene selbst herstellen können.

Die Reflexion der Vergangenheit und die Bearbeitung des Traumas spielten zwar eine Rolle, der betroffenen Person war jedoch ebenso bewusst, dass eine Veränderung der Geschehnisse aus der Vergangenheit nicht mehr möglich ist und daher der Blick in die Gegenwart und Zukunft an Bedeutung gewinnt.

„Wir sind jetzt nicht mehr in Afghanistan, von daher bringt es nichts mehr eigentlich vielleicht darüber zu reden, aber eigentlich schon.“ (P6, Pos. 18)

Zukunftsorientiert

In den Interviews fiel auf, dass eine zukunftsorientierte Denkweise der Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung unterstützend wirkte. Sobald der Blick von der Vergangenheit in die Zukunft gerichtet werden konnte, schien dies für die Betroffenen in einem vermehrten Wohlbefinden und Sicherheit zu münden.

„Ich wollte gerne wieder geordnete Verhältnisse haben. Ich habe angefangen zu sparen. Also ich bin ja aus dem tiefsten/ also vom tiefsten Loch, also ich hatte ja gar nichts mehr, habe ich angefangen.... Ich habe eine Riester-Rente. Ich habe alles gemacht, habe für meine Zukunft vorbereitet, dass ich halt auch ein Fundament wiederhabe, auf dem ich aufbauen kann. Ich habe jetzt mein geregeltes Einkommen.“ (P2, Pos. 149)

„Ich klammere nicht an der Vergangenheit. Ich versuche, nach vorne zu schauen.“ (P2, Pos. 39)

Der Vergleich mit anderen - in folgendem Zitat mit Personen aus dem Freundeskreis - konnte zu zukunftsorientiertem Denken und Verhalten führen und sich positiv auf die betroffene Person auswirken.

„Alle sind studiert, nur ich nicht. Das war auch so mein Antrieb eigentlich, den Meister zu machen und vom Meister dann, weil es ja wie Bachelor angesehen wird, mich noch weiter fortzubilden.“ (P4, Pos. 122)

Zukunftsorientiertes Denken in Bezug auf Therapie und Krankheitsverarbeitung und -Bewältigung gab den Betroffenen Hoffnung.

„Dann ist es so: die Klinik in Dresden, diese Trauma Klinik, das war für mich auch sehr gut.... Und ich soll ja nächstes Jahr wieder hin zur Konfrontation. Und erhoffe mir da ganz, ganz viel von dieser Konfrontation.“ (P10, Pos. 120)

Auch wenn die Hoffnung sich vorerst positiv auf das Wohlbefinden und den Umgang mit der Erkrankung auswirkt, muss hierbei auch die Möglichkeit des Therapieversagens bzw. des Nichterreichens der durch die betroffene Person gesteckten Ziele in Betracht gezogen werden. Dieses könnte wiederum zu Frustration und zu einem negativen Einfluss auf die Patientenkompetenz führen.

Die Familie war auch in Zusammenhang mit zukunftsorientiertem Denken ein wichtiger Faktor, der zur Stärkung Patientenkompetenz beitragen konnte.

„Wir waren jetzt letztes Jahr das erste Mal in Urlaub geflogen, weil ich das unbedingt wollte. Ich wollte mit der Family raus. Ja. Und das will ich auch beibehalten. Das, halt den Urlaub viel mehr genießen wollen. Ja, so Sachen halt. Viel mehr Freizeitaktivität. Halt das, was ich vorher oder seit 2017 bis 19 halt nicht so machen konnte oder auch wollte.“ (P11, Pos. 104)

Der Wunsch nach vollständiger dienstlicher Integration ist ein weiterer Aspekt, der zukunftsorientiertem Denken zugeordnet werden kann und einen positiven Einfluss auf die Patientenkompetenz zu haben schien.

„Ich sage mal, das ist ein Wunsch für eine Perspektive. Das wäre ein Wunsch darauf, sage ich mal das als Ziel zu haben darauf hin zu arbeiten. Nicht zu sagen: "Okay. Ich bin wieder ganz normal verwendungsfähig für den Grundbetrieb, sondern ich bin VOLLUMFÄNGLICH irgendwann wieder hergestellt mit allem, was dazugehört." Unter anderem auch, wenn es nötig oder mein Wunsch ist, auch wieder in den Einsatz zu gehen.“ (P13, Pos. 54)

Ein zukunftsorientiertes Denken konnte durch soziales Engagement getriggert sein. In folgendem Fall war das soziale Engagement auf den Erfahrungen aus dem Einsatz begründet.

„Ein Beispiel ist, dass sollte ich tatsächlich diese Firma verlassen ein Plan ist, mein erstes Jahr als Zivilist 2024 dazu zu nutzen im Rahmen humanitärer Hilfeleistung irgendwo in Afrika tätig zu sein. Ob es jetzt Ärzte ohne Grenzen ist oder Ähnliches in entsprechende Hilfsorganisationen mich da zu beteiligen und vor Ort aktiv zu sein.“ (P13, Pos. 56)

4.1.3.1.4 Medikamente

In diesem Kapitel folgt die Darstellung der Aussagen der Betroffenen, inwiefern eine Medikation, die eine neue völlig neue Erfahrung für die meisten Betroffenen war, Auswirkungen auf die Neuausrichtung des Lebens hatte.

Obwohl noch Symptome der PTBS bestanden, konnten diese häufig gut medikamentös behandelt werden, was einen positiven Effekt auf den Alltag der Betroffenen haben konnte.

„Das ist auch eine Sache, die halt heute noch als einziges bei mir wirklich geblieben ist, das ist die Schlafstörung. Unterdessen, durch die Therapie sehr gut im Griff mit zwei Medikamenten, Valdoxan und Quetiapin. Das funktioniert auch wunderbar dadurch. Wenn ich das eineinhalb Stunden nehme, bevor ich schlafen MÖCHTE oder will, kann ich dann auch normal schlafen und kann normal am Leben wieder teilnehmen.“ (P3, Pos. 35)

„Man kann mit mir reden. Was wahrscheinlich aber auch die Maximaldosierung von meinen Antidepressiva macht.“ (P4, Pos. 30)

„Ich gehe auch nicht in einen Zug, ich gehe auch nicht in einen Bus, wenn es nicht irgendwie sein muss. Und wenn, dann bin ich ganz ehrlich, hole ich mir vorher zwei Arschleck-Tabletten, Perazin, dieses Antiepileptikum. ... Dann ist es mir auch egal. Aber dann kann auch sein, dass ich erst in Bochum oder so aussteige. Muss ich halt jemanden dabei haben. Ja. Also weil/ Das ist wirklich eine Arschleck-Tablette. Das interessiert mich da alles nichts mehr. Ich lege mich irgendwie auf einen Stuhl, wie ich denke, dass es richtig ist. ..., na ja, ein bisschen helfen bei mir.“ (P6, Pos. 44)

Beispiele für eine frustrane medikamentöse Therapie waren in den Interviews ebenfalls zu finden. Hier konnte insbesondere in Situationen extremer psychischer Anspannung leider keine Linderung der Symptomatik erreicht werden.

„Und es gibt Nächte, wo ich überhaupt nicht schlafe, wo ich mal/ ich glaube, längste war 72 Stunden, wo ich durchgehend wach war, trotz Schlaftabletten, trotz dann die Notfall-Schlaftabletten sogar. Trotzdem nicht eingeschlafen. Das waren halt die Tage dann, wo Ereignisse davorstanden und so weiter oder auch mal an dem Tag, wo ein Ereignis sogar war.“ (P12, Pos. 20).

Da sich eine starke Ausprägung der PTBS-Symptomatik eher negativ auf die Patientenkompetenz auszuwirken schien, kann einer frustranen medikamentösen Therapie wahrscheinlich auch eher ein negativer Effekt auf die Patientenkompetenz zugeordnet werden.

Nebenwirkungen der Medikation konnten einen zusätzlichen Effekt auf die veränderte Lebenssituation haben. Ob die beschriebenen Defizite wirklich eine Nebenwirkung der Medikamente waren oder diese nur der Nebenwirkung zugeschrieben wurden, spielt im Rahmen der Fragestellung dieser Arbeit keine übergeordnete Rolle.

„Nur mein Gehirn ist wie ein Sieb. Mir wurde gesagt, wenn die Tabletten weg sind, wird es wieder besser. Ich kann sowieso/ ich informiere mich über Dinge und dann habe ich es, obwohl es mich interessiert hat, aber dann ist es weg.“ (P4, Pos. 156)

„Seroquel, Cipralex, alles, ich hatte alle Nebenwirkungen. Entweder ich habe keinen mehr hochbekommen oder ich habe einen hochbekommen, kam halt nicht zum Abschluss, was genauso frustrierend und beschissen sein kann. Wobei gar keinen mehr hochzubekommen ist tatsächlich mit 21 Jahren so ziemlich das Beschissenste, was sein kann. Was auch ein bisschen an der Psyche nagt, noch zu dem ganzen anderen Scheiß zusätzlich. Dann Cortison bei Gaben, wo man 150 Kilo auf einmal dann nachher gewogen hat oder so.“ (P6, Pos. 44)

Die Nebenwirkungen konnten Einfluss auf die Familie haben. Dies kann grundsätzlich zu einer Incompliance führen, was als hinderlich für die Patientenkompetenz gewertet werden kann, aber nicht zwingend muss, denn auch Selbstbestimmung ist ein Teilaspekt der Patientenkompetenz.

„Die ersten Antidepressiva, die ich nehmen sollte, waren dann so, dass wenn mein Sohn neben mir gestanden hat und mich angesprochen hat, ich es nicht registriert habe. Kann ja nicht sein und dann wieder zum Arzt. Ja, da müssen wir Sie stationär aufnehmen. Nein, das wollte ich nicht, dagegen habe ich mich gewehrt. Ja, bis ich dann irgendwann selbstständig die Tabletten über Weihnachten abgesetzt habe. Also langsam ausgeschlichen habe aus dem Körper und dann war ich wieder ansprechbar für meinen Sohn.“ (P8, Pos. 92)

4.1.3.1.5 Verdrängung

Der Themenkomplex „Verdrängung“ beschreibt eine Reaktion der InterviewpartnerInnen auf unterschiedliche Aspekte der Erkrankung im Rahmen der Neuausrichtung des Lebens.

Die InterviewpartnerInnen beschrieben, sich mit unterschiedlichen Dingen abzulenken, um sich nicht mit der Erkrankung auseinandersetzen zu müssen und zusätzlich unangenehme Symptome ausblenden zu können.

„Tagsüber dann das Suchen von Ablenkung, indem ich mich eigentlich zu der Zeit fast ausschließlich mit dem Studium an der Fernuni in Hagen beschäftigt habe. Einfach, dass die Gedanken sich mit nichts anderem mehr beschäftigen müssen als dem, was man extern zuführt, sprich dem Uni-Stoff...“ (P3, Pos. 33)

„Also, wenn ich den Zeitpunkt der Hauptkrankheits-Phase betrachte, muss man schon fast sagen, dass ich eigentlich kein Mensch mehr war, dass ich eigentlich nicht mehr gelebt habe. Ich war wie eine Maschine, die versucht hat, tagsüber rein die Verdrängungsmechanismen zu betreiben. Damit auch sich

bestens beschäftigt hat (das Studium, das hat mich auch so ein Stück weit gerettet, ich weiß nicht, was ich sonst gemacht hätte).“ (P3, Pos. 37)

Es wurde deutlich, dass ablenkendes Verhalten nicht streng als positiv oder negativ bewertet werden kann. Die Ablenkung bewirkte einerseits eine Verdrängung der Erkrankung, was den Verarbeitungsprozess erschwerte, andererseits konnte diese Ablenkung insbesondere in Zeiten extremer psychischer Anspannung auch positive Effekte haben.

Suchtverhalten und Drogenmissbrauch konnten hierbei als Teil der Verdrängung betrachtet werden und waren häufig das Resultat einer unzureichenden Krankheitsverarbeitung.

„Ja, vor der Therapie/ oder angefangen nach dem Einsatz hat sich so langsam der Alkoholismus eingeschlichen. Man hat mit einem Bier begonnen. Irgendwann hat man zwei Bier abends getrunken. Drei Bier. Dann irgendwann eine Flasche Wein. Dann zur Flasche Wein mal ein Jackie.“ (P4, Pos. 30)

Für die betroffene Person stellte der Alkohol- und Drogenmissbrauch häufig eine unbewusste, selbst initiierte therapeutische Behandlung dar.

„Und dann kam die Therapie. Und da muss ich halt sagen, man hat sich davor auch nicht mit der Problematik auseinandergesetzt. Das ist es ja. Man hat es betäubt. Ich habe damals auch...dann mit Drogen angefangen. Und, ja, also irgendwie alles, alles genommen, was geht, um nicht noch komischer zu werden.“ (P4, Pos. 30)

„I: Aber wie sah so ein Tag dann tatsächlich so ab dem Zeitpunkt der Einsatzschädigung und dann bis zu dem Beginn einer Therapie aus? B: Drogen. Kokain. Alles was ich in Frankfurt bekommen habe.“ (P6, Pos. 39-40)

Ein weiterer Verdrängungs- bzw. Ablenkungsmechanismus konnte eine Ausflucht in den Dienst sein. Häufig brauchte es hierbei die Fremdinitiative, im Sinne von Unterstützung durch Ärztinnen und Ärzte, um diesem dysfunktionalen Verhaltensmuster entgegenzuwirken.

„Sodass ich halt mich mehr in die Arbeit gestürzt habe, als wie mich aus der Welt verabschiedet habe und eigentlich davon angetrieben bin. Und das ist das, was die Ärzte versuchen, dann einzubremsen, ... Der Dienstherr hätte eigentlich gar kein Interesse daran, mich zu kurieren, weil, ich arbeite eigentlich freiwillig mehr als ich muss. Also sind die Ärzte krampfhaft da dran mich runter zu bremsen von diesem Übertacklungs-Modus.“ (P5, Pos. 12)

Oftmals war Fremdinitiative zwingend notwendig, um den Verdrängungsmechanismus zu erkennen und anschließend zu durchbrechen. Hierbei spielten nicht nur Ärztinnen und Ärzte eine tragende Rolle.

„Ich habe auch versucht, dem allen so aus dem Weg zu gehen und muss sagen, zum Glück und positiver Weise haben die Psychologen das aber erkannt und haben gesehen, dass ich dort versucht habe, ja, eine Mauer aufzubauen. Die haben dann auch irgendwann gesagt: "Hier, Sie gehen uns damit bisschen zu

lustig um. Ich glaube, Sie reden mal mit jemandem." Ich hatte natürlich keine Lust dazu. Es wurde aber weitergegeben an den Oberstabsarzt xxx aus Schwarzenborn wieder und der hat dann dafür gesorgt, dass ich mal zum Herrn Doktor xxx nach Koblenz ins BWZK komme...“ (P6, Pos. 28)

4.1.3.1.6 Alltagsstruktur

Viele PatientInnen etablierten eine Struktur in ihren Alltag, die sich bei der Krankheitsbewältigung als hilfreiches Tool erwies. Der Themenkomplex „Alltagsstruktur“ ist eng verwoben mit dem Themenkomplex „Lernprozesse“, da die Veränderung des Alltags mit Etablierung einer alltäglichen Struktur häufig auf der Erfahrung aus Erlerntem beruhte. Durch die Alltagsstruktur konnten alte, dysfunktionale Verhaltensmuster abgelegt werden und durch neue funktionale ersetzt werden.

„Und ich habe meinen Wochenplan geschrieben zu Hause. Und ich habe meine Struktur gefunden und habe mir einen Tagesablauf gemacht. Und ich habe auf einmal gemerkt: „Oh, es wird ja wirklich besser. Das hilft ja alles. Ist doch nicht so ein Kokolores, den man dir hier gezeigt hat.““ (P2, Pos. 81)

„..., weil, ich will nicht wieder in alte Verhaltensmuster fallen, ne. Dass ich sage, hm, geht gar nichts mehr und tief in die Depression abrutsche, ne. Und die Spirale sich immer tiefer dreht, ne. Deshalb bin ich eigentlich so dran, auch so eine Alltagsstruktur zu haben, ne. Auch, wie gesagt, regelmäßig Dienst, immer da meine/ auch meinen Dienst auch regelmäßig zu versehen, ne.“ (P1, Pos. 14)

Die Alltagsstruktur konnte beispielsweise die Integration in den Dienst beinhalten. Dies hatte nicht nur einen positiven Effekt auf die Patientenkompetenz im Sinne eines geregelten Tagesrhythmus, sondern konnte auch eine Steigerung des Selbstwertgefühls durch die Anerkennung und Wertschätzung im Dienst bedeuten.

„Ist eine hohe Belastung, ne. Weil es jetzt auch kein stressfreier Job ist. Aber für mich im positiven Sinne, weil, du wirst wieder gebraucht. Hast eine Tagesstruktur, ne, und du fühlst dich auch wieder, ja, gewertschätzt, sagen wir mal so, ne. Anstatt nur KzH zu sein und zu Hause zu sitzen, ne. Ein ganz großer Punkt, auch ein wichtiger Punkt.“ (P1, Pos. 138)

„Meine tägliche Routine, sage ich mal. Auf die Arbeit gehen, meine Arbeit machen. Das hat mich, sage ich mal, über die letzten Jahre ziemlich aufrechterhalten, meine Arbeit.“ (P10, Pos. 41-42)

Das Gefühl gebraucht zu werden, konnte seinen Ursprung sowohl im dienstlichen, als auch im privaten Kontext haben. Im folgendem Beispiel geschah die Strukturierung des Alltags durch Fremdinitiative.

„Ich habe ja Halt von meiner Mutter, die hat mir damals einen Hund gekauft, damit ich eine Tagesstruktur habe. Ja, die hat mir einen Labrador gekauft, dann bin ich dann morgens und mittags und abends dann spazieren gegangen, damit ich wieder eine Aufgabe habe, ja?“ (P2, Pos. 149)

Die Betroffenen beschrieben Schwierigkeiten mit Abweichungen von einem strukturierten Alltag zu haben, wenn alltägliche Routinen nicht eingehalten werden können.

„Weil, das ist wieder außerhalb der Regel. Ich sage mal, ich stehe morgens auf, habe meinen Tagesablauf schon wie jeden Tag geplant, ja. Routine. Das ist bei mir ganz, ganz, ganz, ganz wichtig. Abläufe müssen so ablaufen, wie das jeden Tag ist. Und wenn da was dazwischen schießt, kommt man aus dem Takt.“ (P10, Pos. 10)

Obwohl eine strikte Tagesstruktur hilfreich zu sein schien, so wurde die Planung eines strukturierten Alltags von den Betroffenen als anstrengend beschrieben. Sie hatten den Eindruck, dass eine Planung zwingend notwendig war und Spontaneität nicht stattfinden konnte. Zusätzlich wurde eine Anspannung beschrieben, die auftrat, wenn der Alltag als Routine nicht eingehalten werden konnte wie geplant.

„Ich plane alles, um gewiss zu sein, dass ich abends alles erledigt habe, was erledigt werden sollte über den Tag. Das ist manchmal sehr, sehr anstrengend. Zu planen, wann geht man einkaufen, wann ist weniger los? Setzt mich schon unter Stress, wenn es heißt, antreten. Weil ich dann weiß, dass wieder zu viele Leute/wo stehe ich?“ (P10, Pos. 18)

4.1.3.1.7 Lernprozesse

Einen großen Anteil an der Fähigkeit das Leben mit und nach der Erkrankung neu auszurichten, hatten „Lernprozesse“. Dieses Kapitel stellt dar, was nach den Aussagen der Betroffenen dazu geführt hat, dysfunktionale Verhaltensmuster in funktionale Verhaltensmuster zu übertragen. Die Betroffenen lernten aus eigenen Erfahrungen oder mit fremder Hilfe (z. B. durch Therapie) das Leben besser auf ihre Bedürfnisse anzupassen.

„Ja, ich kann damit umgehen, weil ich es gelernt habe, damit umzugehen, ne. Und ich muss auch damit umgehen, weil, ich will nicht wieder in alte Verhaltensmuster fallen, ne.“ (P1, Pos. 14)

„...das kriegste in Griff, ne, weil du hast schon so ähnliche Erlebnisse gehabt, ne. Du weißt, wie du damit umgehen musst, ne.“ (P1, Pos. 88)

Die Betroffenen hatten gelernt, dass sie dysfunktionale Verhaltensmuster nutzten, die der Krankheitsbewältigung nicht zuträglich waren und lernten diese zu unterlassen oder durch funktionales Verhalten zu ersetzen.

„Und deshalb, es ist keine Vermeidungsstrategie, Vermeidung ist immer doof in der ganzen Beziehung, ne.“ (P1, Pos. 108)

Der Themenkomplex „Lernprozesse“ beinhaltet Techniken, die erlernt wurden, um eine spezielle Symptomatik zu lindern (z. B. Anspannung zu regulieren). Wie gut diese Techniken im Alltag anwendbar waren und funktionierten, war individuell unterschiedlich.

„Ich musste abends dann, oder beziehungsweise in der Nacht musste ich scalen, ja, ich musste Übungen machen, um meine Anspannung zu regulieren.“ (P2, Pos. 3)

„Ja, ich habe halt durch Reizdiskriminierung, habe ich weniger Trigger, ja? Und ich kann die halt ausschalten dadurch, das hilft mir sehr gut.“ (P2, Pos. 15)

„B: Also bei mir funktionieren die meisten Techniken nicht so besonders gut. Ich bin jemand, der, ja, mit dem Verstand versucht, zu verarbeiten. Und tatsächlich darüber auch arbeiten muss. Außer, es wird ganz schlimm. Dann benutze ich die Technik "Sicherer Ort". I: Funktioniert die immer für Sie? B: Wenn ich sie gebraucht habe bisher ja.“ (P3, Pos. 66-69)

Die Techniken im Alltag anzuwenden war für die Betroffenen nicht immer einfach und von externen Faktoren abhängig (z. B. Räumlichkeit, Situation, Personen etc.).

„Also ich habe mein Handwerkszeug mittlerweile an die Hand genommen, meine Übungen zu machen – „mein inneres Ich“, „mein Rückzugsort“ - innerliche/ die Übungen im Hier und Jetzt bleiben und so weiter, Bewusstseinsübungen, die mache ich auch. Und dann natürlich, klar, die helfen mir. Welche natürlich aber schwierig sind im Dienst, im Büro mit drei Personen. Das ist halt so. (...)“ (P8, Pos. 104)

Aus einzelnen Interviews wurde deutlich, dass die Betroffenen erlernt hatten, in bestimmten Situationen Achtsamkeit zu üben und zu hohen Belastungen aus dem Weg zu gehen.

„I: Sie reden gerade von dem, was Sie gesehen haben, was Sie erlebt haben im Einsatz. B: Ja, nicht so. Ich gehe nicht ins Detail, weil, mein Beobachter meldet sich gerade. Der sagt mir gerade: „Belaste dich nicht.“ Deswegen stoppe ich jetzt gerade hier... I: Wie häufig ist der Beobachter da? B: Der ist immer dann da, wenn ich merke, dass ich in eine Spirale gehe, die mir dann nachher nicht guttut. Dann meldet sich mein Beobachter. Ich habe einen Vertrag mit meinem Beobachter, der mich davor bewahrt, dass ich dissoziiere oder Flashbacks kriege.“ (P2, Pos. 74-77)

„Weil man halt ständig in diesen Einsatzmodus gelaufen ist. Oder immer noch ist, also ich habe jetzt nur Mechanismen gelernt, um es selbst auch zu erkennen in der Analyse. Um dann, je nachdem, wie der Trigger-Moment ist, die Möglichkeit habe auszusteigen, halt dann auch aussteigen kann.“ (P5, Pos. 22)

Inwiefern das Erlernte angenommen wurde, war individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt.

„...wie war das nochmal mit diesen Wörtern oder so was? Mit Riechen, Sehen, Fühlen/ da gab es auch so eine Technik. Die habe ich nicht verinnerlicht, weil es halt nicht/ ich kann sie nicht anwenden. Dafür habe ich keine Zeit. Also normalerweise hätte ich wahrscheinlich schon die Zeit. Aber ich nehme sie mir nicht, sage ich es mal so.“ (P9, Pos. 46)

Das Erlernen von Techniken zur Symptomlinderung musste nicht zwangsläufig durch Verhaltenstherapie erlernt worden sein, sondern konnte auch auf eigenem trainiertem Verhalten beruhen. Inwiefern dieses dann funktional war, ließ sich in diesem Kontext nicht beurteilen.

„B: Ja, sobald ich die Lage überschaut habe und weiß, dass ich Herr der Lage bin, dann fahre ich auch relativ schnell wieder runter. I: Das ist ja nichts, was Sie gelernt haben, sondern etwas, was wir dann/ also nicht aus einer Therapie gelernt haben, sondern etwas, was Sie aus sich selber heraus entwickelt haben? B: Das habe ich mir selbst beigebracht, genau.“ (P9, Pos. 42-44)

Der Themenkomplex „Lernprozesse“ beinhaltet ergänzend den Sachverhalt, dass die Betroffenen gelernt hatten, eine realistische Einschätzung der Erkrankung und des Verlaufes zu erlangen und damit einen realistischen Anspruch an Genesung generieren konnten.

„Aber das ist - glaube ich - das, was sich jeder wünscht, der eine posttraumatische Belastungsstörung hat. Diese berühmte Pille, mit der man das alles einfach vergisst. Die wird es aber leider nie geben. Und ansonsten bin ich mit dem Zustand, den ich jetzt erreicht habe, schon recht zufrieden.“ (P3, Pos. 71)

„Und klar, ich weiß auch, es gibt keine Heilung gegen eine Erkrankung, ich kann es nur damit versuchen zu, ja, überleben oder besser gesagt damit umzugehen einfach.“ (P12, Pos. 86)

4.1.3.2 Individuell-kontextuelle Faktoren

Im Folgenden werden die individuell-kontextuellen Faktoren detailliert beschrieben, welche die psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen dabei beeinflussten das Leben neu auszurichten und damit einen wesentlichen Anteil an der Patientenkompetenz haben könnten. Diese Faktoren sind im Vergleich zu den individuellen Faktoren durch zusätzlich äußerliche, kontextuelle Faktoren beeinflusst. Die Themenkomplexe, welche hierzu aus den Interviews extrahiert werden konnten sind folgende (siehe zusätzlich Tabelle 5):

- „Offener Umgang“
- „Vermeidungsverhalten“
- „Soziale Teilhabe“
- „Sozialer Rückzug“
- „Einfluss der Familie auf die Betroffenen“
- „Einfluss der Erkrankung auf die Familie“
- „Änderung der Familiensituation“
- „Miteinbeziehen der Familie“
- „KameradInnen“

- „Austausch mit Betroffenen“
- „Therapie“

4.1.3.2.1 Offener Umgang

Unter „offener Umgang“ sind Aussagen der Betroffenen subsummiert, die einen offenen oder sogar offensiven Umgang mit der Erkrankung in Bezug zum Umfeld beschrieben.

„I: Wie sind Sie mit Ihrer Erkrankung an der neuen Dienststelle umgegangen? Haben Sie irgendjemand da eingeweiht? B: Geraderaus.“ (P8, Pos. 125-126)

„Und war auch für mich auch damals der auslösende Faktor, um mit der ganzen Sache auch, ja, offen umzugehen, ne. Also ich habe es nicht versteckt, ne. Machen ja auch viele, die sagen, ich bin zwar Einsatzgeschädigt, aber ich verrate es keinem, ne. Oder ich versuche das so ein bisschen zu verdecken. Ich bin damit offen umgegangen, ne.“ (P1, Pos. 70)

Ein transparenter Umgang in Bezug auf das Umfeld schien eher als entlastend wahrgenommen zu werden und sich somit positiv auf die Patientenkompetenz auszuwirken.

„Dass er einfach sagt, pass auf, ja, ich bin krank, ne. Ich gehe offen damit um und versuche es nicht zu verstecken. Weil wenn Sie diese Krankheit verstecken wollen, kostet das nochmal enorme Kraft das zu machen.“ (P1, Pos. 134)

Ein transparenter Umgang wurde aber nicht immer als positiv empfunden. Im folgenden Beispiel zeigte sich eine Überdrüssigkeit der betroffenen Person, immer wieder mit der Erkrankung in Verbindung gebracht zu werden.

„Auf der anderen Seite will man das ja auch nicht immer hinterhergetragen bekommen, seine Geschichte quasi, seine Krankheitsgeschichte. Also bei dem Kommandeur, der darauf gefolgt hat, war ich eigentlich ganz froh, dass man mal so einen Nullpunkt geschaffen hat.“ (P7, Pos. 50)

4.1.3.2.2 Vermeidungsverhalten

Der Themenkomplex „Vermeidungsverhalten“ beinhaltet Aussagen und Erfahrungen der InterviewpartnerInnen zu eigenem vermeidendem Verhalten. Es folgen Analysen, inwiefern sich die Betroffenen bestimmten Situationen entzogen, um der eigenen Konfrontation mit der Erkrankung aus dem Weg zu gehen. Die Vermeidung bestimmter Personen oder Situation stellte hierbei einen wesentlichen Faktor dar.

„Genau, richtig, diese Vermeidungssache. Es ist halt bei mir auch. Ich gehe auch nicht in einen Zug, ich gehe auch nicht in einen Bus, wenn es nicht irgendwie sein muss.“ (P6, Pos. 44)

„... wer auch nicht rausgeht, dem kann auch nichts Schlimmes widerfahren. Also ich habe mich meinem Leben angepasst...“ (P4, Pos. 30)

„..., wenn wir Cross-Flugbetrieb haben, zum Beispiel auch F16. F16 ist damals das Flugmuster, was abgestürzt ist. Wenn bei uns Cross-Flugbetrieb F16 ist, dann habe ich meistens Gründe, nicht mehr in der Einsatzsteuerung zu sein. Also ich gehe dem aus dem Weg, mich mit F16 auseinanderzusetzen.“ (P7, Pos. 42)

„...ich gehe einfach nicht dahin, wo ich in Stresssituationen komme.“ (P9, Pos. 172)

„Aber ich gehe halt trotzdem nicht mehr groß raus. Aber ich habe mir so meine kleine Burg aufgebaut und da bin ich auch glücklich.“ (P4, Pos. 30)

Ob das Vermeidungsverhalten ausschließlich positiven oder negativen Einfluss auf das Krankheitserleben und die Krankheitsverarbeitung und somit auf die Patientenkompetenz hat, kann auf Grundlage der Aussagen der Betroffenen nicht sicher bewertet werden. Es wurden jedoch sowohl positive wie negative Empfindungen in diesem Zusammenhang berichtet. Hierbei spielen PTBS-spezifische Symptome, die mit dem Vermeidungsverhalten minimiert werden sollen, eine übergeordnete Rolle. Ein exemplarisches Beispiel hierfür ist folgendes Zitat.

„Ja, ich konnte mit meinen Kindern nicht mehr ins Kino oder ins Schwimmbad fahren. Wenn ich Kindergekreische gehört habe, das hat mich alles getriggert. Ich habe mich ja nicht mehr vor die Tür getraut.“ (P2, Pos. 157)

Da eine ausgeprägte Symptomatik einen besonders großen Einfluss auf das alltägliche Leben und damit einhergehend auf die Patientenkompetenz und folglich auf die Versorgung zu haben scheint, findet diese in einem eigenen Themenkomplex „Symptome PTBS“ nochmals umfängliche Erwähnung.

4.1.3.2.3 Soziale Teilhabe vs. sozialer Rückzug

Der Themenkomplex „soziale Teilhabe vs. sozialer Rückzug“ umfasst Aussagen über die soziale Integration oder den sozialen Ausschluss der Betroffenen - ob selbst geschaffen oder fremdbestimmt - und den Einfluss dessen auf das „neue“ Leben mit der Erkrankung.

Zu Beginn der Erkrankung fand häufig eine Veränderung der sozialen Teilhabe bis hin zum sozialen Ausschluss statt. Diese war durch die Betroffenen teils selbst verursacht oder sogar gewollt oder aber durch das Umfeld initiiert. Als Grund für eine Schwierigkeit bei der sozialen Integration wurde ein neu erworbenes Misstrauen anderen Menschen gegenüber sowie eine PTBS-bedingte Agoraphobie genannt.

„Ich fühle mich ZUNEHMEND sozial integriert. Es ist jetzt aber nicht so, dass ich sage, dass mein soziales Umfeld das gleiche ist jetzt schon wieder, wie es das in den Jahren vor der Erkrankung war. Also es ist schon so, dass auch Freundschaften daran zerbrochen sind und ich schon auch noch alleiner dastehe als ich das früher war/ der Fall war. Das baut sich alles langsam wieder auf über die Jahre. Aber Sie werden halt auch oder ich bin halt auch sehr viel MISSTRAUISCHER Menschen gegenüber geworden. Und ich kann natürlich gewisse Sachen einfach nicht mehr machen. Also so, wie ich das schon sagte, mit den Konzerten oder so, wo man natürlich tausend Menschen kennenlernt, das findet halt einfach alles gar nicht mehr statt.“ (P3, Pos. 87)

„Also der größte Hinderungsgrund bin ich. Gerade der Rückkehr ins soziale Leben. Ist einfach so. Weil die Hürden einfach zu groß sind, aufgrund der Erkrankung einen Schritt zu gehen, ne.“ (P1, Pos. 160)

„Es haben sich die ganzen Dinge, die ich davor gemacht habe, sprich, zum Beispiel auf Festivals gehen, Rock am Ring, Sonstiges, die haben sich alle zurückgefahren. Also UNBEWUSST bin ich da einfach nicht mehr oder im Inneren bewusst, wie auch immer, ich weiß es nicht, bin ich nicht mehr hingegangen. Ich habe bemerkt, wenn ich Einkaufen gegangen bin oder generell in Menschenmassen oder Sonstiges, wo auch Leute waren, auch wenn es nur zehn, fünfzehn Mann waren, da habe ich mich komplett immer weiter rausgezogen.“ (P14, Pos. 40)

Ein sozialer Ausschluss konnte fremdbestimmt geschehen, indem sich z. B. ein Freundeskreis von der betroffenen Person abwendete. Die Gründe hierfür waren mannigfaltig, aber häufig mit dem Unverständnis und dem unsicheren Umgang der außenstehenden Personen mit der Erkrankung der betroffenen Person und mit der damit einhergehenden Symptomatik verknüpft. Häufig fand aus diesem Grund ein vollständiger Wechsel des sozialen Umfeldes statt. Ein kompletter Wegfall des sozialen Umfeldes bzw. des Freundeskreises war keine Seltenheit.

„Also das neue Umfeld, das alte Umfeld kam mit dem neuen Ich nicht mehr zurecht und hat sich mehr oder weniger verabschiedet.“ (P5, Pos. 16)

„Gute Freunde, die man damals als gute Freunde angesehen hat, sind keine Freunde mehr. Nicht mal, weil kein Verständnis da war, sondern einfach: Ich habe mich geändert und dementsprechend dann auch die Personen nicht damit umgehen konnten.“ (P8, Pos. 84)

„Ja, ich pflege seit 2015 eigentlich keinen Kontakt mehr zu/ ich habe eigentlich keine Freunde mehr.“ (P7, Pos. 80)

„Heute geht das nicht mehr. Mein Freundeskreis hat sich SEHR, sehr verkleinert. Ich habe, sage ich mal, ein paar Leute. Zu denen habe ich sehr hohes Vertrauen. Die wissen auch von meiner Erkrankung und da wird sich halt eben sehr viel entweder dann bei denen zu Hause getroffen oder die kommen zu mir.“ (P10, Pos. 100)

Ein weiterer Faktor für den Wechsel eines gesamten Freundeskreises konnte eine zunehmende Diskrepanz sein, bei der die betroffene Person das Gefühl hatte, keine Positivität mehr aus den alten Beziehungen ziehen zu können.

„Also ich hatte nicht das Gefühl bei meinen Freunden, dass mich das tatsächlich weiterbringt, mich mit denen zu unterhalten. Irgendwie habe ich nur noch mit dem Oberleutnant von damals Kontakt und das halt auch nur noch sporadisch. Der ist mittlerweile jetzt im Truppenkommando. Aber Freunde von früher habe ich keine mehr. Ich habe quasi nur noch meine Family.“ (P7, Pos. 80)

Wenn eine Desintegration vorlag, wurde diese unterschiedlich bewertet, teils als schwerer, teils als unwesentlicher Verlust.

„I: Vermissen Sie die Integration oder das gesellschaftliche Leben? Oder sagen Sie, das ist etwas, was Sie nicht mehr brauchen? B: Ja, doch, total.“ (P7, Pos. 81-82)

„Jetzt HEUTE ist es so, dass ich immer noch nicht das vollständige Leben habe wie früher. Vielleicht will ich das auch (lachend) garnicht mehr, muss ich auch sagen. Aber es ist so, dass ich normale soziale Kontakte pflegen kann. Dass ich mich mit meinen Freunden, mit meiner Familie auch wieder treffen kann. Ja, meine Ehe ist zerbrochen am Ende der Erkrankung, aber unterm Strich ist das auch nichts, wo jetzt die Welt von untergeht, muss ich sagen.“ (P3, Pos. 37)

Den Einfluss der Erkrankung auf die Familie und die Familiensituation, wird in den separaten Themenkomplexen „Einfluss der Erkrankung auf die Familie“ und „Änderung der Familiensituation“ detailliert dargestellt.

Die soziale Integration wurde insgesamt als positiv bewertet und gab der betroffenen Person das Gefühl, ein Teil der Gesellschaft und als solches akzeptiert zu sein.

(Anmerkung der Autorin: Es folgt die Antwort auf die Frage, ob bestimmte Personen bei der Krankheitsbewältigung miteinbezogen werden.) *„B: Ja, das ist halt jetzt so (lachend) etwas mehr oder weniger durchwachsen, aber prinzipiell ja, weil, da kommt auch so eine gewisse Kameradschaft rüber, Zusammenhalt, ein Aufgabenbereich, das Gefühl irgendwo angenommen zu sein, willkommen zu sein. Es gibt eine innerliche Zufriedenheit. I: Fühlen Sie sich also integriert? B: Ja.“ (P8, Pos. 138-140)*

Die Therapie schien auf die soziale Integration einen wesentlichen Einfluss zu haben und diese positiv zu beeinflussen.

„Jetzt wieder integriert. Also ich bin aktiver geworden, auch im Rahmen der Behandlung von der Truppenärztin her und von der Psychologin. Ich geh bedeutend mehr raus, ich habe wieder mehr Kontakte zu Freunden, außerdienstliche Veranstaltungen mit Kameraden habe ich auch wieder daran teilgenommen. Davor war ich alleine. Ich wollte meine Ruhe haben. Da wollte ich mit niemandem was zu tun haben. (...) Ja. Einfach ich alleine sein.“ (P11, Pos. 120)

In der Annahme, dass eine soziale Integration sich förderlich auf die Patientenkompetenz auswirkt, können zusammenfassend folgende Faktoren als förderlich oder hinderlich in Zusammenhang mit sozialer Integration aus den Aussagen der Betroffenen extrahiert werden (Tabelle 9).

Tabelle 9: Faktoren, die einen Einfluss auf die soziale Integration von psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen in die Gesellschaft haben

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Geringe Symptomatik	Starke Symptomatik (z.B. Misstrauen, Agoraphobie, Depression)
Wunsch nach Akzeptanz ein Teil der Gesellschaft zu sein	Subjektives Unverständnis Außenstehender für Erkrankung
Therapie mit Reduktion der Symptomatik	Subjektive fehlende Unterstützung Außenstehender
	Unsicherheit außenstehender Personen im Umgang mit Erkrankung und Symptomen

4.1.3.2.4 Familie

Die Familie spielt eine große Rolle im Kontext der Patientenkompetenz. Sie ist maßgeblich an der Neuausrichtung des Lebens nach den eingetretenen Trauma-bedingten Veränderungen beteiligt. Der Themenkomplex Familie umfasst die untergeordneten Themenkomplexe

- „Einfluss der Familie auf die Erkrankung“
- „Einfluss der Erkrankung auf die Familie“
- „Änderung der Familiensituation“
- „Miteinbeziehen der Familie“

4.1.3.2.4.1 Einfluss der Familie auf die Erkrankung

Die Familie war ob gewollt oder ungewollt in der Lage, einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und den Krankheitsverlauf zu nehmen, indem sie z. B. auf die Verhaltensänderung der betroffenen Person auf die eine oder andere Weise reagierte. Ein weiterer Grund für die Einflussnahme der Familie auf den Krankheitsverlauf, konnten auch innerfamiliäre Probleme sein, wie z.B. die Erkrankung eines Familienmitgliedes, was eine zusätzliche Belastung für die Familie und die betroffene Person selbst darstellte.

„Und, weil ich halt auch große Probleme mit xxx habe. Nicht nur die Krankheit betreffend, sondern sie ist in der Situation sehr schwierig. Ich kriege sie schwer motiviert für irgendetwas, ne. Weil die Depressionen halt sehr stark sind teilweise so, dass sie nicht die Schule besucht hat, ne und auch sonst

den ganzen Tag im Bett liegen bleibt. Und so weiter. Das natürlich auch Konfliktpotenzial hervorruft, ne. Auch zwischen mir und xxx, ne. Pubertät kommt dazu, ganz klar. Teenie-Alter, ne. Und ja, deshalb die Hilfe auch. Oder sie ist auf dem Trip halt, ich mache jetzt mal was ich will, ne. Regeln und sonstiges brauche ich nicht, ne. Weil sie sagt, ich bin eh schon krank und alles doof, ne. Und ja, jetzt mache ich einfach mal. Und das funktioniert natürlich nicht, wenn man so als Familie zusammenwohnen will.“ (P1, Pos. 56)

Die Familie konnte Hilfestellung geben und unterstützend wirken, in Zeiten in denen die betroffene Person sich besonders einsam und hilflos fühlte.

„Also das ist für mich so. Wenn es mir nicht gut geht, weiß ich irgendwie irgendjemandem immer, mit dem ich reden kann. Ob das mein Vater ist oder meine Mutter ist. Das sind Menschen, die mir zuhören.“ (P2, Pos. 149)

„Und sie hat auf jeden Fall immer an meiner Seite gestanden. Und das/ vor allen Dingen in der schweren Zeit. Also das war wichtig. Und das/ das werde ich ihr auf jeden Fall immer hoch anrechnen, weil, ich war mit Sicherheit absolut nicht einfach. Und sie hätte/ hätte ich voll verstanden, wenn sie weggegangen wäre damals, aber/ ja, sie ist geblieben. Und dann irgendwann haben wir uns entschieden, ein Kind zu kriegen...“ (P4, Pos. 88)

„Wenn ich meinen Mann nicht hätte und meine Hunde nicht hätte, da wäre ich wahrscheinlich schon gar nicht mehr da. Also da hätte ich mir schon lange das Leben ausgeknipst, bin ich ehrlich. Ja. Aber das (...) ist jetzt, sage ich mal/ so Gedanken habe ich jetzt fast gar nicht mehr.“ (P10, Pos. 90)

Auffällig war, dass die Familie häufig einen positiven Einfluss auf die Betroffenen hatte und ihnen eine gute Beziehung zu den Familienmitgliedern wichtig war.

„Ja, meine Familie gibt mir Halt. Also ich bin zwar ein Scheidungskind, aber ich habe sowohl zu meinem Vater als auch zu meiner Mutter, einen sehr guten Kontakt. Ich war zweimal verheiratet, aber auch mit meinen Ex-Frauen kann ich normal/ Also spreche normal mit denen, ich habe meine Kinder alle zwei Wochenenden. Ich habe ein sehr gutes Verhältnis zu meinen Kindern, was mir auch sehr wichtig ist.“ (P2, Pos. 133)

„Also meine Kinder haben sehr hohen Stellenwert. Die geben mir immer wieder Kraft.“ (P2, Pos. 145)

Die Familie konnte auch gegensätzlichen Einfluss auf die Erkrankung ausüben, indem bestimmte Situationen oder bestimmtes Verhalten der Familie, Symptome erst hervorriefen oder aggravierten.

„Ich sage mal so, ich habe einen sehr aktiven jungen Sohnmann. Wenn der durchs Haus läuft, dann kann das schon sein, dass mich das richtig triggert.“ (P11, Pos. 42)

Familie konnte der betroffenen Person - gegensätzlich zu dem vorangegangenen Beispiel - auch Hilfe leisten, Symptome zu bekämpfen oder sie überhaupt als solche zu erkennen.

„Die Frau probiert mich halt jetzt dementsprechend einzubremsen, weil sie auch bei meiner Therapie mal mit dabei oder mehrfach mit dabei war, wo wir dann auch darüber gesprochen haben. Sie hat dann auch teilweise/ oder bremst mich halt dementsprechend ein. Sagt dann hier "Pass auf, das reicht jetzt". Ja. Das sind so Sachen, wo ich dann auch merke: Okay, jetzt ist gut.“ (P11, Pos. 46)

Ein wichtiger Faktor, in Bezug auf die Familienmitglieder, war sich von der Familie verstanden und akzeptiert zu fühlen. Einige Betroffene wünschten sich von den Familienmitgliedern mehr Verständnis für PTBS-bedingtes Verhalten und Symptome (z. B. Depressionen).

„...was wünsche ich mir von meiner Familie? Ich glaube, manchmal ein bisschen mehr Feingefühl auch, was die Erkrankung betrifft. (...) Dass es halt immer wieder dazu kommen kann. Auch Verständnis, dass es halt auch mal Tage gibt, die nicht so gut laufen. Ich glaube, das fehlt ab und an so ein bisschen.“ (P11, Pos. 108)

„Na gut, ich würde mir einfach wünschen, dass ich aber nicht mich jedes Mal rechtfertigen muss, warum ich vier Stunden nur vielleicht arbeite jetzt oder warum ich dann zum Beispiel an dem Tag nicht aus dem Bett aufsteigen kann oder Ja. Und nicht diesen Druck kommt die ganze Zeit: „Hey, du musst, du musst, du musst.“ (P12, Pos. 90)

4.1.3.2.4.2 Einfluss der Erkrankung auf die Familie

Wie bereits erwähnt, hatte die Familie einen großen Anteil an der Krankheitsbewältigung und an der Neuausrichtung des Lebens. Dies bedeutete aber auch, dass die Erkrankung selbst Einfluss auf die Familie und das Familienleben nahm. Ursache waren häufig Symptome oder Symptomkomplexe, die das Familienleben erschwerten.

„...natürlich die Kinder, die sind genauso belastet unter/ mit der ganzen Sache. Nicht nur die Trennung, ne, sondern auch die Krankheit von mir, weil, die haben es auch hautnah mitbekommen, ne. Die haben den Papa über jahrelang krank gesehen, im Krankenhaus und schlecht gelaunt, ne und ohne Antrieb etc. und alles was dazu gehört. Und das hat die natürlich auch so ein bisschen geprägt, ne. Gerade meine große Tochter, ne. Und deshalb auch jetzt die Erkrankung, die sie jetzt hat, ne, die hat vorrangig damit zu tun oder hauptsächlich damit zu tun. Und ja, das ist so die Auswirkung, ne, auf das Familiäre. (P1, Pos. 36)

„Also auch diese Fürsorge gegenüber der Familie hat massiv zugenommen. Und das erdrückt die auch ein bisschen auch, ne, wo die dann sagen: „Nein, jetzt mach auch mal was für dich. Wir kommen auch alleine zurecht.““ (P5, Pos. 58)

Die Symptomatik war teils so ausgeprägt, dass sie nachhaltig Beziehungen zu den einzelnen Familienmitgliedern schädigen konnte.

„Ja, der ausschlaggebende Punkt waren eigentlich meine Kinder. Ich bin nicht handgreiflich geworden oder so, aber/ ja, ich will nicht sagen, die haben sich abgewendet. Aber es war schon eine Distanz zu erkennen, die einfach vorher nicht da war zwischen den Kindern und zwischen mir.“ (P7, Pos. 26)

„Da weiß ich nicht, ob ich das dann damals vielleicht auch so ein bisschen nachhaltig auch kaputt gemacht habe, das Verhältnis zu meinen Kindern, ne“ (P7, Pos. 58)

Die Erkrankung nahm insofern Einfluss auf das Familienleben, dass „normale“ Aktivitäten mit der Familie, aufgrund der Symptomatik der betroffenen Person, nicht möglich waren. Wie groß dieser Verzicht dann in die Familie empfunden wurde, war individuell unterschiedlich.

„I: Nimmt dieses Verhalten auch Einfluss dann auf die Familie? B: Ja, natürlich. Klar. Ich bin auch nicht/ kann nicht spontan sein. Also wenn sie sagen würden, wir fahren jetzt mal spontan ins Phantasialand. Sage ich, nein, tut mir leid. Das muss ich schon vorbereiten. I: Ist das ein Konfliktfeld, was dann auch in der Vergangenheit häufiger dann gewesen? B: Ja, was heißt ein Konfliktfeld? Würde ich nicht sagen. Zum Beispiel meine Kinder sind es gewohnt, dass es so ist bei mir, mittlerweile. Ja, die kennen das nicht anders, ne. Und klar, würden sie sich es auch anders wünschen. Logisch, ne. Aber die akzeptieren das, ne. Weil sie auch mittlerweile in ihrem Alter wissen, warum das so ist, ne.“ (P1, Pos. 109-112)

Erst durch das Krankheitsverständnis, kam es in einigen Fällen dazu, dass die Familie zur Stütze werden konnte. Es schien also wichtig zu sein, die Familie miteinzubeziehen, um Wissen über die Erkrankung und ein damit einhergehendes Krankheitsverständnis zu vermitteln.

„Also meine Frau und ich sind in der Situation zusammengewachsen, nachdem uns eigentlich klar war, woran es tatsächlich gelegen hat. Und da hat ihre Erkrankung bei ihr halt Sachen auch psychisch ausgelöst. Ich habe mich um mich gekümmert, sie hat sich um sich gekümmert. Und eigentlich hätten wir uns beide auch gegenseitig irgendwie um uns kümmern müssen. Das haben wir halt in dem Jahr nicht geschafft. Und als uns aber dann klar war, wie wir mit der Situation, zumindest mit der Krankheit von meiner Frau umgehen können und zumindest, wie wir beide damit umgehen können, was mir passiert ist, sind wir da zusammengewachsen. Also uns als Ehepartner hat das so, wenn man das überhaupt so sagen kann, weitergebracht. Also wir sind definitiv weiter als 2014. Ja.“ (P7, Pos. 56)

Die InterviewpartnerInnen beschrieben, dass die Erkrankung Einfluss auf das Gefühlsleben nahestehenden Personen bzw. Familienmitglieder nahm.

„Also ich hatte meine Frau... zweimal bei einer Therapie dabei, bei einer, wo ich in der Reha-Klinik war. Da hat sie das geschildert. War auch hart für sie. Da habe ich sie auch das erste Mal sehr emotional erlebt.“ (P4, Pos. 96)

„Also muss sagen, familiär direkt sind die erschrocken von den Änderungen. Die haben es natürlich wie alle anderen ja auch mitbekommen. Und die knapsen, glaube ich, immer noch da dran.“ (P5, Pos. 58)

„Ja, meine Mutter/ Die ist damals zusammengebrochen, nachdem ich die ja angerufen habe und ihr selbst davon erzählen musste. Und sie hat auch recht dadrunter gelitten. Mein Vater auch. Den habe ich dann auch das erste Mal heulen sehen. Also so. Und/ Ja, es hat halt alles drunter gelitten, ne.“ (P6, Pos. 92)

Dass die Erkrankung in manchen Fällen unweigerlich Einfluss auf das Familienleben und die Familienmitglieder hatte, wurde von den Betroffenen häufig als negativ bewertet und konnte sogar Schuldgefühle auslösen. Ein Beispiel hierfür ist folgendes Zitat mit implizierter Reaktion auf die Frage ob die Symptomatik häufiger aufträte.

„Ah, das war sehr häufig. Ja, ich bin doch Vater von meinen Kindern, das ist schon/ Auch, dass ich/ Ich habe geweint und habe gesagt: „Der Papa kann nicht so wie (weint)...“ (P2, Pos. 88-91)

Der Themenkomplex „Schuldgefühle/Scham“ scheint einen wichtigen Aspekt in der Patientenkompetenz darzustellen, weshalb dieser in der Arbeit noch gesondert betrachtet wird und eine detaillierte Beschreibung folgt.

Weitere Beispiele für die Meinung, dass der Einfluss der Erkrankung auf die Familie negativ besetzt ist, sind folgende Zitate.

„Es gibt KEINE Ehe, keine Partnerschaft und auch keine Kinder-Erkrankten-Beziehung, die gesund ist, wenn derjenige eine posttraumatische Belastungsstörung hat.“ (P3, Pos. 97)

„Familie, alles drunter gelitten natürlich.“ (P6, Pos. 42)

„...ich möchte jetzt nicht, dass die PTBS daran schuld ist, aber gutgetan hat sie der Ehe definitiv nicht. Sagen wir es so.“ (P8, Pos. 88)

4.1.3.2.4.3 Änderung der Familiensituation

Begründet durch die Erkrankung und der damit einhergehenden Verhaltensänderung, kam es teilweise zur Änderung der Familiensituation. In den meisten Fällen beziehen sich die Aussagen auf Trennungen aufgrund der krankheitsbedingten Belastungen in der Partnerschaft.

„Die Familie entwickelt/ die ist eigentlich da dran zerbrochen an meiner Krankheit, ne. So schlimm wie es sich anhört, ne. Aber im Nachhinein ist es so gewesen. Die Belastung für die Familie und auch gerade für die Partnerschaft, die war nachher so groß, dass wir nachher gesagt haben, das bringt so nichts mehr, ne.“ (P1, Pos. 36)

„Im Nachhinein macht mich das halt auch traurig, dass meine Ehe da dran kaputt gegangen ist. Weil, das ist nicht das, was ich mir gewünscht habe für meine Zukunft, ja? Ich wollte auch immer eine Familie haben. Ich wollte auch glücklich sein. Ich wollte eine Familie haben, die in Ordnung ist und nicht, wo

ein Elternteil krank ist und mit seinem Leben nicht zurechtkommt. Ja. Ist ja das, was kein Mensch möchte.“ (P2, Pos. 149)

In den überwiegenden Fällen, wurden die Trennungen, welche auch teilweise mit Schuldgefühlen behaftet waren, als Verlust wahrgenommen und konnten somit eher als hinderlicher Faktor im Hinblick auf die Patientenkompetenz gewertet werden.

Die Familiensituation konnte sich insofern ändern, dass beispielsweise während der Phase starker Symptomatik der Kontakt zu der Familie reduziert wurde und nach Verringerung der Symptome wieder mehr stattfand, wie in folgendem Beispiel dargestellt.

„Habe ansonsten sechs Halbgeschwister, die aber leider 250 Kilometer von mir weg wohnen im Sauerland. Zu denen herrscht unterdessen wieder ein enger Kontakt. Während der Erkrankungsphase, gerade so von, ich möchte sagen, 2010, kurz bevor ich in die Klinik gegangen bin. Bis so diese stationäre Sache, also diese tagesklinische Sache 2016 wirklich abgeschlossen war, war der Kontakt da auch relativ überschaubar. Seitdem ist er wieder mehr geworden. Ist ein normaler Kontakt geworden. Wir treffen uns mehrmals im Jahr. Ja. Machen halt ganz normale Sachen, Grillen, Essen gehen, Treffen.“ (P3, Pos. 83)

Diese beispielhafte Aussage ist eng verknüpft mit den Themenkomplexen „soziale Integration vs. sozialer Rückzug“. Diese werden in den entsprechenden Kapiteln genauer beleuchtet.

4.1.3.2.4.4 Miteinbeziehen der Familie

Die Integration der Familie in den gesamten Krankheits- und Rehabilitationsverlauf scheint ein weiterer wesentlicher Aspekt zu sein, der Einfluss die Patientenkompetenz haben kann. Das Leben wurde entweder mit oder ohne Integration der Familie in die Gedanken- und Gefühlswelt der Betroffenen neu ausgerichtet. Ein Miteinbeziehen der Familie konnte einen positiven Effekt auf die betroffene Person haben und sie bei der Krankheitsbewältigung unterstützen. Insbesondere die Aussprache untereinander sowie die Schulung des Krankheitsverständnisses, schienen hier wesentliche Faktoren zu sein.

„... Die haben viel Gesprächswochenenden angeboten für die Familien. Angefangen, also es waren verschiedene Bausteine, angefangen davon erstmal den Familien und Angehörigen zu erklären, was das überhaupt ist. Was ist Einsatzschädigung, PTBS? Warum sind die Menschen so, die daran erkrankt sind und so weiter. Ja, das waren immer verschiedene Wochenenden, die haben aufeinander aufgebaut. Und es wurden dann auch Auszeiten für die Familien angeboten oder werden immer noch angeboten, ne. Wo man einfach mal komplett raus kann, ne und halt mit Unterstützung der Kirche dann weggefahren ist. Mit therapeutischer Unterstützung natürlich auch. Und ja, das war auch so ein Baustein, wo ich gesagt habe, das hat auch gut geholfen, ne, mit dem ganzen zusammen sprechen.“ (P1, Pos. 24)

„...habe dann ganz viel..., diese Seminare, die die anbieten. Sowohl einzeln als auch mit Familie. Das hat mir sehr viel gegeben.“ (P8, Pos. 62)

Insbesondere das Wissen der Familie über krankheitsspezifische Symptome, führte zu mehr Verständnis und Akzeptanz.

„Nachdem das dann halt aufgeklärt wurde, warum ich so bin, wie ich bin, hat meine Frau es dann halt auch verstanden. Warum ich dann ab und zu so explosiv bin bei Kleinigkeiten, warum ich so penibel bin, was Ordnung angeht.“ (P 9, Pos. 98)

„Und da fand ich das Seminar gut, auf dem wir waren: "Unter einem Dach". Da haben ihm mal PTBS-erkrankte Soldaten ihm mal versucht zu erklären, was in dem Moment vielleicht in ihnen vorgeht. Und, ja, da ist das Verständnis doch ein bisschen besser geworden.“ (P10, Pos. 90)

Das Miteinbeziehen der Familie hatte nicht nur Effekte auf die betroffene Person, sondern auch auf die Familienmitglieder selbst, die somit mehr Einblicke gewinnen konnten. Dies wirkte sich wiederum positiv auf das Krankheitsverständnis aus.

„...die tatsächlich ein Partnerseminar angeboten haben. Es hatte schon nach dem ersten Einsatz ein dreiviertel Jahr vorher meiner Liebsten extrem gutgetan, halt auch mal das Umfeld kennenzulernen.“ (P13, Pos. 36)

Unter dem Themenkomplex „Miteinbeziehen der Familie“ sind ebenso Aussagen über das NICHT Miteinbeziehen der Familie, sprich den Ausschluss der Familie, zusammengefasst. Der strikte Ausschluss der Familie aus der Gefühls- und Gedankenwelt der Betroffenen, stellte eine Belastung für die betroffene Person, die Familienmitglieder und das familiäre Zusammenleben dar.

„Was ganz schlimm auch dann bei meinen Eltern war, wo ich, ach, mit denen nicht mehr reden konnte oder wollte.“ (P4, Pos. 38)

Der Ausschluss der Familie, konnte auf vielen Faktoren begründet sein, wie beispielsweise auf Komorbiditäten (z. B. Depressionen), krankheitsspezifischen Aspekten wie Schuldgefühlen oder schwierigen Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern.

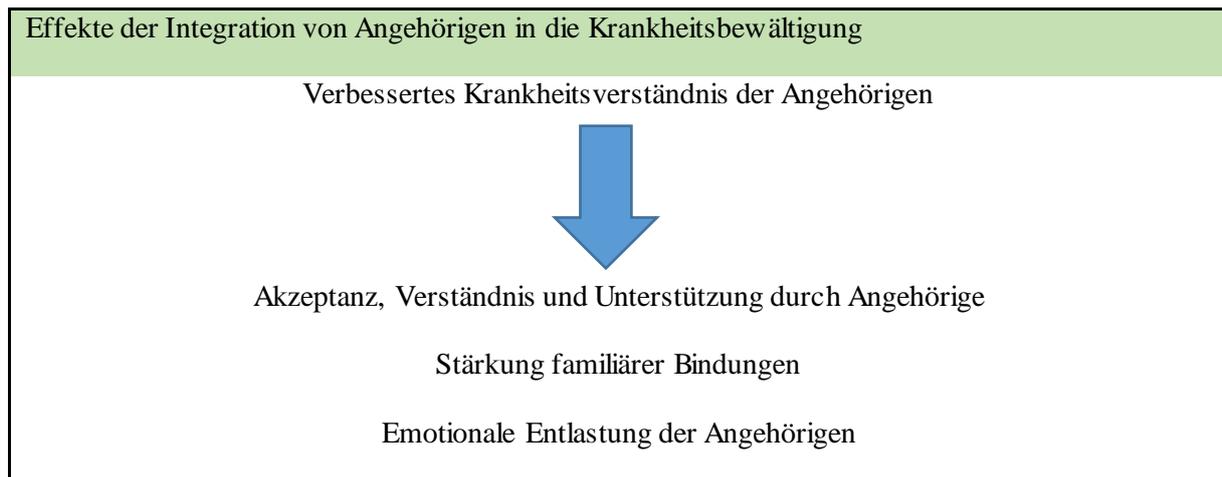
„B: Das habe ich ihm aber allerdings nicht gesagt, dass das mich belastet hat. I: Auch bis heute nicht? B: Nein. Das will ich ihm auch nicht sagen. Weil sonst macht er sich wieder Vorwürfe.“ (P10, Pos. 96-98)

„Also letztlich weiß MEIN TEIL meiner Familie und das ist exakt meine Mutter und meine Großmutter und mein Stiefvater, wenn man so möchte. Die wissen gar nichts davon. Die wissen, dass ich im Einsatz war und die haben keine Ahnung davon, dass ich da einen Schaden von getragen habe. Ich habe das einfach von denen ferngehalten, weil ich von denen keinerlei Unterstützung erwarte, ja,

beziehungsweise auch DA nicht ein unerheblicher Teil der Belastung von mir herkommt.“ (P13, Pos. 60)

Insgesamt lässt sich sagen, dass das Miteinbeziehen der Familie in die Erkrankung eher einen positiven Effekt auf die Betroffenen und die Familienmitglieder hat, als der Ausschluss der Familie. Durch das verbesserte Krankheitsverständnis kann mehr Akzeptanz für die betroffene Person geschaffen werden, was sich positiv auf die Patientenkompetenz auswirkt. Die Effekte der Integration sind in folgender Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Positive Effekte der Integration von Angehörigen von Soldaten mit psychischer Einsatzschädigung in die Krankheitsbewältigung



4.1.3.2.5 KameradInnen

Unter dem Themenkomplex „KameradInnen“ sind verschiedene Aussagen mit Bezug auf KameradInnen, sprich militärischen ArbeitskollegInnen und Vorgesetzten, subsumiert. Auffällig war, dass besonderes das dienstliche Umfeld einen erheblichen Anteil am Wohlbefinden der Betroffenen, an der Krankheitsbewältigung und an der Neuausrichtung des Lebens - im positiven wie in negativem Sinne - hatte. Der Umgang der KameradInnen mit der betroffenen Person und ihrer Erkrankung wurde von den InterviewpartnerInnen sehr heterogen beschrieben. Stigmatisierung war in diesem Zusammenhang ein wichtiger Aspekt. Dieser wird aus diesem Grund in einem eigenen Kapitel „Stigmatisierung“ behandelt und detailliert beschrieben.

Viele Betroffene beschrieben eine Unterstützung durch KameradInnen zu erfahren. Diese konnte unterschiedlicher Art sein. Vertrauen, Verbundenheit und Arbeitsklima spielten in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle.

„Der Kameradenkreis gehört dazu für mich, ne, dem man sich anvertrauen kann.“ (P1, Pos. 70)

„Es ist für mich ganz gut, dass ich Vertrauen zu den Leuten hier habe. Und dass ich mich hier wohl fühle. Und dass es hier in der Kaserne sehr ruhig ist. Wenn das anders wäre, wüsste ich nicht, wie es mir dann gehen würde.“ (P10, Pos. 120)

„I: Wie gehen Menschen in Ihrer Umgebung damit um? Kameraden, auch im privaten Umfeld. B: ... Jetzt auf der Dienststelle, wo ich jetzt bin, Kameraden (...) für mich tatsächlich mehr oder weniger, also tatsächlich vorbildlich, ich könnte es mir nicht besser denken.“ (P8, Pos. 49-50)

Eine direkte Unterstützung und Protektion durch KameradInnen im Umgang mit Symptomen wurden ebenfalls genannt.

„Und das neue Umfeld, was sich dann so ergeben hat, hat gelernt, an Grund meines Stresslevels oder Reaktionslevel zu erkennen, in welchem Modus ich mich befinde. Und bremst mich dann von sich aus schon ein. Also auch hier Dienstbetrieb, oder auch privat. Also wo sie sagen: „Nein, du nimmst dir jetzt Zeit für was anderes. Du hörst/ lässt das liegen und machst was anderes.““ (P5, Pos. 16)

„Ich sage mal, mittlerweile, meine Arbeitskollegen, die merken das. Und dann kommt dann xxx und spricht mich dann an. Und dann ist man auch ganz schnell wieder da. Oder wenn ich dissoziiere. Wenn ich dann nicht da bin, dann reicht das manchmal, wenn man mich dann anspricht.“ (P10, Pos. 28)

Es kristallisierte sich heraus, dass die direkte Kommunikation der Betroffenen mit ihren KameradInnen eine Grundlage für Krankheitsverständnis schaffen konnte.

„Heutzutage ist es so, dass ich mit meinen Kameraden offen darüber rede, was ich habe. Da gehe ich ganz offen mit um. Gehe ich auch fast offensiv mit um, damit jeder weiß "Pass auf, über Einsätze, das wunderschöne Land Afghanistan und Notaufnahmen im Auslandseinsatz unterhalten wir uns einfach nicht in meiner Anwesenheit. Ansonsten würde ich bitte rausgehen dürfen und/ weil ich habe eine posttraumatische Belastungsstörung. Und alles andere können wir machen". Und das wird auch breit akzeptiert.“ (P3, Pos. 61)

„Ja, die Kameraden wussten das. Ich habe die auch immer besucht, wenn ich vorstellig werden musste für die Arzttermine in Zweibrücken. Da bin ich damit offen umgegangen. Denen habe ich das gesagt, den Jungs. I: Wie war die Reaktion? B: Extrem verständlich.“ (P4, Pos. 62-64)

Besonders auch die direkte Kommunikation, die initiativ von die KameradInnen ausging, wirkte sich positiv auf das Krankheitsverständnis und die Krankheitsakzeptanz aus.

„Ja natürlich kamen Kameraden auf mich zu und haben dann gesagt, hier "Schön, dass du da bist. Wir haben gehört, du hast eine Einsatzschädigung. Müssen wir auf irgendwas achten? Gibt es irgendein Problem? Können wir ganz normal hier reinkommen?" Ich sage "Ja, verhaltet euch ganz normal. Wenn irgendwas ist, wenn irgendwas nicht funktioniert, dann werde ich das sagen". Und das war, glaube ich,

so einer der wichtigsten Punkte. Offenheit, offen damit umgehen. Aber auch offen empfangen werden. Ja.“ (P8, Pos. 128)

KameradInnen konnten, mutmaßlich aus Fürsorge, dazu neigen, die betroffene Person überprotektiv zu behandeln, was als wenig förderlich empfunden wurde. Auch hier half eine direkte Kommunikation mit den KameradInnen.

„Am Anfang als wäre ich ein Schwerbehinderter. Das hat mich richtig genervt. Als wäre ich so ein rohes Ei, was bloß nicht runterfallen darf. Und das kann ich gar nicht leiden. Und daraufhin habe ich die dann auch hingewiesen und gesagt, dass ich das GAR nicht möchte. Und dann ist es mit den meisten Kameraden relativ gut geworden.“ (P 9, Pos. 64)

Die Anerkennung durch KameradInnen schien für die Betroffenen von enormer Bedeutung zu sein. Ihr wurde ein höherer Stellenwert zugeordnet als offizielle Auszeichnungen oder mediale Anerkennung.

„Wobei der Kern Anerkennung, glaube ich, im eigenen Verband mehr Lösungsansätze bindet als wie diese mediale Anerkennung in der Öffentlichkeit. Aber ich glaube, die meisten, die ich kenne, haben die Veteranendings da nie beantragt. Die, die es beantragt haben, sind die, für sie es eigentlich nicht gedacht war.“ (P5, Pos. 124)

Es fand eine Unterscheidung im Erleben der Betroffenen statt, inwiefern KameradInnen, die selbst in einem gefährlichen Kampfeinsatz gewesen waren, mehr Verständnis für die Erkrankung aufbringen konnten als solche, die nie in Kampfhandlungen verwickelt waren.

„Das heißt, auch die Kameraden, die einen vorher kannten aus dem Dienstalltag, (...) ich sag mal die, die mit einem im Einsatz waren mal, konnten es eher noch und haben am längsten noch die Verbindung gehalten, weil sie es nachvollziehen können. Die, die überhaupt nie im Einsatz waren, oder das Feldlager nie verlassen haben, ich sage mal, die kamen mit diesen neuen Ich oder mit der neuen Bewertung der Situation wahrscheinlich nicht mehr zurecht.“ (P5, Pos. 26)

Des Weiteren hatten die Betroffenen das Gefühl, von den KameradInnen mehr Akzeptanz zu erfahren, die selbst ähnliche Erfahrungen gemacht hatten oder sogar selbst erkrankten.

„Mit denen kann ich mich SEHR gut unterhalten. Die haben absolut ein SEHR offenes Ohr. Und behandeln mich absolut vernünftig. Der Zugführer selbst hatte selbst Erfahrungen damit und weiß, wovon er redet. Und deswegen fühle ich mich auch wohl.“ (P 9, Pos. 66)

Die soziale Isolation spielte auch im militärischen Kontext eine Rolle und konnte bedeuten, dass auch der Kontakt mit KameradInnen deutlich eingeschränkt wurde, was gemäß den Aussagen der InterviewpartnerInnen besonders zu Krankheitsbeginn zu beobachten war.

„Und ich wollte da auch keinen Kontakt zu sonderlich vielen Kameraden haben. Ich habe mich da ja auch sozial sehr weit isoliert.“ (P3, Pos. 61)

Die Unterstützung durch Vorgesetzte scheint besonders von Bedeutung zu sein, weshalb der Themenkomplex „Vorgesetzte“ noch einmal spezielle Beachtung im Zusammenhang mit der Überkategorie „materielle/immaterielle Unterstützung“ in der Hauptkategorie „Versorgung“ findet. Denn einerseits spielte die Reaktion der Vorgesetzten in Bezug auf die Erkrankung eine große Rolle bei der Krankheitsbewältigung und hatte damit Einfluss auf die Patientenkompetenz, andererseits hatte der Vorgesetzte großen Anteil am militärischen Berufsleben der betroffenen Person und damit übergeordnet an der Versorgung durch immaterielle Unterstützung. Ein Beispiel für den Einfluss der Vorgesetzten auf die Patientenkompetenz ist folgendes Zitat.

„Auf der anderen Seite natürlich auch Hilfe in dem Sinne aber Hilfe, zum Beispiel, mein Dienststellenleiter, der sagt, guck, dass du gesund wirst, ne. Da sagt er, das ist wichtig, ne. Und über alles andere brauchst du dir keine Sorgen zu machen, ne. Du behältst deinen Dienstposten, ne, wenn du wieder gesund bist, dann kommst du wieder in den Dienst. Du bist hier immer herzlich willkommen, ne. Das hilft schon mal ganz viel, ne, auf dieser Basis.“ (P1, Pos. 126)

Viele Betroffene beschrieben gemischte, individuelle Reaktionen der KameradInnen auf die Erkrankung, die nicht streng in ausschließlich positive oder ausschließlich negative Reaktionen kategorisiert werden konnten.

„Einmal über Gleichgültigkeit und Ablehnung, bis hin zur wirklichen Hilfe, ne, und auch Unterstützung. Ganz verschieden, ne. Das hatte ich schon mal eben kurz beschrieben. Kameraden, Vorgesetzte, die es ablehnen. Die sagen, das gibt es gar nicht. Stell dich nicht so an. Ja und mach mal. Und das auch gar nicht, ja, einsehen, dass man krank ist, weil, man sieht es halt nicht, ne.“ (P1, Pos. 126)

„Weil, vorher war auch eher wenig Verständnis, weil halt nicht geredet wird. Also selbst, wenn ich wollte, reden. Es ist jetzt nicht so, dass jeder das unbedingt hören will oder das dann auch annimmt oder so. Aber wie gesagt ist es im Großen und Ganzen/ (...) Es ist schwierig. Es ist so, dass es sich die Mitte hält, von den einen ist es so, dass ich gerade von denen, mit denen ich lange genug und am meisten zusammenarbeite den Respekt bekomme, dass ich nicht morgens mit dem Arsch doch im Bett bleibe.“ (P6, Pos. 74)

Ein wichtiger Aspekt, der sich eher negativ auf die Krankheitsbewältigung auszuüben schien, war das Gefühl von Unverständnis der KameradInnen gegenüber der Erkrankung.

„Wie gesagt, ... seit 2006 bin ich bei den Fallschirmjägern. Es war immer ein hohes Gut mit der Kameradschaft. Aber was ich dann da zu diesem Zeitpunkt kameradschaftstechnisch erlebt habe, das war eine Sechs.“ (P11, Pos. 90) (Anmerkung der Autorin: Gemeint ist der Umgang der KameradInnen mit der Erkrankung zu Krankheitsbeginn.)

„... Aber da habe ich mich überhaupt nicht ernst genommen gefühlt, ja? Nach so vielen Jahren kommt da ein xxx (Anmerkung der Autorin: Der Dienstgrad der interviewten Person wurde zugunsten des

Datenschutzes durch „xxx“ ersetzt) mit 40 Jahren wieder zurück in die Armee, erzählt irgendetwas von einer posttraumatischen Belastungsstörung. Und ich habe mich da überhaupt nicht verstanden gefühlt.“ (P2, Pos. 81)

„Keinerlei Rücksichtnahme, egal ob von höheren, gleichwertigen oder sonstigen Leuten. Also ich hätte mir tatsächlich am liebsten einen Sticker drauf geklebt mit "irre" oder "ich wurde gerade Gefecht“ hätte vielleicht gereicht.“ (P6, Pos. 18)

„B: ...Von denen ich im Endeffekt gar kein Verständnis in irgendeiner Art und Weise irgendwie entgegengebracht bekommen habe. Ja? I: Was sind das für Kameraden? B: Das sind vor allem die aus den Stabsabteilungen. Also gerade mein/ also die aus den Stabsabteilungen ist falsch gesagt. Da ist es vor allem der Kompaniefeldwebel, vor allem der S3 Feldwebel.“ (P13, Pos. 20-22)

Das Unverständnis der KameradInnen wurde in folgendem Beispiel mit Neid und Unwissenheit über die Erkrankung und deren Symptome begründet.

„Ein bisschen Neid und Missgunst spielen da natürlich dann auch mit rein. Ich kriege die volle Bezahlung für 50 Prozent der Zeit. Ich weiß nicht, welche Vorstellung die haben, ob ich den ganzen Tag Zuhause in der Sonne liege und die Füße hochlege oder ich weiß es nicht. (seufzt) Aber da fehlt mir einfach das Verständnis und ich kann dieses Verständnis selber nicht erzwingen. Ich fürchte, da braucht es einfach Aufklärung und das auch verbindlich durch den Dienstherrn gesteuert. Gerade für die Führungskräfte.“ (P13, Pos. 88)

Aber selbst, wenn vonseiten der KameradInnen Verständnis und Interesse entgegengebracht wurde, bedeutete dies nicht, dass dies zwingend einen positiven Effekt auf die Patientenkompetenz haben musste, wie folgende Beispielzitate belegen sollen.

„Bin ja immer wieder zu Arztbesuchen dahin, musste zu meinem Disziplinarvorgesetzten, meinen Krankmeldeschein abgeben. Natürlich wurde dann auch gefragt: „Wie geht es dir?“ Aber wie man mir dort gegenüberstand, damit konnte ich überhaupt nicht umgehen, weil das waren/ Die waren alle jünger wie ich.“ (P2, Pos. 83)

„Aber auch die Kameraden sagen es ja immer, ja: „Boah, das, was du erlebt hast, das will ich nicht erlebt haben“ und/ Also sagen, dass sie Verständnis haben, aber... I: Empfinden tun Sie was anderes? B: Ja, es ist schon so.“ (P2, Pos. 123-125)

Häufig unterschied sich das Verständnis von Fürsorge und Interesse der KameradInnen der psychisch einsatzgeschädigten Person gegenüber zwischen den beiden Parteien. Aus dem folgenden Zitat wird die Erwartung einer Kontaktpflege deutlich, die der Meinung der betroffenen Person nach von der Einheit hätte ausgehen sollen. Das Nichterfüllen der Erwartung wurde von der interviewten Person als mangelndes Interesse ihr gegenüber gewertet, wie folgendes Beispielzitat zeigt.

„Und bin quasi mit den Worten vom Chef verabschiedet worden "Wenn Sie was brauchen, melden Sie sich". Und dann habe eigentlich von der Kompanie neun Wochen lang nichts mehr gehört.... kannte ich das eigentlich so, dass sich irgendwann mal der Chef oder der Spieß mal meldet oder mal der Zugführer mal nachfragt "Wie geht es dir? Passt alles? Brauchst du was?". Aber da kam gar nichts. Da kam gar nichts. Ich glaube, ich habe einmal, ein oder zwei Mal mit meinem damaligen Gruppenführer telefoniert, wo ich noch in der Prüfgruppe drin war. Ja. Und das war es dann. (P11, Pos. 78-80)

Zusammenfassend konnten folgende förderliche Faktoren, in Bezug auf das militärische Umfeld aus den Aussagen der Betroffenen extrahiert werden. Sie sind in folgender Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Förderliche Faktoren für die Patientenkompetenz in Bezug auf das militärische Umfeld „KameradInnen“

Förderliche Faktoren
Verständnis der KameradInnen
Akzeptanz der KameradInnen
Wissen über die Erkrankung, Symptome und den Umgang mit ihnen
Einheitliche Vorstellungen von Fürsorge (Betroffene und KameradInnen)
Offene Kommunikation miteinander
Angenehmes Arbeitsklima
Gegenseitiges Vertrauen
Unterstützung durch KameradInnen
Beistand durch KameradInnen
Anerkennung
Angemessene Rücksicht auf die Bedürfnisse und Einschränkungen (keine Überprotektion)
Gefühl der Verbundenheit (z. B. durch Kontakt mit einer selbst betroffenen Person)

4.1.3.2.6. Austausch mit Betroffenen

Ein weiterer Aspekt der zur Stärkung der Patientenkompetenz bei der Neuausrichtung des Lebens beitragen könnte, ist der Austausch mit Menschen, die ein gleiches oder ähnliches Schicksal erlitten haben und psychisch erkrankt waren oder sind. Die Betroffenen konnten häufig durch den gegenseitigen Austausch in unterschiedlicher Weise profitieren.

Der Austausch mit anderen erkrankten Personen konnte z.B. zur Krankheitseinsicht und -Akzeptanz beitragen.

„Und da sind ja nun sehr, sehr, sehr viele Menschen mit Einsatzschädigungen, auch posttraumatischen Belastungsstörungen. Und das erste Mal teilte mir genau diesen Gedanken halt ein anderer Kamerad mit. Und dann haben UNGLAUBLICH lange darüber diskutiert. Also ich glaube fast eine Woche immer wieder. Und irgendwann ist diese Erkenntnis dann tatsächlich auch bei mir so ein bisschen gereift.“ (P3, Pos. 29)

Der Austausch mit anderen Betroffenen vermittelte das Gefühl von Verständnis und Akzeptanz, das Gefühl einen Gleichgesinnten gefunden zu haben und nicht alleine mit der Erkrankung zu sein.

„Wir hatten jetzt einen Kameraden, der hat ein totes Mädchen Bad Neuenahr-Ahrweiler aus seiner Wohnung gezogen. Er versteht mich und ich finde es gut. Klingt eklig, pervers, aber nur er kann mich jetzt ein bisschen verstehen. Und auch seitdem redet er auch anders mit mir. Es war traurig, dass es erst soweit kommen muss, aber/ Hm. Ich wüsste nicht, mit welchem Kameraden ich darüber reden könnte, außer wenn die selbst irgendwie eine Störung haben. Also weil/ Die können es nicht nachvollziehen. Sehr viele wollen es auch nicht. Weil die genauso wie ich vorher nicht dadran glauben, dass es so was gibt.“ (P6, Pos. 70)

„Ich habe zwei Disziplinarvorgesetzte, das ist der Zugführer und mein Chef. Mit denen kann ich mich SEHR gut unterhalten. Die haben absolut ein SEHR offenes Ohr. Und behandeln mich absolut vernünftig. Der Zugführer selbst hatte selbst Erfahrungen damit und weiß, wovon er redet. Und deswegen fühle ich mich auch wohl.“ (P9, Pos. 66)

Einige InterviewpartnerInnen nahmen an, dass Menschen, die ein ähnliches Schicksal nicht erlebt haben, nicht verstehen könnten was in den Betroffenen vor sich geht.

„Für mich wäre wichtig, dass es Personen gibt so wie mich, die Leute erkennen, die dasselbe haben und mit denen sprechen. Weil ich habe ein sehr großes Problem, mich mit Leuten darüber zu unterhalten, die nicht wissen, wie es einem geht, wenn sie es nicht selbst erlebt haben.“ (P9, Pos. 168)

Betroffene konnten sich mit anderen Betroffenen vergleichen und in ihnen und deren Art der Krankheitsbewältigung ein Vorbild sehen.

„Die habe ich in der Traumatherapie kennengelernt, also die war auch selbst traumatisiert. Die hat mir sehr geholfen. Weil die auch/ Die war so ein Vorbild für mich auch, weil, diese Therapie, die ist da so durch und habe ich gesagt: „Wenn die das schafft, dann schaffe ich das auch.““ (P2, Pos. 145)

Ein zusätzlicher positiver Faktor des gegenseitigen Austauschs war der Austausch von Informationen, welche die Versorgung betreffen konnten. Hier konnten z. B. Informationen über weitere Hilfsangebote gesammelt und ausgetauscht werden.

„Also ich bin nach Warendorf gekommen/ ich war mal auf so einer pferdeunterstützten Therapie. Ging drei Tage. War von der Kirche organisiert. Und da waren auch PTBS-ler und dann hat man sich

unterhalten. Und der eine Patient, der hat erzählt, dass er auf dem Lehrgang war. Und das habe ich mir gemerkt.... Und so kam ich dann an einen Termin in Warendorf. (P10, Pos. 110)

Es gab auch Beispiele, in denen der Austausch mit Personen mit dem gleichen Krankheitsbild in militärischem Kontext als unangenehm empfunden wurde. Am ehesten stand dies in Zusammenhang mit der Angst vor Retraumatisierung.

„..., Weil ich nicht immer wieder irgendwelche Einsatzgeschichten von Kameraden hören wollte. Oder ich habe gemerkt, das tut mir einfach nicht gut.“ (P2, Pos. 31)

„Im Krankenhaus ist es mir nicht gut gegangen durch ständige Konfrontation mit Patienten. Und zu sehen/ Leute zu sehen, die ja dieselbe Erkrankung haben im Raucherbereich.“ (P10, Pos. 120)

Ein weiterer Grund für die Ablehnung diesbezüglich war der individuelle Umgang mit der Erkrankung im Rahmen der Krankheitsbewältigung. Einige InterviewpartnerInnen hatten das Gefühl keine positive Erkenntnis aus den anderen Sicht- und Umgangsweisen anderer Betroffener ziehen zu können.

„Ich teile zwar auf gewisse Art und Weise den Weg mit anderen, aber die Krankheit ist ja so vielfältig und so unterschiedlich geht jeder damit um, dass ich dort für mich keine Antworten finden, sondern ich muss die Antworten für mich selber finden. Und die habe ich gefunden.“ (P2, Pos. 81)

„Und das wollte ich nicht. Ich wollte mit Menschen zu tun haben, die nicht ständig da drüber reden: „Oh, und ich bin krank, und ich habe die Probleme, ich habe das Problem.“ Weil, das sind so Sachen, die einen dann auch runterziehen. Ich wollte mit gesunden Menschen zu tun haben. Ich wollte mich nicht mit diesen Dingen/ Wollte mir nicht ständig anhören: „Oh, mir geht es da nicht gut und hier nicht gut“, das habe ich gemerkt, das zieht mich nur runter.“ (P2, Pos. 153)

Die Faktoren zur Stärkung der Patientenkompetenz durch Austausch mit Betroffenen lassen sich in folgender Tabelle 12 zusammenfassen.

Tabelle 12: Faktoren zur Stärkung der Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen durch Austausch mit Betroffenen

Förderliche Faktoren
Ansporn durch Vergleich
Vorbilder
Krankheitseinsicht und -Akzeptanz durch Vergleich/Spiegeln
Förderung eines Gemeinschaftsgefühls
Informationsaustausch

Hierbei muss beachtet werden, dass es sich bei dem Austausch mit Betroffenen um einen individuell-kontextuellen Faktor handelt. Dies bedeutet, dass nicht ALLE Betroffenen von diesem Austausch im Hinblick auf die Patientenkompetenz profitierten.

4.1.3.2.7 Therapie

Die Therapie spielte eine große Rolle bei der Neuausrichtung des Lebens mit der Erkrankung. Sie hatte einen großen Einfluss auf die Patientenkompetenz, da sie häufig die Grundlage des Wissens über die Erkrankung und ihre Symptome schaffte. Das Wissen über die Erkrankung führte in Verbindung mit entsprechenden therapeutischen Maßnahmen zu Handlungssicherheit. Der Therapieerfolg war individuell unterschiedlich und durch viele Faktoren beeinflusst, wie z.B. durch die Patientenkompetenz. Inwiefern Patientenkompetenz und Therapie sich gegenseitig beeinflussen wird im Folgenden beschrieben.

Insgesamt wurde durch die meisten Interviewpartner die Therapie als positiv und gewinnbringend beurteilt.

„Also von daher, mir hat die Therapie sehr viel gebracht. Mir hat sie wieder ein normales Leben oder ein NORMALERES Leben gebracht.“ (P3, Pos. 37)

„Diese Themen habe ich zwar in der Traumatherapie gut verarbeiten können. Es ist mir sogar möglich, da habe ich mich selber ein Stück weit gewundert, auf eine Intensivstation wieder zu gehen.“ (P3, Pos. 63)

„Hilfreich war definitiv den Schritt zu gehen in Therapie zu gehen.“ (P13, Pos. 88)

Auch die Kommunikation innerhalb der Therapie wurde als förderlich für den Krankheitsverlauf bewertet.

„Das hat mir sehr geholfen. Und die Gespräche, die geführt worden sind, ne. Einmal mit meiner Ärztin in Berlin, ne, aber auch mit den Therapeuten in Berlin.“ (P1, Pos. 22)

*„I: Abgesehen von diesem Ende der Behandlung, waren Sie damit zufrieden? Hat Ihnen das geholfen?
B: Ja. I: Was hat Ihnen dabei geholfen? Und wie? B: Meine Sorgen und Nöte vorzutragen. Einfach darüber zu reden. Das habe ich im Laufe der ganzen Therapie gemerkt, wo man das immer so ein bisschen belächelt, aber Reden hilft tatsächlich. Also, das tut mir gut. Ob es spezifisch über den Einsatz ist oder über Gott und die Welt, irgendwie befreit das. Ja.“ (P4, Pos. 25-28)*

Die Therapie spielte eine große Rolle im Rahmen des Themenkomplex „Schuldgefühle/Scham“, indem die Thematik ausführlich in der Therapie bearbeitet wurde.

„Für mich selber, das war eine große Geschichte auch in der Traumatherapie. Die ganze Schuldfrage, Schuldgeschichte, ne. Weil ich halt da die blöde Situation im Einsatz auch darüber zu entscheiden, wer lebt oder lebt nicht, ne. Und das hat im Nachhinein viel mit mir gemacht...“ (P1, Pos. 116)

Die Therapie konnte zur Modifizierung des Selbstbildes beitragen, was sich wiederum stärkend auf die Patientenkompetenz auswirkte.

„I: Wie haben Sie geschafft, dass diese negative Wahrnehmung, diesen Einfluss, den das Ganze, diese Ablehnung auf Sie hatte, abzulegen? Wie haben Sie das gemacht? B: Das hat sich im Laufe der Therapien entwickelt, muss ich ganz einfach sagen. Man ist einfach, ja, gestärkt da drin oder man ist bestärkt worden.“ (P1, Pos. 133-134)

„Diese Erkenntnis ist ganz, ganz wichtig, dass man die irgendwann im Rahmen der Therapie bekommt. Dass es eine STÄRKE ist, sich damit auseinanderzusetzen und nur DAS letztendlich auch dazu führt, dass man verarbeitet, die Ereignisse.“ (P3, Pos. 27-29)

In der Therapie konnten Ressourcen erarbeitet werden, aus denen die Betroffenen immer wieder schöpfen konnten, was ebenfalls zur Stärkung der Patientenkompetenz beitrug.

„Ich habe für mich Ressourcen gefunden, wo ich merke, ah, das tut mir gut. Und an diesen Ressourcen halte ich mich auch fest. Deswegen ist wahrscheinlich meine Therapie auch so erfolgreich verlaufen bis jetzt.“ (P2, Pos. 31)

Die Therapie schien einen großen Anteil an dem Prozess der Krankheitsakzeptanz zu haben.

„I: Das Akzeptieren, war das von Anfang an möglich? B: Nein. I: Was hat dazu geführt? B: Die Therapie natürlich, ja?“ (P2, Pos. 42-45)

Die Therapie konnte Grundbausteine zur Symptomlinderung vermitteln, z.B. durch unterschiedlichste Techniken. Häufig war das Erlernen für die Betroffenen sehr hilfreich. Die Umsetzung im Alltag war jedoch für viele erschwert und erschien den Betroffenen manchmal sogar unmöglich.

„B: Ich versuche das alles/ also bei mir funktionieren die meisten Techniken nicht so besonders gut. Ich bin jemand, der, ja, mit dem Verstand versucht, zu verarbeiten. Und tatsächlich darüber auch arbeiten muss. Außer, es wird ganz schlimm. Dann benutze ich die Technik "Sicherer Ort". I: Funktioniert die immer für Sie? B: Wenn ich sie gebraucht habe bisher ja.“ (P3, Pos. 67-69)

„Genau, dann wende ich das an, was ich von den Fachärzten und Therapeutinnen bis jetzt gelernt habe. Am besten hilft bei mir Imagination. Also rausnehmen aus der realen Umwelt, in eine, sage ich mal eine Fantasiewelt. Angefangen von den Beispielen, den Geschichten, die man dann hier in der Therapie auch hat, mit: Stellen Sie sich vor, Sie sind ein Baum, oder sonst was... Und das hilft mir halt dann rauszukommen aus dieser Realitätsspirale. (P5, Pos. 20)

„Wir haben da Stressbewältigungsmaßnahmen durchgeführt. Aber die kann ich im Straßenverkehr oder in der Öffentlichkeit nicht machen. Das sind Atmungstechniken oder Erinnerungstechniken oder man sagt sich was im Kopf oder lässt irgendwelche Anspannungen ausfließen. Und das kann ich halt nicht in der Situation machen, wenn ich jetzt gerade draußen auf der Straße bin.“ (P9, Pos. 46)

Therapie und insbesondere die spezielle Traumatherapie war für viele PatientInnen der Schlüssel zur Trauma-Verarbeitung und der damit einhergehenden Krankheitsverarbeitung.

„Du hast dich über Wochen hinweg mit nichts oder Monate, nein Jahre mit nichts anderem beschäftigt als diesen vier Bildern aus Afghanistan, die ja allesamt in sich grauenvoll und schrecklich sind. Und, ja, erst danach hatte ich dann ein Ereignis, ja, bei - ich weiß nicht, wie man das jetzt genau nennt/ also so eine Traumwanderung war das, möchte ich sagen. Das war so ein Beruhigungsverfahren, was wir da auf der Station immer wieder gemacht haben. Und da war es für mich so, dass/ also ich hatte vorher kein Zeitverständnis mehr über den Einsatz. Ich konnte Ihnen sagen, dass das passiert ist. Aber ich konnte ihnen nicht sagen, wann. Der Einsatz war komplett zerbröckelt in der Erinnerung. Da war es für mich tatsächlich so, dass/ es hat sich angefühlt dann, als wenn sich so ein schwarzes Loch öffnet und so ein Sog war. Und DANACH konnte ich dann/ fingen dann auch an, alle ANDEREN Dinge aus dem Einsatz wieder hochzukommen, mir bewusst zu werden, was passierte/ alles in diesem Einsatz sonst noch so war, außer diesen vier, sonst so augenscheinlichen Trauma Ereignissen. Und danach konnte dann auch erst die Verarbeitung beginnen.“ (P3, Pos. 29)

Die Beschäftigung mit dem Trauma oder auch nur mit Bestandteilen dessen, konnte allerdings bei den Betroffenen vorerst zur Zunahme von Symptomen führen. Umso wichtiger wurde es für die Betroffenen, dass sie gelernt hatten mit den Symptomen umgehen zu können.

„Also ich merke, umso mehr ich mich mit dieser Thematik beschäftigte, wie jetzt auch wieder in der Klinik, wo ich war, muss dann quasi die ersten zwei Wochen sehr stark draufging, dass die Symptome immer mehr zugenommen haben und ich auch wieder über Tage oder über Wochen, über fast drei Wochen dann.“ (P14, Pos. 90)

Aus den Aussagen der InterviewpartnerInnen können bestimmte Aspekte, die einen Einfluss auf die Stärkung der Patientenkompetenz haben können zusammengefasst werden. In Bezug auf die Therapie sind die Faktoren in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Faktoren zur Stärkung der Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen durch Therapie

Förderliche Faktoren
Schaffen von Ressourcen
Kommunikation
Verhaltenstherapie (Umgang mit Symptomen)
Modifizierung des Selbstbildes
Hilfestellung zur Akzeptanz der Erkrankung
Verarbeitung des Traumas z.B. durch spezielle Traumatherapie

4.1.3.3 Zusammenfassung Ergebnisse „Leben neu ausrichten“

Aus den gesamten Themenkomplexen, die in Zusammenhang damit stehen das Leben neu ausrichten zu können (individuell, individuell-kontextuell und kontextuell), konnten somit folgende hinderliche und förderliche Faktoren extrahiert werden (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Faktoren zur erfolgreichen Neuausrichtung des Lebens psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Hoffnung	Frustration
Wunsch nach Freizeitaktivität	Gefühl mit Problemen alleine gelassen zu werden
Zukunftsorientiertes Denken	Vergangenheitsorientiertes Denken
Wunsch nach vollständiger dienstlicher Integration	Aggression
Fremdinitiative (Erkennen von Verdrängung und Vermeidung)	Schulduweisungen
Erfolgreiche medikamentöse Behandlung	Frustrane medikamentöse Behandlung
Realistisches Bild der Erkrankung („Es gibt keine Pille, die einen alles vergessen lässt.“)	Medikamentennebenwirkungen
Wirksame Techniken und Mechanismen zur Symptomreduktion	Ausgeprägte PTBS spezifische Symptome
Wissen über dysfunktionale Verhaltensmuster	Dysfunktionale Verhaltensmuster
Ablenkung	Ablenkung
Alltagsstruktur	Verdrängung
Integration in den Dienst	Allgemeines Misstrauen
Vermeidungsverhalten	Vermeidungsverhalten
Anerkennung im Alltag	Abweichungen von Routinen
Gefühl gebraucht zu werden	Fehlende Aufgaben
Offener/transparenter Umgang mit der Erkrankung in Bezug auf das Umfeld	Offener/transparenter Umgang mit der Erkrankung in Bezug auf das Umfeld und hierdurch permanente Erinnerung an die Erkrankung
Soziale Integration	Soziale Desintegration
Positives Umfeld	Unsicherer Umgang Außenstehender mit der Erkrankung
Akzeptanz durch das Umfeld	Unverständnis Außenstehender
Verständnis von Familienmitgliedern	Schuldgefühle gegenüber der Familie
Halt durch Familie	Familiäre Probleme
Krankheitsverständnis (eigenes und von Außenstehenden, z.B. von Familienmitgliedern)	Verhalten von Familienmitgliedern (kann Trigger sein)
Positive innerfamiliäre Beziehungen	Einfluss der Erkrankung auf die Familie
Miteinbeziehen der Familie	Änderung der Familiensituation (z.B. Trennungen)
	Ausschluss der Familie
Vertrauen, Verständnis und Verbundenheit zu KameradInnen	Unverständnis von KameradInnen
Angenehmes Arbeitsklima	Unwissenheit von KameradInnen über die Erkrankung und Symptome

Unterstützung und Akzeptanz durch KameradInnen	Erwartungshaltung gegenüber Vorgesetzten und KameradInnen
Protektion durch KameradInnen	Überprotektion durch KameradInnen
Interesse von KameradInnen	
Direkte Kommunikation mit KameradInnen	
Austausch mit ebenfalls erkrankten KameradInnen	
Reaktionen von KameradInnen/Vorgesetzten	Reaktionen von KameradInnen/Vorgesetzten
Austausch mit anderen psychisch erkrankten Personen	Austausch mit anderen psychisch erkrankten Personen
Vergleich mit anderen Betroffenen	
Therapie (Kommunikation in der Therapie, therapeutische Bearbeitung von Schuld und Scham, Modifikation des Selbstbildes, Erarbeiten von Ressourcen, Förderung der Krankheitsakzeptanz, Erlernen von Techniken zur Symptomkontrolle, Verarbeitung des Traumas)	

4.1.4 Leben selbst mitgestalten

Im Folgenden werden die Themenkomplexe vorgestellt, die in Zusammenhang damit stehen inwiefern der Betroffene sein Leben selbst mitgestalten kann. Die Fähigkeit das Leben selbst mitgestalten zu können beruht auf der individuellen Patientenkompetenz. Durch die Interviews konnte herausgefiltert werden welche Faktoren hier im Rahmen der Charakteristika „individuell“, „individuell- kontextuell“ und „kontextuell“ Einfluss auf die Patientenkompetenz nehmen. Die extrahierten Themenkomplexe sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 15: Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz im Rahmen der Mitgestaltung des Lebens bei psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen (Themenfeld: „Leben selbst mitgestalten“)

individuell	Individuell-kontextuell	kontextuell
Emotionalität	Schuldgefühle/Scham	SARS-Cov-2
Selbstzweifel	Engagement	
Zukunftsängste	Glaube	
Symptome PTBS	Tiere	
Selbstreflexion	Sport	
Kontrolle	Integration in den Dienst	
	Retraumatisierung	

	Stigmatisierung	
	Familiäre Situation	
	Nebendiagnosen	

4.1.4.1 Individuelle Faktoren

Im Folgenden werden die einzelnen individuellen Themenkomplexe

- „Emotionalität“
- „Selbstzweifel“
- „Zukunftsängste“
- „Symptome PTBS“
- „Selbstreflexion“
- „Kontrolle“

detailliert anhand der Aussagen der Betroffenen dargestellt und inhaltlich eingeordnet.

4.1.4.1.1 Emotionalität

Viele Betroffene berichteten von einer Veränderung der Emotionalität im Rahmen der Erkrankung. Die Veränderung der Emotionalität konnte dabei Auswirkungen auf das gesamte Umfeld nehmen und auch die Betroffenen selbst im Alltag entweder beeinträchtigen oder stärken.

Häufig wurde von einem generellen Verlust von Emotionalität oder von einer Barriere Emotionalität zu zulassen zu können gesprochen.

*„Aber so wirklich in Arm nehmen, oder sonst was, das ist halt immer nur, ja, geschauspielert, sage ich mal, und/ Aber es ist halt nicht wie früher, ne, wo Emotionen drin sind. Sondern die Emotionen sind halt das Problem. Die sind irgendwie weggestorben oder weggesperrt worden oder verlorengegangen in dem ganzen Szenario von diesen ganzen Eindrücken, was Menschen anderen Menschen antun können.“
(P5, Pos. 74)*

„Gefühle zulassen ist schwierig. War früher sehr, sehr schwierig, jetzt ist es schwierig bis es geht, sage ich mal.“ (P11, Pos. 96)

Der Verlust von Emotionalität konnte den generellen Verlust von Emotionen bedeuten oder, dass einzelne, unerwünschte Emotionen negiert und/oder verdrängt wurden. In folgendem Zitat wird der Verlust unerwünschter Emotionen durch den militärischen Drill der Einheit begründet.

„Ich sage ja auch nicht, dass ich Angst habe, ich benenne das immer anders. Der Arzt sagt, es ist Angst, ne. In mancher Situation hat man halt ANGST. Ich sage halt einfach "Nein, ich habe Respekt davor". Ich mag das Wort Angst nicht, weil ich das halt/ aus der Schule, wo ich komme, ist Angst und Trauer und sowie auch das Zugeben von Gefühlen einfach nicht gewünscht.“ (P9, Pos. 38)

„Weil, das ist ein Haufen, der da geführt werden muss, der gut funktionieren MUSS. So. Und da gibt es halt keinen Platz für Gefühle. Das ist einfach so. Das ist halt etwas speziell, das ist auch in anderen Einheiten so.“ (P9, Pos. 122)

Das Zulassen von Emotionalität war bei einigen Betroffenen eher negativ belegt. Begründet war dies häufig mit Scham und Angst vor Stigmatisierung und Zurückweisung.

„Und das passiert mir auch manchmal, wenn ich auf die Arbeit fahre, dass ich emotional bin. Morgens. Da fange ich schon an zu Heulen, da bin ich schon auf dem Weg hierher. Und wenn ich dann in die Kaserne fahre, sind die Tränen aber weg. Weil, das soll ja auch keiner sehen, dass es einem schlecht geht.“ (P10, Pos. 32)

„Führt natürlich auch auf der anderen Seite dazu, dass die Leute entweder sagen "Ja, die ist schwierig, mit der wollen wir nichts zu tun haben". Oder dass sie sagen "Ja, die ist bekloppt, lassen wir sie mal", ne. Also hat ja alles ein Für und ein Wider.“ (P10, Pos. 34) (Anmerkung der Autorin: Die befragte Person bezieht sich hier inhaltlich auf das Thema Emotionalität.)

Das Zulassen von Gefühlen und die Kommunikation darüber mit Dritten wurde von anderen Betroffenen wiederum als heilsam empfunden. Somit wurde retrospektiv das Negieren von Emotionen als „Fehler“ bewertet.

„Klar, das war der größte Fehler meines Lebens. Ich habe halt viel zu viel mir reingefressen halt. Das ist das auch, was ich die ganze Zeit gemacht habe. Alles reingeschluckt und so weiter, nicht darüber geredet oder sonstiges.“ (P12, Pos. 40)

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Veränderung der Emotionalität (häufig Verlust oder Teilverlust) durch die Betroffenen als Trauma-bedingt und/oder Erziehungs-bedingt dargestellt wurde.

Das Zulassen von Emotionalität und die Kommunikation darüber wirkten sich positiv auf die Patientenkompetenz aus, waren jedoch erschwert durch die Angst vor Stigmatisierung und Zurückweisung.

4.1.4.1.2 Selbstzweifel

Selbstzweifel traten in vielerlei Hinsicht auf und beeinflussten die Betroffenen dabei das Leben selbst mitgestalten zu können. Selbstzweifel konnten in Verbindung mit Zukunftsängsten stehen und den Betroffenen zusätzlich belasten.

„Aber was ist, wenn du diese Schutzfrist, wenn du diese Schutzzeit nicht erfüllst? War dann alles umsonst? Fällst du dann wieder/ Kommt deine Erkrankung dann zurück, wenn du merkst, du versagst in der ein oder anderen Situation? Lässt man dich dann fallen, weil man merkt, du erfüllst die Ziele der Schutzzeit nicht?“ Weil, es heißt ja, ne, es sind Ziele, die man erfüllen muss. Aber schaffe ich das auch? Habe ich die innere Kraft, jetzt nach so einem langen Weg, das nochmal alles aufzubringen? Ich weiß es nicht.“ (P2, Pos. 159)

Die Betroffenen fühlten sich teilweise unsicher und überfordert im Umgang mit der Erkrankung. Dies konnte dazu führen, dass vermehrt Selbstzweifel auftraten. Hierdurch schätzten sie Fähigkeit für die Übernahme von Verantwortung für andere Lebewesen als möglicherweise vermindert ein. Die Selbstzweifel führten wiederum dazu, dass Dinge, die die Patientenkompetenz hätten fördern und Symptomatik ggf. hätten lindern können, unterlassen wurden (wie z. B. sich einen Hund zuzulegen).

„B: Der Hund fing an zu bellen. Natürlich hat es mich erschreckt, hat mir aber gleichzeitig die Sicherheit gegeben. Der Hund macht das intuitiv. Das ist seine Aufgabe. Das hat mich runtergebracht. Das waren die ersten zwei Stunden jeweils mit diesem Hund zu gehen, wo ich abschalten konnte. I: Haben Sie sich einen Hund angeschafft? B: Nein. (...) Weil ich Angst davor habe, die Verantwortung zu übernehmen, für den Hund da zu sein. Und ich nicht weiß, ob ich es packen würde.“ (P8, Pos. 160-162)

Auch eine Fehleinschätzung der Krankheitsverarbeitung und der eigenen Belastbarkeit konnte zu Selbstzweifeln führen, die sich eher negativ auf die Patientenkompetenz auswirkten.

„Und dieses eigene Bild, was ich hatte, völlig daneben lag, hat mich natürlich auch wieder runtergezogen, weil ne, dann zu hören, nein, du bist noch lange nicht so weit, wie du dir das jetzt gerade vorstellst oder wünschst, ja, das war dann natürlich nicht so/ nicht so schön, ne?“ (P14, Pos. 122)

Insgesamt lässt sich sagen, dass Selbstzweifel in jeder Form nach den Aussagen der Betroffenen eher hinderlich in der Mitgestaltung des Lebens sind und die Patientenkompetenz negativ beeinflussen können.

4.1.4.1.3 Zukunftsängste

Zukunftsängste traten in unterschiedlichen Formen auf. Auffällig war, dass sie ausschließlich in dienstlichem Kontext beschrieben wurden und die Betroffenen unter Umständen im Alltag beeinträchtigten.

Häufig wurden die Zukunftsängste in Zusammenhang mit dem Dienstzeitende genannt. Obwohl die Bundeswehr ein spezielles Gesetz „Einsatz-Weiterverwendungsgesetz“ (EWVG) etabliert hat - welches es den Soldaten ermöglicht, sich auf ihre Genesung konzentrieren zu können und sich vorerst keine Gedanken um ihre berufliche und finanzielle Zukunft machen zu müssen - schien bei einigen Betroffenen trotzdem eine existenzielle Angst zu bestehen.

„...also ich komme ja gar nicht auf die vollen Dienstjahre, dann gehe ich in die Altersarmut. Das ist aber nicht das, was ich will. Ja? Und wer weiß, ob ich draußen noch irgendwas arbeiten kann aufgrund meiner Erkrankung. Weiß ich, ob mich das irgendwann zurückwirft? Natürlich tue ich alles dagegen, aber ich weiß doch gar nicht/ Diese Ängste, diese Zukunftsängste, die sind präsent, die sind allgegenwärtig.“ (P2, Pos. 87)

„Aber gleichzeitig heißt es dann: „Ja, wenn du jetzt berufsfördernde Maßnahmen ergreifst, dann beginnt deine Schutzfrist zu laufen.“ Das erhöht und das schafft einen unglaublichen Druck, wo ich dann sage: „Ja, was ist, wenn ich es nicht schaffe?“ Was ist, wenn ich es aufgrund meiner Krankheit nicht schaffe? Ja? Dann entlässt man mich, dann sitze ich auf der Straße. Dann habe ich meine Selbstständigkeit aufgegeben, die ich damals hatte. Was mache ich denn dann? Ich habe drei Kinder. Ich habe eine Verantwortung.“ (P2, Pos. 87)

„Was passiert, wenn die Bundeswehr einen entlässt? Was passiert mit einem, wenn man einen neuen Beruf lernt? Wenn man es nicht schafft. Wenn man dann mal eine Arbeit kriegt, man ist stolz darauf, geht auf die Arbeit, bricht wieder zusammen, fällt aus, wird man ersetzt. Steht man wieder vor dem Nichts. Solche Ängste habe ich ganz stark.“ (P10, Pos. 122)

„Der Dienstherr hält die geladene Knarre dem Soldaten an den Kopf und sagt: "Graben Sie sich Ihr Neun-Stunden-Grab." Und man muss es ja machen, ansonsten sagt das ZALK: "Ja, Herr xxx, Sie sind ja jetzt schon so und so lange nicht auf den zehn/ neun Stunden. Da müssen wir gucken, sonst müssen wir zivil raus."“ (P6, Pos. 56)

„Andererseits bin ich natürlich einfach froh, wenn das irgendwann einfach mal rum ist, weil das lässt mich immer wieder einfach in der Luft hängen. Ob es jetzt der Einheit gegenüber ist, ob es weiterer Karriereplanung gegenüber ist. Ich habe noch ziemlich exakt zwei Jahre Dienstzeit und dann bin ich raus aus der Nummer. Und dann war es das mit der Firma offensichtlich für mich. Und das (seufzt) macht es nicht einfacher.“ (P13, Pos. 80)

Im folgenden Zitat wurde im Kontext deutlich, dass Zukunftsängste nicht nur in Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Dienst, sondern auch innerhalb des Dienstes bestehen konnten. Hier spielte, zusätzlich zur Zukunftsangst, die Angst des Versagens im dienstlichen Umfeld eine Rolle.

„Hey. Ich gehe auf eine Notaufnahme, dann bin ich als zusätzliche Kraft. Ich will das jetzt erst mal ran testen.“ Ich glaube nicht, dass man da im Zweifel Rücksicht drauf nehmen wird. Dann stehe ich und dann heißt es wieder: "Hier hast du deine Station. Da sind zehn Betten. Mache! Siehe zu!" Und das ist halt noch nicht mal mein Fachbereich. Ich bin Notfallsanitäter. Ich bin gemacht für die Straße nicht für eine Pflegestation. Ich habe da platt gesagt keine Ahnung von. Völlig anderer Tanzbereich.“ (P13, Pos. 28)

Ob die Ängste in den Zitaten begründet oder unbegründet waren, ließ sich durch die Interviews nicht verifizieren. In unserem Forschungskontext spielt dies auch keine übergeordnete Rolle. Wichtig war, dass Zukunftsängste, ob begründet oder unbegründet, sich eher negativ auf die Patientenkompetenz auszuwirken scheinen.

4.1.4.1.4 Symptome PTBS

Besonders häufig wurden Symptome der Erkrankung beschrieben, die die Betroffenen im Alltag mehr oder weniger stark beeinträchtigten. „Körperliche Symptome“ und „Vermeidungsverhalten“, sowie „sozialer Rückzug“ sind in gewissem Maße auch als Symptome der PTBS zu bezeichnen, hatten jedoch innerhalb der Interviews so einen hohen Stellenwert, dass diesen Themenkomplexen jeweils eigene Kapitel gewidmet wurden. In dem Themenkomplex „Symptome PTBS“ wurden auch Komorbiditäten wie affektive Störungen, Suchterkrankungen, Zwangsstörungen etc. miteinbezogen. Die Schwere der Symptomatik stand in Zusammenhang damit, wie leicht oder schwer es den Betroffenen fiel ihren Alltag zu meistern. Eine erhebliche Beeinträchtigung des Alltags wurde durch die meisten beschrieben. Sowohl in dienstlichem als auch in privatem Kontext.

„Wenn ich einkaufen bin, dann merke ich, ich bin nicht so präsent wie ich sein müsste, weil das Duschgel im Kühlschranks landet. ... Und dann im Nachhinein ärgere ich mich dann, dass ich diese Dinge

vergesse. Für jemanden, der nicht da dran erkrankt ist, ist es auch normal. Man verlegt mal einen Schlüssel oder so. Aber bei mir ist das halt viel häufiger. Ich habe immer wieder damit zu kämpfen, dass ich nicht diese Präsenz habe wie jemand, der nicht daran erkrankt ist.“ (P2, Pos. 45)

„Das Hauptproblem ist die Folge der Schlafstörung, dass es halt nach wie vor immer mal wieder Tage gibt, an denen/ das ist zwar selten, aber an denen halt einfach das Schlafmittel abends nicht richtig wirkt. Und dann liege ich abends sehr lange wach und am nächsten Tag können Sie mich einfach vergessen.“ (P3, Pos. 49)

„Und da hatte ich dann eine Panikattacke, weil es genau zwei Personen da waren, die haben genauso in das Schema gepasst. ... Ich habe gedacht „Hier fliegt gleich der Zug in die Luft“.“ (P4, Pos. 132)

„...nach Paragraph sowieso vorgesetzt und ich habe mich gefälligst ins Wartezimmer zu setzen, obwohl ich ihr drei Mal erklärt habe, dass ich gerade einen Meltdown habe, meine Medis nicht dabei und nur atmen möchte.“ (P6, Pos. 50)

„Dann, wenn die Stressfaktoren wie zum Beispiel Besuchergruppe oder sonstigem/ dann ist es schon nicht mehr so angenehm. Dann kann es auch sein, dass ich mit Durchfall zum Dienst fahre. (...) Ja. Was ich sagen muss, ich bin nach den acht Stunden platt.“ (P8, Pos. 16)

„Hotel zum Beispiel, Frühstücksbüffet ist eine Katastrophe, weil alle kreuz und quer laufen. Ich weiß nie, wo fange ich an zu gucken, dann bin ich direkt der Scanner, scanne jede Person und kann gar nicht mehr frühstücken. Marktplatz, mehrere Menschen, Menschen, die tatsächlich von außen so aussehen, dass sie nicht hier aus der Region kommen. Ich versuche es politisch korrekt auszudrücken. Also Menschen, die halt sichtlich aus der Richtung Afghanistan, Syrien kommen, das sieht man ja, (...) sind halt meistens nicht blond oder haben halt andere Sachen an. Das ist tatsächlich ein Riesenproblem. Frauen in Burka, das ist Hölle.“ (P8, Pos. 46)

„Und dann hat man auch Zwänge entwickelt. So Ordnungszwänge, Kontrollzwang. Das ist ja natürlich schlimmer geworden und MEHR geworden als früher.“ (P9, Pos. 104)

„Ich wache auf, ich bin geschwitzt, ich habe Schmerzen in den Waden. Ich laufe manchmal wie eine 80-jährige Oma morgens. Und daran merke ich, dass da wieder nachts was nicht gestimmt hat. Manchmal kann ich mich an Alpträume erinnern und manchmal nicht. Und das ist sehr anstrengend auf eine gewisse Zeit.“ (P10, Pos. 22)

„Sehr viel Nervosität. Innere/ ja, die innere Ruhe fehlt. Mich machen Sachen sehr schnell nervös, gerade, wenn es, ja, hektisch wird.“ (P11, Pos. 14)

„OK, im April habe ich mehr oder weniger mir ein Messer in die Brust gesteckt. Es war halt, wo ich einfach keinen Ausweg mehr hatte.“ (P12, Pos. 34)

„Ja, ein schlechter Tag ist zum Beispiel, wenn jetzt wieder also eine schlechte Nacht war mit Alpträumen, das begleitet mich dann direkt.“ (P14, Pos. 84)

„Also in Teilen funktioniert es, aber in Teilen dann bleibt auch den ganzen Tag diese Anspannung, diese Angst. Und zwischendurch kommt dann auch/ die Panik-Attacke, schlägt dann auch schon mal durch und manchmal auch nicht. Ich sage mal, für den Tag ist es relativ schwierig das zu kontrollieren, weil diese Anspannung, Angst, die sitzt dann in mir und merke selbst beim Spazieren und allem, dann hängt das so fest und begleitet mich so stark, dass ich da eigentlich gar nicht von loskomme für diesen Tag dann.“ (P14, Pos. 88)

Die Symptomatik konnte zu unterschiedlichen funktionalen oder dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen wie beispielsweise Vermeidungsverhalten führen, was sich, wie in den vorherigen Kapiteln bereits beschrieben, negativ auf die Patientenkompetenz auswirken kann. Exemplarische Zitate hierfür sind folgende:

„Es war ja nicht nur so, dass man mit den Ereignissen aus der Vergangenheit zu kämpfen hatte, die einen ja sowieso auch im Alltag beeinträchtigt haben. Ja, ich konnte mit meinen Kindern nicht mehr ins Kino oder ins Schwimmbad fahren. Wenn ich Kindergekreische gehört habe, das hat mich alles getriggert. Ich habe mich ja nicht mehr vor die Tür getraut.“ (P2, Pos. 157)

„Ich konnte kein Auto fahren nach dem Einsatz und solche Sachen, weil ich doch dachte: pff, jeder, der neben mich fährt, wird sich in die Luft jagen.“ (P4, Pos. 122)

Eine Medikation in Verbindung mit Psychotherapie spielte eine Rolle im Rahmen der Symptomkontrolle und konnte diese in positivem Sinne beeinflussen. Eine detaillierte Beschreibung was eine Medikation für den Betroffenen bedeutet ist in dem Kapitel „Medikamente“ zu finden.

„Das ist auch eine Sache, die halt heute noch als Einziges bei mir wirklich geblieben ist, das ist die Schlafstörung. Unterdessen, durch die Therapie sehr gut im Griff mit zwei Medikamenten, Valdoxan und Quetiapin. Das funktioniert auch wunderbar dadurch. Wenn ich das eineinhalb Stunden nehme, bevor ich schlafen MÖCHTE oder will, kann ich dann auch normal schlafen und kann normal am Leben wieder teilnehmen. Aber das ist - wie gesagt - auch heute noch geblieben, die Schlafstörung.“ (P3, Pos. 35)

In der folgenden Tabelle (Tabelle 16) sind die Symptome zusammengefasst dargestellt, welche von den Betroffenen entweder häufig oder als besonders beeinträchtigend im Hinblick auf ihren Alltag genannt wurden.

Tabelle 16: Häufig genannte Symptome der PTBS mit Auswirkungen auf den Alltag bei psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen

Symptome PTBS
Schafstörungen
Trigger
Panikattacken
Schwierigkeiten fremde Emotionen kognitiv zu erfassen
Wortfindungsstörungen
Konzentrationsstörungen
Reizbarkeit
Übermäßige Wachsamkeit
Anspannung
Vermeidung
Körperliche Symptome (art. Hypertonie, thorakales Druckgefühl, etc.)
Sozialer Rückzug
Zwangshandlungen
Suizidgedanken und -Versuche
Angst

Insgesamt war auffällig, dass der Code „Symptome PTBS“ überdurchschnittlich häufig vergeben wurde. Hier kristallisierte sich eine Relevanz der Thematik in Bezug auf das alltägliche Leben der Betroffenen heraus, das durch eine geringe Symptomkontrolle stark beeinträchtigt zu sein schien. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Schwere der Symptomatik diametral mit der Patientenkompetenz zu korrelieren scheint. Weniger Symptome bedeutete folglich eher eine gestärkte Patientenkompetenz und umgekehrt.

4.1.4.1.5 Selbstreflexion

Selbstreflexion ist ein wesentlicher Bestandteil im Alltag aller Menschen. Nur wenn eigenes Denken, Fühlen und Verhalten reflektiert wird, kann eine intrinsische Veränderung bewirkt werden. Es ist also anzunehmen, dass die Selbstreflexion in Zusammenhang mit der Erkrankung (Krankheitseinsicht, Umgang mit der Erkrankung etc.) auch Auswirkungen auf die Patientenkompetenz hat. Die Fähigkeit den eigenen Umgang mit der Erkrankung zu bewerten und folglich modifizieren zu können ist Bestandteil von Patientenkompetenz. Somit kommt der Selbstreflexion in diesem Kontext besondere Bedeutung zu.

Selbstreflexion konnte nach Aussagen der Interviewpartner, durch eigenen Antrieb erfolgen, durch Situationen, Symptome oder durch Dritte (TherapeutInnen, Ärzte/Ärztinnen, Familie etc.) initiiert

werden. Dysfunktionale Verhaltensmuster konnten aufgrund Selbstreflexion neu bewertet und modifiziert werden.

„Nicht das Extreme, nur zu arbeiten, arbeiten, arbeiten und Überstunden, Überstunden, Überstunden. Das, was ich jetzt fast ein Jahr gemacht habe. Das war schlecht. Und das ist pure Kompensation.“ (P10, Pos. 42)

Im folgenden Beispiel wusste die betroffene Person, dass die Möglichkeit bestand in alte, dysfunktionale Verhaltensmuster zurückzufallen und kämpfte demnach bewusst dagegen an.

„Und ich muss auch damit umgehen, weil, ich will nicht wieder in alte Verhaltensmuster fallen, ne.“ (P1, Pos. 14)

„Dann kommt Panik, Angst und ja, das fällt dann in alte Verhaltensmuster zurück, ne. Und deshalb, es ist keine Vermeidungsstrategie, Vermeidung ist immer doof in der ganzen Beziehung, ne.“ (P1, Pos. 108)

Selbstreflexion konnte bedeuten, einen Wunsch für die Zukunft in Zusammenhang mit der Erkrankung zu formulieren und diesen auf das Kriterium zu bewerten wie realistisch dieser Wunsch eigentlich ist. Reflexion konnte die Betroffenen zu der Einsicht bringen, dass der eigentliche Wunsch vielleicht unrealistisch zu sein schien und sorgte in der Folge dafür, diesen Wunsch anzupassen. Da der modifizierte Wunsch nun realistisch war, konnte dieser erreicht werden, was wiederum zur Stärkung der Patientenkompetenz und zur Stärkung des Wohlbefindens beitragen konnte.

„Weil, ich will ja auch irgendwann wieder gesund sein, ne. Dass ich nicht wieder hundert Prozent gesund werde, weiß ich auch, ne. Aber zu mindestens so, dass ich den Alltag gut bewältigen kann und dass ich das dienstlich auch gut bewältigen kann, ne.“ (P1, Pos. 82)

„Ich glaube, aufholen geht nicht mehr. Diese zwei Jahre, zwei bis drei Jahre, das funktioniert nicht mehr. Damit muss ich auch leben.“ (P11, Pos. 106)

Selbstreflexion führte dazu, dass das eigene negative Erleben überdacht und in Kontext mit der Erkrankung gestellt wurde und dadurch in der Folge neu bewertet werden konnte.

„Aber wenn Sie ein depressiver Mensch sind, dann nehmen sie das negative IMMER stärker wahr als wie das positive. Das ist leider so. Zumindest in meinem Fall, ne.“ (P1, Pos. 128)

Die Reflexion konnte die Erkenntnis bewirken, dass die betroffene Person selbst für sein Verhalten verantwortlich war und hier nicht Schuldzuweisungen an Dritte vornahm.

„Also der größte Hinderungsgrund bin ich. Gerade der Rückkehr ins soziale Leben. Ist einfach so.“ (P1, Pos. 160)

Durch Selbstreflexion konnte eine Neubewertung des Selbstbildes stattfinden, was sich wiederum positiv auf die Patientenkompetenz und damit auf den Krankheitsverlauf ausübte.

„Diese Erkenntnis ist ganz, ganz wichtig, dass man die irgendwann im Rahmen der Therapie bekommt. Dass es eine STÄRKE ist, sich damit auseinanderzusetzen und nur DAS letztendlich auch dazu führt, dass man verarbeitet, die Ereignisse.“ (P3, Pos. 27)

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, scheint das Zulassen und die Kommunikation von Gefühlen eine Rolle in der Patientenkompetenz zu spielen. Selbstreflexion konnte dazu beitragen, dass die eigene Emotionalität und der Umgang mit ihr neu bewertet und folglich modifiziert werden konnten.

„Klar, das war der größte Fehler meines Lebens. Ich habe halt viel zu viel mir reingefressen halt. Das ist das auch, was ich die ganze Zeit gemacht habe. Alles reingeschluckt und so weiter, nicht darüber geredet oder sonstiges.“ (P12, Pos. 40)

Selbstreflexion ermöglichte eine differenzierte Sicht auf Dinge in Zusammenhang mit der Erkrankung und konnte somit einer negativen, nihilistischen Weltanschauung vorbeugen.

„Da sind Dinge passiert, die mit Sicherheit nicht cool waren und die mich belasten ohne Zweifel, aber deswegen war nicht alles andere schlecht.“ (P13, Pos. 52)

Körperliche Symptome konnten eine Selbstreflexion initiieren und die betroffene Person dazu bringen, Verhalten oder Sichtweisen zu ändern.

„Und das merke ich dann halt, wie das Herz sich verkrampft. Also, das ist dann halt immer so der späteste Ausstieg, wo man die Kurve wieder kriegen muss. Und es war halt immer, sage ich mal/ klappt bei mir am besten, wenn ich eine Reflektion habe.“ (P5, Pos. 30)

Zeit spielte im Rahmen der Selbstreflexion ebenfalls eine Rolle. Wurden Situationen, Verhalten etc. noch vor einiger Zeit als negativ bewertet, konnte sich die Sichtweise im Laufe der Zeit verändern.

„Aus der heutigen Sicht ist es definitiv richtig gewesen. Aus der damaligen Sicht war es in dem Moment niederschmetternd, zurückwerfend, ...“ (P8, Pos. 32) (Anmerkung der Autorin: gemeint ist ein TherapeutInnen-Wechsel)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Selbstreflexion eine zentrale Rolle in der Patientenkompetenz spielt. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass Selbstreflexion eine Neubewertung und Modifikation unterschiedlicher Bereiche initiieren kann. Diese sind in folgender Tabelle 17 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 17: Positive Auswirkungen von Selbstreflexion im Rahmen der Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

Bewertung und Modifikation von:
- dysfunktionalen Verhaltensmustern
- Vorstellungen und Wünschen
- negativem Erleben
- Schuldzuweisungen
- Selbstbild
- Emotionalität
- körperlichen Symptomen und den Umgang damit

4.1.4.1.6 Kontrolle

Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung, inwieweit die Betroffenen Kontrolle über die Erkrankung und die damit einhergehenden Symptome üben konnten und wollten. Zusätzlich wird erläutert, welchen Einfluss diese Kontrolle auf die Fähigkeit, das Leben selbst mitzugestalten und damit auf die Patientenkompetenz hatte.

Die Erkrankung zu kontrollieren und somit keinen Kontrollverlust zu erleiden und von extern gesteuert zu sein, schien für viele Betroffene ein wesentlicher Aspekt zu sein.

„Ich will der Krankheit nicht die Kontrolle lassen. Sondern ich will die Krankheit kontrollieren. Und das mache ich momentan eigentlich auch ganz gut.“ (P1, Pos. 14)

„Das macht mich wütend, dass da etwas Kontrolle über mich erlangt. Und ich möchte/ ich beuge mich dem Ganzen nicht. Ich bin da sehr ehrgeizig, auch in meiner Therapie. Ich habe mir gesagt: „Ich bin krank geworden. Aber ich habe auch ein Anrecht wieder gesund zu werden.“ Und ich möchte auch wieder gesund werden. Ja.“ (P2, Pos. 41)

Kontrolle erfordert häufig Willen, Kraft und Durchhaltevermögen, was gerade bei Betroffenen mit depressiver Symptomatik eine Hürde darstellte.

„...die Depressionsgeschichte. Die kommt und geht, ne. Das kann man auch nicht oder kann man schwer steuern, ne. Bei mir geht es von jetzt auf gleich, ne. Wenn man merkt, dass es in die Depression geht, also die Spirale sich abwärts bewegt, dann muss man schon dagegen kämpfen, ne. Oder zumindest ich muss dagegen kämpfen, dass die mich nicht zu weit runterzieht. Und das kostet natürlich Kraft, das kostet sehr viel Kraft, ne.“ (P1, Pos. 82)

4.1.4.2 Individuell-kontextuelle Faktoren

Folgend werden die individuell-kontextuellen Faktoren im Hinblick auf die Fähigkeit, das Leben selbst mitgestalten zu können, beschrieben. Aus den Interviews kristallisierten sich die 10 folgenden Themenfelder in diesem Kontext heraus.

- „Schuldgefühle/Scham“
- „Engagement“
- „Glaube“
- „Tiere“
- „Sport“
- „Integration in den Dienst“
- „Retraumatisierung“
- „Stigmatisierung“
- „Familiäre Situation“
- „Nebendiagnosen“

4.1.4.2.1 Schuldgefühle/Scham

Schuldgefühle und Scham hatten eine besondere Bedeutung, im Kontext das Leben selbst mitgestalten zu können. Sie waren in unterschiedlicher Weise verankert und beeinflussten das Leben der Betroffenen in differenter Ausprägung.

Schuldgefühle wurden in vielerlei Hinsicht genannt, z. B. der Familie gegenüber. In folgendem Beispiel wird deutlich, dass die betroffene Person sich und ihre Erkrankung für die psychische Erkrankung eines weiteren Familienmitgliedes verantwortlich machte, was mit erheblichen Schuldgefühlen einherging.

„Ja, natürlich macht das was mit mir, ne. Weil, ne, wie soll ich es ausdrücken? Ich habe dann natürlich immer so ein bisschen schlechtes Gewissen bei der ganzen Geschichte. Weil oder auch so ein bisschen, ja, bisschen Schuld, ein Schuldgefühl. Weil ich weiß, dass es von meiner Krankheit aus kommt, ne. Ich würde es gern anders haben, ne, aber da ich krank bin, sind halt die Situationen da, ne. Oder ist meine Tochter auch krank geworden, ne, weil ich krank geworden bin, ne.“ (P1, Pos. 114)

Weitere Beispiele für Schuldgefühle gegenüber der Familie sind folgende:

„Natürlich möchte ich die auch nicht belasten, ja? Weil, für die Eltern ist es nie schön, wenn sie merken, ihr Kind hat Probleme oder kommt mit seinem Alltag nicht zurecht.“ (P2, Pos. 149)

„Also die kriegen, gerade die Große, das Mädels, die ist zehn, die ist sehr sensibel und die kriegt halt sehr viel von mir mit. Die nimmt auch viel auf. Auch mehr, als ich wahrscheinlich vermute. Und ich sage mal, die kriegt die ganzen Stimmungen von mir, kriegt die mit. Da kommt es natürlich bei denen dann auch schon mal vor, dass dann da, ja, schon mal Wutausbrüche oder Ausraster kommen von jetzt auf gleich zum Beispiel bei den Hausaufgaben oder wenn die nicht richtig mal hören oder was auch immer. Was mir dann zwei Minuten später auch wieder leid tut und ich mich selber dann auch frage, wie das jetzt so weit kommen konnte aus dem Nichts dann so auszuklinken und dann wieder später runterzufahren und dann wieder hinzugehen und zu sagen hier "Tut mir leid und ne, der Papa ist wieder ein bisschen übergetreten."“ (P14, Pos. 74)

Die Schuldgefühle gegenüber der Familie konnten dazu führen, dass die betroffene Person die Familie bzgl. der Erkrankung ausschloss, um diese vor vermeintlicher Be- und Überlastung zu schützen und sich nur noch Fachpersonal anvertraute.

„...ich wollte die Menschen nicht mit meinen Problemen belasten. Sondern ich habe die Leute damit konfrontiert, wo ich weiß, die haben damit zu tun, wie die Ärzte, denen ich mich dann anvertraut habe.“ (P2, Pos. 155)

„Also meine Lebenspartnerin sagt auch immer: „Erzähl doch mal, oder guck/“ Aber es ist halt/ Ja, wie soll man was erzählen, was Scheiße ist, ne? Was wirklich Scheiße ist. Ich meine, wo man weiß, ich belaste den anderen ja zusätzlich damit.“ (P5, Pos. 116)

„B: Das habe ich ihm aber allerdings nicht gesagt, dass das mich belastet hat. I: Auch bis heute nicht? B: Nein. Das will ich ihm auch nicht sagen. Weil sonst macht er sich wieder Vorwürfe.“ (P10, Pos. 96-98)

Betroffene entwickelten sogar Schuldgefühle den TherapeutInnen gegenüber und fragten sich ob diese nicht zu sehr durch ihre Ausführungen belastet seien.

„Also die Frage halt, wie weit belaste ich nicht auch die Schutzschilder der Psychologinnen und Psychologen?“ (P5, Pos. 116)

Ein weiterer Aspekt in dieser Thematik war das Vorhandensein von Schuldgefühlen, die in direktem Zusammenhang mit dem Trauma standen und die Betroffenen im Alltag stark beeinträchtigen. Sie waren häufig zentrales Thema in der Therapie.

„Für mich selber, das war eine große Geschichte auch in der Traumatherapie. Die ganze Schuldfrage, Schuldgeschichte, ne. Weil ich halt da die blöde Situation im Einsatz auch darüber zu entscheiden, wer lebt oder lebt nicht, ne. Und das hat im Nachhinein viel mit mir gemacht und ja/ (...)“ (P1, Pos. 116)

„Das Wissen, dass ich alles getan habe damals in meinem Umfeld für das Mädchen xxx, also der Fall, der mich am meisten belastet, was einem Menschen einfach nur möglich war. Was medizinisch geboten war und was möglich war. Und dass mich einfach keine Schuld daran trifft, das muss ich mir immer wieder halt sagen dann auch.“ (P3, Pos. 65)

„...das was passiert ist; habe ich mich sehr verantwortlich gefühlt. Ich fühle mich bis heute verantwortlich, was da passiert ist an dem Karfreitag.“ (P12, Pos. 88)

Die Schuldgefühle standen nicht immer in direktem Zusammenhang mit dem Trauma. Die Betroffenen fühlten sich schuldig, aufgrund von körperlicher und psychischer Einsatzschädigung auszufallen und hatten somit das Gefühl ihre KameradInnen im Stich zu lassen.

„Und in der nächsten Nacht hatte ich erst mal geheult, weil ich nicht da sein konnte bei denen, bei denen ich die letzten vier Monate vorher war. Dazu kommt, dass ich in dem letzten Monat verletzt wurde, welches nur eine Mandatsverlängerung war. Waren ja mit einer Kampfeinheit da und durften nur vier Monate. Und dann wurde diese Mandatsverlängerung unterschrieben, dann wurde einen Monat länger/ Und diesen Scheiß Monat bin ich halt leider dann, ja, da in die RPGs reingefahren.“ (P6, Pos. 94)

Ein weiterer Aspekt, der genannt wurde, war die Scham. Betroffene schämten sich für die Auswirkungen der Erkrankung, wie z. B. finanzielle Probleme, Gewichtszunahme etc..

„Ja, ich wollte nicht schon wieder nach Geld betteln und irgendwo fragen, hier Soldatenhilfswerk oder was weiß ich, was es da alles gibt, ja? Ich wollte das nicht.“ (P2, Pos. 157)

„Es gibt Tage, da funktioniert das einwandfrei und es gibt Tage, ich habe keine Ahnung, da ist ein Schamgefühl, da funktioniert es einfach nicht. Und das ist dann meistens auch die Tage, wo es mir schlecht geht...ich gehe in den Umkleideraum, schaue in den Spiegel "Oh, da ist immer noch ein Bauch und das ist nicht stabsfeldweibelgerecht" oder keine Ahnung. Das ist dann so ein/ es funktioniert nicht. Also mache ich dann weiter mein Dienstgeschäft am Computer und mache dann zu Hause Sport. (P8, Pos. 98-100)

Schuldgefühle und Scham konnten dafür sorgen, dass die betroffene Person keine Belastung für Dritte sein wollte, was wiederum zu Versorgungsdefiziten führen konnte.

„...und man will ja auch keinem zur Last fallen. Mir wurde immer gesagt „Geh zu den Sozialberatern, die wissen genau, wie, wo, was“. Aber ich wollte erstens, wenn ich mit Menschen zu tun habe und zweitens habe ich gedacht „Ja, aber da sind jetzt so viel andere, die Probleme haben, da habe ich jetzt keine Lust noch““ (P4, Pos. 158)

Als weiterer Grund für Scham wurde das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung genannt. Diese Scham konnte einen sozialen Rückzug zur Folge haben.

„Weil ich mich auch für mich persönlich geschämt habe, in der Psychiatrie zu sein. Und von daher/ also zumindest die große Zeit. Und ich wollte da auch keinen Kontakt zu sonderlich vielen Kameraden haben. Ich habe mich da ja auch sozial sehr weit isoliert.“ (P3, Pos. 61)

Scham in Bezug auf Emotionalität wurde ebenfalls beschrieben.

„Und die dürfen dann auch nicht sehen, dass man zum Beispiel, wenn man die Tür zu hat im Büro und ist emotional/ die dürfen dann auch nicht die Tränen sehen.“ (P10, Pos. 34)

„I: Schämen Sie sich denn, wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie so sind, wie Sie nicht sein wollen? B: Ja.“ (P10, Pos. 35-36) (Anmerkung der Autorin: In diesem Beispiel stand die Angst vor Ablehnung als Begründung des Schamgefühls im Vordergrund.)

Zusätzlich wurde eine Scham im Hinblick auf die verminderte dienstliche Belastbarkeit beschrieben. In den folgenden Beispielen ist die Scham mit einem negativen Selbstbild verknüpft.

„Also man kämpft richtig dagegen an, weil man ja gewisse Sachen im Dienst ja nicht mehr machen kann. Fühlt man sich ja oder ich fühle mich nicht mehr als vollständiger Soldat. Und, ja, dann versucht man halt eben, zu kompensieren. So ist es bei mir. Ich versuche dann zu kompensieren mit meiner Arbeit. Dass ich DA halt eben 110 Prozent gebe.“ (P10, Pos. 30)

„Also für mich ist es schon, da ich mehr zuhause bin als im Dienst, belastet mich das schon selber extrem, weil ich ein sehr großes auch Anforderungsniveau an mich selber stelle.“ (P14, Pos. 60)

„...aber trotzdem ist bei mir immer dieses auch schlechte Gewissen auch da/ schlechte Gewissen, Schuldgefühle und was auch immer, dass ich halt nicht so da bin, wie ich das gewohnt bin und wie ich es gerne hätte...“ (P14, Pos. 60)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Schuldgefühle und Scham im Kontext der Aussagen eher hinderlich darauf auswirkten, das Leben selbst mitgestalten zu können und nicht zur Stärkung der Patientenkompetenz beizutragen.

4.1.4.2.2 Engagement

Mit Engagement ist gemeint, dass die Betroffenen sich öffentlich oder im Einzelnen persönlich für Dritte engagierten, was einen insgesamt als positiv zu bezeichnenden Einfluss auf das alltägliche Leben und den eigenen Umgang mit der Erkrankung hatte. Das Engagement bezog sich häufig auf weitere SoldatInnen, die ebenfalls an einer PTBS erkrankt waren. Weiterführend engagierten sich einige Betroffene für psychisch erkrankte Menschen, die weder SoldatInnen waren noch an einer PTBS litten. Es wurde beschrieben, dass die Kommunikation mit weiteren Betroffenen diese besser motivieren konnte, Hilfe aufzusuchen und anzunehmen.

„Es ist ja so, als Einsatzgeschädigter kann man ja vielleicht auf eine gewisse Art und Weise auf einen Soldaten einführend wirken, dass der vielleicht dann doch den kleinen Schub bekommen würde, mal auf so ein Seminar zu gehen.“ (P8, Pos. 64)

„Inzwischen ist es so, dass wenn ich jemanden sehe, gehe ich hin, weil es ja sonst keiner macht. Und habe heute erst wieder einen Termin mit einer Sozialberaterin in Ulm für einen Kameraden klar gemacht, weil er zu mir gekommen ist, hat gesagt: "xxx, ich kann nicht mehr."“ (P6, Pos. 82)

Insgesamt berichteten die Betroffenen über den positiven Einfluss des eigenen Engagements in unterschiedlicher Hinsicht (z. B. eigene Krankheitsbewältigung, positiver Aspekt für andere, das Gefühl etwas zurückgeben zu können etc.).

„Und ich merke daran, dass MIR das gut tut, weil ich einfach anderen Menschen in den Situationen, in denen ich selber war 2012 und ähnliches, helfen kann. Und den Leuten tut es auch gut, weil sie einfach an die Hand genommen werden und sich NICHT um alles auf einmal selber kümmern müssen.“ (P3, Pos. 75)

„Aber selbst da habe ich dann mich sozial engagiert. Also ich habe einen Event gemacht für sexuell, gewalttätig missbrauchte Kinder. Ich habe an Schulen gearbeitet und... habe ich im Rahmen der Ganztagschule habe ich für Kinder Gewaltprävention gemacht. Ich war in Kindergärten, habe dort Gewalt-Alphabet gemacht, haben da drüber gesprochen, welche Formen von Gewalt es gibt, ob sie sowas schon mal erlebt hätten. Und ich habe doch unheimlich gute und positive Resonanz gehabt. Das war auch wahrscheinlich meine Art mit/ Oder es war wahrscheinlich auch das, womit ich gemerkt habe, wie ich mit meiner Vergangenheit umgehe. Es war für mich eine Vergangenheitsbewältigung. Aber in dem Augenblick war mir das nicht bewusst.“ (P2, Pos. 115)

„Menschen, die alles verloren haben und die in derselben Position waren wie ich. Und ich konnte ihnen/ konnte den Menschen Hoffnung geben. Und ich konnte das, konnte auf einmal die Hilfe, die ich im Nachhinein hatte, die man mir gegeben hat, die konnte ich zurückgeben. Weil ich genau/ Ich konnte nachempfinden, dass diese Menschen dort unten traumatisiert sind, dass die viel verloren haben, dass sie gerade einen ganz schwierigen Gang haben. Und das hat mir unglaublich viel Kraft gegeben. Ja, es hat mir unheimlich gutgetan.“ (P2, Pos. 96-97) (Anmerkung der Autorin: Gemeint ist die Hilfe im Ahrtal im Rahmen der Flutkatastrophe 2021.)

Ein Engagement für Dritte konnte zur eigenen Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz führen.

„...Und dann auch mit dieser Öffentlichkeitsarbeit, wo ich auch viel positives Feedback bekommen habe, ne. Auch viel von Kameraden aus der ganzen Bundesrepublik, ne. So dann kam ein, super, ne, dass du das gemacht hast, ne. Und auch von vielen die da geschrieben habe, ja, ne, toll den Weg und dieses Öffentliche, ne, hat mich jetzt auch bestärkt den Schritt zu gehen, ne, um selbst in Therapie zu gehen oder selbst zu sagen, ich bin krank, ne. Also von daher hat das schon viel dazu beigetragen.“ (P1, Pos. 134)

Des Weiteren zielte das Engagement der Einzelnen darauf ab, die Krankheitsakzeptanz Dritter zu fördern, aber auch Stigmatisierung durch Aufklärung zu reduzieren.

„Nennt sich in Würde zu sich stehen. Und da geht es da drum, dem Patienten oder dem Kameraden, der gerade am Anfang steht der Therapie, wo der sich gerade dazu entschlossen hat, die Therapie zu

machen, Wege aufzuzeigen oder ihm eine Entscheidungshilfe zu geben, um dann im Nachhinein zu sagen, ja, auch öffentlich oder auch, ja, wie soll ich es ausdrücken? Dass er einfach sagt, pass auf, ja, ich bin krank, ne. Ich gehe offen damit um und versuche es nicht zu verstecken. Weil wenn Sie diese Krankheit verstecken wollen, kostet das nochmal enorme Kraft das zu machen. Das habe ich auch (unv.) gedacht. Und einfach auch dann auch von dieser Stigmatisierung wegzukommen, ne. Weil das Stigmata ist immer noch da, ne.“ (P1, Pos. 134)

Da Stigmatisierung eine wichtige Rolle in der Krankheitsbewältigung zu spielen scheint und verhältnismäßig häufig durch die Betroffenen in den Interviews erwähnt wurde, existiert hierzu im Folgenden ein eigenes Kapitel „Stigmatisierung“ in dem das Thema ausführlich behandelt wird.

4.1.4.2.3 Glaube

Glaube ist eine Möglichkeit, das Leben durch eine bereits vorhandene oder neu gewonnene Spiritualität mitzugestalten. Der Weg zum Glauben fand insgesamt 2-malig im Rahmen eines einzelnen Interviews Erwähnung. Er war eine weitere Möglichkeit, das Leben mitzugestalten und konnte somit Einfluss auf Alltag und die Patientenkompetenz nehmen.

„Habe selbst zum Glauben gefunden. Ich bin jeden Tag in eine Kapelle gefahren und habe gebetet. Als ich dann meine Wohnung verloren habe, habe ich in meiner Schule geschlafen, und ich habe an (lachend) Weihnachten habe ich in der Kälte gelegen. Also ich hatte auch finanzielle Schwierigkeiten, sehr große. Ich habe nachts dort gelegen und habe mit den Bildern meiner Kinder mich in den Schlaf geweint, und habe gesagt: „Lieber Gott, warum muss ich denn das jetzt hier auch noch erleben?“ „(P2, Pos. 137)

„Na ja, ich habe dann, wie gesagt, auf einer Luftmatratze gelegen. Und die hat mir dann an Weihnachten so ein kleines Gesteck gebracht mit einer Kerze und Plätzchen und hat gesagt: „Ich bete für Sie. Beten Sie auch mal, das hilft Ihnen.“ Und ich bin zwar christlich erzogen auch von meinen Eltern, meine Oma war sehr christlich. Aber ich könnte jetzt nicht sagen, dass ich an Gott geglaubt hätte. Aber dann bin ich halt jeden Tag in diese Kapelle gefahren und habe gesagt: „Lieber Gott, nimm mein Leben in deine Hände. Bitte hilf mir. Hilf mir, es geht nicht so weiter. Lass mich irgendeine Kraft finden, eine innere Kraft, dass ich das hier alles durchstehe.““ (P2, Pos. 139)

In den genannten Beispielen hatte der Glaube positiven Einfluss auf die psychisch einsatzgeschädigte Person, indem sie aus dem Glauben Kraft und Durchhaltevermögen schöpfen konnte, was sich im Grundsatz positiv auf die Patientenkompetenz auswirken kann.

4.1.4.2.4 Tiere

Ein weiterer wichtiger Themenkomplex war der Umgang und der Kontakt zu Tieren. Dieser wirkte sich insgesamt sehr positiv auf die Patientenkompetenz und die Symptomkontrolle aus und konnte somit die Betroffenen im Alltag positiv beeinflussen.

Tiere wurden als Ressource beschrieben, aus denen Positivität, Kraft und Ruhe geschöpft werden konnte.

„Meine Ressourcen sind meine Tiere...“ (P2, Pos. 33)

„Das ist meine Hunde, meine Katze. Ich habe ein paar Ziervögel. Da finde ich dann meinen inneren Frieden mit. Wenn ich mich damit beschäftige, dann kann ich mich/ Ich beobachte die Tiere, dann sind das für mich positive Dinge, die ich einfach vor mir sehe. Ja. Da ist keine/ werden keine Fragen gestellt, die mich belasten. Die Tiere sind so, wie sie sind. Ja.“ (P2, Pos. 35)

„I: Was gibt es noch an Dingen, die Ihnen guttun? B: Mein Hund und meine Tochter. Das ist so/ mein Hund war mein Seelentröster von fast Anbeginn. Den habe ich einen Monat, nachdem wir aus Afghanistan zurück waren, habe ich mir den geholt als Welpen und der begleitet mich jetzt schon seit zehn Jahren. Und/ also/ Wie auch viel/ in vielen Therapien, wenn man das liest, Tiere eingesetzt werden. Also das kann ich nur bezeugen. Ich habe mir meinen Hund geholt und/ Der Arme hat vielleicht am Anfang ein bisschen leiden müssen. Da war ich vielleicht etwas hart in der Umgangssprache. Aber auch dann, wie ich die Tabletten genommen habe, ja. Aber er hört. (lacht) Und das ist/ Er hört und, ja, ich glaube, mitunter hat er auch das beste Leben mittlerweile. Also ich habe den von Anfang an immer ohne Leine laufen und/ er ist halt mein Buddy.“ (P4, Pos. 79-80)

Tiere gaben den Betroffenen eine verlorene Tagesstruktur und Aufgabe wieder. Zusätzlich konnten sie einen protektiven Effekt auf die betroffene Person im Hinblick auf das Erkennen von Gefahrensituationen haben.

Ich habe ja Halt von meiner Mutter, die hat mir damals einen Hund gekauft, damit ich eine Tagesstruktur habe. Ja, die hat mir einen Labrador gekauft, dann bin ich dann morgens und mittags und abends dann spazieren gegangen, damit ich wieder eine Aufgabe habe, ja? Selbst da hatte ich Probleme. Als ich in den Wald gegangen bin, bin ich in eine Treibjagd gelaufen damit/ Wenn mein Hund da nicht gewesen wäre. Der hat mich aus dem Wald gezogen. Aber meine Familie ist für mich eigentlich mein ein und alles. Also das ist für mich so. Wenn es mir nicht gut geht, weiß ich irgendwie irgendjemandem immer, mit dem ich reden kann. Ob das mein Vater ist oder meine Mutter ist. Das sind Menschen, die mir zuhören. (P2, Pos. 149)

Der Kontakt zu Tieren - in folgendem Beispiel Pferde - wurde als förderlich für den Genesungsprozess beschrieben. Gleichzeitig übte die betroffene Person Kritik daran, dass z. B. Pferde-gestützte Therapien zu wenig stattfänden und die Familie zu wenig integriert würde.

„Aber das ist förderlich, das ist absolut förderlich auch der Genesung. Also diese paar Euro, die uns sowas kostet, da die Leute mit einem Therapeuten auf einen Bauernhof zu schicken, damit die da eine Pferdetherapie machen im Sinne von Pferden streicheln oder sonst irgendwas, rechnet sich durch die Verkürzung der Therapiezeit.“ (P3, Pos. 97)

Eine Tier-gestützte Therapie konnte zur Symptomkontrolle beitragen, indem z. B. die Verantwortung für Wachsamkeit an das Tier abgegeben werden und so die innere Anspannung reduziert werden konnte.

„...war tatsächlich eine Studie mit Hunden vom BwZK damals. Wir sind einfach nur in die Hundeschule gefahren nach Ulmen, wo ich jetzt bin, und sind mit Hunden spazieren gegangen. Und da habe ich dann irgendwann festgestellt, ich muss nicht so angespannt sein. Weil, wenn ich irgendwo ein Knacken oder ein Rascheln gehört habe im Wald, hat der Hund schon hingeguckt, bevor ich es registriert habe. Und der Hund ist locker geblieben. Dann war irgendwann mal ein Hase da. Der Hund fing an zu bellen. Natürlich hat es mich erschreckt, hat mir aber gleichzeitig die Sicherheit gegeben. Der Hund macht das intuitiv. Das ist seine Aufgabe. Das hat mich runtergebracht. Das waren die ersten zwei Stunden jeweils mit diesem Hund zu gehen, wo ich abschalten konnte.“ (P8, Pos. 160)

Nicht nur eine Tier-gestützte Therapie, sondern auch der private Umgang mit Hunden konnte die Betroffenen in der Symptomkontrolle unterstützen.

„Und mein einer Hund, der merkt das. Der kommt dann immer an und versucht, meinen Stress über sich wegzuecheln.“ (P10, Pos. 22)

„Und da finde ich es halt eben ganz gut. Weil der kommt. Der will raus. Der muss raus. Und dann MUSS ich gehen. Und der kommt, wenn es mir nicht gut geht. Und dann bin ich nicht alleine. Weil der setzt sich auch beim Antreten hinter einen und warnt vielleicht einen, wenn einer von hinten kommt. Der muss ja nur grummeln, mehr muss er nicht machen. Das kann man ihm antrainieren. Aber man ist nicht alleine.“ (P10, Pos. 124)

„Ich habe verschiedene Sachen mal probiert. Mit Musik, Atemtechniken, das hilft bei mir recht gut. Und was ich halt dann sehr, sehr viel mache ist, mit dem Hund spazieren gehen. Also raus. Ich muss raus einfach. Das ist dann/ ja, raus aus der Umgebung.“ (P11, Pos. 50)

„Und das kann mitunter die Kleinigkeit sein nach Hause zu kommen und unsere Fellnase drückt mir als Erstes die Schlappen in die Hand und lässt mich dann nicht los und nicht in Ruhe, bis ich vielleicht nach 20 Minuten mit ihr auf der Couch gekuschelt habe und sie gekraut habe und sie merkt, irgendwie lässt die Anspannung von mir nach. Dann verkrümelt die sich wieder und dann bin ich ja selber runtergefahren.“ (P13, Pos. 48)

In folgendem Beispiel wurde deutlich, dass insgesamt ein Misstrauen und eine Überdrüssigkeit gegenüber Menschen bestand und Tieren diese Attribute (z. B. Unehrlichkeit) nicht zugeordnet wurden.

„Also ich immer eher mit, auch im Nachhinein dann später, lieber mit Tieren klarkam als mit Menschen, weil die einen anknurren, wenn die einen nicht mögen und nicht hintenrum über einen lästern.“ (P6, Pos. 42)

Ein abschließendes Zitat macht deutlich wie viel positiven Einfluss ein Tier (und die Familie) auf die Betroffenen haben konnte.

„Wenn ich meinen Mann nicht hätte und meine Hunde nicht hätte, da wäre ich wahrscheinlich schon gar nicht mehr da. Also da hätte ich mir schon lange das Leben ausgeknipst, bin ich ehrlich.“ (P10, Pos. 90)

4.1.4.2.5 Sport

Sport ist ein Themenkomplex der besonders zur Symptomkontrolle beitragen kann und von den Betroffenen in der Relation häufig genannt wurde. Sportliche Betätigung konnte dafür sorgen, dass die Betroffenen die innere Anspannung ablegen konnten. Sie wurde von vielen Betroffenen als permanentes, besonders quälendes Symptom wahrgenommen.

„Aber der Sport gibt mir halt sehr viel, ne. Sport oder raus, Natur etc. für mich allein, ne. Und der Sport halt, um diese auch innere Anspannung dann auch abzubauen, ne. Ja. War das für mich die größte Therapie.“ (P1, Pos. 150)

„Und hatte ja gleichzeitig mein Training gehabt, also meinen Kampfsport, den ich gemacht habe. Das war für mich so mein roter Leitfaden. Ich habe versucht, mich damit immer irgendwie zu stabilisieren. Und das hat mich auch all die Jahre stabil gehalten. Ne, in der Therapie habe ich nachher dann erlebt, dass diese Überkreuz-Übungen, dass die mich präsent halten. Denke ich: „Ei, Moment mal, das kennst du doch alles aus deinem Training. Vielleicht ist es deswegen alles erst so spät bei dir ausgebrochen,

weil du im Grunde genommen dich selbst über all die Jahre therapiert hast mit diesen Körperübungen.““ (P2, Pos. 65)

„Und dann war ich da zwei Tage wandern. Bin dann nach Hause und die Welt war für mich wieder in Ordnung. Im Kleineren habe ich das jetzt für mich festgestellt mit saunieren gehen. In Anführungsstrichen habe ich da auch meine Ruhe. Kann mich dort entspannen. Komme dann nach Hause abends und dann passt das auch wieder.“ (P11, Pos. 116)

Der Sport unabhängig von der Sportart wurde als wichtige Ressource beschrieben. Krankheitsspezifische Symptome wie Scham oder Depression konnten eine für die Betroffenen unangenehme Beeinträchtigung in der Ausführung von Sport darstellen.

„Der Sport. Der hilft mir. Ich habe jetzt auch wieder angefangen, Fahrrad zu fahren, was ich vorher gehasst habe. Mittlerweile muss ich sagen, durch Corona, habe ich mir ein E-Bike gekauft. Habe wieder angefangen mehr im Freien Fahrrad zu fahren. Das ist so. Oder mittags, wenn nicht so viel los ist im Fitness-Studio aufs Ergometer dann zu gehen. Jetzt gerade bei dem Wetter, im Winter, ist das dann eine Alternative. Oder schwimmen zu gehen. Das Krafttraining zu machen. Das hilft. MIR hilft das. Wenn ich jetzt GANZ tief in der Depression bin, dann gehe ich/ mache ich gar nichts. Dann bin ich platt und dann will ich einfach nur meine Ruhe.“ (P10, Pos. 40)

„I: Wenn es Dinge gibt, die Sie belasten, gibt es Dinge, die Ihnen dann guttun? Die Ihnen dann helfen aus dieser Belastung herauszukommen? B: Sport... Ich weiß, er tut mir gut. Ich weiß auch, dass ich ihn zu Hause mache. Im Dienst Sport tun, ist dann wieder so ein/ das ist tagesabhängig. Es gibt Tage, da funktioniert das einwandfrei und es gibt Tage, ich habe keine Ahnung, da ist ein Schamgefühl, da funktioniert es einfach nicht. Und das ist dann meistens auch die Tage, wo es mir schlecht geht.“ (P8, Pos. 95-98)

4.1.4.2.6 Integration in den Dienst

Der Integration in den Dienst kommt laut Aussagen der Betroffenen eine besondere Bedeutung in vielerlei Hinsicht zu. Sie konnte dazu beitragen, der betroffenen Person eine vorher verlorene Tagesstruktur wiederzugeben. Dass diese einen erheblichen Einfluss auf die Patientenkompetenz zu nehmen scheint, ist in den vorherigen Kapiteln bereits beschrieben worden.

Interessant war, dass sogar eine Tätigkeit mit hohem Stressfaktor - bei ohnehin schon bestehender innerer Anspannung - als zuträglich zur Krankheitsverarbeitung empfunden wurde. Die Betroffenen werteten das Gefühl, gebraucht zu werden und eine dem Ausbildungsstand angepasste, adäquate

Aufgabe zu haben als gewichtiger als das Gefühl von Stress und innerer Anspannung. Auch Wertschätzung und Anerkennung im Dienst spielten eine wichtige Rolle in diesem Kontext.

„Ist eine hohe Belastung, ne. Weil es jetzt auch kein stressfreier Job ist. Aber für mich im positiven Sinne, weil du wirst wieder gebraucht. Hast eine Tagesstruktur, ne und du fühlst dich auch wieder, ja, gewertschätzt, sagen wir mal so, ne. Anstatt nur KzH zu sein und zu Hause zu sitzen, ne. Ein ganz großer Punkt, auch ein wichtiger Punkt.“ (P1, Pos. 138)

„Aber wenn du an einem gewissen Punkt der Therapie bist, dann musst du zurück irgendwann in diese Tagesstruktur, ne. Und auch, wie gesagt, diese Wertschätzung und auch dieses wieder Gebrauchtwerden, ne und auch nicht nur diesen Stempel zu haben, der ist krank, ne, Einsatzgeschädigt, den können wir hier nicht gebrauchen, ne. Und den lassen wir lieber zu Hause oder geben ihm mal den Dienstposten, der absolut unter Wert ist für ihn. Was ihm nicht gerecht wird. Solche Fälle kennen ich halt auch, ne. Und in dem Sinne habe ich halt viel Glück in meinem Fall, ne, dass es bei mir nicht so war. Und mir auch weiterhin, ja, ich weiterhin die Chance habe, trotz, ne, Behinderung und Erkrankung auch den Dienstposten zu machen, ne, für den ich auch ausgebildet bin, ne. Und auch meiner Ebene gerecht wird sozusagen. (P1, Pos. 138)

„Das war halt auf eigenen Wunsch. Mir wurde es natürlich auch abgeraten. Also eigentlich hätte ich überhaupt noch gar nicht arbeiten gehen sollen. Aber ich war halt zwei Jahre, acht Monate zu Hause und/ mit Reha-Kliniken und Tagesklinikaufenthalte. Aber man kam sich halt, ja, nutzlos vor.“ (P4, Pos. 54)

„...da muss ich echt sagen, Glück gehabt habe, dass ich die Chance bekommen habe, da nicht einen Stempel ..., sage ich mal, Einsatzgeschädigter und Schublade und weg. Sondern sowie der Leiter hier, der mich ja behandelt, sagt so schön: „Du hast viel zu viel Wissen“, (lachend) der konnte/ „das wird gebraucht, ne? Wir müssen halt nur dafür sorgen, dass das nicht zu stark weg gemolken wird und dass du auf der Strecke bleibst, sondern, dass es halt wieder auf normales Niveau runterkommt. Ein Geben und Nehmen ist.“ Also, wie ein normaler Dienstag zurückgekehrt wird und nicht ständig in diesen 24-sieben-Modus, sage ich mal, getaktet läuft.“ (P5, Pos. 56)

*„...trotz der Erkrankung und alles bin ich ja weiterhin/ Darf ich hierbleiben. Habe einen regulären Dienstposten wieder bekommen, der ja für Nicht-Angehörige ... der **Teilstreitkraft** bedeutet, dass ein anderer nicht xxx werden kann auf dem Dienstposten. Ist ja eine Anerkennung. Also letztendlich erkennen die Arbeit hier an.“ (P5, Pos. 120) (Anmerkung der Autorin: Die Besoldungsstufe des Interviewpartners/der Interviewpartnerin wurde zum Erhalt der Anonymität unkenntlich gemacht und*

mit „xxx“ ersetzt. Die Truppenzugehörigkeit wurde aus dem gleichen Grund mit dem Wort „Teilstreitkraft“ ersetzt.)

Häufig war es für die Betroffenen ein schwerer Weg, einen Dienstposten zu erhalten, der in der Aufgabe angemessen war. Einsatzgeschädigte werden im Rahmen des EWVG auf einen Dienstposten transferiert, der eine Rehabilitation, medizinische Behandlung sowie lange dienstliche Ausfälle ermöglicht (im folgenden Zitat „ZBV“ - zur besonderen Verfügung; sonst auch als „DPäK“ bezeichnet - Dienstposten ähnliches Konstrukt). Diese Dienstposten wurden häufig für die Betroffenen als nicht hinreichend fordernd und nicht ausbildungsgerecht wahrgenommen.

„Sondern das war hier genauso ein schwerer Kampf, das System von überzeugen, dass es gesundheitlich sinnvoll ist, mich von ZBV wieder auf Dienstposten zu setzen.“ (P5, Pos. 94)

„Ja und dann hat man mir erst mal angeboten, in der G-Kartei Akten zu sortieren. Und da habe ich dann irgendwann gesagt "Wissen Sie, das mag sich jetzt großkotzig anhören, aber ich bin xxx, ausgebildet als Zugführer. (...) Ich habe sieben Auslandseinsätze hinter mir als Staffelführer, Truppführer, was auch immer und jetzt soll ich mich in die G-Kartei stellen und soll Akten sortieren. Das kann ich nicht. Dann müssen Sie mich halt entlassen. Aber ich habe nicht zahlreiche und Jahre an Lehrgängen gemacht, dass ich mich jetzt an den Aktenschrank stelle." Denn jeder, der reinkommt, denkt sich "Was muss der denn verbrochen haben, dass er Akten sortiert?" Das konnte ich nicht.“ (P8, Pos. 58) (Anmerkung der Autorin: Der Dienstgrad wurde zugunsten des Datenschutzes durch „xxx“ ersetzt.)

„Ich bin mit dem zufrieden im Moment, was ich habe. Aber so ganz zufrieden bin ich nicht.“ (P10, Pos. 56)

Einige Betroffene empfanden diese genannten Dienstposten zur Rehabilitation allerdings als hilfreich und entlastend.

„Ich bin auf einem DPäK Posten. Ich bin am Anfang hierhin gekommen und durfte Leute fahren. Das war kurz nachdem ich dann nicht mehr selbst- und fremdgefährdend war. Und weil mich das immer so sehr abgelenkt hat von schlechten Gedanken. Weil man hat immer was zu tun und das Schöne war natürlich: Ich war vorher Scharfschütze. Eigenverantwortliches Arbeiten. Ich habe es nicht anders gelernt“. (P6, Pos. 64)

„Ich bin sehr zufrieden mit dieser Verwendung. (...) Weil das gesamte Umfeld, das ganze Konstrukt, das ich gerade habe, mir guttut. Aber tatsächlich ist xxx eine Verwendung, die ich mir niemals gesucht und gewünscht hätte und die ich mir auch in Zukunft so nicht vorstellen könnte... Also als xxx in einem

normalen Bataillon würde ich kläglich versagen.“ (P8, Pos. 108) (Anmerkung der Autorin: Die genaue Beschreibung der Verwendung wurde zum Zweck der Anonymität mit „xxx“ ersetzt.)

„Mittlerweile ist es so, dass es entspannter/ ich probiere, mir den Tag nicht mehr so vollzuhauen. Weil wie gesagt, ich bin auf einem DPäK-Posten ...“ (P11, Pos. 70)

„Eine andere Idee war zum Beispiel auch wir als Erkrankte sollten keine Aufgaben kriegen, sage ich mal, die, ich sage mal, so verantwortungsbewusst sogar ist oder Verantwortung hat sogar, wo wir dann noch mehr unter Druck kommen.“ (P12, Pos. 66)

Im Rahmen dieser besonderen, extra für Einsatzgeschädigte geschaffenen Dienstposten, war es der betroffenen Person möglich nicht vollzeitig tätig sein zu müssen. Hierbei war der Dienst auf einem flexiblen Dienstposten was Dienstzeit und Dienstumfang betraf von besonderer Bedeutung.

„Ich habe auch nur vier Stunden Dienst. Und halt natürlich auf der Arbeit dann, muss gucken, wie viel Stress ich da habe dann etwa. Und davon bin ich meistens schon so fix und fertig, dass ich, wenn ich um 10:00 Uhr Schluss mache, irgendwie versuche nach Hause zu kommen und so erschöpft bin, dass ich/ wieder anfängt, mein ganzer Körper zu schmerzen. Das habe ich sehr oft.“ (P12, Pos. 20)

„Dann stelle ich für mich fest, dass diese Zeit von 6:45 Uhr bis 14 Uhr völlig ausreichend war. Ich bin dann müde, teilweise auch erschöpft.“ (P11, Pos. 32)

Selbst wenn die Tätigkeit für die betroffene Person als nicht fordernd oder ausbildungsgerecht empfunden wurde, so wirkte sich ein angenehmes Umfeld und Arbeitsklima positiv auf die Patientenkompetenz aus.

„Also (lacht) im Groben kann man eigentlich/ also, weil/ mit einem zwinkernden Auge kann man sagen, es ist so das (lachend) Abstellgleis, glaube ich, für kaputte Menschen. Also hier haben viele Leute irgendwelche körperliche oder auch geistige Probleme... Also von daher, hier ist (lacht) ein wilder Zirkus, (lachend) kann man eigentlich sagen. Von daher ist alles gut. (P4, Pos. 102)

Betroffene konnten dazu neigen, sich selbst mit einem überdurchschnittlichen Arbeitspensum zu überlasten. Sie nutzen die Arbeit im Sinne der Kompensation und Verdrängung psychischer Symptome. Der Protektion dieser Betroffenen scheint demnach eine besondere Bedeutung zuzukommen, um das dysfunktionale Verhalten zu reduzieren und/oder bewusst zu machen. Durch wen die Protektion erfolgt, ist vorerst unerheblich.

„Also ich bin auch so, dass ich keinen Heim-Telearbeitsplatz habe. Also das haben wir auch nie/ Da haben die Ärzte gleich interveniert. Also Zuhause ist Zuhause, Rückzugsgebiet. Dienst ist Dienst.“ (P5, Pos. 48)

*„B: Also ich wollte von Anfang an wieder in Dienst gehen, wurde aber daran gehindert. I: Von wem?
B: Von den Ärzten und Psychologen, weil man zu schnell sonst wieder in einen Teufelskreis kommt. Und das halt einfach seine Probleme mit Arbeit wegschiebt. Und deswegen war ja auch der Grund der Versetzung, weil ich halt da weg MUSS aus meinem inneren Kreis in einen Bereich, wo halt diese Sachen nicht akzeptiert oder schöngeredet werden.“ (P9, Pos. 164-166)*

*„B: Teilweise. (lacht) Teilweise. Ich werde/ aus vielen Sachen werde ich rausgehalten, wo ich gerne mit involviert wäre. Ob es jetzt Übungsplätze sind, ja. Aber das sehe ich jetzt mittlerweile auch als Schutz von denen, dass ich quasi auch, ich sage jetzt mal in Anführungsstrichen, etwas noch meine Ruhe habe.
I: Das heißt, Sie empfinden das nicht als Verlust, wenn Sie bestimmte Sachen nicht hören dürfen? B: Nein.“ (P11, Pos. 58-60)*

Der adäquate Umgang mit KameradInnen und Vorgesetzten war den Betroffenen im dienstlichen Kontext wichtig. Hierbei bestand die Schwierigkeit häufig darin, die betroffene Person ernst zu nehmen, Rücksicht zu nehmen und zu unterstützen, aber nicht überprotektiv zu handeln oder sie sogar unter Druck zu setzen.

*„Man muss es so beschreiben, einmal ja, Rücksicht nehmen auf die Erkrankung. Weil, man ist nun leider krank. Und man ist behindert in seiner Dienstausbübung, das ist einfach so. Dass dort Rücksicht genommen wird, aber auch nicht SO eine Rücksicht, dass man denjenigen so in Watte packt und ihn so schützt und sagt, na ja, wir trauen dir nichts mehr zu, ne. Du machst jetzt was anderes. Oder wir versetzen dich, ne, oder wir packen dich gar nicht an und Angst mit dir umzugehen. Was man sich wünscht, dass mit einem normal umgegangen wird wie mit jedem anderen, ne. Trotz der Einschränkung, trotz der Behinderung. Es aber trotzdem im Hinterkopf hat, wenn Situationen kommen, wo es einem schlecht geht oder die Belastung einfach zu hoch ist, dass man das weiß, ne. Und dass man das auch anerkennt, ne, das auch nicht negativ ausgelegt wird. So kann ich es vielleicht umschreiben. Ja. (...)
(P1, Pos. 152)*

„Und jeder weiß inzwischen wirklich, dass ich einen am Sender habe, dass man mir doch nicht Zucker in den Arsch pusten muss oder so. Sondern dass ich alles versuche, um normal meinen Dienst hier zu machen... Es wird einem nicht leicht gemacht. (P6, Pos. 50)

„Das ist natürlich auch für meine Einheit irgendwo schwierig. Das kann ich auch nachvollziehen, weil die nicht einschätzen können: Wie geht es mit mir weiter? Ich werde zwar regelmäßig immer gefragt: "So. Hier. Ist irgendwie absehbar, wann wir dich wieder voll einplanen können, wenn es um irgendwelche Meldungen oder Bereitschaften geht?" Wo ich dann sage: "Ja. Nein. Das ist nicht absehbar." Ist spannend. Ja? Man beharrt sich im Zweifel sehr, sehr wortgenau an das/ an dem, was auf dem Krankmeldeschein steht.“ (P13, Pos. 28)

Die Integration in den Dienst wurde insgesamt eher als positiv bewertet.

„Arbeiten kann ich glücklicherweise endlich wieder. Und das auch fast im vollen Stundeneinsatz.“ (P3, Pos. 37)

„Es gibt mir wieder eine militärische Heimat. Ja. Die hat mir gefehlt in den letzten Jahren.“ (P8, Pos. 122)

Die Betroffenen suchten häufig selbst die Initiative im Dienst integriert zu bleiben, auch wenn es noch zu früh für zusätzliche dienstliche Belastungen war.

„Dann habe ich da mehrere Wiedereingliederungsversuche versucht, direkt am Anfang, aber das war halt noch viel zu früh. Ich hatte weder eine Therapie richtig begonnen, es war nur Stabilisierungsphase. Und das ist natürlich alles kläglich zum Scheitern verurteilt gewesen, von Anfang an. Aber ich wollte das damals, ich wollte im Dienst bleiben. (...) Ja, aber es hat halt nicht funktioniert.“ (P8, Pos. 56)

Die Integration in den Dienst war häufig durch die Erkrankung selbst, sowie durch Komorbiditäten erschwert.

„I: Wiedereingliederung dieses Jahr, ist das die erste Wiedereingliederung, die läuft oder ist das schon die zweite? B: Nein, das ist schon die, ich weiß gar nicht wieviel ich hatte, ne. Also bis zur Diagnosestellung hatte ich ein paar. Weil ja immer mit Depression und Burnout, ne. Dann wieder angefangen, Hamburger Modell, langsam gesteigert, dann ging es wieder bergab, ne. Und während der Therapie, ja, kann man so wirklich sagen von Hamburger Modell dann. Ich war immer zwischendurch halt immer im Dienst, bin aber auch nur, ja, nebenhergelaufen, ne. Weil es halt keine Stringenz gab, ne. Dann war ich wieder in Berlin für ein paar Wochen, dann wieder zu Hause KzH und so. Wie gesagt, das hätte gar nichts gebracht, ne. Aber ich war im Dienst halt immer integriert. (P1, Pos. 139-140)

Retraumatisierung spielte in Zusammenhang mit der Integration in den Dienst eine zusätzliche Rolle. Die Retraumatisierung konnte hierbei durch bestimmte dienstliche Situationen ausgelöst werden und

führte zu einem emotionalen Zusammenbruch. Wichtig in folgendem Beispiel ist, dass zum Zeitpunkt der vermehrten Belastung die Diagnose PTBS der betroffenen Person und dem Umfeld noch nicht bekannt war.

„Dann wurde ich versetzt nach Westerstede auf eigenen Wunsch, dort in die Notaufnahme. Da habe ich dann schon gemerkt, dass Medizin eigentlich gar nicht mehr geht. Alles, was mit Notfallmedizin und Anästhesie zu tun hat, für mich eine unglaubliche Belastung ist und immer wieder Bilder aus dem Einsatz hochkommen. Dachte mir dann, ich rette mich sozusagen durch eine weitere Versetzung ans Kommando Sanitätsdienst in die Verwundeten-Leitstelle der Bundeswehr, in die PECC damals. Habe da dann auch meinen Dienst weiter wahrgenommen, bis es dann zum ersten Mal zu einem großen Anschlagsszenario gekommen ist, wo ich dann, ja, federführend sozusagen mit in der Verwundeten-Leitstelle saß und wir dann diese Situation erstmals von einem KIA hatten, also killed in action. Und da ist für mich die Welt zusammengebrochen. Und danach ging wirklich gar nichts mehr.“ (P3, Pos. 15)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Integration in den Dienst eine große Bedeutung zuzukommen scheint. Eine individuelle, differenzierte Betrachtung jeder einzelnen einsatzgeschädigten Person scheint aus vielerlei Gründen eine Hürde für den Verwaltungsapparat der Bundeswehr zu sein, hatte jedoch eine erhebliche Auswirkung auf den Alltag der Betroffenen. Eine zufriedenstellende Tätigkeit und ein angenehmes Arbeitsklima hatten insgesamt positive Auswirkungen auf die Patientenkompetenz. Sowohl förderliche, als auch hinderliche Faktoren in Bezug auf die Patientenkompetenz in Zusammenhang mit der Integration in den Dienst sind in der folgenden Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Förderliche und hinderliche Faktoren der Integration in den militärischen Dienst psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Adäquate Tätigkeit (weder über- noch unterfordernd)	Überforderung/ Unterforderung
Flexible Anwesenheits- und Arbeitszeiten (z.B. im Rahmen DPäK)	Überprotektion (durch KameradInnen und Vorgesetzte)
Anerkennung	Gefühl der Nutzlosigkeit
Angenehmes Arbeitsklima	Druck Dienstzeit zu erhöhen
Wertschätzung	Retraumatisierung
Angemessene Protektion	Ausgeprägte Symptomatik und Komorbiditäten
Tagesstruktur	
Gefühl gebraucht zu werden	
Zugehörigkeitsgefühl	

4.1.4.2.7 Retraumatisierung

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, scheint eine Retraumatisierung im Leben der Betroffenen eine Rolle zu spielen und kann Einfluss auf die Patientenkompetenz nehmen. Die Gründe und der Umgang mit dieser von außen initiierten Retraumatisierung sind höchst individuell und mehr oder minder belastend für die Betroffenen.

„Ich hatte nur letztes Jahr zwei Erlebnisse, für mich zwei traumatische Erlebnisse, die mich wieder so ein bisschen zurück/ ich sage mal so, wieder ein Rückschritt hatten zur Folge, ne. Deshalb habe ich mich auch jetzt seit März wieder in die Traumatherapie begeben in Berlin...“ (P1, Pos. 82)

Komorbiditäten konnten Einfluss auf den Krankheitsverlauf der Betroffenen nehmen. Mit ihnen war häufig ein Gefühl von Kontrollverlust verbunden, was eine Retraumatisierung auslösen konnte.

„Und das traumatische Erlebnis für mich war halt, dieser Punkt von der Diagnose, ne, über die Not-OP, Intensivstation, diese Punktion bei vollem Bewusstsein.“ (P1, Pos. 86)

Insbesondere Ereignisse oder Erlebnisse, die mit dem eigentlichen Trauma vergleichbar waren und durch besondere Umstände nochmals durchlebt werden mussten, führten zu einer erneuten emotionalen Instabilität. Sie hatten zur Folge, dass eine erneute Therapie notwendig wurde, obwohl das eigentliche Trauma zuvor bereits zufriedenstellend therapiert war.

„...ich war letztes Jahr am xxx in xxx, wo der Amoklauf stattgefunden hat. Und ja, den musste ich leider so miterleben, ne. Und das hat mich natürlich auch nochmal zurückgeworfen, ne. So im Nachhinein betrachtet, ne. Im ersten Moment ging es eigentlich, ne. Da war es, wie gesagt, na, das kriegste in Griff, ne, weil du hast schon so ähnliche Erlebnisse gehabt, ne. Du weißt, wie du damit umgehen musst, ne. Aber jetzt im Nachhinein betrachtet, war es doch schon ein belastendes Ereignis, ne, was wieder so auch alte Wunden aufgerissen hat. Gerade aus dem Einsatz, ne, wo ich sagte, ne, das haste eigentlich gut therapiert mit der Traumatherapie, ne. Aber das ist jetzt nochmal alles wieder schön nach oben gekommen dadurch, ne. Und deshalb auch wieder die Traumatherapie in Berlin, in die ich mich begeben habe.“ (P1, Pos. 88)

Eine Erinnerung an das eigentliche Trauma durch das Wiedersehen von KameradInnen oder das Grab ehemaliger KameradInnen, konnte eine Retraumatisierung mit erneuter Instabilität zur Folge haben.

„Das war für mich auch nicht gut, dass ich dort war. Wir haben auch das Grab unseres Kameraden besucht. Ich habe dann/ Ah ja, ich bin auf die Toilette, da hingen Minen-Schilder, da ach, es war fürchterlich...“ (P2, Pos. 139)

„I: Was denn dazu geführt hat, dass es nicht mehr so funktioniert hat in der Einheit? B: Ah so, ja. Ja, die Bilder von den Kameraden. Also der eine Kamerad, der ist 2008/ sind zwei gestorben. Der eine nachträglich. Hat dann mit unserem Einsatz gar nichts zu tun, aber das sind trotzdem die Kameraden gewesen. Sie haben Menschen hinterlassen und einfach die Trauer. Ich war die ganze Zeit unheimlich traurig, muss ich sagen.“ (P4, Pos. 71-72)

Insbesondere durch die letzten, medial sehr präsenten Ereignisse in Zusammenhang mit der Beendigung des Einsatzes in Afghanistan kam es bei einigen Betroffenen zur Retraumatisierung.

„Aufgrund der letzten Aktivitäten in Afghanistan hatte ich einen kleinen Rückfall.“ (P9, Pos. 10)

Sogar Auszeichnungen, die eigentlich eine Anerkennung und Dankbarkeit im Hinblick auf die geleisteten Dienste darstellen sollten, konnten nicht als solches anerkannt werden, sondern hatten den gegenteiligen Effekt im Sinne einer ständigen Erinnerung an das Trauma.

„...von dem niederländischen Colonel da dann beantragt über Deutschland das Ehrenkreuz in Gold gekriegt für den Einsatz. Bedeuten tut es mir nichts, weil, die Erinnerungen sind ja trotzdem mit dem Ding verbunden. Ist ja nicht weg. Es ist ja nicht so, dass man es halt für zwanzig Jahre unfallfreies Sitzen auf dem Dienstposten gekriegt hat, sondern ich weiß ja, für was ich es gekriegt habe. So, das heißt, das Wissen ist ja trotzdem existent...“ (P5, Pos. 118)

Im Rahmen der Aufarbeitung eines Ereignisses im Einsatz konnte es für die betroffene Person durch BW-interne, notwendige wiederholte Beschäftigung mit dem Szenario zu einer Retraumatisierung kommen. Hier muss hinzugefügt werden, dass zum Zeitpunkt der Aufarbeitung des Ereignisses die Diagnose PTBS weder der betroffenen Person, noch der Bundeswehr bekannt war.

„Ich war aber derjenige, der immer wieder dazu Stellung nehmen musste. Und das hat halt überhaupt keine Berücksichtigung gefunden.“ (P7, Pos. 40)

Auch im Rahmen einer professionellen Therapie kann es grundsätzlich als Teil des Therapiekonzeptes oder akzidentiell zur Retraumatisierung kommen. Diese wurde häufig als unangenehm empfunden und konnte einen negativen Effekt auf die Patientenkompetenz nehmen.

„Habe das auch in der Zwischenzeit mit meiner Therapeutin angesprochen. Und sie sagte gleich "Hm ja, Trauma-Therapeutin ist sie nicht", aber sie könnte gucken und versuchen so ein bisschen auch da in die Sache reinzugehen. Das hat sie dann auch angefangen. Und das war ja, wie ich eben kurz erwähnt hatte, immer wenn sie so leichte Exkursionen da reingehen wollte in die Situationen, ja, bin ich komplett wieder zusammengebrochen. Sprich, Panik-Attacken wurden schlimmer. Die Träume wurden schlimmer. Bei mir ging gar nichts mehr. Und habe dann auch nach dieser einen Tour, dann nach anderthalb Touren, habe ich dann auch schon gesagt, nein, von mir aus jetzt das klappt nicht, weil, ich komme gar nicht mehr zurecht und habe das dann auch wieder sein gelassen.“ (P14, Pos. 22)

Eine betroffene Person beschrieb eine Art Retraumatisierung in Zusammenhang mit dem Dienstgrad. Sie hatte nach der Wiedereinstellung im Rahmen des EWVG den gleichen Dienstgrad erhalten wie vor der Entlassung aus der Bundeswehr. Die betroffene Person stellte eine für sie logische Verbindung zwischen Trauma und Dienstgrad her, die sie bis heute belastet.

„Ich wollte nicht diesen Dienstgrad haben, der hat/Diese Streifen verbinden irgendwie/ Das ist für mich auch noch ein Trauma, ja? Das ist: Man hat mir alles genommen, was mir Freude/was mir lieb war. Ich wollte in dieser Armee wollte ich meinen Weg gehen. Ja, ich wollte auch ein Vorbild sein für andere. Und das hat man mir alles genommen. Das schmerzt mich heute noch.“ (P2, Pos. 83)

Insgesamt sind die genannten Faktoren, die zu einer Retraumatisierung führen können in der folgenden Tabelle 19 zusammengefasst.

Tabelle 19: Allgemeine Faktoren die zu Retraumatisierung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen führen können

Gründe für Retraumatisierung
Traumatherapie
Komorbiditäten
Dienstgrad
Nachfragen/Stellungnahmen
Wiedersehen von KameradInnen/Erinnerungen durch Fotos
Trauma assoziierte Ereignisse (z. B. Amoklauf, Abzug der Truppen aus Afghanistan)

4.1.4.2.8 Stigmatisierung

Stigmatisierung ist ein großer Themenkomplex, der überdurchschnittlich häufig beschrieben wurde. Ob eine tatsächliche externe Stigmatisierung vorlag, konnte im Rahmen dieser Arbeit im Einzelnen nicht nachgewiesen werden. Wichtig war vielmehr das individuelle Stigmatisierungserleben. Auffällig hierbei war, dass die Stigmatisierung insbesondere im dienstlichen Kontext erwähnt wurde. Obwohl im allgemeinen, gesellschaftlichem Kontext eine Stigmatisierung auch eine Rolle spielte, wurde sie in diesem Kontext verhältnismäßig wenig beschrieben.

Im folgenden Beispiel wird die Stigmatisierung in der Gesellschaft als Hürde genannt und mit einem fehlenden Krankheitsverständnis und damit einhergehender fehlender Empathie begründet.

„Und der zweite Punkt, was das Zivile, Private angeht, ist natürlich auch in der Gesellschaft verankert, die Wahrnehmung für psychische Erkrankung. Ist natürlich auch eine ganz schlechte, ne. Weil wenn ich so im Freundes- und Bekanntenkreis, wenn man da drüber spricht, pass auf, psychisch erkrankt, ne, mit den und den Auswirkungen, dann bekommt man wenig Verständnis. Oder man bekommt gesagt, ja, okay, alles gut. Aber die meisten können es nachvollziehen, weil wenn ich dem jetzt sage, boah, ich habe einen Schnupfen, mir geht es richtig schlecht, dann kann er sagen, ja, ich hatte auch schon mal einen Schnupfen und ich weiß, ist doof, ne. Wenn ich aber sage, ich habe so schwere Depressionen, dass ich nicht aus dem Bett komme oder auch soziale Kontakte meide, kann er es nicht nachvollziehen. Das sind Hürden, ne, die einfach da SIND. Und das auch dann, ja, irgendwo zu gestalten und auch Verständnis zu wecken bei demjenigen, wenn ich Entscheidungen treffe und sage, pass auf, soziale Kontakte reduziert, ne. Oder ich kann da nicht hingehen und kann da nicht machen. Dann kommt das auf der Gegenseite meistens, ah, Leute, der hat keinen Bock, der will nicht, ne. Der mag mich nicht mehr etc., ne.“ (P1, Pos. 160)

Das Stigmatisierungserleben scheint in der Bundeswehr ein großes Thema zu sein, an dem aus Sicht der Betroffenen noch gearbeitet werden muss. Die Stigmatisierung wurde häufig in Zusammenhang mit dem durch die Bundeswehr geformten Selbstbild des starken, mental unbesiegbaren Mannes genannt. Eine psychische Einsatzschädigung zu erleiden wurde demnach mit Schwäche gleichgesetzt oder vollständig negiert. Es wurde aber auch deutlich, dass die Stigmatisierung innerhalb der Bundeswehr nicht verallgemeinert werden darf, sondern dass hier einzelne Charaktere eher eine Rolle zu spielen schienen.

„Ein großes Hindernis ist immer noch die Stigmatisierung, die wir haben, ne, für Einsatzgeschädigte. Das ist leider immer noch so. Obwohl wir eigentlich im Jahre 2021 davon weg sein sollten, ne.“ (P1, Pos. 78)

„So im Kameradschaftskreis wird das ja heute noch mitunter gesehen, dass, wenn/ich betreue ja relativ viele langzeiterkrankte und auch einsatzgeschädigte Soldaten. Und ich höre ja heute noch ganz oft, dass das Simulanten sind oder sie einfach zu schwach sind, irgendwelche Ereignisse, die sie gemeint haben, erlebt zu haben, dann verarbeiten zu können. Also das ist heute noch durchaus auch noch eine gängige Meinung in der Bundeswehr. Zumindest von einigen Leuten.“ (P3, Pos. 23)

„Gerade bei älteren Vorgesetzten habe ich das erlebt. Gerade auch so Aussagen, stell dich nicht so an, ne, Einsatzschädigung gibt es gar nicht, ne. Und so weiter und so weiter. All das gab es auch. Das ist hinderlich und gerade hinderlich für die Kameraden, die sich halt auch noch nicht dazu entschließen konnten, ja, den Weg zu gehen und zu sagen, ich bin krank, ich brauche Hilfe, ne. Das ist natürlich dann sehr hinderlich an der ganzen Geschichte.“ (P1, Pos. 78)

„I: Erfahren Sie auch dadurch Ablehnung oder Ausgrenzung? B: Jetzt hier speziell nicht. Aber vorher schon. Und ich weiß es auch von anderen Kameraden, dass es so ist. Es ist immer dieses, so, ich muss mich rechtfertigen für das, was mir passiert ist. Ich muss mich erklären für das, was passiert ist.“ (P2, Pos. 126-127)

„In der Einheit war ich abgeschrieben, im Bataillon war ich abgeschrieben, ich bin ein Verräter. Ich gehe nicht mehr in die Einsätze, ich laufe weg.“ (P8, Pos. 54)

„Ich habe schon so viele Sprüche schon gehört teilweise mit 'ja, du tust doch nur so', 'dir wurde der BS mit goldenem Teller serviert' sogar...“ (P12, Pos. 88)

Obwohl Stigmatisierung noch gar nicht stattgefunden hatte, wurde durch die Betroffenen bei dem offenen Umgang mit der Erkrankung eine Stigmatisierung befürchtet. Selbst Blicke durch KameradInnen wurden als stigmatisierend gewertet.

„Auf der anderen Seite will man aber ja auch irgendwie nicht in so eine Schublade gesteckt werden, was irgendwie so ein bisschen so Vorurteile angeht oder "Ja, jetzt ist er wieder so, weil er das und das erlebt hat". Also weiß ich nicht. Also auf der einen Seite ist ein Nullpunkt schön. Auf der anderen Seite wünscht man sich mehr Verständnis. (P7, Pos. 50)

„...ich habe das Gefühl, die Leute schauen mich an und denken sich "Mein Gott, offensichtlich hat der Junge ein Problem". Ja. Und auf diese Blicke habe ich halt auch keinen Bock. Ich habe auch keinen Bock, das zu erklären den Leuten, weshalb das so ist, wie es ist. Ja? Und dann gehe ich dem aus dem Weg.“ (P7, Pos. 86)

Es kann also angenommen werden, dass allein die Angst vor Stigmatisierung, unerheblich ob sie begründet ist oder nicht, ein wichtiger Aspekt in Bezug auf die Patientenkompetenz sein kann.

Ein Stigmatisierungserleben durch dienstliche Einschränkungen wurde ebenfalls beschrieben. Die Einschränkungen sollen grundsätzlich den Zweck haben, einer Überbelastung des Soldaten/ der Soldatin vorzubeugen, scheinen aber einer Stigmatisierungserleben zur Folge haben zu können.

„...Hat sie gesagt: "Ja, das hat doch aber das Eine nichts/ Sie können auch wieder voll dienstfähig sein, auch ohne eine Waffe anfassen." Ja. Das sagen Sie mal meinem Stabszugführer. Wissen Sie, was ich meine? Mit solchen Sachen muss ich mich dann herumärgern. Sprich, ich bin halt kein Soldat in seinen Augen. Dankeschön, Herr Hauptmann, der noch nie im Einsatz war.“ (P6, Pos. 94)

„I: Das heißt, Sie fühlen sich durch Ihre Erkrankung nicht stigmatisiert. Oder doch? B: Teilweise. (lacht) Teilweise. Ich werde/ aus vielen Sachen werde ich rausgehalten, wo ich gerne mit involviert wäre. Ob es jetzt Übungsplätze sind, ja. Aber das sehe ich jetzt mittlerweile auch als Schutz von denen, dass ich quasi auch, ich sage jetzt mal in Anführungsstrichen, etwas noch meine Ruhe habe.“ (P11, Pos. 57-58)

„...ich muss ja gucken, dass meine Kompanie immer auf 100 Prozent läuft und das geht ja mit dir nicht.“ (P13, Pos. 14)

Stigmatisierung wurde auch in Zusammenhang mit dem Verwaltungsapparat der Bundeswehr gesehen. Die bürokratischen Vorgänge, die immer wieder aufs Neue den Krankheitsverlauf und die dienstliche Reintegration überwachen sollen, wurden von den Betroffenen als höchst stigmatisierend empfunden. Ob die erhobenen Vorwürfe der Betroffenen im Detail nachzuvollziehen sind, konnte im Rahmen der Arbeit nicht überprüft werden. Dieser Aspekt ist für die Einordnung der Ergebnisse dieser Arbeit nicht von Bedeutung, da es wie eingangs beschrieben um das individuelle Stigmatisierungserleben der einzelnen psychisch einsatzgeschädigten Person geht, unerheblich ob eine reale Stigmatisierung vorlag oder nicht.

„I: Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung im Alltag stigmatisiert? B: Ein Stück weit ja. I: Wodurch? B: Vorrangig durch (lachend) das Bundesamt für Personalmanagement tatsächlich. Unsere tolle WDB-Abteilung. Zum einen, was die MIR geschrieben haben (wo ich weiß durch die Fallbetreuung, was sie allen anderen so schreiben), Entschuldigung, das sage ich unmissverständlich, geht so GAR nicht. Schlicht und ergreifend. Es ist juristisch falsch. Und es ist menschlich eine Unverschämtheit. Niemand von den Leuten, die über JAHRE in einem Bundeswehrkrankenhaus von einem Psychiater behandelt werden, ist ein Simulant. Und keiner von denen will ein Sozialsystem der Bundeswehr ausnutzen. Und

genau das muss man sich von diesen Leuten anhören. Und DAS stigmatisiert schon und zwar erheblich.“ (P3, Pos. 44-47)

„Dann wurde immer wieder gedroht "Ich rufe einen IPR ein und aufgrund des IPRs werde ich Sie dann entlassen, weil, Sie möchten nicht zum Dienst kommen, Sie möchten die Bundeswehr ausnutzen, Sie möchten nur noch krankgeschrieben werden" und so weiter.“ (P8, Pos. 58)

Es gab allerdings auch Aussagen in denen eine Stigmatisierung durch die Truppe verneint werden konnte.

„Weil, es wird ja immer gesagt, Männerdomäne, mega hart und so, aber eigentlich ist es halt/ Ja, man hat viele kleine und große Brüder und da passt man aufeinander auf. Und da ist es egal, ob einer/ ...Wenn einer irgendein psychisches Problem hat, dann wird dem gut zugeredet. Also es ist/ bei uns zumindest in der Einheit war das so.“ (P4, Pos. 68)

Zusammenfassend stellte sich heraus, dass erlebte Stigmatisierung oder die Angst vor Stigmatisierung insbesondere in der Bundeswehr eine Rolle zu spielen scheint. Hierdurch kann es nach Aussagen der Betroffenen zu einem Versorgungsdefizit kommen, da betroffene SoldatInnen aus Angst vor Ablehnung den Gang zum Vorgesetzten, zum Arzt/zur Ärztin, zum Kameraden/zur Kameradin oder zur Therapie erst gar nicht wagen. Dienstliche Einschränkungen, die eigentlich den Sinn einer Protektion haben sollen, können ein Stigma kreieren, indem die betroffene Person sich selbst als nicht einsatzfähig und somit als nicht vollwertig wahrnimmt. Insgesamt scheint das Stigmatisierungserleben in den meisten Fällen individuell zu sein, wenngleich eine Stigmatisierung von extern eher als kontextuell einzuordnen wäre.

Obwohl eine Stigmatisierung im Hinblick auf eine psychische Einsatzschädigung innerhalb der Bundeswehr nicht allgemein bestätigt werden kann und von multiplen Faktoren abhängig ist (Alter, Bezug zur betroffenen Person, Einheit, Charakter etc.), so scheint dem Themenkomplex doch eine erhebliche Bedeutung zuzukommen, da das Erleben von Stigmatisierung im Rahmen der Interviews überdurchschnittlich häufig genannt wurde.

4.1.4.2.9 Familiäre Situation

Mit dem Code „familiäre Situation“ ist eine innerfamiliäre Situation gemeint, die die Betroffenen dabei beeinflusst, sein Leben selbstständig mitgestalten zu können. Die Familie, die Interaktion dieser mit der betroffenen Person und die Einflüsse der Familie auf die Patientenkompetenz sind bereits in vorherigen Kapiteln ausführlich beschrieben worden. Hier geht es rein um den Einfluss von familiären Situationen,

Prozessen oder Verhältnissen, die den Betroffenen dabei beeinflussen sein Leben selbstständig mitzugestalten.

In folgenden Beispielen geht es darum, dass eine psychische Erkrankung eines Kindes der betroffenen Person vorlag, wovon diese im Alltag stark beeinflusst wurde.

„Und weil ich muss die Kinder erstmal in den Vordergrund stellen, ne. Das ist einfach so. Die große Tochter, klar, die braucht Unterstützung. Die jüngste natürlich auch, ne. Auch klar, ne. Weil, die leidet natürlich auch drunter, unter der Gesamtsituation. Ich habe mir jetzt Hilfe geholt.“ (P1, Pos. 56)

„Und das kostet natürlich Kraft, das kostet sehr viel Kraft, ne. Gerade mit den Einflüssen, die dann auch noch familiär sind, ne.“ (P1, Pos. 82)

Die betroffene Person schilderte zusätzlich zu den Schwierigkeiten, sich aufgrund der familiären Situation mit ihrer eigenen Erkrankung auseinandersetzen zu können noch Schwierigkeiten in der medizinischen und therapeutischen Unterstützung des Kindes. Das Versorgungsdefizit bzw. die Sorge um das Kind nahm Einfluss darauf, das Leben nach den eigenen Vorstellungen mitgestalten zu können.

„Und ja, einen ganz normalen, glücklichen Alltag, ne. Den haben wir halt teilweise nicht. Problematik, die hier immer wieder auftaucht, gerade in Bezug auf Kinder und erkrankte Kinder oder Angehörige psychisch erkrankte Kinder ist es ganz schwer, Hilfe zu bekommen. Das ist also ein Riesenthema.“ (P1, Pos. 92)

Familiäre Situationen hatten nicht nur einen direkten Einfluss auf die Patientenkompetenz. In folgendem Beispiel bestand eine familiäre Abhängigkeit, die Einfluss auf die weitere militärische Verwendung des Betroffenen hatte im Sinne einer Orts Abhängigkeit. Dies hatte in diesem Fall einen indirekten Einfluss auf die Patientenkompetenz, da der Betroffene in der Einheit unglücklich war.

„Ich habe eine schwerbehinderte Tochter, ich bin mehr oder weniger (lachend) schwerbehindert, da hat der zu mir gesagt: „Du hast zwei Optionen. Erste Option ist, du gehst nach xxx, dann bist du relativ noch heimatnah... was soll ich machen? Das ist die Pistole auf der Brust.“ (P12, Pos. 94)

Unterschiedlichste familiäre Probleme konnten die Betroffenen dabei beeinflussen, das Leben selbst mitgestalten zu können. Innerfamiliäre Probleme hatten insgesamt hierbei einen negativen Einfluss auf die Patientenkompetenz. Die Betroffenen waren individuell unterschiedlich in der Lage, mit den Problemen umzugehen oder sie lösen zu können. Diese Fähigkeit war wiederum von der bis zu diesem Zeitpunkt erlangten individuellen Patientenkompetenz abhängig.

„Und ich bin auch froh, dass meine Mutter trotz vier heftigen Schlaganfällen noch lebt. Nur pflegen kann ich sie halt eben nicht. Weil neben dem Dienst, neben der Erkrankung. Ich habe es versucht, jahrelang, Sachen zu regeln mit Papieren und mit Haus und Anwalt und hat man nicht gesehen. Hat mir auch sehr viel Kraft gefressen. Und das ging dann irgendwann gar nicht mehr. Und dann habe ich halt eben auch eine Betreuung übers Amtsgericht beantragt. Und seitdem/ da ist auch schon ein ganz schöner Brocken weggefallen. Zählt auch zur Selbstfürsorge für mich. Dass ich da nicht noch mehr Stress habe.“ (P10, Pos. 94)

„Ich habe das einfach von denen ferngehalten, weil ich von denen keinerlei Unterstützung erwarte, ja, beziehungsweise auch DA nicht ein unerheblicher Teil der Belastung von mir herkommt mit dem Tod meines Großvaters, mit meinem Stiefvater, den wir letztes Jahr beinahe verloren haben mit Reanimation und Hirnschaden und Behandlungsfehlern noch und nöcher. Und auch da jetzt gerade anwaltlich tätig sind. Und meine Mutter zwischen diesen beiden Pflegefällen quasi hin und her springt. Und sagen wir mal ich hatte nicht unbedingt immer das beste Verhältnis zu meiner Mutter, die früher schwer alkoholkrank war und Opioid abhängig. Und ich sehr früh lernen musste auf eigenen Beinen zu stehen und sehr früh gelernt habe, dass sie mir in meinem Leben nicht weiterhelfen kann im Gegenteil.“ (P13, Pos. 60)

Die Familie half einigen Betroffenen dabei das Leben selbst mitzugestalten, indem sie gegensätzlich zu den vorherigen Beispielen, als Ressource dienen konnte.

„I: Was für Ressourcen haben Sie im Dienst? B: Ja, wie Sie sehen können, habe ich hier Bilder von meinen Kindern hängen. Ich habe ein Bild von meiner Freundin, ich habe dort oben im Bild, Geschenk von meiner Tochter. Ich habe dort meine Tasse, das sind alles Geschenke, die ich von meinen Kindern habe. Ich habe auch noch ein Buch in meiner Tasche „Papa, warum wir dich so lieb haben“, ne warum du der beste Papa bist. Und wenn ich merke, es geht mir nicht gut, dann nehme ich mir einfach eins, oder schau mir das Bild an. Und dann tut mir das gut. Ja, und dann versuche ich mich kurzzeitig mit diesen positiven Dingen zu beschäftigen.“ (P2, Pos. 38-39)

In folgenden Beispielen wird deutlich, dass die Familie bei der Mitgestaltung des Alltages sowohl als überfordernde Komponente als auch als Ressource dienen konnte.

„Anfangs war ich extrem überfordert, weil, so ein Kind macht ja nicht, was ich will, sondern was/ und so ein Baby halt vor allen Dingen. Da habe ich mich etwas rausgehalten, weil ich mit der Gesamtsituation sehr schnell immer überfordert war. Aber jetzt, wo sie reden kann und macht und tut und/ ja, ist geil. Also, ist super, macht Spaß. Wenn es dann halt doch wieder nicht so, dann ziehe ich

mich einfach zurück, gehe eine rauchen und tu durchatmen. Aus der Situation halt raus und dann, ja, funktioniert das.“ (P4, Pos. 88)

„Meine Kraft ziehe ich aus der Familie. Auch wenn die manchmal Kraft kostet. Aber im Endeffekt ist es dann so ein ausgewogenes Spiel.“ (P9, Pos. 54)

Wie schon in den vorherigen Kapiteln deutlich wurde, hatte die Familie und alles, was mit ihr in Verbindung steht, eine große Bedeutung für die Betroffenen in unterschiedlichstem Maße. Auch in diesem Themenkomplex wurde wieder deutlich, inwiefern die Familie eine Rolle dabei spielte, dass die Betroffenen ihr Leben mehr oder minder gut mitgestalten konnten. Die positiven oder negativen Effekte der familiären Situationen waren hierbei äußerst individuell und können sicherlich nicht verallgemeinert werden. Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass innerfamiliär problematische Situationen und Beziehungen sich eher negativ auf die Patientenkompetenz auswirkten und unproblematische Verhältnisse eher als Ressource dienen konnten, die Lebensgestaltung selbst in die Hand zu nehmen.

4.1.4.2.10 Nebendiagnosen

Ein weiterer Aspekt, der die Betroffenen dabei beeinflussen konnte, das Leben selbst mitgestalten zu können war der Themenkomplex „Nebendiagnosen“.

Durch Komorbiditäten fiel es den Betroffenen zunehmend schwerer oder es war ihnen gar nicht möglich, ihren Alltag so mitgestalten zu können, wie sie es sich gewünscht hätten. Der Themenkomplex wurde so explizit nur von einer betroffenen Person angesprochen. Da zu diesem Code trotzdem mehrere Zitate generiert werden konnten, scheint dem Themenkomplex insgesamt eine gewisse Bedeutung zuzukommen.

„Dinge, die mich belasten, ja, meine PTBS, die mich belastet, ne, wieder ein bisschen mehr als wie im Frühjahr. Dann immer noch meine körperlichen Beschwerden. Ich hatte ja letztes Jahr eine Myokarditis, ein Perikarderguss vor knapp einem Jahr, wo ich fast dran gestorben wäre. Und die Nachwirkungen, die spüre ich also immer noch, ne.“ (P1, Pos. 12)

„Es gibt mal gute Tage, mal schlechte Tage, ne. Vom Psychischen her. Und natürlich vom Körperlichen momentan ist auch mal, mal gute und mal schlechte Tage. Das ist immer so ein auf und ab.“ (P1, Pos. 82)

„Und in der Nachwirkung am Anfang natürlich konnte ich absolut nichts machen, ne, weil ich so geschwächt war. Viel mit Atemnot zu tun gehabt. Verstärkt oder auch danach noch, auch immer noch

mit Herzrhythmusstörungen viel zu tun gehabt. Und diese Probleme habe ich immer noch, ne.“ (P1, Pos. 86)

„Aber wie gesagt, letztes Jahr mit der Myokarditis natürlich dann komplett gegroundet, ne. Das erstmal alles zurückgestellt. Und bin ich jetzt wieder dran, langsam wieder Anschluss zu finden. Aber der Sport gibt mir halt sehr viel, ne.“ (P1, Pos. 150)

Wie auch schon im Kapitel „Retraumatisierung“ beschrieben, konnten Komorbiditäten eine Retraumatisierung initiieren.

„I: Welchen Einfluss hat jetzt diese Einschränkung von Diagnosestellung auf die PTBS genommen, was denken Sie? B: Die hat sich dadurch verschlechtert, ja, muss ich schon sagen. Wie gesagt, dieses traumatische Erlebnis, einmal mit der Herzmuskelentzündung, weil, wie gesagt, einen Tag später, dann wäre ich tot gewesen, ne.“ (P1, Pos. 87-88)

4.1.4.3 Kontextuelle Faktoren

Im folgenden Kapitel werden die rein kontextuellen Faktoren dargestellt, die die Betroffenen bei der Mitgestaltung des Lebens beeinflussen konnten. Hier konnte nur ein einziger streng kontextueller Themenkomplex extrahiert werden „SARS-Cov 2“.

4.1.4.3.1 SARS-Cov 2

Durch die weltweite Pandemie kam es teilweise zu Einschränkungen in unterschiedlicher Weise für die Betroffenen. Inwiefern diese Einfluss auf das Leben nahm und wie die Betroffenen im Rahmen der Patientenkompetenz mit den Einschränkungen umgingen, wird folgend beschrieben.

In folgendem Beispiel zog die betroffene Person Kraft aus seiner dienstlichen Tätigkeit auf vielerlei Ebenen. Aufgrund der Pandemie und bestimmter Komorbiditäten war es ihr im Rahmen einer Krankheitsprävention zeitweise verwehrt, am Dienst teilzunehmen. Da die einsatzgeschädigte Person aufgrund der bereits erlangten Patientenkompetenz aber wusste, dass die Integration in den Dienst für sie eine Ressource darstellte, stellte sie das körperliche Risiko zugunsten der psychischen Gesundheit in den Hintergrund.

„...ich bin jetzt seit April aber auf eigenem Bestreben wieder im Dienst. Weil ich eigentlich als Risikopatient gelte, auf Grund der Erkrankung Corona hätte ich eigentlich nicht kommen dürfen, ne.“ (P1, Pos. 136)

Durch Pandemie-bedingte Änderungen des Soziallebens (z. B. eingeschränkte Einkaufsmöglichkeiten) konnte es bei Betroffenen zu einer Aggravierung einer bereits bestehenden ausgeprägten Symptomatik kommen.

„Meistens hatte ich ja schon ein Problem damit, dieses Paket wieder zu befüllen. Und durch Corona war das jetzt auch wieder eine Riesenkatastrophe. Ich konnte nicht in ein Geschäft gehen, was kaufen. Ich habe dabei 20 Kilo abgenommen. Ja, dann gehe ich was kaufen, pack das zu Hause aus "Hm, scheiße, da ist ein Loch drin. Haben sie dich wieder übers Ohr gehauen". Ich weiß, jeder andere würde sagen "Kein Problem. Gehst du morgen hin. Tauscht du das, kriegst ein Neues". Konnte ich aber nicht. Ja, also habe ich es liegengelassen. Irgendwann kam die Rechnung. "Ah, ich weiß. Das ist die Rechnung. Das Ding musste zu zurückbringen" oder "Das Ding hat nicht gepasst". Der Brief wurde nicht mal aufgemacht. Dann irgendwann kam die Warnung. Dann kommt irgendwann ein gelber Brief. Das ist eine Katastrophe. Auch heute noch.“ (P8, Pos. 158)

Durch die Pandemie waren bestimmte Dinge/Aktivitäten nicht mehr möglich, die für die betroffene Person als Ressource dienen konnten.

„Aber ich kompensiere es mittlerweile etwas anders. Leider funktioniert das mit Corona nicht. (lacht) Aber ich habe für mich zum damaligen Zeitpunkt, jetzt muss ich lügen, 2019 habe ich das Wandern für mich ein bisschen entdeckt. Das heißt, wenn ich jetzt gemerkt habe hier, ich muss jetzt, das hört sich jetzt komisch an, ich muss jetzt zu Hause nochmal so ein bisschen raus, dann bin ich halt nach Italien zwei, drei Tage wandern gefahren. Da gibt es so verschiedene Veranstaltungen. Durch einen Veranstalter in verschiedenen Ländern. Unter anderem auch hier in Deutschland. Und dann war ich da zwei Tage wandern. Bin dann nach Hause und die Welt war für mich wieder in Ordnung.“ (P11, Pos. 116)

Insgesamt wurde der Code 3 Mal vergeben. Zusammenfassend wurde deutlich, dass die weltweite Pandemie sich eher ungünstig auf die Patientenkompetenz der Betroffenen auswirkte, indem durch bestimmte pandemiebedingte Einschränkungen Ressourcen nicht mehr genutzt werden konnten oder Symptome verstärkt wurden.

4.2. Einflussfaktoren auf die Versorgung

Im Folgenden werden die Einflussfaktoren auf die Versorgung basierend auf den Aussagen der InterviewpartnerInnen detailliert beschrieben. Zitate über grundsätzliche Aspekte zur Versorgung im Rahmen der Erkrankung wurden erfasst und Themenkomplexen zugeordnet. Zusammenfassend soll ein Bild über mögliche Einflussfaktoren auf die Versorgung im Allgemeinen und im Speziellen entstehen. Ergänzend sollen erste Erkenntnisse generiert werden, wie diese Einflussfaktoren in Zukunft eventuell modifiziert und verbessert werden können.

Schematisch wurden die Ergebnisse wie im Teil „Einflussfaktoren auf die Patientenversorgung“ in Themenfelder (Materielle/immaterielle Unterstützung, Medizinische Versorgung, Psychosoziale Unterstützung, Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“) und Charakteristika (individuell, individuell-kontextuell, kontextuell) gegliedert. Zur Veranschaulichung dieses Schemas ist das Schaubild 2 beigefügt, das einen ersten Überblick über die genannten Themenkomplexe und die Häufigkeit, mit der sie genannt wurden, geben soll.

Schaubild Nr. 2: Einflussfaktoren auf die Versorgung psychisch einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten

Auf der Y-Achse befinden sich die deduktiv gebildeten Themenfelder. Diesen Themenfeldern wurden induktiv (Sub-) Codes auf Grundlage der Aussagen der InterviewpartnerInnen zugeordnet. Diese (Sub-) Codes konnten wiederum unterschiedlichen deduktiven Charakteristika auf der X-Achse zugeordnet werden. Es entsteht somit ein strukturiertes Bild über Einflussfaktoren auf die Versorgungspsychisch einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten.

Charakteristika	individuell	Individuell-kontextuell	kontextuell
Themenfelder			
Materielle/immaterielle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - eigene Einstellung zu Hilfsangeboten (16) - Eigeninitiative (21) - Gesteigerte Hilfsbedürftigkeit (27) 	<ul style="list-style-type: none"> - Information (18) - Fremdinitiative (4) - Hilfe für Familienangehörige (13) 	<ul style="list-style-type: none"> - SARS Cov-2 (3) - Bürokratie (24) - WDB (21) - Vorgesetzte (47) - ZALK/Personalführung (41) - EWVG (21)
Medizinische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Einschränkung durch Erkrankung (2) - Hilfe annehmen (6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitiges Vertrauen (23) - Prozess zur Diagnose/Therapie (35) 	<ul style="list-style-type: none"> - San Bereich/Organisationsstruktur (7) - TruppenärztInnen (14) - FachärztInnen (26)
Psychosoziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - Eigeninitiative (4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitiges Vertrauen (16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Therapie (25)
Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“			<ul style="list-style-type: none"> - LotsInnen (19) - Veteranenverband (2) - Truppenpsychologischer Dienst (3) - ENBS (10) - Sozialdienst (9) - Militärseelsorge (7) - Sportschule BW (5)

4.2.1 Materielle/immaterielle Unterstützung

Mit materieller oder immaterieller Unterstützung sind alle Unterstützungsleistungen gemeint, die eine betroffene Person mit einsatzbedingter PTBS in Anspruch nehmen kann. Es werden im Rahmen individueller bis hin zu kontextuellen Faktoren Erfahrungen der InterviewpartnerInnen mit der jeweiligen Unterstützung aufgezeigt.

4.2.1.1 Individuelle Faktoren

In folgenden Kapiteln werden individuelle Faktoren genannt, die dazu beitragen, Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen oder abzulehnen. Hierbei kristallisierten sich, basierend auf den Aussagen der InterviewpartnerInnen, 3 Themenkomplexe heraus, die einen Einfluss auf die individuelle Versorgungssituation der Betroffenen hatten.

- „Eigene Einstellung zu Hilfsangeboten“
- „Eigeninitiative“
- „Gesteigerte Hilfsbedürftigkeit“

4.2.1.1.1 Eigene Einstellung zu Hilfsangeboten

Die individuelle Einstellung zu den vorhandenen Hilfsangeboten und den damit verbundenen Personen schien eine erhebliche Rolle bei dem Erhalt von Versorgungsleistungen zu spielen. Diese Grundeinstellung war unterschiedlich ausgeprägt und konnte entweder dazu führen, dass materielle und immaterielle Unterstützung in Anspruch genommen, abgelehnt oder Hilfe gar nicht erst aufgesucht wurde und somit zwangsläufig ein Versorgungsdefizit entstand.

In folgendem Beispiel wird deutlich, dass das Nicht-Annehmen von Unterstützungsleistungen in einer Überforderungssituation begründet war, die mit einer Abwehrhaltung einherging.

„Also, es haben viele Leute auf mich eingeredet, von außerhalb: „Ja, du musst einen höheren GDS haben. Und mach dies und mach das noch.“ Und ich wollte einfach gar nichts damit zu tun haben. Ich wollte einfach nur meine Therapie machen. Mir war das scheißegal, sage ich jetzt mal, was ich für ein GDS habe. Ich wollte nur meine Hilfe haben, das andere hat mich überhaupt nicht interessiert...“ (P2, Pos. 81)

Ein Wandel der eigenen Einstellung von initialer abwehrender Haltung bis hin zur Akzeptanz gegenüber immaterieller Unterstützung wurde ebenfalls beschrieben. Die initial abwehrende Haltung war in diesem Beispiel am ehesten darauf zurückzuführen, sich nicht verstanden gefühlt zu haben.

„Ich war die ersten sechs Monate nicht therapierbar in einer zivilen Klinik. Die haben mir gesagt: „Herr xxx, wenn Sie jetzt nicht hier sich mal ein bisschen zusammenreißen, dann müssen wir Sie wieder entlassen. Dann kriegen wir das nicht hin. Und ich bin in die Klinik und habe da Pata Pata getanzt mit älteren Damen, ja? Da waren ja fast alles Frauen, die ganz andere Erlebnisse hatten und ich komme als Soldat. Das war für mich/ Komme als Soldat mit ganz anderen Problemen dort in diese Therapie. Und ich dachte: „Na ja, gut, komm, es schadet dir ja nicht. Mach doch einfach das, was die hier sagen. Vielleicht hilft dir das.“ Und ich habe meine Übungen gemacht. Und ich habe meinen Wochenplan geschrieben Zuhause. Und ich habe meine Struktur gefunden und habe mir einen Tagesablauf gemacht. Und ich habe auf einmal gemerkt: „Oh, es wird ja wirklich besser. Das hilft ja alles. Ist doch nicht so ein Kokolores, den man dir hier gezeigt hat.“ (P2, Pos. 81)

Die eigene abwehrende Einstellung zu Unterstützungsleistungen konnte z. B. auf Vorurteilen basierend auf den eigenen Erfahrungen begründet sein.

„Es gab den Bund Deutscher Einsatzveteranen, die kann man/ Halte ich auch überhaupt gar nichts von, ja? Die haben mir nachher/ Die haben mir nicht geholfen, nicht wirklich. Am Anfang vielleicht. Aber dann haben die mich fallenlassen. Ich habe immer so das Gefühl gehabt, die suchen irgendwelche besonderen Aushängeschilder. Suchen sich Soldaten raus, mit denen sie sich irgendwie profilieren können.“ (P2, Pos. 155)

Ein weiterer Grund für das Ausschlagen materieller oder immaterieller Unterstützung konnten Scham und das eigene Selbstbild sein. In folgendem Beispiel wird deutlich, dass die Argumentation im Hinblick auf die eigene Einstellung zu Hilfsleistungen widersprüchlich sein konnte. Unterstützung war zwar vorhanden, wurde von der betroffenen Person aber bewusst nicht in Anspruch genommen. Dieser Sachverhalt wurde von der betroffenen Person als solcher scheinbar nicht erkannt. Diese beklagte, keine Hilfe bekommen zu haben, obwohl sie sie bewusst ausschlug. Zusammenfassend kann dies als dissoziative Erwartungshaltung beschrieben werden.

„Ja, ich wollte nicht schon wieder nach Geld betteln und irgendwo fragen, hier Soldatenhilfswerk oder was weiß ich, was es da alles gibt, ja? Ich wollte das nicht. Ich wollte diese Hilfe nicht annehmen. Ich habe gesagt: „Ich schaffe das doch auch von alleine.“ Aber es ging nicht anders, ja? Ich bin mit dem/ Und dann habe ich gedacht: „Ja, das kann doch nicht sein. Ich bin hier zuhause und sehen die denn nicht meine Not? Sehen die denn nicht mein Leid? Warum ist denn niemand da, der mir hilft?“ Also ich

stand oft, ganz oft alleine da. Und das waren ganz, ganz schlimme Zeiten damals. Es war oft noch/ Ich habe da manchmal noch schlimmer wie das, was ich dort unten erlebt habe.“ (P2, Pos. 157)

Weitere Gründe für eine abwehrende Einstellung gegenüber materieller Unterstützung waren neben dem Selbstbild eigene internale Überzeugungen oder Charaktereigenschaften der SoldatInnen.

„Ich muss aber auch sagen, ich bin eigentlich ein Eigenbrötler. Das heißt, der Punkt, wo ich oder dass ich zu irgendjemand anders hingeh, der mir dann hilft bei irgendeinem Formular. Ich hätte es vielleicht machen können, aber ich bin nicht so der Typ dafür. Das ist einfach nicht mein Wesen, immer irgendwo hinzugehen und zu fragen nach Hilfe und so was alles.“ (P11, Pos. 148)

Zusätzlich wurde beschrieben, dass bereits eine gute finanzielle Versorgung bestand und somit keine Notwendigkeit vorhanden war weitere materielle Unterstützung anzunehmen.

„Und wenn Sie wollen, können Sie hier noch diese Beschädigungsprozente in der sozialen Absicherung“, das habe ich bis heute nicht gemacht, weil ich finde das albern, „beantragen.“ Weil, ich fühle mich jetzt nicht behindert oder sowas, dass ich jetzt Sozialdienstleistungen Anspruch nehmen muss. Weil, ich kriege ja volles Gehalt.“ (P5, Pos. 94)

Die abwehrende Einstellung zu Hilfsangeboten beruhte oftmals auf den eigenen Erfahrungen der Betroffenen. Folgend bemängelten die SoldatInnen, dass die Idee des „psychosozialen Netzwerkes“ in der Praxis nicht hinreichend umgesetzt würde und folglich der Zweck verfehlt sei.

„Also ich empfinde das, ohne, dass ich da jetzt jemandem was Böses möchte, das psychosoziale Netzwerk als was Schönes, was wir auf dem Blatt Papier haben. Aber in MEINEM speziellen Fall habe ich davon NULL Hilfe erhalten.... Aber ansonsten ist das mit Verlaub gesagt vollständiger Unsinn, weil es nicht funktioniert.“ (P3, Pos. 89)

„...da, sage ich mal, wünschte ich mir vielleicht proaktiv, dass vielleicht diese ganzen sozialen, psychosozialen Netzwerke oder welche Institution überall generiert worden sind, besser funktionieren.“ (P5, Pos. 94)

Die Variabilität der eigenen Einstellung gegenüber Hilfsangeboten ob positiv oder negativ, wurde auch mit dem Alter oder mit der persönlichen Reife begründet.

„Ich glaube, das kommt aber auch aufs Alter an. Also ich glaube nicht, dass ich mit 23 mich so für die Sache interessiert hätte wie jetzt mit 37. Ich glaube, das ist einfach alles. Da habe ich nicht so an die Sachen gedacht.“ (P 9, Pos. 148)

Neben den Gründen für eine abwehrende Haltung wurden auch Gründe für die Annahme von Unterstützung genannt, z. B. das Erfüllen einer Vorbildfunktion für Untergebene. Die Betroffenen erhofften sich durch die Annahme von psychosozialer Unterstützung von Vorgesetzten, die Barrieren für Untergebene psychosoziale Unterstützung ebenfalls in Anspruch zu nehmen, senken zu können.

„Außerdem habe ich für mich beschlossen, mich halt auch einfach in Behandlung zu geben, um als gutes Vorbild - ich war damals Kommandoführer 2015/ so ein bisschen als gutes Vorbild den Leuten so ein bisschen den Abstand zur psychologischen Behandlung zu nehmen. Habe ich mir zumindest so selber, ich will nicht sagen, vorgemacht. Aber das war unter anderem halt auch ein Grund, weshalb ich das gemacht habe. Ja.“ (P7, Pos. 24)

Die durch die Interviews generierten Ergebnisse hinsichtlich der Einflüsse auf die eigene Einstellung zu materieller/immaterieller Unterstützungsleistungen ist in folgender Tabelle 20 zusammengefasst.

Tabelle 20: Einflussfaktoren auf die eigene Einstellung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen und Soldaten zu immaterieller/materieller Unterstützung. Es werden alle Faktoren in der Tabelle subsummiert unabhängig davon, ob diese eine positive/negative Einstellung zu Unterstützungsleistungen zur Folge haben.

Einflussfaktoren auf die eigene Einstellung zu immaterieller/materieller Unterstützung
Alter/persönliche Reife
Vorbildfunktion
Eigene Erfahrungen
Vorurteile
Selbstbild
Scham
Überforderung
Gefühl nicht verstanden zu werden
Dissoziative Erwartungshaltung
Bedürfnis/Fehlendes Bedürfnis

4.2.1.1.2 Eigeninitiative

Der Eigeninitiative in Bezug auf den Erhalt von materieller/immaterieller Unterstützung kommt eine große Bedeutung zu. Der Code „Eigeninitiative“ wurde im Verhältnis häufig vergeben. Auffällig war auch, dass der Themenkomplex von 8 Betroffenen von insgesamt 14 Interviewteilnehmern genannt wurde.

Die Betroffenen beschrieben, dass Eigeninitiative notwendig war, um Zugang zu Hilfe und Hilfsleistungen zu erlangen.

„Du musst dir die Hilfe immer selber suchen, ne. Das ist/ Also, wenn du Hilfe brauchst, kommt in seltenen Fällen einer auf dich zu und sagt, pass auf, hier, ich helfe dir mal, ne, so ist also meine Erfahrung, ne. Du musst dir die Hilfe schon suchen.“ (P1, Pos. 64)

„Ich bin zum Glück einer, der sich dann auch dahinterklemmt und andere Möglichkeiten sucht, ne. Und sich dann auch nicht so abspeisen lässt, ne. Aber es gibt auch andere, die nehmen das so hin und bekommen halt keine Hilfe. Und da muss sich viel tun, noch tun.“ (P1, Pos. 96)

„Ich habe sehr viel in Eigeninitiative gemacht. Aber ich glaube, man muss auch viele einfach an der Hand nehmen, bis sie dann selber in diesen Lauf kommen. Und ich glaube, das ist das, was vielen auch einfach fehlt, ja?“ (P2, Pos. 165)

„Weil ich habe das mit meinem Leutnant gemacht. Ich habe den gefragt, ob er sich mit mir reinsetzt, weil manchmal drifte ich vielleicht weg und kriege dann nicht alles so hundertprozentig mit, was da gesagt wird. Und von daher haben wir dann schon nach Dienstposten gesucht.“ (P4, Pos. 76)

„Und dann, sage ich mal, durch Eigenrecherche mehr oder weniger und dann nachbohren hat man sich immer mehr Informationen beschafft über die Möglichkeiten, die es da gibt. Und hat dann gesagt: „Das könnte helfen, das könnte nicht helfen.“ Wobei ich sagen muss, Bundeswehr-Sozialdienst oder Lotsen/ Also man muss überall proaktiv drauf zugehen, ne? Es ist jetzt nicht so, dass das System einen abholt, indem man irgendwo, ja, eine Information aus dem medizinischen Sektor vielleicht an diese Stellen gehen. Und dann kommen die proaktiv. Auch nicht ZALK oder sonst was. Sondern das war hier genauso ein schwerer Kampf, das System von überzeugen, dass es gesundheitlich sinnvoll ist...“ (P5, Pos. 94)

„Aber das dienstliche Netzwerk greift eigentlich nur, wenn man proaktiv auf es zugeht. Habe ich jetzt bei mir gemerkt.“ (P5, Pos. 94)

„Es hat ja nichts mehr funktioniert. Und habe aber dann gleichzeitig mal Kontakt zu der Hundeschule aufgenommen und habe gesagt "Moment, jetzt bist du schon im Dienst und jetzt gehst du selber den Schritt". Oft genug hast du gesagt, du würdest gerne in die Hundeschule, das wurde immer abgelehnt und habe dann irgendwann den S1 in der Hundeschule angerufen ... Tasse Kaffee und zack sagt er "Sie können sofort zu mir kommen. Wir nehmen Sie gerne auf. Ganz egal was andere sagen." "Kann ich das bitte schriftlich haben?" "Ja, das gebe ich auch schriftlich. Sie können auch ihrer Chefin sagen, dass Sie hierhin kommen können." "Ja, tue ich." Ja und dann, so hat sich das ergeben. Aber das war sehr hinderlich. Ja. Sehr zurückwerfend.“ (P8, Pos. 170) (Anmerkung der Autorin: S1 ist ein Bundeswehr-interner Begriff und beschreibt einen Bereich der Personalabteilung (Sachgebiet 1).)

„Das ist schon traurig dann, was hier abgeht dann, ja. Dann genauso wie dann auch nachdem ich erkrankt wurde, egal, dass man dann von niemandem mehr (unv.) so auf der Tour, ey, aus den Augen, aus dem Sinn und du bist weg. Ich sage ja, ich musste halt bis jetzt alles, was da war, selbst erkämpfen.“ (P12, Pos. 78)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Eigeninitiative eine große Rolle spielt. Viele Betroffene erkannten dies und waren in der Lage sich die Hilfsleistungen, die benötigt wurden selbst zu suchen. Andere Betroffene wiederum waren hierzu nicht in der Lage, was Versorgungsdefizite nach sich ziehen konnte und Fremdinitiative notwendig machte. Die Problematik keine entsprechenden Hilfsleistungen zu erhalten obwohl sie gebraucht werden und existieren, wurde mit einem eigenen Code „gesteigerte Hilfsbedürftigkeit“ belegt. Eine detaillierte Beschreibung erfolgt in dem entsprechenden Kapitel.

4.2.1.1.3 Gesteigerte Hilfsbedürftigkeit

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, kommt diesem Themenkomplex eine besondere Bedeutung zu, da der Code „gesteigerte Hilfsbedürftigkeit“ überdurchschnittlich häufig vergeben wurde und von vielen Betroffenen genannt wurde.

Obwohl durch die Bundeswehr ein breites Spektrum an materiellen und immateriellen Hilfsangeboten besteht, scheint nicht jede betroffene Person die Hilfe zu erhalten, die sie tatsächlich benötigt. Der Anspruch an Hilfsleistungen ist äußerst individuell. Genauso wie die Gründe, warum die Hilfsangebote die betroffene Person mehr oder weniger gut erreichen.

Als mögliche Gründe, warum das Aufsuchen und Annehmen von Hilfe erschwert sein kann, wurden Komorbiditäten wie z. B. Depressionen, eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit oder Angststörungen angeführt.

„Weil ich glaube, dass ganz viele Eigeninitiative auch da gefragt ist. Und aber viele haben nicht mehr die Kraft, oder sind so in dieser Depression. Ja? Ich weiß ja selber, wie das war.“ (P2, Pos. 155)

„Ja, ich denke, wenn man möchte, kriegt man die Informationen. Also/ Nur mein Gehirn ist wie ein Sieb.“ (P4, Pos. 156)

„Und dann kamen so Dinge wie, ja, man stellt den Antrag, Anerkennung einer Einsatzschädigung, und dann bekommt man einen roten Brief nach Hause geschickt. (lacht) Mit rotem Papier. Oder orange. Und das soll ich ausfüllen. (lachend) Nein. Ich kann meine Post sowieso schon nicht öffnen und (lachend) vor allen Dingen nicht so ein Ding.“ (P8, Pos. 152)

„I: Da hätten Sie ganz gern Unterstützung, dass Sie wissen, wohin Sie sich wenden können? B: Ja, ja. Auch wohin und auch wie und vor allem, man macht sein eigen, man hat mit sich selber zu tun...“ (P14, Pos. 77-78)

In folgendem Beispiel lag eine gesteigerte Hilfsbedürftigkeit vor. Diese wurde erkannt und so konnte die betroffene Person in das Netzwerk der Hilfe integriert und ihr die entsprechende Hilfe zuteilwerden.

„Und dann hat man sich im BwZK, der Sozialdienst, hat sich dann mit mir hingersetzt, der Sozialarbeiter, glaube ich, ist das dann und ich konnte das nicht niederschreiben, ich konnte den Brief auch nicht lesen/ und ist dann die Fragen mit mir durchgegangen. Also im Beisein der FUVI hat der Sozialdienst mit mir geredet, hat mir die Fragen gestellt und ich habe dann frei geredet. Er hat das auf Papier gebracht und hat den Brief abgeschickt. Ich habe nur unterschrieben. Ich habe ihn nicht mal durchgelesen. Post ist auch heute noch eine Riesenqual. Ich kann keine Post aufmachen. Und dadurch kam ich dann in dieses PSN. Und die haben dann auch gesagt, hier, Lotse dann dir helfen. Sozialdienst, wir sind jetzt schon da und wir machen. Ja.“ (P8, Pos. 152)

Aus den Interviews ging hervor, dass die Betroffenen in den folgenden Zitaten bereits Hilfsleistungen in Anspruch genommen hatten. Diese wurden nach eigenen Schilderungen als nicht ausreichend bewertet. Auffällig in diesen Beispielen war, dass die betroffenen SoldatInnen zwar viele Hilfsleistungen in Anspruch genommen hatten, die Hilfsleistungen als solche aber nicht wahrnahmen und das Gefühl hatten, keine Hilfe seitens der Bundeswehr zu erhalten. Die Erkenntnis, dass eine gesteigerte Hilfsbedürftigkeit vorlag, wurde durch die betroffenen Personen häufig selbst erkannt und im Folgenden beschrieben.

„Ja, natürlich, da war auch Hilfe. Aber ich hätte, glaube ich, mehr gebraucht.“ (P2, Pos. 157)

„Und da war der Sozialdienst. Dann hieß es: „Ja, der ist wieder nicht da, und der ist wieder nicht da.“ Und ich brauchte aber die Hilfe. Ich sagte: „Leute, ich kann mir nicht mal mehr Essen kaufen, warum/ Jetzt fährt derjenige, der für mich zuständig ist, in Urlaub.“ Und dann war ich schon am Wochenende da, dann gab es nichts zu essen. Habe ich gesagt: „Was koche ich meinen Kindern zu essen?“ Dann hat meine Mutter für mich mit eingekauft. Die hat mir dann finanziell unter die Arme gegriffen dann. Und das war so ein großer Schwang, auch zu sagen: „Ja, ich wollte nicht schon wieder nach Geld betteln“ und irgendwo fragen, hier Soldatenhilfswerk oder was weiß ich, was es da alles gibt, ja? Ich wollte das nicht.“ (P2, Pos. 157)

„Ich bin hier zuhause und sehen die denn nicht meine Not? Sehen die denn nicht mein Leid? Warum ist denn niemand da, der mir hilft?“ Also ich stand oft, ganz oft alleine da. Und das waren ganz, ganz schlimme Zeiten damals.“ (P2, Pos. 157)

„Aber es fehlt halt eben oft so die erste initial/ Wie sagt man dazu? Also man hat oft/ Die kleinen Dinge fallen oft so schwer. Manchmal muss man einfach an die Hand genommen werden auch.“ (P2, Pos. 165)

„B: In der Hinsicht einfach definitiv mehr Unterstützung. Dass man auch mal loslassen kann endlich. Und... I: Sich nicht selber darum kümmern muss um diese beschwerlichen Dinge? B: Genau. Es ist einfach die Kleinigkeiten, ja. Es sind so Kleinigkeiten. Als Beispiel, ganz Kleinigkeiten, banal vielleicht...“ (P12, Pos. 110-112)

Als Gründe für die Variabilität der Hilfsbedürftigkeit wurden die Faktoren „Persönlichkeitsstruktur“ und „soziale Integration“ aufgeführt. Bei einer ungünstigen Voraussetzung, was diese Faktoren betrifft sei die Folge demnach, dass Betroffene, die wenig Eigeninitiative zeigen durch das Raster der Versorgung fallen könnten.

„Und ich sage mal, wenn man die Leute alleine lässt, dann hängt es, glaube ich, sehr stark von ab von der Persönlichkeit, inwieweit der in der Lage ist, sich um sich selbst zu kümmern. Oder wie gut das Netzwerk ist, in das er zurückkehrt.“ (P5, Pos. 94)

„Deswegen kann ich nicht so detailliert sagen, aber die Berührungspunkte die ich damit hatte, waren halt so nach dem Motto: „Ja, wenn du nicht willst, dann weißt du, wo wir sind“ und dann wird man halt in Ruhe gelassen. Kann hilfreich sein, in Ruhe gelassen zu werden, ist vielleicht aber auch der falsche Moment. Vielleicht würde es anders sein, wenn da mehr proaktiv jemand auch piesacken würde und sagen: „Pass mal auf, da gibt es noch die Möglichkeiten, die Möglichkeiten, oder hier ist noch das/...““ (P5, Pos. 94)

„Also es ist wichtig, dass es da ist. Aber ich glaube schon, aus meiner Bewertung jetzt, rein subjektiv, wünschte ich mir mehr proaktives Zugehen. Wo dann der andere, also die Person selbst entscheiden kann, brauche ich das oder nicht? Und das war bei mir der Fall nicht. Ich hatte das Glück, dass halt das neue Umfeld diese Aufgabe übernommen hat und deswegen gar nicht durchgerasselt bin.“ (P5, Pos. 96)

Häufig wurden die Kontakte und die benötigte Hilfe erst durch Engagement weiterer Betroffener in Anspruch genommen. Als Grund für die Unfähigkeit einer betroffenen Person, sich die benötigte Hilfe selbstständig zu beschaffen, wurde ein Mangel an Information bzw. eine fehlende Ansprechperson genannt.

„Und habe heute erst wieder einen Termin mit einer Sozialberaterin in Ulm für einen Kameraden klar gemacht, weil er zu mir gekommen ist, hat gesagt: "xxx, ich kann nicht mehr." Meine ich so: "Ja, komme her, ich rufe mal für dich an." Er wusste nicht, wo er hingehen kann. Er wusste nicht, mit wem kann er reden.“ (P6, Pos. 82)

Als weiterer Grund, warum manchen Betroffenen nicht die Informationen bekamen, die sie gebraucht hätten, wurde die Bürokratie im Allgemeinen angeführt. Undurchschaubare Prozesse, in die die Betroffenen sich nicht integriert gefühlt hatten, wurden hierbei als Begründung genannt.

„Wichtig wäre mir auch die Aufklärung: Was hat der Soldat tatsächlich für Möglichkeiten? Wenn wir jetzt eine WDB zum Beispiel ansprechen. Da kriegt man ja gar keine Hand dran, außer, man liest sich in sämtliche Vorschriften ein. Oder man fragt aktiv den Arzt. Da wäre es vielleicht ganz gut, man würde demjenigen einfach so ein bisschen die Hemmschwelle nehmen und sagen "Pass auf, das und das sind deine Möglichkeiten. Das gehen wir jetzt an".“ (P7, Pos. 96)

Die Betroffenen beschrieben, dass ohne Fremdinitiative und Unterstützung (z. B. durch den Veteranenverband) der Zugang zu Hilfsleistungen gar nicht erst stattfinden konnte. Auch in folgendem Beispiel ist die Bürokratie im Allgemeinen gemeint sowie undurchsichtige Bundeswehr-interne Prozesse.

„I: Heißt das umgekehrt, wenn Sie die Hilfe vom Veteranen-Verband nicht gehabt hätten, dass Sie das nicht bewältigt hätten? B: Also ich sage mal, ich alleine nicht. Nein, das ist auch nach wie vor, wenn irgendwas an Unterlagen kommt.“ (P14, Pos. 101-102)

„Aber wie gesagt, das wurde alles für mich übernommen. Also allein hätte ich das NIEMALS auf die Reihe bekommen.“ (P14, Pos. 112)

„I: Sie meinen, dass es jemanden gibt, der für Sie als Betroffenen alles vorbereitet? B: Ja. Der das mit koordiniert und sagt, wo was wie hingeschickt werden muss. Dann bekommt man mal Infos vom Truppenarzt. Dann geht man mal zum Sozialdienst und dann hört man mal von Dritten was und das muss, wie gesagt, zum dem ZALK oder dahin und man/Ich fühlte mich da schon, ja, stellenweise wirklich allein gelassen mit.“ (P14, Pos. 115-116)

Das Gefühl der Betroffenen, mit gewissen Dingen alleine gelassen zu werden, kann wiederum zu Frustration führen und sich auf die Patientenkompetenz auswirken. Hier wird wieder deutlich, dass eine klare Trennung der Aussagen zwischen „Versorgung“ und „Patientenkompetenz“ nicht immer möglich ist, da die beiden Hauptkategorien miteinander auf unterschiedlichste Weise verwoben sind und in unmittelbaren kausalen Zusammenhang miteinander stehen.

Zusammenfassend besteht bei vielen Betroffenen ein Zustand, der als „gesteigerte Hilfsbedürftigkeit“ beschrieben werden kann. Diese ist häufig der Grund dafür, dass Hilfsleistungen mehr oder weniger angenommen werden oder überhaupt bekannt sind. Gründe hierfür sind in folgender Tabelle 21 aufgelistet.

Tabelle 21: Gründe für eine vermehrte Hilfsbedürftigkeit zur Erlangung von Hilfs- und Versorgungsleistungen von psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen.

Gründe für eine „gesteigerten Hilfsbedürftigkeit“
Komorbiditäten
Mangelnde Informationen
Fehlender Ansprechpartner
Undurchsichtige Prozesse
Bürokratie
Nichterkennen der gesteigerten Hilfsbedürftigkeit (durch Dritte)
Persönlichkeitsstruktur
Soziale Integration

4.2.1.2 Individuell-kontextuelle Faktoren

Es folgt die Beschreibung der individuell-kontextuellen Faktoren im Hinblick auf die materielle/immaterielle Unterstützung. In dieser Kategorie konnten 3 Themenkomplexe extrahiert werden, die einen Einfluss auf die Versorgung zu haben scheinen.

- „Information“
- „Fremdinitiative“
- „Hilfe für Familienangehörige“

4.2.1.2.1 Information

Nach Aussagen der Betroffenen korreliert das Maß an Information häufig mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Die Betroffenen bemängelten, dass teilweise Informationsdefizite in Bezug auf mögliche Hilfsangebote bestünden. Selbst wenn die Information über ein bestimmtes Hilfsangebot vorlag, fehlte es nach Aussagen der Betroffenen häufig an einer konkreten Ansprechperson.

Oft war es für Betroffene gerade zu Beginn der Erkrankung schwer, die Information zu erhalten, die zur Nutzung von Versorgungsleistungen benötigt wurden. Erst durch das Aufbauen eines Netzwerkes durch den Austausch mit anderen Betroffenen kamen die einsatzgeschädigten SoldatInnen zu den für sie relevanten Informationen.

„Wenn jemand eine Einsatzschädigung hat, erkrankt ist und der steht noch außerhalb von einem System und braucht Hilfe, dann ist es für den relativ schwer adäquate Hilfe zu finden, weil er gar nicht weiß wie das Angebot ist ... Wenn man einmal drin ist in dem System, sprich, man war im Krankenhaus, man war, ne, ist dann drin in dieser ganzen Therapie etc. ne, dann ist es einfacher, weil man weiß einfach dann was es gibt an Angeboten, ne, an Hilfsmöglichkeiten. Was für einen wirklich dann auch angeboten wird. Man tauscht sich viel aus mit Betroffenen, das ist ein ganz wichtiger Punkt, ne. Weil der eine weiß was, dann weiß wieder der andere was und so weiter und so weiter. Aber man hat nicht so die zentrale Ansprechstelle, ne. Wo man sagt, pass auf, ne, ich bin erkrankt und jetzt helfe mir doch mal bitte weiter.“
(P1, Pos. 64)

„Man tauscht sich viel aus mit Betroffenen, das ist ein ganz wichtiger Punkt, ne. Weil der eine weiß was, dann weiß wieder der andere was und so weiter und so weiter. Aber man hat nicht so die zentrale Ansprechstelle, ne. Wo man sagt, pass auf, ne, ich bin erkrankt und jetzt helfe mir doch mal bitte weiter.“
(P1, Pos. 64)

Obwohl die Bundeswehr eine zentrale Ansprechstelle für die Belange von einsatzgeschädigten SoldatInnen etabliert hat (ZALK), scheint die Information über diese zentrale Ansprechstelle nicht immer bei den Betroffenen anzukommen und/oder aus anderen Gründen nicht hinreichend zu funktionieren.

„Ich wusste am Anfang gar nicht, dass es eine Einsatzstelle für/ oder eine Koordinierungsstelle für Einsatzgeschädigte gibt.“ (P2, Pos. 155)

„Am wichtigsten ist, dass, wenn man wirklich Fragen hat, dass man jetzt weiß, wo man hingeh, um Hilfe zu bekommen. Ich habe vorher immer alles alleine gemacht. Das war immer sehr schwer. Oder man hat es einfach sein lassen. Und das ist halt das, was der Fehler ist. Ich habe oftmals was wissen wollen und habe aber nicht gewusst, an wen ich mich wende. Und dann haben wir es einfach sein gelassen. Und jetzt weiß man erst mal oder ich weiß sehr wahrscheinlich immer noch nicht alles. Aber ich weiß schon viele Sachen jetzt, die ich erfahren habe, wo man offene Türen einläuft. Und dann wird einem dort geholfen.“ (P9, Pos. 146)

Insbesondere die fehlende Unterstützung im Sinne der Fürsorge durch die Einheit der Betroffenen schien ein wesentlicher Faktor zu sein. Die mangelnde Fürsorge der Einheit hatte zur Folge, dass keine für die betroffene Person greifbare zentrale Ansprechperson vorhanden war. Das gesamte Netzwerk der Unterstützung mit materieller und immaterieller Unterstützung war demzufolge manchen SoldatInnen mehr oder weniger unbekannt, wie folgende Beispiele zeigen.

„I: Es gibt jetzt ja so ein Netzwerk zur Unterstützung. Es gibt auch schon lange ein psychosoziales Netzwerk. Kannten Sie das damals schon oder war das Ihnen vollkommen unbekannt, an wen Sie sich wenden könnten, außer an den Truppenarzt zum Beispiel? B: Das war nicht bekannt, nein. I: Gar nicht? B: Ein psychosoziales Netzwerk? I: Ja, das gibt es schon sehr lange. B: Also mein anderer Gedanke wäre noch gewesen, (lacht) Militärpfarrer. I: Ja, der gehört zum Beispiel dazu. B: Ja, vielleicht dann im Unterbewusstsein bekannt, weil man sagt, entweder zum Militärpfarrer oder halt zum Truppenarzt. I: Ist von der Einheit oder von irgendjemand in der Einheit empfohlen worden „Zu dem kann man auch mal gehen“? B: Nein. (P4, Pos. 137-148)

„I: Wussten Sie zu dem Zeitpunkt, außer den Kameraden, an wen Sie sich wenden konnten? Zum Beispiel an den Truppenarzt? B: Nein. I: Das Netzwerk der Hilfe? B: Nein. I: Unterstützung, die gibt es ja schon etwas länger. Psychosoziales Netzwerk (PSN) ist ein Thema, das auch schon zu der Zeit existiert hat. B: Also vom PSN hatte ich vorher nie was gehört. Ja gut, 2006, gab es da schon das PSN? I: Ja. Gab es schon. B: Okay. (lacht) Dann hat es das schon gegeben. Also meine erste/ das war ja 2006, als ich dann zusammengebrochen bin, ich bin auch aus dieser drei Wochen Kur zurückgekommen, das war

auch wirklich nur diese Präventivkur aufgrund des Einsatzes und da hat das auch sonst keinen mehr interessiert. Da wurde auch nie wieder nachgehört "Geht es dir besser?" oder sonst was. Ich wurde versetzt und war dann versetzt und war dann wieder aus den Augen aus dem Sinn. Das hat keinen interessiert.“ (P8, Pos. 143-150)

„Und dann wusste ich aber immer noch nichts von PSN. Das kam irgendwann dann tatsächlich mit dem ersten Schritt zum Lotsen. Vorher habe ich nie was von PSN gehört.“ (P8, Pos. 150)

Das Informationsdefizit schrieben die Betroffenen sich teils selbst im Sinne einer fehlenden Eigeninitiative zu.

„Von den anderen Komponenten habe ich bisher tatsächlich relativ wenig mitbekommen. Da muss ich mich tatsächlich selber drum kümmern da anzufangen zu netzwerken.“ (P13, Pos. 72)

Für einige Soldaten lagen die Informationen über das „Psychosoziale Netzwerk“ jederzeit vor. Trotz dessen schien das PSN in der Praxis nicht immer gut zugänglich gewesen zu sein.

„Also ich habe vorher immer mal wieder von dem Konzept gehört. Mittlerweile kann man ja kaum noch irgendeinen Lehrgang machen, wo nicht zumindest mal ein Anteil psychosoziales Netzwerk mit erwähnt wird... Also die Information wird schon sehr, sehr weit gestreut. So richtig gut funktioniert hat das bisher allerdings auch nicht.“ (P13, Pos. 70)

Einige Betroffene beschrieben, dass ihnen Informationen über Jahre nicht zugänglich waren und sie aufgrund dessen ein Versorgungsdefizit erlebten.

„Ich habe jetzt vor ein paar Tagen das erste Mal, seitdem ich als schwerbehindert gelte, mit einer Schwerbehindertenvertreterin gesprochen. Nach zehn Jahren. Die mir gesagt hat, dass mir eigentlich jedes Jahr drei Wochen Urlaub in Sölden zustehen könnten. Könnten. Zehn Jahre. Habe ich jetzt das erste Mal von gehört. Hm. Ja.“ (P6, Pos. 44)

„Jetzt habe ich eine neue Ärztin gekriegt. Ja. Ich kriege so ein bisschen im Nachhinein jetzt so: „Ja, weißt du, dass du das und das machen konntest? Weißt du, dass du diesen Lehrgang machen konntest?“ Es gab vieles, wo ich nicht wusste einfach.“ (P12, Pos. 66)

Als weiterer Grund für ein Informationsdefizit wurde die Bürokratie im Allgemeinen angeführt, die mit undurchsichtigen Prozessen einherging, in die die Betroffenen sich nicht integriert gefühlt hatten.

„Wichtig wäre mir auch die Aufklärung: Was hat der Soldat tatsächlich für Möglichkeiten? Wenn wir jetzt eine WDB zum Beispiel ansprechen. Da kriegt man ja gar keine Hand dran, außer, man liest sich in sämtliche Vorschriften ein. Oder man fragt aktiv den Arzt. Da wäre es vielleicht ganz gut, man würde demjenigen einfach so ein bisschen die Hemmschwelle nehmen und sagen "Pass auf, das und das sind deine Möglichkeiten. Das gehen wir jetzt an".“ (P7, Pos. 96)

In folgendem Beispiel wurde von „Fehl- und Desinformationen“ gesprochen. Diese konnten leider durch die betroffene Person inhaltlich nicht konkretisiert werden.

„B: Hinderlich waren auch (...) Des- oder Fehlinformationen. I: Von wem? B: Ja, ja. Das kann in dem Fall nur die Bundeswehr, also der San-Bereich gewesen sein, weil sonst hatte ich ja keinen Kontakt. Enttäuschungen. (...) I: Da meinen Sie konkret was? B: Na ja, wie zum Beispiel: Ich versuche die Wiedereingliederung in Dietz. Wir rennen da/ fahren extra nach Dietz, wir machen Vorschläge, wie man es machen könnte und das wird alles bejaht, bejaht, bejaht und im Endeffekt kommt nichts dabei rum. (P8, Pos. 166-170)

Die Soldaten beschrieben, dass es grundsätzlich den Zugang zu diesen Informationen gab, diese aber z. B. aufgrund von Komorbiditäten (Pseudodemenz, Verdrängung etc.) nicht angenommen werden konnten.

„Würden Sie sich ganz gern mehr Informationen wünschen in diesem Gesamtprozess, was Sie selber betrifft, damit Sie wissen, was auf Sie zukommt, was auf Sie wartet? Was noch fehlt vielleicht? Was noch kommen kann? B: Ja, ich denke, wenn man möchte, kriegt man die Informationen. Also/ Nur mein Gehirn ist wie ein Sieb.“ (P4, Pos. 155-156)

„I: Dass es ein Netzwerk der Unterstützung gibt, ein Netzwerk der Hilfe, das wussten Sie zu dem Zeitpunkt auch noch nicht? Also dass dazu ein paar Komponenten, nicht nur der Truppenarzt, gehören. Oder kannten Sie das und haben das nicht genutzt? B: Ich kannte es nicht. Ich glaube, es war auch noch ein Part der Vermeidung.“ (P11, Pos. 133-134)

Auch wenn die Informationen theoretisch vorlagen, wurden sie häufig nicht genutzt, da es an der praktischen Umsetzung zu fehlen schien.

„I: Sie hatten ja bereits am Anfang erwähnt, dass es ja so etwas wie ein Netzwerk der Unterstützung gibt. Wissen Sie alle Bestandteile? Kannten Sie die von Anfang an? Oder wann haben Sie was kennengelernt? Kennen Sie das überhaupt? B: Ja, also in der Theorie kenne ich es...“ (P5, Pos. 89-90)

Positiv wurde über die Informationen zu medizinischen Sachverhalten gesprochen. Hier gab es laut Aussagen der Betroffenen keine Defizite.

„I: Gab es Ihrer Meinung nach INSGESAMT Informationsdefizite, was so die Behandlungsmöglichkeiten angeht? B: Zu den Behandlungsmöglichkeiten nein. Da lief die Information/ man wird ja halt sehr schnell in die Psychiatrie überwiesen dann. Und ab da sind die Informationen über alle Möglichkeiten eindeutig da. Und die Truppenärzte kennen sich ja auch aus und versuchen ja so, ab dem Augenblick, in dem man mit offenen Karten spielt, dann auch das Bestmögliche für einen zu erreichen. Das muss man ganz klar sagen.“ (P3, Pos. 90-91)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass immaterielle und materielle Unterstützung - insbesondere das PSN - den SoldatInnen häufig nicht bekannt oder nur unzureichend in der Theorie bekannt gewesen zu sein schien. Die praktische Umsetzung des PSN mit zentralen Ansprechpersonen war für die Betroffenen häufig nicht zielführend oder gar nicht erst realisierbar. Hier wurde deutlich, dass sich die Betroffenen ein aktives Zugehen von den Mitgliedern des PSN auf den einsatzgeschädigten Soldaten/die einsatzgeschädigte Soldatin gewünscht hätten.

Die Faktoren, die auf Grundlage der Aussagen der Betroffenen Informationen erschwerten oder begünstigten, sind in der folgenden Tabelle (Tabelle 22) zusammengefasst.

Tabelle 22: Begünstigende oder erschwerende Faktoren, die zur Informationsgewinnung von Hilfs- und Versorgungsleistungen psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen beitragen können. Erschwerende Faktoren können zu Informationsdefiziten und somit zu Versorgungsdefiziten führen. Begünstigende Faktoren hingegen zu verbesserter, umfänglicher Versorgung.

Faktoren, die Information erschweren	Faktoren, die Information begünstigen
Fehlen einer zentralen Ansprechstelle	Netzwerk durch andere Betroffene
Schwere Zugänglichkeit der Informationen	Verbindungen (z.B. durch Lotsen/Lotsinnen)
Fehlende Eigeninitiative	Eigene Erfahrungen
„Außerhalb des Systems“ zu stehen	Eigeninitiative
Fehlende Praxisnähe der Unterstützung	Medizinischer Sektor (z.B. BWKs, Truppenärzte)
Bürokratie/undurchsichtige Prozesse	
Komorbiditäten (Verdrängung, Pseudodemenz)	

4.2.1.2.2 Fremdinitiative

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln dargelegt, kommt der Eigeninitiative eine große Bedeutung zu, wenn es um die Information und Inanspruchnahme von materieller und immaterieller Unterstützungsleistung geht. Ebenso spielte die Fremdinitiative in diesem Kontext eine Rolle.

Die Unterstützung im Sinne der Fremdinitiative kam z. B. von anderen KameradInnen. Hierzu folgt ein beispielhaftes Zitat. Es muss ergänzend hinzugefügt werden, dass der betroffenen Person zu diesem Zeitpunkt die Diagnose PTBS noch unbekannt war.

„... Der war Oberstabsfeldwebel, der hatte von meiner Geschichte gehört und hat gesagt: „xxx, komm, brauchst du was zu essen? Ich bringe dir was.“ Also da war dann wieder ein Soldat auf einmal, der mir geholfen hat und der gesagt hat: „Hier, das gibt es doch nicht.““ (P2, Pos. 139)

Es kam vor, dass an die SoldatInnen von außen Möglichkeiten zum Erhalt von Unterstützungsleistungen herangetragen wurden, die durch die Betroffenen nicht angenommen wurden.

„Also, es haben viele Leute auf mich eingeredet, von außerhalb: „Ja, du musst einen höheren GDS haben. Und mach dies und mach das noch.“ Und ich wollte einfach gar nichts damit zu tun haben. Ich wollte einfach nur meine Therapie machen. Mir war das scheißegal, sage ich jetzt mal, was ich für ein GDS habe. Ich wollte nur meine Hilfe haben, das andere hat mich überhaupt nicht interessiert.“ (P2, Pos. 81)

Die Fremdinitiative konnte von unterschiedlichen Personen ausgehen. In diesem Beispiel kam der Anstoß für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch eine Bundeswehr-Ärztin.

„Also da war auch die Frau Oberstarzt xxx, die ist Gold wert. Also die, wenn die mir nicht geholfen hätten/ Die Krankenkasse wollte ja bei mir damals nicht bezahlen, haben gesagt: „Was sollen wir Ihnen denn (lachend) jetzt hier/ Sollen wir Ihnen die Therapie bezahlen, durch die Bundeswehr verursacht?“ Ja, und die Frau Dr. xxx hat sich so eingesetzt, hat gesagt: „Hier, die Bundeswehr übernimmt gerade die anfänglichen Kosten.“ Da habe ich auf einmal gemerkt: „Okay, es gibt auch noch Soldaten, die dir nicht böse wollen, sondern die helfen dir. Die sehen auch, dass du den Willen hast, etwas zu verändern.““ (P2, Pos. 155)

Eine weitere betroffene Person beschrieb, dass sie erst durch die Fremdinitiative des behandelnden Arztes in ein Netzwerk integriert wurde, das ihr folgend die Tür zu Versorgungsleistungen öffnete.

„Da bin ich drauf gekommen durch meinen damaligen Truppenarzt, der war in diesen/ wir waren damals oder sind immer noch diese monatlichen Veranstaltungen gewesen auch so eine Art Netzwerk der Hilfe, wo er mal zu mir gesagt hat, kommt mal hin, da trifft sich eine Gruppe an Leuten, die frei, wer möchte. Bin ich mal hingegangen und an dieser Veranstaltung hat auch damals mein erster Lotse teilgenommen und so haben sich dann die Kontakte quasi geknüpft dann so ein bisschen über den Truppenarzt. Der hat dann mich ihm mal vorgestellt und andersrum, man hat sich mal getroffen. Und so habe ich dann damals meinen ersten Lotsen, den ich jetzt nicht mehr habe, ja quasi kennen gelernt.“ (P14, Pos. 66)

Zusammenfassend wurde deutlich, dass die Fremdinitiative im Kontext mit der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen eine Rolle spielte, insgesamt von ihr aber eher der initiale Anstoß ausging. Um weiterhin Versorgungsansprüche geltend machen zu können, war im Verlauf nahezu immer eine Eigeninitiative erforderlich.

4.2.1.2.3 Hilfe für Familienangehörige

In den vorherigen Kapiteln der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“ wurde bereits der große Einfluss der Erkrankung auf die Familie beschrieben und welche generelle Bedeutung diesem Thema zukommt. Des Weiteren wurde beschrieben, welchen Einfluss die Familie auf die psychisch einsatzgeschädigte Person und die damit verbundene Patientenkompetenz hat.

Umso wichtiger schien es für die Betroffenen zu sein, die Familie auch in die Versorgung miteinzubinden. Sie sprachen an, dass die Familie in diesem Kontext häufig nicht genug Beachtung gefunden habe und sie sich teilweise alleine gelassen fühlten.

„Was immer vergessen wird ist die Familie, ne. Und die Familie ist mindestens genauso belastet wie derjenige selber. Aber das System Bundeswehr in der Beziehung gibt da leider wenig her.“ (P1, Pos. 70)

„Für mich muss der Dienstherr da mehr tun. Gerade mit den Familien, das hatten wir eingangs schon mal im Gespräch, ne, wo ich das gesagt habe, da muss der Dienstherr einfach mehr dahinter sein. Oder auch mehr Unterstützung anbieten, ne. Also nicht nur dem SOLDATEN, aber wie gesagt, auch was an dem Soldaten dranhängt, ne. Die Familie und die Angehörigen. Weil genauso betroffen mindestens, ne. In den meisten Fällen, zumindest die ich kenne. Und da muss der Dienstherr einfach mehr dahinter sein und mehr Unterstützung anbieten, ne, dass das auch dementsprechend vonstattengeht, ne.“ (P1, Pos. 96)

„B: Aber gerade von meiner Tochter, merke ich es auch insofern, sie hat auch schon seit längerem große Einschlafprobleme. Sie hat sehr viele Ticks und so weiter, wo ich vielleicht auch drauf schließe, dass das vielleicht bedingt durch mich, was ich auch im Inneren unbewusst an die Kinder übertrage, dass sie das dann so entsprechend wiedergeben und dass sie das so auch auffangen. I: Würden Sie sich dafür Unterstützung auch im Rahmen Ihrer Therapie oder im Rahmen von irgendwelchen Maßnahmen vom Dienstherrn wünschen? B: Ja, ja auf jeden Fall, weil, was das angeht, das wurde beim Sozialdienst schon angesprochen. Die kennen diese Thematik. Aber da wurde noch nicht viel gemacht. Was mal gemacht wurde, eine Reittherapie haben wir mal gemacht. Die, ich glaube, drei oder vier Sitzungen hat mir der Sozialdienst dann vermittelt, aber diese Sachen sind halt auf eigene Kosten. Da kostet eine Stunde 60 Euro. Da haben wir ein paar, wie gesagt, haben wir mit ihr gemacht, aber haben da auch keine große Verbesserung, also wir sind da auch so ein bisschen selbst am Probieren, am Machen, am Tun. Und das unterstützungsmäßig oder so dieses, was man da jetzt machen könnte, könnte durchaus was mehr sein. Also da fühle ich mich schon allein gelassen mit ihr. (P14, Pos. 74-76)

Es wurde nicht nur angesprochen, dass die Familie überhaupt in die Versorgung und Behandlung der betroffenen Person mit einbezogen werden sollte, sondern dass dies auch zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgen sollte.

„Wir haben einmal die Familie angesprochen, dass die Familie mehr Unterstützung braucht. Dass sie früher abgeholt werden muss im ganzen Prozess.“ (P1, Pos. 162)

Wenn eine Betreuung und Versorgung der Familie stattgefunden hatte, wurde ausschließlich positiv davon berichtet. Der positive Effekt wurde hier zusätzlich dem Signal zugeschrieben, was die Bundeswehr mit der Mitbetreuung der Familienangehörigen setzen kann. Das damit verbundene Gefühl mit einer solchen Erkrankung und den familiären Problemen, die damit einhergehen können, nicht alleine gelassen zu werden, schien für die Betroffenen von großer Bedeutung zu sein.

Zusätzlich wurde das Miteinbeziehen der Familie in die Versorgung als so gewichtig dargestellt, dass hierdurch ggf. eine Verkürzung der Therapiezeit und eine frühere Wiedereingliederung in den Dienst erreicht werden könnte.

„Es gibt KEINE Ehe, keine Partnerschaft und auch keine Kinder-Erkranken-Beziehung, die gesund ist, wenn derjenige eine posttraumatische Belastungsstörung hat. Da sind IMMER Probleme. Also da würden wir eher noch mehr brauchen. Aber das ist förderlich, das ist absolut förderlich auch der Genesung. Also diese paar Euro, die uns sowas kostet, da die Leute mit einem Therapeuten auf einen Bauernhof zu schicken, damit die da eine Pferdetherapie machen im Sinne von Pferde streicheln oder sonst irgendwas, rechnet sich durch die Verkürzung der Therapiezeit. Und rechnet sich, dass die Leute einfach dankbar sind und gerne hier weiter zum Dienst kommen. Das muss man einfach sagen. Vielleicht

auch nach außen signalisiert das vielleicht dann auch mal für die Leute, die NOCH nicht oder nicht krank sind: Wenn dir wirklich was passiert, dann stehen hier alle hinter dir. Und du bekommst die Hilfe und deine Familie, die dann man sich nur wünschen kann.“ (P3, Pos. 97)

Im folgenden Beispiel wird beschrieben, dass Einbindung der Familie in die Versorgung ein gesteigertes Verständnis der Angehörigen für die betroffene Person zur Folge hatte. Dies führte zur Entlastung für den Partner/die Partnerin. Auch hier wurde erwähnt, dass die Integration der Familie in die Versorgung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt stattfinden sollte, um innerfamiliären Konflikten vorbeugen zu können.

„Und da fand ich das Seminar gut, auf dem wir waren: "Unter einem Dach". Da haben ihm mal PTBS-erkrankte Soldaten ihm mal versucht zu erklären, was in dem Moment vielleicht in ihnen vorgeht. Und, ja, da ist das Verständnis doch ein bisschen besser geworden.“ (P10, Pos. 90)

„Also ich hätte mir gewünscht, dass das Seminar vielleicht viel früher gekommen wäre.... Und das hätte eigentlich müssen viel früher kommen. Dass er sich halt eben besser vielleicht am Anfang schon mit der Erkrankung hätte können sich mal austauschen mit anderen, warum das so ist. Weil, er hat am Anfang immer gedacht, es liegt an ihm. Und es lag ja nicht an ihm.“ (P10, Pos. 96)

„... das waren die Einzigen, die tatsächlich ein Partnerseminar angeboten haben. Es hatte schon nach dem ersten Einsatz ein dreiviertel Jahr vorher meiner Liebsten extrem gutgetan, halt auch mal das Umfeld kennenzulernen.“ (P13, Pos. 36)

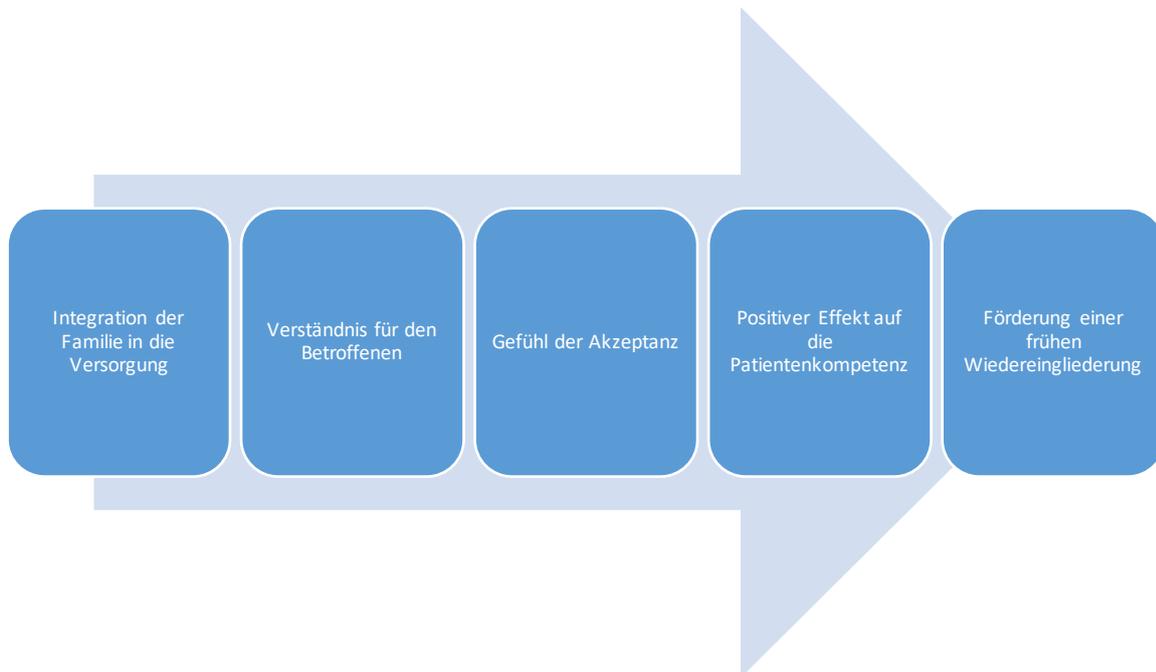
Die Integration der Familie in die Therapie wurde insgesamt als positiv erlebt. Sie brachte Entlastung für die betroffene Person, da einerseits mehr Verständnis für Verhaltensweisen generiert werden konnte. Zusätzlich konnten die Angehörigen zur Symptomkontrolle aufgrund des erlangten Verständnisses beitragen.

„Die Frau probiert mich halt jetzt dementsprechend einzubremsen, weil sie auch bei meiner Therapie mal mit dabei oder mehrfach mit dabei war, wo wir dann auch darüber gesprochen haben. Sie hat dann auch teilweise/ oder bremst mich halt dementsprechend ein. Sagt dann hier "Pass auf, das reicht jetzt". Ja. Das sind so Sachen, wo ich dann auch merke: Okay, jetzt ist gut.“ (P11, Pos. 46)

Zusammenfassend sahen die Befragten die Integration der Familie in die materielle und immaterielle Versorgung als einen wichtigen Baustein auf dem Weg der Genesung an. Hier konnte ein kausaler Zusammenhang von Versorgung und Patientenkompetenz gesehen werden, wie in Schaubild Nr. 3 dargestellt. Wenn Erfahrungen in diesem Kontext gemacht wurden, wurden diese ausschließlich als

positiv und bereichernd erlebt. Es wurde ergänzend erwähnt, dass hier subjektiv zu wenig Unterstützung seitens der Bundeswehr stattfände und diese mehr gefördert werden sollte.

Schaubild Nr. 3: Kausalität von Versorgung und Patientenkompetenz in Bezug auf die Integration der Familie in die Versorgung psychischeinsatzgeschädigter SoldatInnen



4.2.1.3 Kontextuelle Faktoren

Es erfolgt die Beschreibung der kontextuellen Faktoren im Hinblick auf die materielle und immaterielle Unterstützung der Betroffenen. Auf Grundlage der Aussagen der InterviewpartnerInnen konnten in diesem Zusammenhang 6 Themenkomplexe herausgefiltert werden, die in den folgenden Kapiteln detailliert erläutert werden.

- „Covid- 19“
- „Bürokratie“
- „Wehrdienstbeschädigung (WDB)“
- „Vorgesetzte“
- „Personalführung/Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle (ZALK)“
- „Einsatz- Weiterverwendungsgesetz (EVWG)“

4.2.1.3.1 Covid 19

Die weltweite Pandemie hatte einen Einfluss auf die Versorgung. Insgesamt wurden Einschränkungen in Bezug auf die Versorgung 3 Mal genannt, sodass rein quantitativ betrachtet hier eher weniger Einschränkungen zu verzeichnen waren.

Auch wenn es zu Einschränkungen im Rahmen der therapeutischen Versorgung kam, stellte dies für die betroffene Person in folgendem Beispiel jedoch kein großes Hindernis dar.

„Deshalb habe ich mich auch jetzt seit März wieder in die Traumatherapie begeben in Berlin, ne. Natürlich über Videokonferenz, ne, weil es nicht anders geht. Ist aber machbar, weil ich meine Therapeutin halt schon jahrelang kenne. Dann ist es kein Problem das zu machen.“ (P1, Pos. 82)

Qualitativ betrachtet kam es allerdings zu pandemiebedingten Versorgungsdefiziten wie unfreiwilligen Therapiepausen und einer Restriktion der Aufnahmekapazitäten in psychiatrischen Einrichtungen. Dies konnte einen großen Einfluss auf die Betroffenen haben, wie das folgende Zitat zeigt.

„Nein, kein Defizit, wo die Bundeswehr irgendwie schuld wäre, würde ich sagen. Das mit den sieben Monaten (Anmerkung der Autorin: gemeint ist eine Therapiepause) war halt auch/ es war halt unglücklich. Corona, ich habe/ war dann auch nach Koblenz gegangen. Habe ich einen schnellen Termin gekriegt, wo es so etwas kurz vor knapp war, wo der Strick daheim gelegen hat. Jetzt hat meine Therapeutin, das war so/ dann so eine Abmachung/ es war/ die Psychiatrie wurde verkleinert wegen den ganzen Coronafälle in Koblenz dann irgendwie. Das/ haben dann weniger Aufnahmekapazität. Ja, es war einfach ein ganz (lacht) so schlechter Zeitpunkt gewesen. Ich wollte eigentlich/ die haben mich einliefern lassen. Aber es war halt kein Platz. Und ansonsten, es war alles nur unglücklich jetzt seit/ letztes Jahr. Aber ansonsten hat die Bundeswehr immer ihr Möglichstes getan.“ (P4, Pos. 150)

Pandemiebedingt kam es auch anderweitig zu Missverständnissen. In folgendem Beispiel stellte die betroffene Person einen Sachverhalt dar, in dem Vereinbarungen, welche in einer gemeinsamen interdisziplinären patientenzentrierten Sitzung eines Rehabilitationsteams (IPR-Sitzung) mit der betroffenen Person und der ZALK getroffen wurden, nicht eingehalten wurden.

So wurden laut Aussagen der betroffenen Person die Teilnahme an Sport-Förderveranstaltungen abgesagt und wichtige Schlüsselpersonen waren pandemiebedingt nicht ansprechbar, was schlussendlich dazu führte, dass die in der Sitzung festgelegten Vereinbarungen nicht eingehalten werden konnten. Dies wurde im weiteren Verlauf der betroffenen Person seitens der Führung/Personalführung vorgeworfen.

„Corona zum Beispiel war ein Riesenhindernis. Ich sollte aufgrund IPR dann in Mayen die Dienststelle antreten und zum, ich weiß nicht mehr genau, ich glaube ersten Mai '19 dann, und bin dann nach xxx gefahren, wollte da meine Papiere haben. Ja, aufgrund von Corona abgesagt. Okay. Im IPR wurde auch gesagt, Warendorf, Sportschule, wird wieder Kontakt aufgenommen. Aufgrund Corona abgesagt. Bis ich dann irgendwann SELBST gesagt habe "Nein". Warendorf, habe ich selbst Kontakt aufgenommen, und das stimmt, bis dann irgendwann mit eine Frau xxx angerufen und hat gesagt "So, Herr xxx, wir müssen jetzt handeln oder Sie werden entlassen". "Ach ja? Was habe ich denn jetzt falsch gemacht?" "Ja, Sie sollten ja im Mai ihren Dienstantritt haben und den haben Sie ja nicht gemacht und wieso, warum, weshalb?" "Wer sind Sie überhaupt?" "Ja, ich bin jetzt Ihre neue Chefin." "Ah, okay. Dass man weiß; am Telefon. Ja." Das hat mich erst mal um Wochen zurückgeworfen. Dann bin ich dahingefahren und Sie sagte dann "Ja, wir haben jetzt noch die Möglichkeit, Sie fangen jetzt bei uns hier an oder Sie werden entlassen." "Ah ha. Was habe ich denn jetzt falsch gemacht?" "Ja, IPR wurde nicht eingehalten." "Ja, aber doch nicht von mir!" (P8, Pos. 170)

Zusammenfassend sind die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgung in folgender Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: Auswirkungen der Covid-19- Pandemie auf die Versorgung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung
Therapiepausen
Umstellung des Therapiesettings (Videosprechstunden)
Restriktion Aufnahmekapazitäten in psychiatrischen Einrichtungen
Missverständnisse
Fehlende Ansprechpartner
Pausen von Sport-Förderveranstaltungen

4.2.1.3.2 Bürokratie

Die Bürokratie wurde insgesamt als verhältnismäßig häufiger Faktor genannt, der Einfluss auf die Versorgung im Hinblick auf die materielle und immaterielle Unterstützung nahm.

„Es war mir zum einen sehr, sehr wichtig, dass diese Bürokratiegeschichte, dass das angesprochen wird.“ (P11, Pos. 162)

Häufig wurde bemängelt, dass Entscheidungen über die betroffene Person auf Grundlage reiner Aktenlage gefällt wurden. Diese Entscheidungen betrafen insbesondere den Grad der Schädigung (GdS) oder die Anerkennung der Diagnose PTBS im Rahmen des WDB-Verfahrens. Des Weiteren wurde eine regelmäßige Neubegutachtung kritisch gesehen. Die betroffenen SoldatInnen merkten an, dass Entscheidungen über den GdS aus ihrer Sicht viel zu häufig erfolgten und aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Genesung der betroffenen Person beitrügen.

„Weil für uns, klar, es steht so drin, auch in der Gesetzeslage und auch im PTB-Bescheid, dass das überprüft wird, ne, regelmäßig, ja. Aber das ist wieder dann so für mich typisch Bürokratie auch in Deutschland oder auch vom Dienstherrn, ne, anstatt man den Kameraden, die die Einsatzschädigung haben und auch anerkannt haben, auch da lässt, wo sie sind, ne. Und denen das auch anerkennt und denen auch dann ihre Möglichkeiten da gibt. Im Rahmen der PTB einfach lässt, ne, aber nicht nach Aktenlageentscheidung, na ja, so krank bist du gar nicht mehr, wir stufen dich jetzt mal runter, ne. Das ist also für mich ein Unding ohne gleichen, ne.“ (P1, Pos. 80)

„Und eine Begutachtung jagt die nächste Begutachtung. Das/irgendwann ist auch mal aus-begutachtet. Irgendwann muss ja mal wissen, was denn ist, sage ich mal. Ich fühle mich einfach nur, ja, in einer Mühle drin und auf gut Deutsch verarscht...“ (P10, Pos. 122)

„...dann tatsächlich nach drei Jahren Kampf insgesamt oder wie viele es waren/ Im Namen des Volkes ergeht folgendes Urteil: xxx gegen Bundesrepublik Deutschland. Dem Herrn xxx ist die PTBS zum Zeitpunkt von sowieso rück zu anerkennen. Ich habe auch die 150.000 Euro bekommen, die mir am Arsch vorbeigegangen sind. Entschuldigung, wenn ich das so offen sage, aber das war/ Zu dem Zeitpunkt war es nicht mehr mit Geld aufzuwiegen.“ (P6, Pos. 24)

Die bürokratischen Hürden, um an gewisse Versorgungsleistungen zu gelangen, wurden als undurchsichtig und zeitaufwendig beschrieben. Zudem schienen sehr viele Instanzen in Entscheidungsprozesse involviert zu sein, was in folgendem Beispiel zu Komplikationen führte. Ein zusätzlicher Faktor, der kritisiert wurde, war, dass die Betrachtung des Individuums zu wenig Beachtung fand und dass in zu starren Strukturen und Prozessen agiert wurde.

„Und der Dienstherr ist da leider so gefangen auch in seiner Vorschriftenlage, weil da ging es dann da drum, ich brauchte eine Haushaltsunterstützung, ne. Weil ich das zu Hause nicht geschafft habe, ne. Mein erster Antrag, den ich dann gestellt habe, wurde in xxx abgelehnt. ... Dann haben wir dann so nochmal einen Antrag mit Begründung etc. und Ausnahmegenehmigung, ist dann auch ein bisschen, ja, dann auch schiefgelaufen. Der ist dann liegengeblieben, ne. xxx sagt, der ist in xxx liegen geblieben, und xxx sagt, der ist in xxx liegengeblieben, ne. Der ist in irgendeinem System hängengeblieben. Und

das Ganze ist dann bis hoch irgendwann bis zum BMVg gegangen, weil da hätte die Sache entschieden werden sollen. Dann waren dann aber schon, glaube ich, acht Wochen um... „(P1, Pos. 96)

„Und das sind natürlich auch so Dinge, wo ich sage, das muss schneller und flexibler gehen. Man darf halt nicht, typisch Deutsch, ne, Paragraphen reiten, ne, und entscheide dann mal nach Aktenlage, hm, Kinder über 12, nein. Egal, was der hat, da gibt es keine Hilfe, ne. Also absolut für die Füße. Und das ist ja nur ein Beispiel, können wir noch zig Beispiele aufzählen, ne.“ (P1, Pos. 96)

Bürokratie wurde zusätzlich als Hürde bei der Aufklärung eines traumatisierenden Erlebnisses bzw. eines militärischen Vorkommnisses beschrieben.

„Mal ganz davon abgesehen, dass ich bei, ich sage mal, meinem Kernproblem oder meinem Kernerlebnis, was ich extrem ausführlich geschildert habe mit Zeichnungen und allem Drum und Dran. Mit Lageskizze. Ja? Nach aller Manier. Ich glaube, auf zwölf Seiten plus vier Seiten Skizze dargestellt habe, konnte ich exakt einen Zeugen dazu nennen. Problem ist, der ist US-amerikanischer Major. Und man hat alle möglichen Leute befragt. Sogar aus dem Einsatz VORHER hat man meinem Disziplinarvorgesetzten angeschrieben, aber diesen US-Major nicht. Der ist bis heute nicht angeschrieben worden und als Zeuge vernommen worden oder mal gefragt worden oder hm. Offensichtlich ist das furchtbar schwierig. Seine E-Mail braucht ja auch viel länger bis in die USA beziehungsweise momentan bis nach England, weil er da stationiert ist und das Ganze auch noch auf Englisch scheint eine Hürde zu sein, die xxx in dem Moment nicht zu nehmen weiß.“ (P13, Pos. 76)

Viele SoldatInnen bestätigten sich mit der Bürokratie überfordert zu fühlen und diesbezüglich Hilfe von Dritten in Anspruch genommen zu haben und weiterhin nehmen zu müssen. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch geäußert auch hier eine zentrale Ansprechperson zu haben, die bei der Bewältigung bürokratischer Hürden unterstützt.

„Ja, ich finde halt, es ist halt sehr viel Bürokratie ist da, ne, die der einzelne Soldat oft gar nicht selbst bewältigt bekommt, ja? Es sind zwar/ Ich sage jetzt mal, es stehen zwar Leute zur Seite, die sagen: „Wir unterstützen das.“ Aber es fehlt halt eben oft so die erste initial/ Wie sagt man dazu? Also man hat oft/ Die kleinen Dinge fallen oft so schwer.“ (P2, Pos. 165)

„Jetzt kam auch zum Beispiel, ich musste mich bei mir auf meiner Gemeinde musste ich auch diesen Behinderten-Antrag da ausfüllen und so weiter. Und ich selbst bin da gar nicht imstande zurzeit diese ganzen Formulare, die ganzen Dinge alles alleine auszufüllen.“ (P14, Pos. 102)

„I: Würden Sie sich in diesem ganzen Prozess, was die Verwaltung angeht, irgendwas für sich selber wünschen, für sich, vielleicht auch für andere? B: Ja. Dass da vielleicht mal wirklich, vielleicht ist es nur mein Empfinden, aber dass da vielleicht mal ein bisschen eine bessere Struktur reinkommt, dass dafür vielleicht mal wirklich irgendwer abgestellt wird, der nur sich darum kümmert, der denjenigen dann mehr oder weniger an die Hand nimmt und sagt, das, das, das, da, da und da und so und so und so.“ (P14, Pos. 113-114)

In einem Fall führte die Hürde der Bürokratie nach Aussagen der betroffenen Person zu einem massiven Versorgungsdefizit.

„Zum einen hinderlich ist diese starke Bürokratisierung, die wir haben. Gerade, was das Abrechnungswesen angeht. Therapeuten wird es sehr, sehr schwer gemacht, Kontaktaufnahme mit den zahlenden Stellen zu bekommen. Teilweise auch in den San-Bereichen... weswegen ich dann auch eine Eingabe geschrieben habe, eine fast fünfmonatige Behandlungspause.“ (P11, Pos. 152)

Die Betroffenen beschrieben in vielen Fällen eine undurchsichtige Vorschriftenlage vorgefunden zu haben, was die Betreuung und Versorgung von psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen anbelangt.

„So dass wir dann nachher immer weiter dann auch in dieser Thematik/ ich mich immer weiter einarbeiten musste in die Vorschriftensituation. Ich meine, da haben wir ja auch eine unübersichtliche Lage, was die Betreuung von Einsatzgeschädigten angeht. Ich glaube, ich habe 60 oder 65 Vorschriften da rumliegen, die sich alle mit irgendwelchen Teilbereichen davon beschäftigen...“ (P3, Pos. 75)

Diesen Themenkomplex betreffend boten die Betroffenen auch Lösungsvorschläge an und zeigten sich motiviert, die undurchsichtigen, komplizierten Prozesse für die Beteiligten durchsichtiger zu gestalten.

„Also, wenn ich wirklich die Möglichkeit hätte nochmal, würde ich gerne erst mal mein Konzept zu Ende bearbeiten. Und dann aus 65 Vorschriften zwei machen, nämlich eine tatsächlich, die sich komplett um das betriebliche Eingliederungsmanagement kümmert und eine, die man dann wirklich mal einem Arzt in die Hand geben muss, der am Kommando San-Dienst sitzt und sagt "So. Und wir machen dann parallel dazu EINE Versorgungsvorschrift für alles, was mit Medizin und Psychologie zu tun hat". Und dann haben wir ZWEI miteinander, aber bitte abgestimmte Konzepte, wo es auch klare Schnittebenen geben muss, Kommunikationsebenen geben muss zwischen San-Versorgungszentrum und betrieblichem Eingliederungsmanagement. Und das sind nicht/ läuft nicht über die Ärzte, sondern über Fallmanager. So ein Konzept versuchen wir gerade in Koblenz fast illegal zu betreiben. Das macht/ die Frau xxx macht das gesamte Fallmanagement für Einsatzgeschädigte als Heilfürsorge-Chefin, möchte ich sagen, und Vorzimmerdame vom Herrn xxx. Und ich mache das Ganze für, ja, die Disziplinar-

Vorgesetzten. Und das ist die Kommunikationsebene, die man auch braucht. Weil letztendlich der Disziplinar-Vorgesetzte am Ende nur entscheidet. Und der Arzt hat tausend andere Dinge zu tun in seinem normalen Dienstalltag als noch drei Stunden BEM-Gespräch mit einem Soldaten zu führen, während draußen 30 Soldaten auf die Sprechzeit bei ihm warten.“ (P3, Pos. 79)

„Den Fallmanager habe ich genannt, den wir eigentlich auf medizinischer und auf BEM-Ebene brauchen. Das ist eigentlich mir das allerwichtigste. Und wir brauchen endlich ein vernünftiges Konzept und zwar/ eigentlich zwei. Ein medizinisches, medizinisch-psychologisches und ein BEM-Konzept. Und ganz ehrlich gesagt, beides muss unter blauem Barett stehen, weil all das, was wir hier machen, ist im weitesten Sinne Medizin und unterliegt IMMER der Schweigepflicht. Und auch der BEM-Beauftragte einer Einheit muss Sanitäter sein, da bin ich fest von überzeugt. Und im Zweifelsfall auch weisungsgebunden dem Arzt gegenüber arbeiten. Weil, der ist letztendlich Dreh- und Angelpunkt, der Truppenarzt, meiner Meinung nach.“ (P3, Pos. 99)

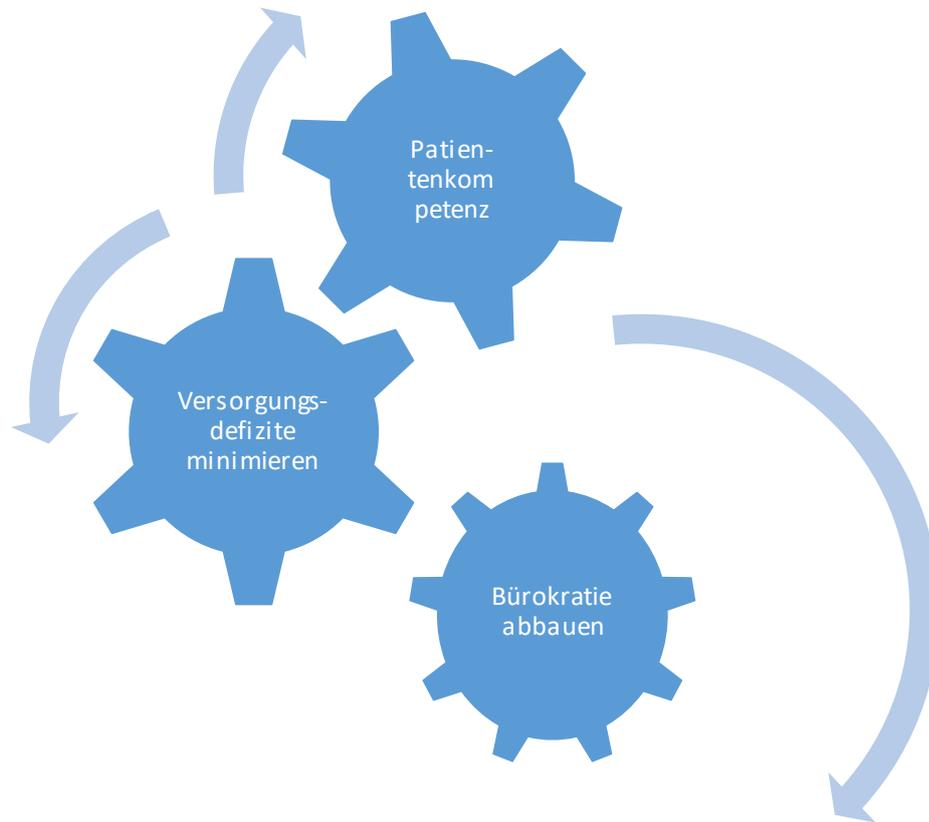
Die auf Grundlage der Aussagen der InterviewpartnerInnen erfassten Aspekte, die in Zusammenhang mit der Bürokratie im Allgemeinen genannt wurden, sind in folgender Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Bürokratische Faktoren, die in Zusammenhang mit materiellen/immateriellen Versorgungsleistungen für psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen beschrieben wurden.

Aspekte in Zusammenhang mit Bürokratie
Wenig Flexibilität
Wenig Raum für Individualität
Zu häufige Begutachtungen
Entscheidungen auf Aktenlage
Erhöhter Zeitaufwand
Undurchsichtige Prozesse
Zu viele Zwischeninstanzen (Mikromanagement)
Kompliziertes Abrechnungswesen für TherapeutInnen

Insgesamt wurden in Bezug auf die bürokratischen Vorgänge ausschließlich hinderliche Faktoren genannt. Die oben aufgelisteten Faktoren konnten zu Versorgungsdefiziten (z. B. Herabstufung des GdS, Therapiepausen, sonstige Versorgungsleistungen) führen. Die Versorgungsdefizite wiederum konnten Einfluss auf Bestandteile der Patientenkompetenz ausüben (z. B. Frustration, Zukunftsängste, Gefühl der Überforderung etc.). Der kausale Zusammenhang ist vereinfacht in Schaubild Nr. 4 dargestellt.

Schaubild Nr. 4: Möglicher kausaler Zusammenhang zwischen Bürokratie, Versorgung und Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen.
Der Abbau von Bürokratie kann zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Die verbesserte Versorgung wirkt sich wiederum positiv auf die Patientenkompetenz aus.



4.2.1.3.3 Wehrdienstbeschädigung (WDB)

In folgendem Kapitel erfolgt eine Beschreibung der Aussagen der InterviewpartnerInnen in Bezug auf die Anerkennung einer WDB. Die Anerkennung einer WDB stellt einen wesentlichen Schritt für den betroffenen Soldaten/die betroffene Soldatin dar, der essentiell ist, um weitere Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen zu können und in das EWVG aufgenommen zu werden.

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel, welches sich mit der Bürokratie im Allgemeinen und mit undurchsichtigen Prozessen in Zusammenhang mit materiellen und immateriellen Versorgungsleistungen beschäftigt, schienen diese bürokratischen Hürden auch in der Anerkennung einer WDB eine große Rolle zu spielen. Eine strikte Trennung der beiden Themenkomplexe ist somit nicht gegeben wie folgende Beispiele belegen.

„B: WDB habe ich gestellt. Und GdS von 30 übergangsweise bekommen. Nächstes Jahr wird eine neue Begutachtung stattfinden im August. I: In diesem gesamten Prozess, wie haben Sie das empfunden? War

das für Sie hinderlich? War das für Sie förderlich? War das egal? B: Ich fand es sehr anstrengend. I: Warum? B: Ich musste klagen gegen das Pers-Amt der Bundeswehr. Zuerst hat man die WDB ja auf eine Belastungsstörung oder Anpassungsstörung festgelegt. Und dann sagte man mir, ich soll einen Verschlimmerungsantrag stellen. Das ist ja jetzt keine Belastungsstörung oder Anpassungsstörung mehr, es ist eine posttraumatische Belastungsstörung. Daraufhin hat das Pers-Amt gesagt "Nein, das ist keine PTBS". Dann ging die Streiterei los. Da habe ich mir einen Anwalt genommen und bin dann/ weil mit Beschwerde und allem. Das ging nicht mehr. Und dann hat man mir auch den Rat gegeben, einen Anwalt zu nehmen. Und das habe ich dann auch getan. Und bin dann auch dagegen vorgegangen. Und diese ganze oder der ganze Prozess mit "Das ist eine PTBS", "Das ist keine PTBS", Gutachten "Nein", Gutachten wurde dann wieder auseinandergepflückt. Und das war sehr, sehr anstrengend für einen, weil ich dann nicht mehr wusste. Bundeswehrärzte sprechen von PTBS. Zivilkliniken sprechen von/ auch, dass es PTBS ist. Pers-Amt sagt nein. Und dann war ich ja beim Generalarzt: PTBS.“ (P10, Pos. 104-108)

„Wie gesagt man hat Leute sogar aus dem Einsatz vorher befragt, die/ was gar keinen Bezug tatsächlich zu dem Szenario hat, aber diesen einen Zeugen, den ich habe, den hat man bisher nicht befragt. Von daher rechne ich mir jetzt auch erst mal nicht die wahnsinnige Erkenntnis aus diesem WDB-Verfahren raus und fürchte das wird auch (lachend) eine Geschichte werden, wo ich mal WIEDER eine Anwältin konsultieren darf und mal WIEDER das Truppendienstgericht dann anfordere, dass endlich mal Zeugen befragt werden, die ich nenne“. (P13, Pos. 78)

„... ging dann das WDB-Verfahren relativ schnell mit fast einem Jahr, über einem Jahr. Wobei dann in den ersten Befunden nicht wirklich/ Also es wurde rumgedruckt, und da fehlte mir das Wort Einsatzschädigung. Weil, auch da ist ja die Statistik und eventuell Folgekosten. Also habe ich dann Widerspruch eingelegt, nach Rücksprache mit xxx. Und dann mit dem weiteren Jahr der Bearbeitung der Beschwerde gegen den Befund wurde ich dann in Schutzfrist aufgenommen. Mit der Aufnahme in die Schutzfrist ist ja, sage ich mal, juristisch der Vorgang als Einsatzgeschädigte anzuerkennen, formaler als wie mit: „Ja, wir erkennen die WDB aufgrund des/ an“, ohne das Wort Einsatzgeschädigter. Wobei, der Antrag war ja aufgrund des Einsatzes. Hat man auch rückwirkend anerkannt um fünf Jahre. Auch das war eigentlich ein Zeichen dafür, dass sie das auf den Einsatz bezogen haben.“ (P5, Pos. 112)

Häufig wurde bemängelt, dass das WDB-Verfahren selbst sehr bürokratisch und undurchsichtig für die betroffene Person erscheint und sie sich diesbezüglich eine vermehrte Kommunikation und Hilfestellung Dritter gewünscht hätten.

„Ich würde mir vor allem, sage ich mal einen groben Ablaufplan mal wünschen, ja, dass ich einen Zeitstrahl habe: Folgende Schritte beinhaltet das Verfahren. Wir befinden uns an Schritt vier von sieben. Dass ich für mich nachvollziehen kann: Ah! Okay. Danach kommt noch das und das. Und was BEDEUTET das? So. Und dann kriege ich dann so eine Kurze noch nicht mal Dreizeiler, einen Einzeiler: Ich habe ihre Daten weitergeleitet an den medizinischen Dienst. Wenn zurück, melde ich mich unaufgefordert. Grüße XY. Mit der Information kann ich ja letztendlich nichts anfangen. Als Außenstehender, der nicht in diesem System steckt oder der nicht Bearbeiter ist. Ja? Also einfach zum Beispiel ein ganz normaler Zeitstrahl, der dieses Verfahren beschreibt, woran ich mich dann lang hangeln kann.“ (P13, Pos. 86)

„Ich habe diese gefühlten 100 Seiten nach meinem Klinikaufenthalt bekommen, wo es da drin steht "Bitte ausfüllen". Alleine. (lacht) Das fand ich sehr, sehr hinderlich. Also da würde ich mir eher vorstellen, dass man da vielleicht, wenn es möglich wäre, das vielleicht über den Sozialdienst laufen lässt.“ (P11, Pos. 158)

„I: Das heißt, dass man da Hilfe beim Ausfüllen hat? B: Genau. Dass man das meinetwegen über den Sozialdienst/ ja, denen dort den Antrag hinschickt. Und dann das dann quasi, ich sage mal/ also für mich persönlich, für mich wäre es eine Hilfe gewesen, die ich vielleicht oder die eigentlich ja nicht gewollt habe, weil ich bin ja dieser Eigenbrötler. Was mir aber bestimmt geholfen hätte, wenn da jemand/ weil da werden Fragen gestellt. Detaillierte Angaben zu dem Vorfall, der/ was geschehen ist. Bis hin zu "Ist das in den Einsatztagebüchern vermerkt worden?". Als einfacher Fallschirmjäger, der draußen irgendwo rumläuft, der weiß das nicht. Ich wusste gar nicht, dass es so ein Einsatzbuch gibt, wo das nachvollziehbar ist. Ja. Ja, das fand ich halt eine Situation, die vom WDB her vielleicht hätte etwas besser laufen können.“ (P11, Pos. 159-160)

Insgesamt wurden folgende Hürden bei der Anerkennung einer WDB in den vorangegangenen Zitaten genannt:

- intransparente Prozesse
- zeitlich aufwändig
- Beweispflicht des Antragstellers/der Antragstellerin
- Möglichkeit der Herabstufung des GdS
- Entscheidungen auf Aktenlage

Die Aussagen waren analog zu denen, welche die Bürokratie im Allgemeinen betreffen. Hieraus wird erneut deutlich, dass die Anerkennung einer WDB ein bürokratischer Akt ist, welcher für viele Betroffene eine große Hürde darzustellen schien.

„Und ja, was noch dienlicher sein könnte, da sind wir dann aber wieder an/in einer anderen Geschichte, was eine hohe Belastung ist, ist der Weg zu einer anerkannten PTBS. Der Weg ist meistens nicht transparent. Der Weg dauert zu lange. Und du bist als Betroffener immer in der Beweispflicht. Und das ist immer ganz schlecht. Weil, viele müssen kämpfen, um wirklich dann auch eine PTBS zu bekommen. Weil, bei vielen hängt einiges dran. Und da muss sich noch mehr tun, ne. Es hat sich schon viel getan im Gegensatz zu früher. Das ist schon besser geworden. Was aber jetzt mittlerweile angefangen wird und das ist auch ganz schlimm, das ist seit Anfang des Jahres. (unv.) fängt jetzt an aufgrund von Aktenlage den Schädigungsgrad runterzusetzen bei vielen Einsatzgeschädigten, ne. Das haben wir jetzt schon ganz, jetzt auch in meinem Bereich wie wir vernetzt sind, mit ganz vielen erlebt, ne. Da wurde nicht vorher mit denen gesprochen, ne, oder die Krankheit ist immer noch gleichbleibend auf einem Niveau, ne. Aber wie gesagt, es wird einfach auf Aktenlage geguckt, ne. Hat sich nichts geändert, ne, und ein Medikament abgesetzt, okay, wir stufen jetzt mal runter auf 20 Prozent, ne. Und das ist jetzt vermehrt wieder oder ist jetzt vermehrt aufgetreten, ne. Was natürlich für diejenigen, die immer noch die gleichen Belastungen haben wie früher, natürlich ein Schlag ins Gesicht, ganz klar, ne.“ (P1, Pos. 80)

Eine strikte Trennung von Versorgung und Patientenkompetenz ist im Kontext des WDB-Verfahrens nicht möglich. Der gesamte Prozess des Verfahrens konnte erheblichen Einfluss auf die Patientenkompetenz (z. B. durch Zukunftsängste, Frustration, Rezidive) nehmen wie folgende Beispiele zeigen.

Die Frustration in Bezug auf das WDB-Verfahren war in folgendem Beispiel erheblich.

„I: Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung im Alltag stigmatisiert? B: Ein Stück weit ja. I: Wodurch? B: Vorrangig durch (lachend) das Bundesamt für Personalmanagement tatsächlich. Unsere tolle WDB-Abteilung. Zum einen, was die MIR geschrieben haben ... Entschuldigung, das sage ich unmissverständlich, geht so GAR nicht. Schlicht und ergreifend. Es ist juristisch falsch. Und es ist menschlich eine Unverschämtheit. Niemand von den Leuten, die über JAHRE in einem Bundeswehrkrankenhaus von einem Psychiater behandelt werden, ist ein Simulant. Und keiner von denen will ein Sozialsystem der Bundeswehr ausnutzen. Und genau das muss man sich von diesen Leuten anhören. Und DAS stigmatisiert schon und zwar erheblich. Und ich bin da auch der Meinung - und das ist meine höchstpersönliche Meinung - dass diese Herrschaften, die dort tätig sind, aus dem Dienstverhältnis als Beamte, denn sie sind ja in der Regel keine Soldaten, zu entfernen sind, weil sie ihre Arbeit nicht machen. Und zwar überhaupt nicht machen.“ (P3, Pos. 44-47)

„Die sind sogar ein hinderlicher Faktor, wieder gesund zu werden, weil das WDB-Verfahren sehr lange dauert während der Therapie. Und in der Therapie es tatsächlich so ist, durch diese Briefe, die man

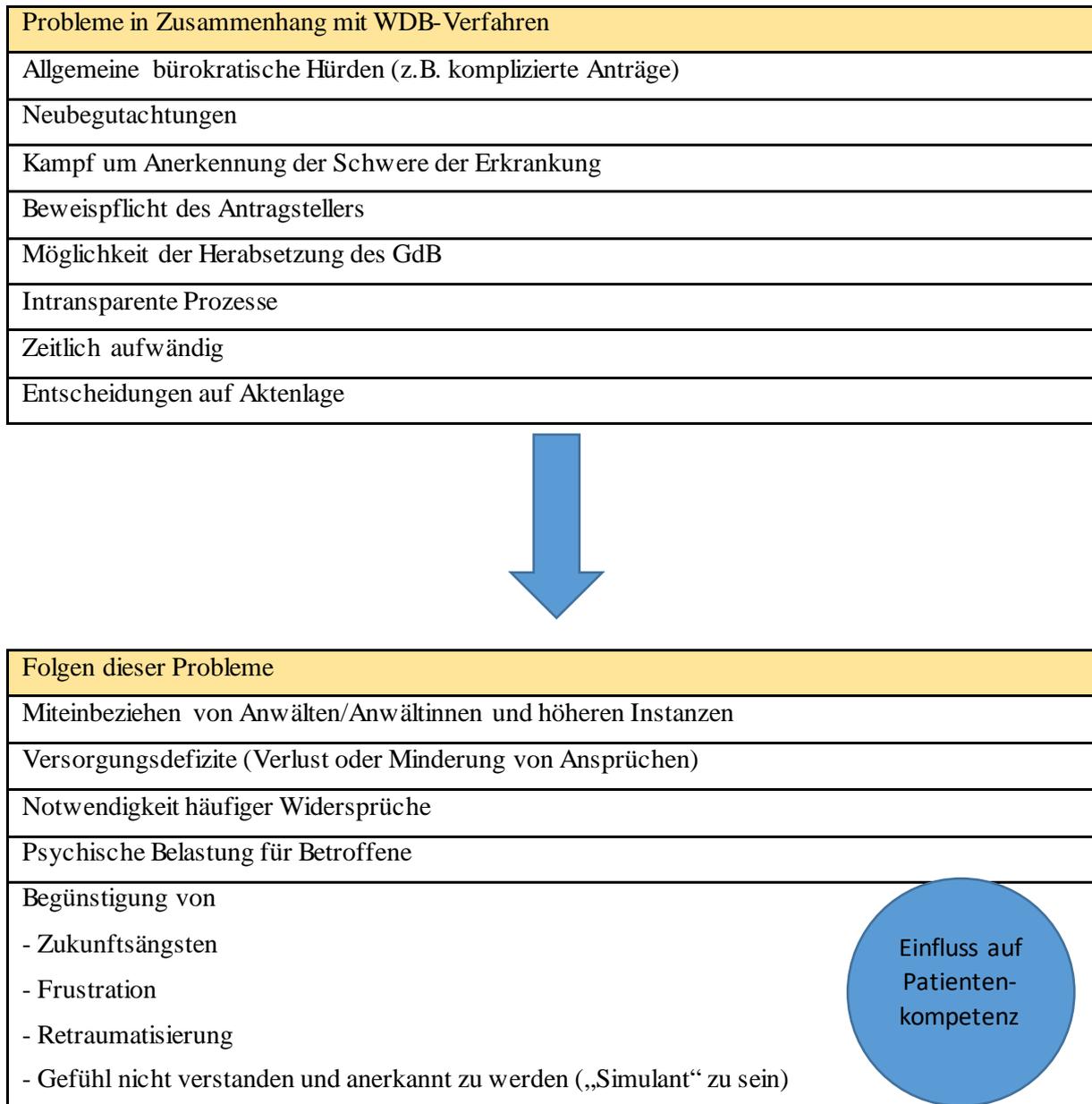
bekommt, insbesondere mit den Aussagen, die dort getroffen werden, auch Therapieerfolge wieder rückgängig gemacht werden. So ging es mir einige Male. Also ich fand mich nach der Stabilisierungsgruppe, na ja, stabil. Zumindest so, dass ich am Leben irgendwie wieder teilnehmen konnte, ohne alles verdrängen zu müssen. Bekam den ersten Brief aus Düsseldorf, in dem ich wieder mal als Simulant dargestellt wurde. Bin hochgegangen wie ein HB-Männchen, anders kann man es nicht bezeichnen. Und habe dann erst mal eine Woche lang fast jeden Tag ein Psychotherapie-Gespräch bei xxx gebraucht, um wieder - ich drücke es so aus - mit dem Leben klarzukommen. Also das war dann/ da ging es dann wirklich um ganz essentielle Sachen. Und das muss man einfach sagen, das funktioniert so nicht.... Und unterstellt mir keiner, dass ich das absichtlich herbeigeführt hätte oder sonst irgendwas. Und das verstehe ich halt gerade bei diesen Wehrdienstbeschädigungsverfahren bei psychosomatischen oder psychischen Erkrankungen nicht. Bei körperlichen Erkrankungen ist es eindeutig, was da passiert ist und da ist auch die Folge eindeutig. Bei psychischen Erkrankungen wird immer noch so ein Bild genutzt, was eigentlich so, ja, aus den 40er, 50er Jahren herkommt. Der Mensch ist einfach nur zu faul zu arbeiten und will irgendwelche Sozialsysteme ausnutzen. Und eigentlich gibt es diese Erkrankung gar nicht. Und das ist das, was die Leute und was auch MICH unglaublich belastet hat, immer wieder Therapieerfolge auch zurückgeschlagen hat. Also ohne dieses WDB-Verfahren, dieses ewig lange WDB-Verfahren wäre ich - glaube ich - ein Jahr eher zumindest aus der Klinik rausgewesen oder aus dieser klinischen Versorgung. (P3, Pos. 95)

„B: Das WDB-Verfahren läuft jetzt bald zwei Jahre und/ na. Man hört nicht viel davon. I: Was macht DAS jetzt mit Ihnen, dass Sie nicht in die Schutzfrist aufgenommen werden, weil das WDB-Verfahren noch nicht abgeschlossen ist? B: Das lässt mich ständig auf sehr, sehr dünnem Papier laufen. Das Papier ist genauso dünn wie ein Krankmeldeschein. I: Wie geht es Ihnen denn damit? B: Auch das ist/ unbefriedigend wäre diese freundliche Ausdrucksweise da drüber. Das/ ich bin letztlich immer wieder auf das Verständnis eines Truppenarztes angewiesen, was bisher hervorragend funktioniert.“ (P13, Pos. 24-28)

„Das WDB-Verfahren läuft. Die Schutzfrist ist nicht beschlossen bisher. Das kann noch Jahre dauern. Ich habe mir das doch nicht ausgesucht. Es ist/ ich kann es nicht beschleunigen. Mehr als nachfragen, hinschreiben kann ich nicht.“ Und dann kriege ich mal wieder so einen formlosen Schrieb: "Ja. Ihre Unterlagen liegen bei/ zur Begutachtung und hm." Entsprechend ... ist es auch wieder so ein Stück weit Damoklesschwert, dass dieser Status jeder enden könnte, ja, wenn ich da irgendwann mal auf Charaktere treffe, die sich da deutlich gegen auflehnen auch das wäre nicht das erste Mal, dass ein Status dann irgendwo verloren geht und dann sitze ich ganz schnell wieder in der Patsche.“ (P13, Pos. 28)

Auffällig war insgesamt, dass der Prozess der Anerkennung einer WDB durchweg als kompliziert und aufwendig beschrieben wurde. Diese Erkenntnis beruht auf der Aussage vieler unterschiedlicher InterviewpartnerInnen. Des Weiteren wurde der Themenkomplex verhältnismäßig häufig genannt.

Schaubild 5: Dargestellt sind die Probleme, die durch psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen genannt wurden in Bezug auf das WDB- Verfahren und die Auswirkungen dieser Probleme auf die Betroffenen.



4.2.1.3.4 Vorgesetzte

Vorgesetzte hatten nach den Aussagen der InterviewpartnerInnen einen großen Anteil an der Versorgung der psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen in unterschiedlicher Weise. Es fiel auf, dass der Themenkomplex „Vorgesetzte“ in Zusammenhang mit der Versorgung überdurchschnittlich häufig genannt wurde. Auch wenn die Betroffenen sich durch die Aufnahme in das EWVG in einem

geschützten Rahmen bewegten, so hatten die Vorgesetzten einen erheblichen Anteil an der Versorgung, insbesondere dann, wenn die betroffene Person noch nicht in das EWVG aufgenommen war. Vorgesetzte konnten die betroffene Person fördern und somit zur Versorgung und auch zur Patientenkompetenz beitragen. Gegensätzlich hierzu erfolgten Beschreibungen, dass einige Vorgesetzte die Versorgung negativ beeinflussten, z. B. im Sinne mangelnder Fürsorge, Desinteresse oder dem Versagen von beruflichen Möglichkeiten.

„Aber nichtsdestotrotz habe ich auch den ein oder anderen Vorgesetzten, der da doch Unverständnis dafür hat und da auch, ja, eine mangelnde Fürsorge an den Tag legt. Das auf jeden Fall. Das ist so leider immer noch ein Hauptmanko an der ganzen Geschichte. Ja.“ (P1, Pos. 78)

„Ich bin dann danach nicht auf den Unteroffizierslehrgang nach dem Einsatz...und hat gesagt: „Du gehst auf keinen Lehrgang.“ Das war das Ende der Geschichte. Ja, man hat mir alles im Grunde genommen. Aber es war nicht die Bundeswehr, sondern es waren in dem Fall meine Vorgesetzten. Ja, es war nicht die Bundeswehr, die mir ja geschadet hat, sondern es waren die Menschen, die um mich herum waren, die mir nichts Gutes getan haben. Oder nichts Gutes wollten.“ (P2, Pos. 63)

„Ich kann das nicht beschreiben. Es ging nicht. Ich konnte nicht in die Kaserne reinfahren. Habe dann immer angerufen, mich krankgemeldet, habe den Krankmeldeschein rüber gefaxt und irgendwann habe ich dann festgestellt, na ja, das interessiert nicht wirklich jemanden und habe mich dann weiterhin krankgemeldet im San- Bereich. Ich habe dann auch immer den Krankenstatus verlängern lassen, habe das aber nicht mehr an die Einheit weitergegeben, weil ich gesagt habe "Es interessiert ja eh keinen". Und so war dem auch so. Ich war dann auf dem Papier sechs Monate unerlaubt abwesend. Und es hat niemanden interessiert. Niemanden.“ (P8, Pos. 54)

„...kannte ich das eigentlich so, dass sich irgendwann mal der Chef oder der Spieß mal meldet oder mal der Zugführer mal nachfragt "Wie geht es dir? Passt alles? Brauchst du was?". Aber da kam gar nichts. Da kam gar nichts.“ (P11, Pos. 80)

„Und der Vorgesetzte von mir, den habe ich nur ein Mal gesehen, wirklich nur ein Mal, nachdem ich nach langer Zeit wieder im Dienst war, und da hieß es: „Hier, du fährst mal die Postjungs.“ Und da habe ich ihm direkt gesagt: „Herr Hauptmann, sorry, ich darf nicht, kein Dienst-KfZ fahren, ich fahre auch dann nicht.“ Da hat er gesagt „das ist eine Arbeitsverweigerung“, hat sich schräg angegriffen gefühlt, ich musste ihm sogar Attest vorlegen dann wieder.“ (P12, Pos. 68)

Viele Betroffene berichteten von einer zufriedenstellenden und sogar überdurchschnittlichen Fürsorge der jeweiligen Vorgesetzten und bestätigten, dass dies gleichzeitig auch Auswirkungen auf die Patientenkompetenz hatte.

„...mein Dienststellenleiter, der sagt, guck, dass du gesund wirst, ne. Da sagt er, das ist wichtig, ne. Und über alles andere brauchst du dir keine Sorgen zu machen, ne. Du behältst deinen Dienstposten, ne, wenn du wieder gesund bist, dann kommst du wieder in den Dienst. Du bist hier immer herzlich willkommen, ne. Das hilft schon mal ganz viel, ne, auf dieser Basis.“ (P1, Pos. 126)

„Und dann bin ich im Januar habe ich hier ein vierwöchiges Praktikum gemacht. Bin dann zu dem Herrn Oberstleutnant und habe gesagt/ Das war halt so ganz anders, ne? Er war so offen zu mir und hat gesagt: „Ich helfe Ihnen. Ich werde Ihnen helfen.“ Und das berührt mich gerade, weil ich das nicht kannte von Kameraden. Dass mir jemand sagt, er hilft mir.“ (P2, Pos. 79)

„Und dann liege ich abends sehr lange wach und am nächsten Tag können Sie mich einfach vergessen. Das sind dann die Tage, wo ich tatsächlich glücklicherweise auch meinen Chef anrufen kann und sagen kann "Heute ist ganz schlecht. Ich mache/ ich komme heute nicht, ich mache Homeoffice".“ (P3, Pos. 49)

„Weil ich habe das mit meinem Leutnant gemacht. Ich habe den gefragt, ob er sich mit mir reinsetzt, weil manchmal drifte ich vielleicht weg und kriege dann nicht alles so hundertprozentig mit, was da gesagt wird. Und von daher haben wir dann schon nach Dienstposten gesucht.“ (P4, Pos. 76)

„Da hat der xxx, das ist der Stabsfeldwebel xxx aus der 1. Kompanie, den werde ich auch nochmal hervorrufen. Also das ist wirklich einen super Mann, das war einer von denen, die einfach in seinem eigenen Interesse gesagt hat: "Hier, xxx, da müssen wir was machen. Es kann nicht sein, dass sich hier keiner um dich kümmert." Hat er gesagt: "Was willst du noch gerne machen?" Ich gesagt: "Pff, ich fahre halt gerne Auto." Ja gut, dann ab in die Transportgruppe.“ (P6, Pos. 64)

„... meinen Aktuellen, das ist tatsächlich mein größter Verbündeter, den ich habe. Der hält mir da sehr deutlich die Stange und geht da auch keine großartigen Kompromisse ein, wenn es da irgendwo Diskussionen gibt, sondern versucht tatsächlich alles möglich zu machen. Der hat auch sehr deutlich kommuniziert und hängt sich da immer für rein, dass er mich behalten möchte und, dass er auch zusehen will, dass ich einen Status Berufssoldat kriege auf dem ganz regulären Wege, wie ich das immer wollte, was halt bis heute noch nie passiert ist.“ (P13, Pos. 30)

„Die Führung, muss ich sagen, in meiner Staffel, die steht absolut hinter mir. Den Spieß, den kenne ich auch schon die ganzen Jahre über, der kennt mich auch von klein auf. Gar keine Frage, der Chef relativ neu, aber der steht auch zu 100 Prozent absolut hinter mir. Mit dem habe ich viele Gespräche geführt und was das angeht, muss ich ehrlich sagen, toi, toi, toi.... B: Wenn was war, da konnte ich immer

hingehen. Also bis jetzt nie groß negative Erfahrungen da gemacht jetzt, wenn jetzt mal was war. I: Können Sie einschätzen, ob das für Sie wichtig war jetzt insgesamt? B: Ja. Absolut.“ (P14, Pos. 54-58)

Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Versorgung und Fürsorge durch die jeweilig vorgesetzte Person höchst individuell waren. Auffällig war zudem, dass die Unterstützung durch die Vorgesetzten VOR einer Versetzung auf einen DPäK Posten häufig geringer war. Sobald der neue Vorgesetzte aber von der Einsatzschädigung wusste, unterstütze er den betroffenen Soldaten/die betroffene Soldatin eher.

„I: Erfahren Sie da Unterstützung vom Disziplinar-Vorgesetzten und von den Kameraden? B: Volle Unterstützung. I: War das immer so? B: Von DIESEM Vorgesetzten ja. I: Davor? B: Nein. I: War es das genaue Gegenteil? Oder was war das Problem? B: Es war eher eine Gleichgültigkeit. (...)“Ja, dann sind Sie halt nicht da“. Oder "Dann sehen Sie mal zu, wie Sie das hinkriegen". Also dass da jetzt einer gesagt hat, mich beschimpft hätte oder sonst irgendwas von den Vorgesetzten, das ist zu keinem Zeitpunkt passiert. Das muss man auch sagen. Nur es war eine vollständige Gleichgültigkeit.“ (P3, Pos. 50-57)

„Mit meinen direkten Kameraden sehr, sehr gut. Chef, Spieß, die haben dann gewechselt gehabt. Habe ich auch ein gutes Verhältnis. Muss ich wirklich sagen. Wenn ich jetzt auch irgendwas brauche oder ich mit meinem in Führungsstrichen neuen Status oder beim Büro beim Chef vorbeilaufe "xxx kommen Sie mal gerade rum. Kommen Sie mal rein. Wie läuft es? Wie steht es?". Also das muss ich sagen, das läuft sehr, sehr gut.“ (P11, Pos. 84)

„Und die Antwort war: "Ja. Dann müssen Sie sich halt überlegen, ob die Bundeswehr der richtige Arbeitgeber für Sie ist." Und dann war die fertig mit dem Thema. Das war ein absolutes Kontrastbild zu dem, was ich jetzt erlebe, ne, mit meinem jetzt aktuellen Chef.“ (P13, Pos. 30)

Es wurde deutlich, dass das Verhalten der vorgesetzten Person viel Raum für Interpretation lässt. Dasselbe Verhalten kann gleichzeitig als individuelle Fürsorge UND als Desinteresse gewertet werden. Wie das Verhalten der vorgesetzten Person dann letztendlich interpretiert wird, ist äußerst individuell und von der betroffenen Person selbst abhängig.

„Ich konnte eigentlich machen was ich will, ne, Hauptsache es hat mir gutgetan, ne. Und auch meiner Gesundheit gutgetan. Jetzt kann man sagen, okay, ne, der Vorgesetzte ist sehr fürsorglich und sagt, ne, wir gucken mal, dass der Kamerad xxx gesund wird und geben ihm alle Unterstützung. Auf der anderen Seite könnte man auch bewerten, ihm ist es scheißegal, ne. Und wenn der xxx wieder da ist, ist er wieder da.“ (P1, Pos. 146)

In einigen Fällen fehlte es gänzlich an Kommunikation mit der vorgesetzten Person.

„I: Wie fühlen Sie sich denn jetzt von Ihrem Vorgesetzten in dieser Hinsicht behandelt? Weiß der von Ihrer Beeinträchtigung? Oder haben Sie auch dem das nicht gesagt? B: Ich weiß nicht, ob er es weiß. Wir haben da nie darüber gesprochen.“ (P7, Pos. 45-46)

Die negativen Erfahrungen mit den Vorgesetzten wurden zum Teil durch die Unwissenheit der Vorgesetzten begründet.

„Ich denke, dass wir die Vorgesetzten, egal auf welchem Laufbahn-Lehrgang, ganz breit über die posttraumatische Belastungsstörung und auch andere psychische Erkrankungen informieren müssen.“ (P3, Pos. 93)

„Dass keiner weiß, als ich hingekommen bin, wie geht man mit einem PTBS-Soldaten um? Also das hat auch der gesagt: "Bitte sage das denen. Ich weiß bis jetzt nicht, wie ich mit dir umgehen soll. Also außer wenn ich weiß, dass du nicht gut drauf bist, dann lasse ich dich halt in Ruhe." ...Es gibt keinen Vorgesetzten, der sich wirklich ja auch nur annähernd auskennt, was er darf mit einem PTBS-Soldaten und was nicht. Was muss er machen? Einfach/ Das ist einfach schlecht, ja. Ja.“ (P6, Pos. 94)

„Ich würde mir gerne wünschen, dass die Vorgesetzten da besser ausgebildet werden und geschult werden. Dass die einen Leitfaden haben, angenommen eine Checkliste, die sie aus der Schublade holen und sagen "So, der Mann hat jetzt was erlebt, das trifft auf die Checkliste zu. Die müssen wir jetzt/ da müssen wir jetzt einfach mal vorgehen". So was würde ich mir wünschen. Einen Vorgesetzten, der damit umzugehen weiß. Und wenn es halt nicht aufgrund seiner Feinfühligkeit ist. Wenn es nur eine Checkliste ist und das ist rein fachlich, was er da abarbeitet, aber es muss was abgearbeitet werden. Und bei uns wurde damals nichts abgearbeitet. Also wäre ich hier nicht in die San-Staffel gelaufen, dann wäre da nichts abgearbeitet worden. Also noch weniger als jetzt.“ (P7, Pos. 90)

„Es gibt genug Dienst/ also Vorgesetzte, ich glaube, bis heute haben die noch nicht kapiert, was PTBS ist. Und was ich mir einfach WÜNSCHEN würde, ehrlich gesagt, schön und gut, dass jeder Offizier nach Dresden muss zu der Offiziersschule, ja, dass er nicht mal dort, in Dresden, dem wird drei Jahre reingehämmert in den Kopf 'hey, du bist der Vorgesetzte, du hast die Leute niederzumachen', dem wird das vorgehämmert, aber dem wird nicht vorgehämmert zu sagen 'hey, du hast auch erkrankte Soldaten heutzutage. An PTBS erkrankte Soldaten'. Das müsste mal in Dresden mal passieren an den Vorgesetzten und nicht nur 'hey, du bist der Vorgesetzte, schnauze den und den einfach an'.“ (P12, Pos. 90)

Eine mangelnde Fürsorge wurde nicht ausschließlich mit Unwissenheit oder Desinteresse des Vorgesetzten begründet, sondern zusätzlich mit einem bewussten Negieren der Erkrankung durch die Truppe und folglich auch durch die Disziplinarvorgesetzten.

„I: Unterstützung von Ihren damaligen Disziplinarvorgesetzten im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung? B: Gab es ja nicht. Es gibt ja diese Erkrankung nicht bei uns. Das wird einfach unter den Tisch getrunken.“ (P9, Pos. 117-118)

Die Betroffenen sahen in dem/der Vorgesetzten auch die Person, die maßgeblich daran beteiligt ist, eine Veränderung des Verhaltens zu Beginn der Erkrankung zu detektieren, sodass die Diagnose frühzeitig gestellt werden kann und die betroffene Person schnellstmöglich einer adäquaten Versorgung zugeführt werden kann.

„Aber ich sage mal, wenn man zumindest dann, viel schneller an den Menschen rankommt, weil der Vorgesetzte erkennt "Da ist was, da hat sich was verändert", dann hätten wir unglaublich viel gewonnen.“ (P3, Pos. 93)

Insgesamt war erkennbar, dass von fast jedem Interviewpartner/jeder Interviewpartnerin sowohl negative als auch positive Erfahrungen mit Disziplinarvorgesetzten im Kontext der Versorgung von psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen gemacht wurden. Eine einheitliche Aussage, dass Vorgesetzte eher negativen als positiven Einfluss auf die Versorgung nehmen oder umgekehrt, kann somit nicht getroffen werden. Die Betroffenen sahen die Individualität im Umgang der Vorgesetzten mit den Betroffenen häufig in Unwissenheit oder Desinteresse begründet und wünschten sich diesbezüglich eine bessere Schulung der Vorgesetzten über das Krankheitsbild und wie mit Soldaten mit psychischer Einsatzschädigung grundsätzlich zu verfahren ist.

4.2.1.3.5 Personalführung/Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle (ZALK)

Auch der folgende Themenkomplex „Personalführung/ZALK“ wurde von den InterviewpartnerInnen überdurchschnittlich häufig erwähnt.

Die Personalführung ist mit der Vergabe von bestimmten Dienstposten und der Entscheidung sonstiger Personalmaßnahmen maßgeblich an der immateriellen Versorgung der einsatzgeschädigten SoldatInnen beteiligt, weshalb es nicht verwunderlich war, dass dieser Themenkomplex so überdurchschnittlich häufig erwähnt wurde.

Von vielen Betroffenen wurden positive Erfahrungen beschrieben. Den InterviewpartnerInnen war wichtig, dass sie einen Dienstposten bekleiden konnten, der ihnen fachlich gerecht wird, ihnen aber auch den Raum für Therapie und Genesung lässt.

„Also ich wurde nicht versetzt, konnte auf meinem Dienstposten bleiben. Hatte auch alle Freiheiten, ne, um mich halt auch dann, ja, therapieren zu lassen, ne. Und da muss ich schon sagen, das hat schon gepasst.“ (P1, Pos. 78)

„Und den lassen wir lieber zu Hause oder geben ihm mal den Dienstposten, der absolut unter Wert ist für ihn. Was ihm nicht gerecht wird. Solche Fälle kennen ich halt auch, ne. Und in dem Sinne habe ich halt viel Glück in meinem Fall, ne, dass es bei mir nicht so war. Und mir auch weiterhin, ja, ich weiterhin die Chance habe, trotz, ne, Behinderung und Erkrankung auch den Dienstposten zu machen, ne, für den ich auch ausgebildet bin, ne. Und auch meiner Ebene gerecht wird sozusagen.“ (P1, Pos. 138)

„Das heißt, diese Entscheidung von xxx wegzugehen ... zu xxx war die richtige Entscheidung. Das hat das Kommando mitgetragen. Das haben die Ärzte, die Frau Dr. xxx hat auch ein entsprechendes zweiseitiges Schreiben ans BAPers geschrieben. Die hat mich ja auf ZBV gesetzt gehabt dann, mit Schutzfrist. Und das haben wir jetzt geschafft, dass es aufgehoben wurde, dass ich regulären Dienstposten wiederhabe, weil mir das auch hilft. Dieses ZBV war wieder dieses in die Schublade, wegschieben und keine wirkliche Tätigkeit zu haben. ZBV ist so, Sie können alles machen und nichts. ... Und jetzt habe ich aber gemäß Dienstpostenbeschreibung... gewisse Tätigkeitsfelder, und die kann ich halt abarbeiten. Und da ist halt nichts drin, was jetzt zeitkritisch ist. Und das hilft mir halt runter zu kommen von dieser Verantwortung, zeitkritisch noch Entscheidungen treffen zu müssen. Das heißt, diese Trigger-Momente nehmen ab. Dadurch.“ (P5, Pos. 48)

„Also ich bin nach wie vor in meiner Tätigkeit geblieben. Das war auch die Frage, ob ich das schaffe noch oder ob es da irgendwo Berührungspunkte gibt und ich muss sagen, auf meiner Stelle, wo ich, wie gesagt, jetzt schon lange bin, fühle ich mich sehr gut aufgehoben.“ (P14, Pos. 48)

Es wurde beschrieben, dass nicht immer eine geeignete Verwendung gefunden werden konnte, die dem Ausbildungsstand und dem Dienstgrad der betroffenen Person entsprach. Teilweise wurden höherwertige Aufgaben erfüllt, für die die betroffene Person nicht die Anerkennung erhielt, die sie sich gewünscht hätte. Dieser Zustand wurde als negativ bewertet.

„Da hat man mich schon verarscht, sage ich mal. Da hat man meine Ausbildung ausgenutzt. Man hat/ ja, ne "Ja, die ist ja nur auf DPäK", macht aber dieselbe Arbeit wie ein xxx Aber ... mal einen Feldweibel auf die Schulter geben, nein, das können wir nicht. Weil xxx ist ja auf DPäK. Und dann... auch krank dazu und man weiß ja nicht, was... passiert. Finde ich nicht schön.“ (P10, Pos. 122)

Oft konnte die Personalführung dem Wunsch des Soldaten/der Soldatin nachkommen und einen Dienstposten schaffen (DPäK oder ZBV), der dem Wunsch des Betroffenen entsprach. Personalführung und EVWG sind stark miteinander verknüpft, da die Personalführung die Umsetzung des EVWG garantieren soll. Deshalb ist eine strikte inhaltliche Differenzierung nahezu unmöglich und nicht zielführend. Die Aussagen der Interviewpartner in Bezug auf das EVWG wurden in einem weiteren Themenkomplex gesammelt und werden im Detail im folgenden Kapitel „EVWG“ beschrieben.

„Also ich sitze ja hier auf einem dienstpostenähnlichen Konstrukt. Ich bin auf Wunsch/ Ich habe eine einsatzgeschädigte Kameradin, die ist Hauptmann. Die hat gesagt hier/ Ich habe der von meinen Problemen erzählt. Wir waren in ständigem Kontakt, und die sagte: „Pass mal auf, ich bin jetzt hier und da in einer Dienststelle, und ich glaube, hier würde/ Du hast gerne mit Menschen zu tun. Du bist offen. Und ich glaube, dass dir das gut tun würde, wenn du dort hinkommen würdest.“ Und dann habe ich gesagt: „Ja, ich würde mir das gerne mal anschauen.“ Und dann bin ich im Januar habe ich hier ein vierwöchiges Praktikum gemacht...“ (P2, Pos. 79)

*„...trotz der Erkrankung und alles ...darf ich hierbleiben. Habe einen regulären Dienstposten wiederbekommen, der ja für Nicht-Angehörige der **Teilstreitkraft** bedeutet, dass ein anderer nicht **befördert** werden kann auf dem Dienstposten. Ist ja eine Anerkennung.“ (P5, Pos. 120) (Anmerkung der Autorin: In diesem Zitat wurden 2 Wörter zugunsten des Datenschutzes verändert, indem jeweils ein Wort ausgetauscht wurde um die Herkunft der betroffenen Person nicht preiszugeben.)*

„Ich kann mir vorstellen, in xxx zu bleiben. Die Arbeit macht Spaß. Ich habe zwar eine höherwertigere Ausbildung.... Aber meine Arbeit macht mir halt eben Spaß. Und ich fühle mich bei den Leuten drüben im xxx wohl.“ (P10, Pos. 60)

Obwohl die Versetzung der betroffenen SoldatInnen auf einen DPäK Posten gelang, empfanden die SoldatInnen trotzdem Zukunftsängste im Hinblick auf den weiteren militärischen Werdegang. Ursächlich war hierbei die zeitliche Intensität der Prozesse.

„Was mich auch noch beschäftigt ist momentan der militärische Werdegang. Wie es jetzt bei mir weitergeht. Ich hatte ja gesagt gerade, dass ich die Ausbildung unterbrochen habe. Bin dann auf einen DPäK-Posten gekommen... unter Zuhilfenahme ... dieser Schutzzeit, die bei mir beantragt worden ist. Und ich hänge halt jetzt noch so ein bisschen in der Luft, wie es halt jetzt weitergeht. Ich habe sehr wahrscheinlich einen Dienstposten in Aussicht, auch in der gleichen Kaserne. Aber da kann halt noch keiner sagen, ob ja oder nein.“ (P11, Pos. 62)

Es wurden - trotz Vorhandensein des EWVG - Schwierigkeiten bei der Suche nach einem neuen, adäquaten Dienstposten nach Bekanntwerden der Einsatzschädigung beschrieben. Trotzdem gab es in den meisten Fällen Bemühungen seitens der Personalführung, dem Wunsch der betroffenen Person zu entsprechen.

„Das Bundesamt für Personalmanagement tat sich - ich möchte sagen - sehr bis äußerst schwer, irgendwelche Verwendungsplanungen durchzuführen, weil ich ja nicht Vollzeit im Dienst bin, sondern nur mit einem geringen Stundeneinsatz.“ (P3, Pos. 75)

„I: Wenn Sie das so berichten, hört sich das so an, als wäre das das, was Sie auf jeden Fall dauerhaft weitermachen wollen. Ist das so? B: Das ist so. Das ist mein Wunsch. Den habe ich dem BAPers auch mitgeteilt. Aktuell gibt es dafür keine Stellen. Zu meiner Situation: Ich bin ja im mittleren Dienst, also als Stabsfeldwebel tätig NOCH in der Bundeswehr. Ich habe aktuell Bewerbungen laufen für eine Umgliederung zu einem zivilen Beamtenposten. Da ist auch das Assessment-Center gelaufen und der Wunsch wurde dann auch offen im BAPers formuliert. Und man versucht da gerade eine Lösung zu finden, dass man mich da in dem Bereich einsetzen kann, auch dauerhaft, im gehobenen Dienst dann.“ (P3, Pos. 76-77)

„Und natürlich war es richtig, dass ich aus diesem KZH-Status raus muss, aber man konnte mir tatsächlich auch nichts bieten. Also egal, was ich gefragt habe, es war so, egal, wo ich gedacht habe "Das könnte was sein, das würde funktionieren", wo ich mit meinem Lotsen hingefahren bin, es wurde dann abgelehnt. Und das, was man mir angeboten hat, wie zum Beispiel die G-Kartei, da habe ich gesagt "Tut mir leid, aber dafür/ Das kann ich nicht".“ (P8, Pos. 62)

„Und ich versuche jetzt auch schon die ganze Zeit jetzt wegzukommen dort, Versetzungsanträge schon geschrieben, alles Mögliche und ich hoffe jetzt, dass ich jetzt bald versetzt werde. Ich habe jetzt eine Vororientierung gekriegt. Ich hoffe, das klappt, aber ich habe keine Ahnung.“ (P12, Pos. 62)

In folgendem Fall war die Diagnose lange nicht bekannt und der Interviewpartner/die Interviewpartnerin noch nicht in das EWVG aufgenommen. Dieses hatte für die betroffene Person erhebliche Nachteile zur Folge, in dem sie weiterhin in der für sie belastenden Tätigkeit verwendet wurde.

„Also ich versuche ja seit drei Jahren, aus der xxx rauszukommen. Weil, gut, das ist ja kein Geheimnis, das ist wahrscheinlich so die belastendste Teileinheit, die xxx so hat. Zumindest von der dienstlichen Belastung her, von der Schlagzahl, die da herrscht.“ (P7, Pos. 76)

Die Übernahme zum Berufssoldaten/zur Berufssoldatin ist für viele Einsatzgeschädigte eine gute Möglichkeit, um wieder vollwertig in den Dienst integriert zu werden und gleichzeitig abgesichert zu sein. In folgendem Beispiel wurde nicht die Entscheidung der Personalführung kritisiert, sondern eine fehlende Kommunikation der personalführenden Stelle mit der betroffenen Person moniert, was Zukunftsängste zur Folge hatte.

„NEGATIV, was ich negativ empfinde ist, dass, wenn man einen Antrag stellt auf BS und ist in Vollzeit, länger in Vollzeit, dass sich nichts bewegt von denen, gar nichts. Dass die einem nicht mal Bescheid sagen "Hier, wir haben Sie nicht vergessen". Das empfinde ich für grausam. Das dürfte eigentlich nicht passieren. Zwischendrin sollten sie sich mal melden und sagen "Hier, das ist noch am Laufen, es ist noch in Bearbeitung". Das erwarte ich von einem Amt. Kommt aber nicht.“ (P10, Pos. 120)

„Mein BS-Antrag läuft zwei Jahre und ich habe keine Information. Finde ich für sehr, sehr schlimm, belastet einen auch. Weil man nicht weiß, was mit einem passiert. Ich wäre mal froh, wenn ich wüsste, was mit mir passiert. Ob ich Soldat bleibe oder ob/ WAS denn jetzt los ist. Weil es ist ja nicht nur so, man hat die Erkrankung. Sondern man wird ja auch immer älter. Zukunftsängste hat man und zwar ganz schön stark. Weil: Was passiert, wenn die Bundeswehr einen entlässt? Was passiert mit einem, wenn man einen neuen Beruf lernt? Wenn man es nicht schafft. Wenn man dann mal eine Arbeit kriegt, man ist stolz darauf, geht auf die Arbeit, bricht wieder zusammen, fällt aus, wird man ersetzt. Steht man wieder vor dem Nichts. Solche Ängste habe ich ganz stark. Ich habe auch ganz starke Ängste, sage ich mal. Wenn man mich über die Zukunft fragt, habe ich nur Angst. Weil ich nicht weiß, was mit mir passiert. Und das fördert das Ganze nur noch. Und das finde ich halt eben Scheiße.“ (P10, Pos. 122)

Die ZALK als Bestandteil der Personalführung für SoldatInnen mit psychischer Einsatzschädigung, die maßgeblich an der Umsetzung des EWVG beteiligt ist, wurde als förderliche Institution beschrieben, da hier eine zentrale Ansprechstelle für Personalangelegenheiten zu finden war. Der ZALK wurde von den Betroffenen die notwendige Expertise zugesprochen, die psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen selbstständig als Personalpool zu führen.

„Der nächste Punkt, der super förderlich ist, ist ZALK. Erstmals haben wir Fürsprecher für den Soldaten, was das Einsatzweiterverwendungsgesetz angeht. Ohne ZALK wäre ich heute noch nicht in der Schutzzeit. Das ist ebenfalls gut. Da würde man auch/ also eigentlich müsste die gesamte Personalführung eines Einsatzgeschädigten nach ZALK und nicht im Ursprungsdezernat bleiben. Weil, das sind die Einzigen, die sich mit dem Einsatzweiterverwendungsgesetz auskennen und eigentlich auch mit den Leuten dann auskennen. Dafür müsste man es aber ordentlich aufstocken.“ (P3, Pos. 97)

Es wurde deutlich, dass einige Betroffene keine Vorstellung davon hatten, dass eine zentrale Ansprechstelle für ihre Belange existiert, welche Aufgabe diese hat und dass diese auch unterstützend wirken kann.

„Eigentlich nicht so relevant, weil, die sitzen ja Köln, Bonn irgendwo und dann hört man zwei Jahre nichts. Dann rufen sie an „Ja, wie sieht es aus?“. „Wann sind Sie rehabilitiert? Wann sind Sie einsatzfähig? Wir brauchen einen Dienstposten dann für Sie.“ Und davor habe ich halt nicht viel gehört. Von daher weiß ich jetzt nur, dass ich mich darum kümmern muss, einen Dienstposten zu finden und Dinge tun.“ (P4, Pos. 154)

„I: Die anderen behördlichen Stellen, so wie das ZALK zum Beispiel, sagt Ihnen das was? B: Ja, Klar, das wurde immer mal wieder erwähnt. Und dass da auch Anträge und sowas hingehen, aber mehr kann ich da drüber nicht sagen... I: Und was die so tun, wissen Sie auch nicht? B: Nein.“ (P14, Pos. 105-110)

Teils wurden negative Erfahrungen gesammelt, welche mit undurchsichtigen, bürokratischen Prozessen, mit den individuellen Charakteren der zuständigen BearbeiterInnen und mit Personalmangel begründet wurden. Diese hatten eine Frustration und Enttäuschung der betroffenen Person zur Folge, die sich folglich nicht ernst genommen gefühlt hatte. Dies kann in der Folge sogar dazu führen, dass Versorgungsleistungen möglicherweise abgelehnt werden.

„I: Sagt Ihnen ZALK irgendwas? B: (lachend) Ja. Ich weiß da sind meine Papiere hingegangen. Was ich bis jetzt davon erlebt habe, ist der reine Beamenschimmel.“ (P13, Pos. 73-74)

„Ich hatte dann lange Auseinandersetzungen mit einem Bearbeiter telefonisch. ... "Ja. Ihr WDB-Blatt ist ja gar nicht hier. Das fehlt noch." Ich sage: "Verzeihung! Wir haben als Erstes das WDB-Blatt geschickt. Auf BASIS dessen Sie den Rest angefordert. Jetzt haben Sie den REST und wollen mir erzählen Sie haben das WDB-Blatt nicht?" "Ja. Richtig. Ich wollte das alles schon wieder vernichten, weil das Jahr quasi hier die Fristen ablaufen." "Verzeihung! Wäre das jetzt irgendwie zu schwer gewesen, einfach mal zum Hörer zu greifen und anzurufen. Ist doch kein Thema, dann schicken wir WDB-Blatt halt noch mal!" Aber dann die Aussage zu bekommen, ich hätte das quasi schon so gut wie in den Akten Schredder geschmissen hätte ich nicht angerufen und mal nachgefragt, was da so lange dauert, zeigt mir, dass es in dem Moment der typische Beamenschimmel ist. Nach dem Motto: Nicht mein Auftrag. Kümmere ich mich nicht drum. Was das für die Leute bedeutet, die auf der anderen Seite sitzen im Endeffekt, die auf Entscheidung warten scheint in dem Moment da nicht durchgekommen zu sein. Es mag sein, dass ich da jetzt genau den faulen Apfel an Bearbeiter erwischte habe. Das kann ich natürlich nicht beurteilen.“ (P13, Pos. 76)

„Ich würde mir manches Mal einfach, sage ich mal vielleicht eine gesteigerte Motivation auf der anderen Seite wünschen, eine Erkenntnis wünschen. Ich bearbeite hier keinen Trennungsgeldantrag, sondern ich entscheide mitunter ganz massiv über das weitere Leben von einem Soldaten. Ja? Von einem Soldaten, der sich auch für MICH irgendwo am Arsch der Welt kaputtgemacht hat.“ (P13, Pos. 82)

„Die Möglichkeit zu einem persönlichen Austausch zu gehen wäre vielleicht mal nicht verkehrt. Für alles Mögliche wird man irgendwo einbestellt und kann vor Ort seine Geschichte erzählen. Auch so was an Zeit zu schaffen könnte ich mir vorstellen. Vor allem kann ich mir vorstellen, da sogar im Endeffekt so Fälle jetzt nicht gerade weniger werden, dass man diese Institution auch mal personell so ausstattet, dass die tatsächlich arbeitsfähig sind.“ (P13, Pos. 84)

„Und das widerspricht in meiner Ansicht einfach so ein bisschen, ich nenne es mal der Propaganda des Dienstherrn. Das heißt, wir kümmern, um die Einsatz Geschädigten, das da in einer Form auch umzusetzen. Liest man die passenden Artikel im Intranet, klingt das wieder alles wunderbar. Man hat das Zeug aufgestellt und als Ausdruck der Anerkennung und Gedöns, die kümmern sich spezialisiert NUR um Einsatzgeschädigte und das sind sehr geschönte Bilder. Ich glaube auch, da fehlt es einfach deutlich an Ressourcen. Dann kann ich halt auch irgendwo nachvollziehen, dass so was wie persönlicher Kontakt einfach ausbleibt, weil das natürlich Zeit kostet, ne, und Anträge noch weiter verzögern würde.“ (P13, Pos. 84)

Einige SoldatInnen beschrieben, negative Erfahrungen mit der ZALK gemacht zu haben und unter Druck gesetzt worden zu sein, was wiederum zu Verzweiflung, Frustration und Zukunftsängsten geführt hatte. Des Weiteren wurde bemängelt, dass Vereinbarungen seitens der ZALK und der Personalführung nicht eingehalten wurden.

„Wie damals im ZALK, wo mir die Pistole auch auf die Brust gedrückt wurde: "Ja, Herr xxx, SIE müssen jetzt dem Dienstherrn zeigen, dass Sie wieder voll dienstlich sind. SIE müssen." Es war immer nur Sie, Sie, Sie und ich saß dort und war total/ Ich wusste gar nicht, was ich machen soll. Ich will doch einfach nur weiterarbeiten und irgendwann wie alle sterben, verdammt nochmal. Und ich/ Im Zivilen nimmt mich halt keiner mehr. Sag im Zivilen irgendwo mal, du musst donnerstags zum Psychologen. Ja gut, dann bis Donnerstag, dann brauchst du auch nicht mehr wieder zu kommen. Die machen das nicht, jeden Donnerstag mich zum Psychologen zu lassen.“ (P6, Pos. 82)

„Aber es ist halt/ Es ist halt nichts von dem eingetroffen, was mir am Anfang versprochen wurde. Und das ist halt einfach traurig, wenn gesagt wurde: "Mir ist egal, wir kriegen das schon hin, wir kümmern

uns schon um Sie." Und nachher kommt dann wieder so: "Ja, nein, Sie müssen jetzt mal." "Ja, ... was soll ich jetzt noch machen?" (P6, Pos. 90)

„Dann war ein IPR angesetzt im März 2019 von der Oberfeldarzt xxx, die mich ja aufgrund des IPRs entlassen wollte. Als Vertrauensperson hatte ich den Hauptbootsmann xxx dabei und meine Therapeutin. Da wurden mehrere Vereinbarungen getroffen. Also ich für meinen Teil behaupte, dass ich meine Vereinbarungen alle eingehalten habe. Seitens der Bundeswehr wurden keine eingehalten, nicht eine. Nachweislich.“ (P8, Pos. 66)

„Ich will auch dort die ganze Zeit schon weg, ja. Ich wurde ja damals dahin versetzt, wo mir ja die Pistole auf die Brust gesetzt wurde. Da hieß es: „Hey, du bist aufgrund EVWG bist du BS geworden, also bist du gesund. Das heißt, du wirst jetzt/ du kannst überall versetzt werden.“ Obwohl vorher vereinbart war heimatnah, in xxx soll ich bleiben einfach auch. Da hieß es dann: „Nein, du brauchst eine Stelle, deswegen wirst du jetzt nach xxx versetzt“, obwohl ich eigentlich nie dahin wollte.“ (P12, Pos. 58)

Negative Erfahrungen in Bezug auf die Personalführung wurden ebenfalls geteilt. In folgenden Zitaten muss ergänzend hinzugefügt werden, dass zu den genannten Zeitpunkten die psychische Einsatzschädigung noch nicht bekannt war. Teilweise wurden Versetzungswünsche schon abgelehnt, bevor sie das Personalamt der Bundeswehr erreichten.

„...ich ... wollte eigentlich Feldweibel-Laufbahn machen. Das war alles nicht mehr möglich vor dem Einsatz. Aber das sollte dann nach dem Einsatz gemacht werden. Nach dem Einsatz war ich aber verletzt, dann ging es nicht mehr, da wollte die Bundeswehr mich nicht mehr. Und ja/ Das war halt so das Problem.“ (P6, Pos. 18)

„Ich habe ... gemerkt, ich verändere mich nach den Einsätzen. Und habe damals in meiner Kompanieführung drum gebeten, mich aus den Einsätzen rauszuziehen, auf einen Dienstpostenwechsel, sonstigem. Es wurde verneint, weil Einsatz -erfahrene Soldaten waren gering, sehr eng gestreut und nein, ich muss genau dableiben, wo ich bin und ich muss weiter in die Einsätze gehen. Der einzige Weg da rauszukommen, war eine Versetzung international, weil national war alles abgelehnt worden. Schon mündlich, bevor ich den Antrag gestellt habe.“ (P8, Pos. 54)

Es wurde deutlich, wie wichtig es den SoldatInnen war, insbesondere in den höheren Dienstgradgruppen, trotz der Einschränkungen durch die Erkrankung einen Fach- und Ebenen gerechten Dienstposten zu bekleiden, in dem sie sich verwirklichen konnten und Anerkennung fanden. Es konnte

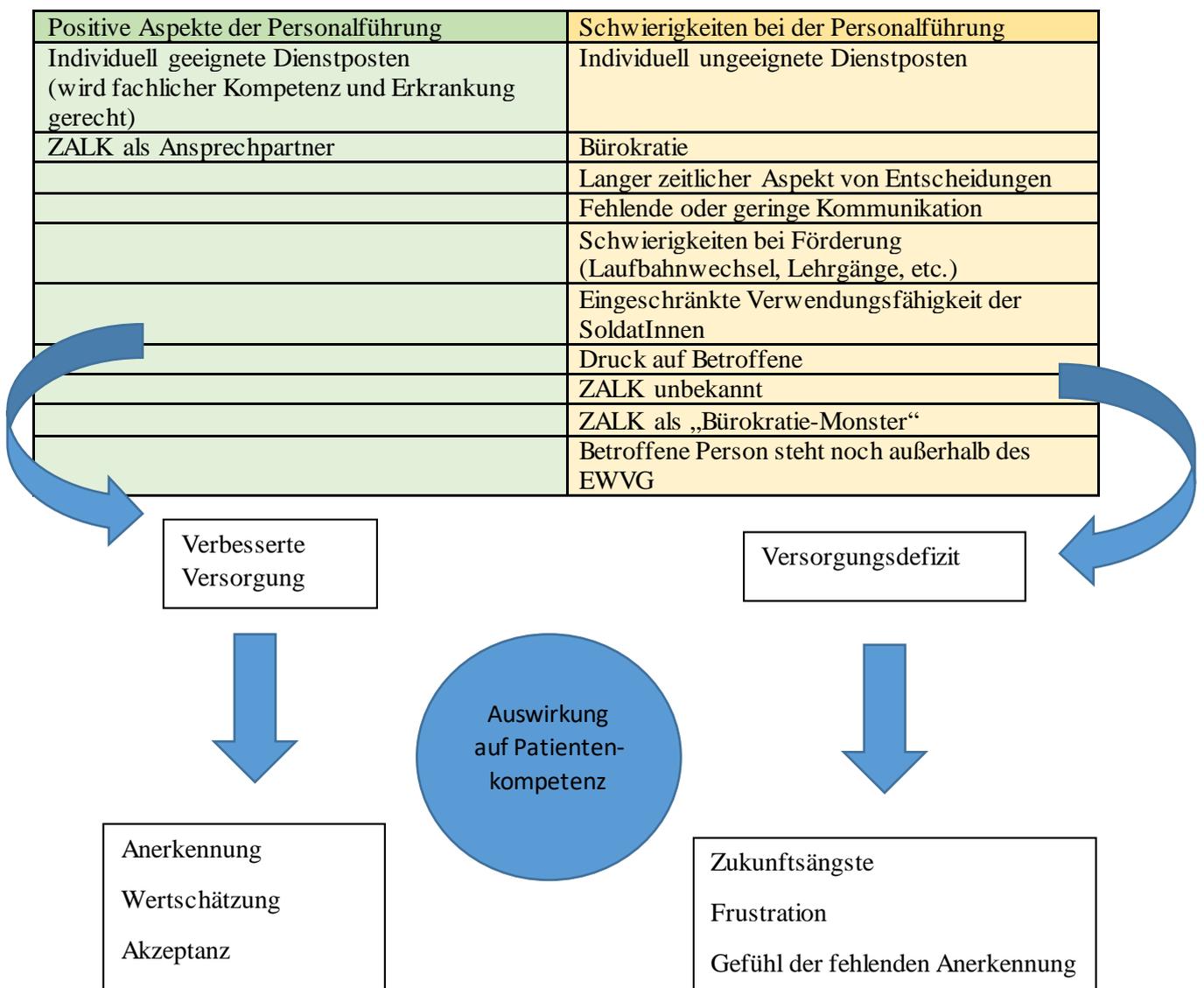
gezeigt werden, welchen starken Einfluss die adäquate immaterielle Versorgung der Betroffenen auf die Patientenkompetenz haben konnte.

Weiterhin kann man zusammenfassend sagen, dass den meisten InterviewpartnerInnen seitens der Personalführung entgegengekommen werden konnte, dies aber erheblich erschwert war, wenn die betroffene Person noch nicht in das EWVG aufgenommen war.

Einigen SoldatInnen war die Funktion der ZALK gänzlich unbekannt oder sie hatten schlechte Erfahrungen mit ihr gemacht. Die schlechten Erfahrungen wurden hauptsächlich mit dem hohen bürokratischen Aufwand begründet.

Deutlich wurde, dass der „Kampf“ um Versorgungsleistungen im Kontext der Personalführung erhebliche Auswirkungen auf die Patientenkompetenz hatte. Sowohl im positiven wie auch im negativen. Eine schematische Zusammenfassung der Ergebnisse dieses Themenkomplexes ist dem Schaubild Nr. 6 zu entnehmen.

Schaubild Nr. 6: Kausaler Zusammenhang zwischen Personalführung, Versorgung und Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen.



4.2.1.3.6 Einsatz-Weiterverwendungsgesetz (EWVG)

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, kann eine vollständige Differenzierung zwischen Personalführung, ZALK und EWVG nicht erfolgen, da sie eng miteinander verwoben sind und grundsätzlich zusammengehören. In diesem Themenkomplex wird der Einfluss des EWVG auf die Betroffenen in Bezug auf die Versorgung dargestellt. Auch hier ist eine direkte Verbindung von materieller und immaterieller Versorgung zur Patientenkompetenz sichtbar geworden.

Viele Betroffene beschrieben positive Erfahrungen mit dem EWVG gemacht zu haben und waren froh über die Existenz und Anwendung dieses Gesetzes, das es ihnen ermöglicht, in einem geschützten Rahmen sich der Therapie zuzuwenden und Stück für Stück nach Möglichkeit wieder in den Dienst zurückzukehren.

„Bin in der Schutzzeit, habe also auch dahingehend nichts zu befürchten, was irgendwie kommen könnte. Alles gut.“ (P1, Pos. 154)

„Was FÖRDERLICH ist: das ist das Sozialsystem der Bundeswehr. Wir haben das Alimentationsprinzip. Die Leute können bei voller Bezahlung tatsächlich dann auch mal zu Hause bleiben oder die therapeutischen Maßnahmen durchführen, die notwendig sind.“ (P3, Pos. 97)

„In der Zwischenzeit wurde ich in, zum Glück, weil ich 2009 verletzt wurde, in das Einsatzweiterverwendungsgesetz genommen, welches ja im April 2009, glaube ich, erst verabschiedet wurde durch den Gesetzgeber. Also hatte ich schon Glück. Ich habe andere kennengelernt, die haben Hartz4 bekommen und die mussten darum kämpfen...“ (P6, Pos. 20)

Andere beschrieben, dass ihnen durch die Aufnahme in das EWVG gewisse Möglichkeiten, was dienstliche Aufstiegschancen betraf, genommen wurden oder befürchteten Nachteile im Rahmen des EWVG.

„Ich darf, Einsatzweiterverwendungsgesetz, keinen Laufbahnwechsel machen und hänge an xxx fest (Anmerkung der Autorin: gemeint ist der Dienstgrad der betroffenen Person). Die natürlich irgendwo auch meine Vergangenheit beschreiben. Und ich würde mich so gerne davon lösen und kann es nicht.“ (P2, Pos. 83)

"Ja, ich soll jetzt die acht Stunden beziehungsweise die neun Stunden wieder voll schaffen. Und das dann über ein halbes Jahr, damit ich ernannt werden kann. Und dann nochmal ein halbes Jahr, damit es so gefestigt ist. Also ein Jahr muss ich wohl wieder normal Dienst schieben." "Tu es nicht" hat der

Stabsunteroffizier gesagt. Habe ich gesagt: "Warum?" "Wenn du das machst, erkennt der Dienstherr dir Prozente von der Behinderung ab." "Warum sollte er das machen?" "Ja, weil du ja wieder voll arbeiten gehen kannst."“ (P6, Pos. 56)

Einige Betroffene gaben an, dass sie aufgrund des EWVG einen Druck verspüren, den Auflagen des Gesetzes nachzukommen zu müssen. Die Angst vor der krankheitsbedingten Nichterfüllung der gesetzlichen Auflagen entfachte schlussendlich eine Zukunfts- und Existenzangst.

„Dann heißt es: „Du hast eine Schutzzeit, du hast eine Schutzfrist.“ Machst du berufsfördernde Maßnahmen, die eigentlich dafür da wären, dass ich vorwärtskomme. Aber gleichzeitig heißt es dann: „Ja, wenn du jetzt berufsfördernde Maßnahmen ergreifst, dann beginnt deine Schutzfrist zu laufen.“ Das erhöht und das schafft einen unglaublichen Druck, wo ich dann sage: „Ja, was ist, wenn ich es nicht schaffe?“ Was ist, wenn ich es aufgrund meiner Krankheit nicht schaffe? Ja? Dann entlässt man mich, dann sitze ich auf der Straße. Dann habe ich meine Selbstständigkeit aufgegeben, die ich damals hatte. Was mache ich denn dann? Ich habe drei Kinder. Ich habe eine Verantwortung.“ (P2, Pos. 87)

„Man erwartet von mir, dass ich Wiedereingliederung, dass ich meine acht Stunden mache, ne, diese Schutzfrist oder Schutzzeit ist ein GANZ, ganz schlimmer Faktor. Also löst unglaublichen Druck aus auf mich, wo ich weiß/ Ich weiß ja nicht, wie meine Zukunft aussieht. Schaffe ich das alles auch? Man stellt sich immer wieder die Frage: „Gut, du hast jetzt diese lange Strecke hast du geschafft, du hast dich therapiert. Aber was ist, wenn du diese Schutzfrist, wenn du diese Schutzzeit nicht erfüllst? War dann alles umsonst? Fällst du dann wieder/ Kommt deine Erkrankung dann zurück, wenn du merkst, du versagst in der ein oder anderen Situation? Lässt man dich dann fallen, weil man merkt, du erfüllst die Ziele der Schutzzeit nicht?“ Weil, es heißt ja, ne, es sind Ziele, die man erfüllen muss. Aber schaffe ich das auch? Habe ich die innere Kraft, jetzt nach so einem langen Weg, das nochmal alles aufzubringen? Ich weiß es nicht.“ (P2, Pos. 159)

„Besonders belasten? Nein, das Einzige, was momentan ansteht bei mir, ist vom Einsatz Weiterverwendungszentrum/ oder Zentrum für Einsatz/ ich kann es mir nie merken/ ja, wurde ich jetzt angerufen, wurde ein Personalgespräch durchgeführt. Wie es denn jetzt bei mir aussieht? Wann die Planung ist, ob ich Berufssoldat machen will? Ob ich im Zivilen was weitermachen will? Und weil dann die Dienstposten gesucht werden müssen. ... Und das ist aber das Einzige, was jetzt so ein bisschen Stress gemacht hat, sage ich mal.“ (P4, Pos. 76)

Die Betroffenen bemängelten, dass Vereinbarungen im Rahmen des EWVG von Seiten der Bundeswehr nicht eingehalten wurden und dass die Beziehung zwischen Bundeswehr und Einsatzgeschädigtem einseitig gewesen sei.

„... ich sitze immer noch auf dem DPäK Posten. Mir wurde immer noch kein fester Dienstposten angeboten. Weder sich darum gekümmert, was könnte der Herr xxx denn noch machen? Außer das wieder geguckt wird, was kann der Herr xxx für UNS machen als Bundeswehr?“ (P6, Pos. 90)

Zusätzlich wurde es kritisch gesehen, dass SoldatInnen, sobald sie den Status „Berufssoldat“ (BS) erlangen, nicht mehr unter das EWVG zählen.

„Und dann, wenn ich dann von meinem Bearbeiter noch höre: „Ja, sobald du BS bist, zählst du als gesund für uns und nicht mehr Einsatzweiterverwendungsgesetz und nicht mehr als Erkrankter.“ und das darf nicht sein. Das darf definitiv nicht sein. Das muss sich ändern.“ (P12, Pos. 94)

Auffällig war, dass das EWVG, welches ursprünglich dafür konzipiert wurde, den betroffenen SoldatInnen den Druck voll dienst- und verwendungsfähig sein zu müssen zu nehmen, offensichtlich bei einigen SoldatInnen genau das Gegenteil auslöste. Die zeitliche Befristung der Schutzzeit und Schutzfrist schien hierbei der wesentliche Faktor zu sein.

Die durch die InterviewpartnerInnen genannten subjektiven förderlichen und hinderlichen Aspekte des EWVG sind in folgender Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Subjektiv förderliche und hinderliche Aspekte des EWVG auf die Genesung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

Förderliche Aspekte	Hinderliche Aspekte
Freiheit Therapie nachzugehen und sich auf die Genesung zu konzentrieren	Aufstiegschancen erschwert (z.B. Laufbahnwechsel)
Wechsel auf DPäK → Entlastung der Betroffenen	Herabstufung des GdS möglich
Finanzielle Sicherheit	Zeitliche Limitation von Schutzzeit und Schutzfrist erzeugen Druck → Zukunftsängste und Selbstzweifel
	EWVG gilt nicht mehr ab Status BS

4.2.2 Medizinische Versorgung

Das folgende Kapitel beschäftigt sich im Rahmen der unterschiedlichen Charakteristika (individuelle, individuell-kontextuelle und kontextuelle Aspekte) mit der medizinischen Versorgung der psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen. Aus den Interviews konnten folgende Themenkomplexe extrahiert werden.

Tabelle 26: Einflussfaktoren auf die medizinische Versorgung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

individuelle Faktoren	individuell-kontextuelle Faktoren	kontextuelle Faktoren
Einschränkung durch Erkrankung	Gegenseitiges Vertrauen	San Bereich/ Organisationsstruktur
Hilfe annehmen	Prozess zur Diagnose/Therapie	Truppenarzt/Truppenärztin
		Facharzt/Fachärztin

4.2.2.1 Individuelle Faktoren

Im Folgenden werden die individuellen Faktoren, welche Einfluss auf die medizinische Versorgung nahmen dargestellt.

- „Einschränkung durch Erkrankung“
- „Hilfe annehmen“

4.2.2.1.1 Einschränkung durch Erkrankung

Gründe, die zwar insgesamt nicht häufig genannt wurden, aber durchaus schwerwiegend waren und zu einem medizinischen Versorgungsdefizit führten, waren individuelle Einschränkungen durch die Erkrankung.

Durch die psychische Belastung der betroffenen Person eine Kaserne betreten zu müssen, kam es zu erheblichen körperlichen Symptomen, welche dann folglich ein Vermeidungsverhalten provozierten und so die medizinische Versorgung beeinflussten. In der Konsequenz kam es zu einem Versorgungsdefizit für die betroffene Person.

„... musste ich immer in den San- Bereich nach xxx und da war es dann so schlimm, dass ich die Kaserne nicht mehr betreten konnte, weil ich Bauchweh hatte, Durchfall. Das ging so schlimm, dass ich so Rückenschmerzen hatte, dass ich mich teilweise nicht mehr bewegen konnte.... (P8, Pos. 54)

„... habe es aber nicht mal mehr geschafft in die Kaserne reinzufahren, weil (...)/ Ich kann das nicht beschreiben. Es ging nicht. Ich konnte nicht in die Kaserne reinfahren. Habe dann immer angerufen, mich krankgemeldet, habe den Krankenmeldeschein rüber gefaxt und irgendwann habe ich dann festgestellt, na ja, das interessiert nicht wirklich jemanden und habe mich dann weiterhin krankgemeldet im San-Bereich. Ich habe dann auch immer den Krankenstatus verlängern lassen, habe das aber nicht mehr an die Einheit weitergegeben, weil ich gesagt habe "Es interessiert ja eh keinen". Und so war dem

auch so. Ich war dann auf dem Papier sechs Monate unerlaubt abwesend. Und es hat niemanden interessiert. Niemanden.“ (P8, Pos. 54)

4.2.2.1.2 Hilfe annehmen

Für manche SoldatInnen schien das Annehmen von Hilfe, insbesondere von medizinischer und psychotherapeutischer Hilfe eine große Hürde zu sein. Oft bestand eine grundsätzliche Abneigung gegenüber medizinischer Versorgung womit es zu Versorgungsdefiziten kommen konnte. Begründet war die Barriere der Inanspruchnahme von Hilfe häufig im eigenen Selbstbild wie bereits im Kapitel „Selbstbild“ beschrieben wurde.

„UND was noch ganz ein großes Problem ist, den Schritt zu machen über diese Schwelle, um Hilfe anzunehmen. Das ist also ganz groß das Problem.“ (P1, Pos. 64)

„Aber, ja, ich gehe einfach nicht gerne zum Arzt. Vor allem halt nicht, wenn es darum geht, ne.“ (P7, Pos. 72)

„Ich finde schon, dass das/ häufig hat man ja auch körperliche Beschwerden, wo es einfach eine Hemmschwelle gibt, überhaupt zum Arzt zu gehen.“ (P7, Pos. 102)

„Auf der einen Seite hätte man sich Hilfe gewünscht, auf der anderen Seite, die Hilfe dann anzunehmen in dem Fall, weil man ja noch einen gewissen/ einen Stolz hat, das zu erkennen, dass man Hilfe braucht, ist schwierig. (...) Ich glaube, jetzt im Nachhinein ist es gut so, wie es gelaufen ist. Hätte man früher Hilfe gehabt, hätte ich die auch annehmen können, schwierig zu beantworten.“ (P8, Pos. 94)

Als Grund FÜR das Annehmen von Hilfe wurde die Vorbildfunktion genannt.

„Außerdem habe ich für mich beschlossen, mich halt auch einfach in Behandlung zu geben, um als gutes Vorbild - ich war damals Kommandoführer 2015/ so ein bisschen als gutes Vorbild den Leuten so ein bisschen den Abstand zur psychologischen Behandlung zu nehmen. Habe ich mir zumindest so selber, ich will nicht sagen, vorgemacht. Aber das war unter anderem halt auch ein Grund, weshalb ich das gemacht habe. Ja.“ (P7, Pos. 24)

4.2.2.2 Individuell-kontextuelle Faktoren

Im folgenden Kapitel werden die Faktoren beschrieben, die einen individuell- kontextuellen Einfluss auf die medizinische Versorgung hatten. Aus den Interviews konnten hierzu 2 Themenkomplexe erarbeitet werden, die von den InterviewpartnerInnen genannt wurden.

- „Gegenseitiges Vertrauen“

- „Prozess zur Diagnose/Therapie“

4.2.2.2.1 Gegenseitiges Vertrauen

Das gegenseitige Vertrauen zwischen ÄrztInnen und der psychisch einsatzgeschädigten Person sowie zwischen TherapeutInnen und betroffener Person spielte laut Aussagen der InterviewpartnerInnen eine erhebliche Rolle im Rahmen der medizinischen Versorgung. Unterschiedliche Aspekte schienen hier eine Rolle zu spielen.

Die Betroffenen berichteten, dass das Gefühl von ehrlich gemeinter Hilfsbereitschaft und Interesse seitens der ÄrztInnen und TherapeutInnen den Betroffenen gegenüber besonders von Bedeutung war. Es wurde als angenehm und heilsam empfunden, wenn der Behandler/die Behandlerin sich Zeit für die betroffene Person nahm.

„Besonders förderlich war, dass ich, ich sage jetzt mal, dass ich das Glück hatte, auf Ärzte in der Bundeswehr zu treffen, denen ich mich anvertrauen konnte. Bei denen ich das Gefühl hatte, die wollen mir wirklich helfen. Ja? Ich habe von vielen anfänglich gehört, dass sie da Probleme haben, dass der Arzt dieses wollen oder da/ Ich hatte schon das Gefühl, gerade so von der ärztlichen Seite her, dass man mir auch helfen MÖCHTE.“ (P2, Pos. 163)

„Und dann die Gespräche miteinander. Dass man halt irgendwo unter Anleitung oder dann halt auch, wie jetzt hier, das Gefühl hat, wirkliches Interesse da ist von den Seiten der Medizin ... Und nicht nur einfach, ja, Pflichttermin kommt. Man erzählt 45 Minuten was und geht wieder. Und als Ergebnis kriegt man eine neue Krankschreibung oder Medikamente, oder keine Ahnung was.“ (P5, Pos. 124)

„Also der Leiter aus dem Versorgungszentrum hat mich erst mal unter seine Fittiche genommen und quasi war mein persönlich behandelnder Arzt. Der hat mir da sehr viel Verständnis entgegengebracht. Hat sich auch immer sehr viel Zeit genommen. Hat jetzt an eine Kollegin abgegeben, die ich auch seit 2008 mittlerweile kenne und zu der ich auch recht ein gutes Verhältnis habe. Also ich mache mir keine Gedanken, dass da die Kooperation fehlschlägt.“ (P13, Pos. 28)

Vertrauen wurde als Prozess beschrieben und war nicht immer von Anfang an vorhanden. Es wurde herausgehoben, dass für die Therapie Ehrlichkeit und Offenheit von großer Bedeutung waren und verallgemeinernde Symptombeschreibungen von PatientInnen in diesem Zusammenhang als nicht zielführend empfunden wurden.

„Dr. xxx. Nein, da bin ich echt zufrieden. Aber das haben wir uns auch erarbeitet, ne? Also es ist halt/ Ich weiß, wie gesagt/ Ich will das nicht kritisieren, aber ich glaube, es hilft den Ärzten auch, wenn man einem versucht zu erklären wo es wehtut. Dieses grundsätzliche „Ich fühle mich nicht wohl“, hilft halt nicht unbedingt.“ (P5, Pos. 46)

Wichtig für die Betroffenen schien nicht nur, dass sie den ÄrztInnen vertrauen konnten, sondern auch, dass die ÄrztInnen ihnen vertrauten.

„...und das fand ich auch, war ein riesengroßer Vertrauensbeweis, auch von den Ärzten, zu sagen: „Okay, wir trauen dir zu, dass du, wenn du dort unten etwas siehst, dass du dich selber da rausnimmst. Weil du gelernt hast in der Therapie, dir zu helfen.“ Und dieses Vertrauen, was man mir da auch entgegengebracht hat, war auch eine sehr große Geste. Und dafür bin ich auch sehr dankbar.“ (P2, Pos. 97)

Gerade in diesem Zusammenhang schien eine Inkonstanz des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin - im Sinne von wechselnden ÄrztInnen - ein Problem für viele Betroffene darzustellen. Der Prozess ein gegenseitiges Vertrauen aufzubauen, wurde durch häufige Arztwechsel nachhaltig beeinträchtigt.

„...mir persönlich hat am meisten geholfen, ja, wie/ Dass eigentlich/ Die Gespräche, also dieses Versuchen, dem analytischen Ich klarzumachen, was das Problem ist. Dabei sich Zeit zu nehmen. Und das war halt am Anfang das Problem mit wechselnden Ärzten. Deswegen sage ich, die Erfahrung ist besser, wenn man dann einen festen Arzt hat oder Ärztin, mit der man dann, sage ich mal, diesen Dialog aufbauen kann, um zu erkennen, okay, ist da was, oder ist da nicht. Und dann halt fachlich weiter die Schiene geht. Dass die Person, mit der man das Gespräch führt, es nachvollziehen kann.“ (P5, Pos. 116)

„Was meint der jetzt damit, ohne dass er es nochmal auf den Tisch bringen muss. Und das meine ich halt, wenn Sie ständig wechselnde Ärztinnen und Ärzte haben oder ständig wechselnde Ding, da müssen Sie es ja immer wieder neu begründen. Das heißt, Sie wiederholen Mantra artig immer wieder die gleiche Geschichte. Der eine glaubt ihnen, der andere nicht.“ (P5, Pos. 116)

„Seit 2015, wenn ich das jetzt mal dann zusammenzähle, war ich bei wie viel verschiedenen Ärzten? Keine Ahnung. Ich erzähle das nicht jedem. Da hat man auch irgendwann keinen Bock mehr drauf, also. Und deswegen bringt mich das auch so auf die Palme, wenn ich - ich sage das jetzt mal so flapsig - hier zu Arzt komme und die Akte geht auf in dem Moment, wo ich in das Zimmer komme. Sorry. Das ist dann halt auch schon so "Ja, was kann ich für Sie tun?". Ja. Da liegt die Akte. Also gerade, was so die psychologische Behandlung angeht, da wünscht man sich dann doch schon mal "Guck doch da einfach mal kurz rein. Dann fragst du nochmal nach und dann ist es gut". Aber ich kann halt nicht jedem Arzt meine ganze Geschichte erklären, ne.“ (P7, Pos. 72)

„Und wenn man dann jedes Mal wieder diese Hemmschwelle überwinden muss, zum Arzt zu gehen und das wieder zu erklären. Das wäre schon irgendwie wünschenswert, dass man mal einen konstant behandelnden Arzt hat.“ (P7, Pos. 102)

„...seit einem Jahr mein permanenter Truppenarzt weg ist, ging eigentlich dieses Gespränge von Arzt zu Arzt los, ne? Bin letzten Jahres mehrere Ärzte und ja, mit jedem wieder quasi, die Geschichte war zwar bekannt, aber wieder so ein bisschen bei null angefangen. Jeder versucht sein eigenes Ding zu machen und zu gucken.“ (P14, Pos. 122)

Das gegenseitige Vertrauen hatte auch erheblichen Einfluss auf den Prozess bis zur Diagnosestellung und letztendlich zur Therapie. Dieser Themenkomplex „Prozess zur Diagnose/Therapie“ wird in dem folgenden Kapitel genauer beschrieben. In folgendem Beispiel soll deutlich werden, dass ein fehlendes Vertrauen zum Behandler/zur Behandlerin Auswirkungen auf die medizinische Versorgung bis hin zu Versorgungsdefiziten haben kann.

„2014 war ich schon mal so, dass ich da einen sehr starken Einbruch hatte. Da hat mich das schon sehr belastet anscheinend mit den Einsätzen. Und bin dann zum Psychologen (Anmerkung der Autorin: Gemeint ist hier der Facharzt/die Fachärztin für Psychiatrie) gegangen. Ich hatte den Versuch einfach mal gewagt und das ist voll in die Hose gegangen. Der hat mir dann einfach eine Liste gegeben mit Psychologen. Sollte ich mir irgendeinen aussuchen. Und die sind gar nicht darauf eingegangen. Die haben irgendwie gesagt "Sie haben einfach nur eine Depression gerade" und irgendwas, keine Ahnung. Und da habe ich nur gesagt "Hü, der nimmt mich nicht mal ernst". Und da hatte ich gar keinen Bock. Und dann habe ich mich einfach selbst wieder therapiert, so wie ich die Jahre vorher auch mich selbst therapiert habe. Und habe die Sache dann quasi ad acta gelegt. Und das war es. Sonst wäre ich wahrscheinlich 2014 schon in Behandlung gegangen, wenn er das erkannt hätte.“ (P9, Pos. 170)

Als weiterer Aspekt wurde der Unterschied zwischen einer Therapie im zivilen vs. militärischem Kontext beschrieben. Die SoldatInnen beschrieben das Gefühl zu haben, dass ihnen diesbezüglich im militärischen Kontext mehr Verständnis entgegengebracht wurde.

„Und das hilft mir halt eher, wenn die Gegenseite auch es nachvollziehen kann und muss nicht unbedingt gleichen Erlebnisse sein, am selben Ort gewesen sein, aber/ Sondern auch überhaupt, ich glaube schon, dass das ein besondere Situation ist im Einsatz, was man da erlebt und Zivilisten sich verdammt schwer tun.“ (P5, Pos. 116)

Auf Grundlage der gesammelten Aussagen können unterschiedliche Faktoren, die das gegenseitige Vertrauen zwischen BehandlerInnen und Betroffenen beeinflussten, benannt werden. In folgender Tabelle 27 sind sie in positive sowie hinderliche Faktoren aufgeteilt.

Tabelle 27: Einflussfaktoren auf das gegenseitige Vertrauen zwischen psychisch einsatzgeschädigter Person und BehandlerIn im Rahmen der medizinischen Versorgung

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Gefühl von ehrlich gemeinter Hilfsbereitschaft, Interesse und Verständnis der BehandlerInnen gegenüber der betroffenen Person	Inkonstanz der BehandlerInnen
Zeit für die betroffene Person	Fehlende Vorbereitung auf Termine seitens der Ärzte
Koordinierte Übergabe an den folgenden Behandler/die folgende Behandlerin bei Notwendigkeit eines Wechsels	
Beziehung auf „einer Wellenlänge“/ passende „Chemie“	
Ehrlichkeit und Offenheit der betroffenen Person	
Vertrauen der BehandlerInnen in die betroffene Person	

Da die Inkonstanz des Behandlers/der Behandlerin besonders häufig genannt wurde, scheint diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zuzukommen. Deshalb wurden die Folgen einer Inkonstanz des Behandlers/der Behandlerin auf Grundlage der Aussagen der InterviewpartnerInnen detailliert in folgender Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Folgen einer Inkonstanz des Behandlers/der Behandlerin für psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen

Positive Folgen für die Beziehung bei Konstanz der BehandlerInnen	Negative Folgen bei Inkonstanz der BehandlerInnen
Verständnis ohne viele Worte	Ständiges Wiederholen unangenehmer Details
Bessere Einschätzung für den aktuellen Zustand/Verfassung der betroffenen Person	Individuelles Behandlungskonzept jedes neuen Arztes/neuer Ärztin

4.2.2.2 Prozess zur Diagnose/Therapie

Der gesamte Prozess, den die Betroffenen durchliefen, bis es zu einer Diagnose und letztendlich zur adäquaten Therapie kam, konnte oftmals Jahre dauern.

„I: Wie ist es zu der Diagnosestellung gekommen? B: Wie es dazu gekommen ist? Das ist ein langer Prozess gewesen.“ (P1, Pos. 15-16)

„Der Einsatz war 2010, der erste. Ich würde sagen, es fing an ab 12, 13. 2012, 2013. Und nahm dann irgendwann immer mehr zu bis hin zum letzten Einsatz 2017. Und danach, ja, da ging es eigentlich richtig bergab.“ (P11, Pos. 18)

Hierfür wurden unterschiedliche Gründe angeführt. Wie im vorherigen Kapitel bereits erwähnt, war ein Grund für die Verzögerung der Diagnose das fehlende Vertrauensverhältnis zwischen betroffener Person und BehandlerIn. Den BehandlerInnen schienen wichtige Informationen zu fehlen, da die Betroffenen sich nicht so öffnen konnten, wie es zur Diagnosefindung dienlich gewesen wäre. Dies konnte ein Versorgungsdefizit zur Folge haben.

„2014 war ich schon mal so, dass ich da einen sehr starken Einbruch hatte. Da hat mich das schon sehr belastet anscheinend mit den Einsätzen. Und bin dann zum Psychologen (Anmerkung der Autorin: Gemeint ist der Facharzt/die Fachärztin für Psychiatrie) gegangen. Ich hatte den Versuch einfach mal gewagt und das ist voll in die Hose gegangen. Der hat mir dann einfach eine Liste gegeben mit Psychologen. Sollte ich mir irgendeinen aussuchen. Und die sind gar nicht darauf eingegangen. Die haben irgendwie gesagt "Sie haben einfach nur eine Depression gerade" und irgendwas, keine Ahnung. Und da habe ich nur gesagt "Hä, der nimmt mich nicht mal ernst". Und da hatte ich gar keinen Bock. Und dann habe ich mich einfach selbst wieder therapiert, so wie ich die Jahre vorher auch mich selbst therapiert habe. Und habe die Sache dann quasi ad acta gelegt. Und das war es. Sonst wäre ich wahrscheinlich 2014 schon in Behandlung gegangen, wenn er das erkannt hätte.“ (P9, Pos. 170)

In folgendem Beispiel wurde durch die betroffene Person bewusst versucht der Ärztin wichtige Informationen vorzuenthalten. In diesem Fall ahnte die Behandlerin, dass eine PTBS vorliegen könnte, was sie dazu veranlasste, den Prozess zur Diagnosestellung und zur Therapie zu initiieren. Auch hier wäre ohne die Hilfe Dritter keine Versorgung initiiert worden.

„I: Wie sind Sie damals in die Behandlung überhaupt gekommen? B: (lachend) Nicht freiwillig. Nach dem Karfreitag war es so gewesen, dass ich in xxx dann wieder war und dort war ja diese Einsatznachbereitung, musste man zum Arzt und ich war bei den Truppenärzten drin gewesen, ich habe ja immer angekreuzt, mir geht es gut, mir geht es gut, mir geht es gut... und sie meinte dann zu mir knallhart: „Ich glaube dir kein Wort, was da draufsteht. Du lügst.“ Ich sage: „Was? Frau Oberstabsärztin, ich doch nicht.“ Meint sie: „Nein, glaube ich dir nicht.“ Und hat sie auch direkt gesagt: „Du warst doch auch am Karfreitag da?“ Ich so: „Ja.“ Dann hat sie direkt gesagt dann/hat sie das Telefon in die Hand genommen, hat dann in Koblenz angerufen. Und hat in Koblenz einen Termin gemacht. Und habe ich gesagt: „Stopp mal, ich will aber nicht dahin.“ Habe mit ihr diskutiert und sie meinte: „Nein, du gehst jetzt dahin.““ (P12, Pos. 103-104)

Ein häufiger Grund für einen langen Prozess bis zur Diagnosestellung waren „Fehldiagnosen“. Diese waren jedoch häufig keine wirklichen Fehldiagnosen, sondern eher Komorbiditäten, die nicht im Zusammenhang mit der noch unbekanntem Hauptdiagnose PTBS gesehen wurden.

„Und das war dann ein ganz langer Prozess. Hatte dann auch verschiedene/ war bei verschiedenen Ärzten, habe mich vorgestellt. Beim Truppenarzt in xxx war nochmal in Koblenz im BwZK. Da kam aber nie die Diagnose, ja, Sie haben PTBS, ne. Sondern das ging dann immer auf Burnout, Depression und so weiter... Und dann hatten wir zum Glück einen sehr guten Vertragsarzt. Das war dann 2016. Der dann gesagt hat, wir müssen mal was tun, ne. Und wir machen jetzt mal einen Termin im BwZK, ne. Weil er die Vermutung hatte, dass eine Einsatzschädigung vorliegt, ne. Und auch auf PTBS hin mal prüfen lassen.“ (P1, Pos. 16)

„Angefangen es mir nicht gutzugehen hat es 2008 oder 9. Da habe ich es allerdings nicht auf die Erkrankung posttraumatische Belastungsstörung geschoben, sondern auf den dienstlichen Alltag, ... mit einer hohen Arbeitszeitbelastung, einer hohen Verantwortungsbelastung. Und bin dann auch zunächst einmal über die FU6 OHNE die Diagnose einer PTBS in eine Reha-Klinik geschickt worden mit der Verdachtsdiagnose Depression.“ (P3, Pos. 15)

„Die haben das allerdings dann nicht auf den xxx - Unfall zurückgeführt, sondern auf eine allgemeine Belastungsstörung. War meines Erachtens nicht so ganz zutreffend. Aber die sind auf jeden Fall zu dieser Diagnose gekommen.“ (P7, Pos. 30)

„Und habe ab Januar 2019 dann bei der Therapeutin angefangen Ursachenforschung zu machen. Aber es war halt keine spezielle Traumtherapeutin, was zu dem Zeitpunkt auch noch nicht bewusst war, dass es bei mir einsatzbedingt ist mit PTBS und so weiter, sondern allgemein auf Psyche gehalten.“ (P14, Pos. 18)

Als weitere Faktoren, die zur Diagnosestellung beitrugen, wurden wie bereits auch schon in der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“ beschrieben, körperliche Symptome genannt, für welche keine somatische Ursache gefunden werden konnte.

„Aufgefallen ist die Erkrankung eigentlich nur dadurch, dass der Blutdruck so hoch geworden ist, dass die Innere und alle anderen Fachärzte keinen Grund dafür gefunden haben. Also bin ich irgendwann in der, ja, FU6 sage ich mal, gelandet, wo man dann die Einsatzschädigung diagnostiziert hat.“ (P5, Pos. 12)

„Mit dem Herz war alles in Ordnung und so weiter und so fort. Und dann hieß es leider erst, ich glaube, so nach zwei, drei Monaten Suche, was ist denn mit der Psyche. Das könnte ja auch eine Panik-Attacke gewesen sein. Bis dahin wusste ich auch gar nicht, was das ist, ne? Und okay, und dann fing es an, dass ich nach Bonn gegangen bin in die FU sechs.“ (P14, Pos. 20)

Eine Begründung der Verzögerung sahen die Betroffenen in der damals noch wenig verbreiteten Kenntnis der Erkrankung. Zusätzlich spielte das Negieren von entsprechenden Symptomen sowohl seitens des Betroffenen als auch vonseiten der medizinischen Versorgung eine additive Rolle.

„... wo es dann wirklich auch irgendwann festgestellt wurde, dass ich eine posttraumatische Belastungsstörung habe und es dann in die Therapie ging. Das war ein langer Weg... Und damals war es halt nicht so wie heute, dass es breit bekannt war unter den Truppenärzten und auch nicht breit bekannt war unter den Kameraden, was für Symptome es macht. Weder in der Klinik noch irgendwo anders. Und von daher, ja, konnte man so durchrutschen.“ (P3, Pos. 15)

„Es gab nicht wie heute so irgendwelche Sicherungssysteme, wo man als Soldat dann darauf angesprochen wird "Du solltest dir jetzt aber mal psychiatrische Unterstützung suchen, da könnte was in Richtung posttraumatische Belastungsstörung sein", geschweige denn, dass es irgendwelche Internetseiten gab, auf denen man sich selber testen konnte.“ (P3, Pos. 17)

„Also zuerst mal hätte man das können viel, viel früher bei mir erkennen. Wenn bewusst jemand darauf geachtet hätte...Aber in xxx hat man das vielleicht erkannt, aber man hat es bewusst nicht wahrgenommen, weil man dann die Einsätze nicht mehr bestücken hätte können. ... Wenn man das früher erkannt hätte, hätte ich vielleicht können das ein oder andere/ vor allen Dingen finanzielle Desaster abwenden können. Und das sage ich genauso. Desaster.“ (P8, Pos. 156)

Wie bereits vorher in der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“ erwähnt, war die Hilfe und Unterstützung Dritter, insbesondere die der Familie ein häufiger Grund für die ärztliche Erstvorstellung, wodurch eine Diagnosestellung erfolgen und eine Therapieeinleitung stattfinden konnte.

„Ich bin in die Behandlung gekommen eigentlich dank Hilfe von meiner Frau. Die war zum damaligen Zeitpunkt in xxx stationiert bei einer Fahrschule und hatte da Kontakt bei einer Truppenärztin, die ich aus früheren Zeiten kenne. Und sie hatte dann mit meiner Frau über diese/ über mein Verhalten gesprochen gehabt. Und die Truppenärztin sagte dann halt irgendwann "Wenn er will, dann kann er halt jederzeit zu mir kommen".“ (P11, Pos. 124)

Eine Versetzung, die dazu führte, dass eine Präventivkur im Anschluss nicht mehr mit dem behandelnden Arzt reevaluiert wurde, führte zu einer Verzögerung von Diagnose und Therapie.

„Da bin ich dann das erste Mal zusammengebrochen, bin zum Arzt gegangen und dann hieß es da nur "Ja gut, Sie sind gerade zurück aus dem Einsatz, dann gehen Sie drei Wochen in eine Präventivkur und dann gucken wir mal". Das habe ich dann auch gemacht, war im xxx, und dann bin ich zurückgekommen, wurde nach xxx versetzt und saß wieder in dem alten Boot und musste mich selber zurechtfinden.“ (P8, Pos. 54)

Ein weiterer Grund für die Verzögerung von Diagnose und Therapie war, dass die Betroffenen sich an AnsprechpartnerInnen gewendet hatten, die Ihnen nicht weiterhelfen konnten (z. B. Personen außerhalb

der Bundeswehr oder Personen ohne Fachexpertise). Auffällig war, dass wenn der Schritt zum „richtigen“ Ansprechpartner dann geschah, es schnell zur Diagnosestellung kam.

„Man hat mich dann gefragt, ob ich länger bleiben möchte. Aber da hatte ich schon die Problematik. Also ich bin dann schon/ habe ich schon betrunken im Dienst gesessen, ja, ich habe/ Wie gesagt, ich trinke normalerweise keinen Alkohol, ich habe auch nicht gebraucht. Aber all diese negativen Dinge waren dann auf einmal für mich wie Ventile, ja? Ich habe dann manchmal auf dem Klo mich eingesperrt im Stab. Ich wollte einfach nur noch, dass der Tag rumgeht. Und ich wollte keinen Tag länger bei der Bundeswehr bleiben. Ich wollte dieses Thema abschließen. Ich bin aber dann nachher entlassen worden, und dann kam das große Übel. Ich habe nur noch nachts gelebt. Ich bin zu meiner Mutter hin, habe gesagt: „Mama, ich habe Probleme mit Drogen“, da guckt die mich an und sagt: „Nein, du nicht.“ Da habe ich gesagt: „Doch, ich habe Probleme.“ Ich sagte: „Hilf mir bitte.“ Ich habe also Hilfe gesucht, und habe keine Hilfe gefunden. Man hat mir fünf Blätter da hingeschmissen. „Haben Sie irgendwelche Probleme nach dem Einsatz?“ ... ich bin dann zu einem Freund, der auch bei mir trainiert hat, der war Psychologe. Ich bin sonntags morgens zu ihm hin und habe gesagt: „Fritjof, ich brauche Hilfe. Ich nehme Drogen, ich bin ins Spielcasino gegangen. Irgendwas stimmt doch mit mir nicht. Warum mache ich solche Dinge?“ Na, da sagt er zu mir: „Ja, ich habe schon immer gemerkt, dass irgendwas mit dir nicht stimmt. Wir machen mal einen Termin bei meinem Chefarzt.“ Und der sagte dann: „Schreiben Sie mal Ihren Lebenslauf auf.“ Und dann habe ich ihm erzählt von dem Einsatz und dann sagt er: „Okay, ab ins Bundeswehrzentralkrankenhaus.“ Dachte ich: „Wie, Bundeswehrzentralkrankenhaus? Was wollen die denn jetzt von mir?“ Ja und dann auf einmal hieß es: „Ja, Sie haben eine posttraumatische Belastungsstörung.““ (P2, Pos. 65)

Eine besonders wichtige Erkenntnis ist, dass die Betroffenen den teilweise jahrelangen Prozess bis in die Therapie im Nachhinein als eindeutig negativ bewerteten.

„Ja natürlich. Ich hätte mir gewünscht, ich hätte das alles nicht durchmachen müssen, ja. Und ich denke mir halt immer, diese/ Was ist mit den Jahren, die zwischen dem Einsatz und der Erkenntnis, der Diagnose liegen? Wenn ich diese Zeit jetzt noch hätte, das ist ja Lebenszeit, die ist weg. Die ist einfach weg. Klar war nicht alles negativ, was dazwischen war. Aber diese Beeinträchtigung, die man dadurch hatte, ja, die man vielleicht auch gar nicht/ Also ich hätte mir gewünscht, die Erkrankung wäre einfach früher bei mir gekommen und ich hätte eher was dagegen tun müssen und hätte jetzt noch hinten raus die Zeit, die mir jetzt fehlt.... Ja, es ist auch etwas, was für mich ganz, ganz schlimm ist.“ (P2, Pos. 159)

„Also der Ansatz wäre/ müsste es sein, wenn man Menschen/ wenn man möchte, dass wir in der Bundeswehr WENIGER Scheidungen durch posttraumatische Belastungsstörungen und weniger kaputte Ehe und weniger kaputte Vaterschaften haben, dass wir eigentlich EHER den Zugang zum erkrankten Mitarbeiter bekommen. Und den EHER in die Therapie bekommen, damit es erst gar nicht, ja, zum worst case Szenario kommt.“ (P3, Pos. 85)

Es gab auch Beispiele, in denen eine zügige Diagnosestellung erfolgte und die Therapie schnell eingeleitet werden konnte.

„Na ja, in die Therapie gekommen bin ich, weil ich halt eine Woche gar nicht mehr geschlafen habe. Und dann ist da ein Versorgungszentrum oder damals in einen San-Bereich gefahren bin, der für uns zuständig ist, mittags und gesagt habe "Es geht so nicht weiter. Ich kann nicht mehr. Es geht nicht mehr. Ich brauche jetzt was. Irgendwas muss jetzt passieren". Und da hat mir dann damals die Frau xxx der Heilfürsorge sofort einen Termin bei einem Arzt gemacht. Das war eine halbe Stunde später. Und dann bin ich da der Therapie zugeführt worden.“ (P3, Pos. 39)

„...Vertragsärztin gewesen, die war relativ bekannt in unserem Umkreis. Ihr Mann war Neuro/Neurowissenschaft oder so irgendwie, hatte sich damit auseinandergesetzt. Und deshalb, jeder der irgendwelche Zuckungen im Arm hatte und solche Sachen ist zur ihr gegangen. Und sie hat relativ zügig dann die Leute vermittelt an ihren Mann. Und/ ja, sie kannte sich da so ein bisschen in dem Geschehen aus und hat direkt in Koblenz angerufen an dem Tag, wo ich da war und zwei Wochen oder eine Woche später wurde ich eingeliefert. Also ich muss sagen, das war super (lacht), wenn man sich das von/ mal/ wenn man zurückschaut, wie das abgelaufen ist...im Endeffekt war es super.“ (P4, Pos. 128)

„Seit Ende des Einsatzes wurde ich auf die FU6 direkt/ ich wurde repatriert. 14 Tage, bevor ich eigentlich rausgeflogen wäre/ worden WÄRE, wurde ich repatriert und musste direkt auf die Fachuntersuchungsstelle 6 ins BwZK. Und da hat man dann erst mal verschiedene Untersuchungen mit mir gemacht. Und dann hat man mich noch nach xxx in eine Reha geschickt. Und da hat man schon darauf hingewiesen, dass es ein Trauma sein könnte, was sich ja auch später rausgestellt hat. Und seitdem bin ich in Therapie.“ (P10, Pos. 44)

Das unverzögerte Zuführen zu einer spezifischen Therapie wurde ganz klar als förderlich empfunden.

„Am meisten geholfen, muss ich jetzt sagen, war, dass ich ganz schnell in die Therapie kam. Also eigentlich unmittelbar nach dem Einsatz. Das war für mich maßgeblich.“ (P10, Pos. 120)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich ein sehr heterogenes Bild zeigte, was den Prozess von Beginn der Symptomatik bis hin zur Diagnose und Therapieeinleitung betraf. Überwiegend wurde ein jahrelanger Prozess beschrieben, den die Betroffenen im Nachhinein ausschließlich als negativ bewerteten. Gründe hierfür sind in folgendem Schaubild 7 aufgelistet.

Schaubild 7: Gründe für Verzögerung von Diagnose und Therapie psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

Gründe für Verzögerung von Diagnose und Therapie	
Fehlendes Vertrauensverhältnis zwischen BehandlerIn und betroffener Person	
Negieren von Symptomen (bewusst und unbewusst)	
„Fehldiagnosen“ bzw. Komorbiditäten als Hauptdiagnose	←
Wenig Kenntnis über die Erkrankung	←
Versetzungen	
„Falsche“ Ansprechpartner	

Die aus den Aussagen der Interviewpartner extrahierten Gründe, welche eine schnelle Diagnosestellung und Therapieeinleitung begünstigen sind in der folgenden Tabelle 29 zusammengefasst.

Tabelle 29: Gründe für eine schnelle Diagnosestellung und Therapieeinleitung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen

Gründe für schnelle Diagnosestellung und Therapieeinleitung
Verdachtsdiagnose schon im Einsatzland mit folgender Repatriierung
Engagement von Dritten (z. B. Familie, ÄrztInnen etc.)
Wahl des „richtigen“ Ansprechpartners (z. B. Truppenpsychologie, ÄrztInnen etc.)
Eigeninitiative
Körperliche Symptome (nach Ausschluss organischer Genese)

4.2.2.3. Kontextuelle Faktoren

Insgesamt können 3 Themenkomplexe beschrieben werden, welche den kontextuellen Faktoren in Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung zugeordnet werden können.

- „San Bereich/Organisationsstruktur“
- „Truppenarzt/Truppenärztin“
- „Facharzt/Fachärztin“

4.2.2.3.1 Sanitätsdienstlicher Bereich/Organisationsstruktur

In diesem Themenkomplex wurden die Aussagen zusammengefasst, die sich auf die die Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr (SanVersZ und SanUstgZ) und deren Organisation bezogen. Hierzu wurden von den InterviewpartnerInnen Erfahrungen unterschiedlicher Art gesammelt. Insgesamt wurde die medizinische Versorgung innerhalb der Bundeswehr als positiv beschrieben.

„Wir kriegen eine erstklassische medizinische Versorgung. Das muss man einfach mal so sagen. Und wir bekommen auch alle möglichen Überweisungen, wenn sie denn notwendig sind, sinnvoll sind. Auch die hinterletzte Rehaklinik, wo noch eine Möglichkeit der Behandlung besteht oder eine Therapieklinik. Und das ist schon gut. Das muss man auch ganz klar sagen.“ (P3, Pos. 97)

Eine weitere positive Erfahrung wurde mit der Heilfürsorge beschrieben. Die Heilfürsorge kümmert sich - entsprechend den medizinischen Diensten der Kassen - um unterschiedliche administrative Belange der SoldatInnen wie beispielsweise Beantragung von Reha-Maßnahmen, Abrechnung mit TherapeutInnen etc..

„Ich habe die Heilfürsorge, die war für mich da.“ (P2, Pos. 155)

„Also auch die Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen von der Heimfürsorge, ob es zivil oder militärisch war, je nachdem, jeder hat da versucht, bei mir zumindest, unter die Arme zu greifen.“ (P4, Pos. 150)

In folgendem Beispiel wurde der Umgangston der MitarbeiterInnen der Heilfürsorge mit der betroffenen Person kritisiert. Die betroffene Person beschrieb, dass ein bürokratisches Grundwissen seitens den MitarbeiterInnen der Heilfürsorge vorausgesetzt wurde. Dies führte wiederum zu Auseinandersetzungen.

„Durch den San-Bereich in Merzig wurde das dann quasi anfangs in die Wege geleitet. Ich habe dann auch alle nötigen Unterlagen bereitgestellt, nachdem ich von dem Oberstabsfeldwebel dann angeschnauzt worden bin. Weil das muss ich ja wissen, dass nach diesen 20 Stunden eine Dauertherapie beantragt werden musste. Das endete dann in einer großen Schreierei mit dem Oberstabsfeldwebel. Ich bin eigentlich nicht so der Typ dafür, weil er ist halt schon ein lebenserfahrener Kamerad, Oberstabsfeldwebel. Deswegen war ich da immer, ja, das ist ein Oberstabsfeldwebel. Aber zu diesem Zeitpunkt, da ging mir die Hutschnur hoch. Ja. Und dann habe ich dann halt zurück gepflaumt und habe ihm dann quasi andere Sachen an den Kopf geworfen, die ER wissen müsste.“ (P11, Pos. 152)

Im nächsten Beispiel bemängelte die betroffene Person, dass sie seitens ihrer Einheit keinerlei Unterstützung erfahren habe im Hinblick auf eine spezifische Versorgung. Es wurde der Sanitätseinrichtung zugesprochen, dass es dennoch zu keinem Versorgungsdefizit kam.

„Also wäre ich hier nicht in die San-Staffel gelaufen, dann wäre da nichts abgearbeitet worden. Also noch weniger als jetzt.“ (P7, Pos. 90)

Wie bereits im Themenkomplex „Bürokratie“ erwähnt, wurde diese als große Hürde für materielle und immaterielle Versorgung gesehen. Auch in der medizinischen Versorgung wurde diese als hinderlicher Faktor von den InterviewpartnerInnen empfunden. Ergänzend wurde der Umgangston von Sanitätspersonal mit der betroffenen Person kritisiert.

„Zum einen hinderlich ist diese starke Bürokratisierung, die wir haben. Gerade, was das Abrechnungswesen angeht. Es werden/ Therapeuten wird es sehr, sehr schwer gemacht, Kontaktaufnahme mit den zahlenden Stellen zu bekommen. Teilweise auch in den San-Bereichen, dass dort die Arbeit, die gemacht werden soll, auch gemacht wird. Stattdessen sogar noch einen dummen Spruch kassiert. Demzufolge hatte ich auch, weswegen ich dann auch eine Eingabe geschrieben habe, eine fast fünfmonatige Behandlungspause.“ (P11, Pos. 152)

„Was ist denn jetzt? Weil, es wird jetzt Zeit, dass ich nochmal muss". "Ah ja, es fehlt jetzt noch eine Stellungnahme und eine Unterschrift für die Freigabe, dass ich die Daten quasi/", dass sie die Daten schicken dürfen. Und dann habe ich nichts mehr gehört von dem San-Bereich. Das letzte war "Ja, wir haben jetzt alles weggeschickt". Und dann fing der Leidensweg an. Ich konnte nicht mehr zum Therapeuten. Und das/ ich merkte halt, dass es immer/ von der Therapie her immer weiter bergab ging. Dass es mir persönlich immer schlechter ging.“ (P11, Pos. 152)

Zusätzlich wurde die Arbeitsweise einzelner Sanitätseinrichtungen hinterfragt. In folgendem Fall hatte die genannte Arbeitsweise ein Versorgungsdefizit zur Folge, was wiederum in einer Enttäuschung und Frustration der betroffenen Person resultierte.

„Man hat diesen Antrag dann gefunden. Weil, ich war dann auch irgendwann soweit, dass ich gesagt habe "Ich gehe in diesen San-Bereich nie wieder rein, obwohl ich da an dem Standort bin". Und durfte dann nach xxx zu dem San-Bereich dort. Und dort hatte man den Antrag dann gefunden in meiner G-Akte (Anmerkung der Autorin: G-Akte = Gesundheitsakte). Ja. Im Endeffekt, diese fünf Monate waren dann für den Arsch. Ich konnte mit allem nochmal neu anfangen, bis das dann quasi, ja, so ist, wie es jetzt wieder ist. Ich war nochmal fünf Wochen kZH mit nochmal Wiedereingliederungsphase etc. pp., was - glaube ich - (...) nicht hätte so schlimm sein müssen, wie es dort passiert ist. Ja.“ (P11, Pos. 152)

„Aber die Enttäuschung ist noch riesengroß. Ich glaube, wenn man zur damaligen Zeit oder im/ das hatte sich ja dann alles nochmal eingependelt im November rum. Hätte man mich dort angerufen und hier eingeladen, bitte ich jetzt zu entschuldigen, aber da wollte ich mit dem San-Bereich nichts mehr zu tun haben. Ja. Das war ein Zeitpunkt, wo, ja, ich bitterlich enttäuscht war.“ (P11, Pos. 154)

Wie bereits erwähnt, waren die Erfahrungen mit den Sanitätseinrichtungen sehr heterogen, sodass hierzu keine einheitliche Aussage getroffen werden kann. Insgesamt wurde ein unangebrachter Umgangston, eine wenig durchdachte Organisation, eine teilweise nachlässige Arbeitsweise seitens der Sanitätseinrichtungen und langwierige bürokratische Prozesse bemängelt. Dies konnte wiederum von anderen Betroffenen nicht bestätigt werden. Sie lobten die Unterstützung und das vielfältige Behandlungsangebot.

4.2.2.3.2 TruppenärztInnen

Die TruppenärztInnen spielten laut Aussagen der Betroffenen häufig eine wesentliche Rolle im Sinne eines „Case-Managers“. Sie waren Schlüsselfiguren in Bezug auf die Diagnosestellung und spielten auch bei weiteren Fragen - z. B. im Rahmen der Beantragung einer WDB oder wie stark die dienstliche Belastung vor, während und nach der Wiedereingliederung sein durfte - eine wichtige Rolle. Zusätzlich war und ist der Truppenarzt/die Truppenärztin, die Person, bei der alle Vorgänge, Befunde und Stellungnahmen zusammenlaufen (z. B. Therapieberichte, Facharztberichte, WDB-Bescheide, etc.).

„Weil, der ist letztendlich Dreh- und Angelpunkt, der Truppenarzt, meiner Meinung nach.“ (P3, Pos. 99)

Viele der Einsatzgeschädigten beschrieben gute Erfahrungen mit den jeweiligen TruppenärztInnen gemacht zu haben. Sowohl im Allgemeinen als auch im Speziellen, insbesondere was den Weg zur Diagnosestellung betraf.

„Wie gesagt, diese Truppenärztin fand ich persönlich sehr, sehr gut. Sehr, sehr gut ist auch meine jetzige Truppenärztin, wobei sie eine Zivilangestellte ist.“ (P11, Pos. 150)

„Also ich bin aktiver geworden, auch im Rahmen der Behandlung, von der Truppenärztin her und von der Psychologin. Ich geh bedeutend mehr raus, ich habe wieder mehr Kontakte zu Freunden, außerdienstliche Veranstaltungen mit Kameraden habe ich auch wieder daran teilgenommen. Davor war ich alleine. Ich wollte meine Ruhe haben. Da wollte ich mit niemandem was zu tun haben...“ (P11, Pos. 120)

„Und dann hatten wir zum Glück einen sehr guten Vertragsarzt. Das war dann 2016. Der dann gesagt hat, wir müssen mal was tun, ne. Und wir machen jetzt mal einen Termin im BwZK, ne. Weil er die Vermutung hatte, dass eine Einsatzschädigung vorliegt, ne. Und auch auf PTBS hin mal prüfen lassen.“ (P1, Pos. 16)

Verständnis und Unterstützung durch die TruppenärztInnen zu erfahren war für die Betroffenen von großer Bedeutung.

„Ich hatte Glück, dass ich in dem richtigen Truppenarzt hatte. Der Oberfeldarzt xxx Der hat auch immer gesagt: „Herr xxx, ganz ehrlich, Sie sind für mich ein Aushängeschild für einen Einsatzgeschädigten. Ich finde das so toll, wie Sie das machen.“ Und diese Anerkennung, die ich da bekommen habe, die hat mich unglaublich motiviert. Ja. Also diese Anerkennung war mir Gold wert, und ihr hat mich immer wieder, immer wieder motiviert. Weil, ich habe gemerkt: „Da sind Menschen um dich herum, die deine Erkrankung sehen, die auch vielleicht dein Leid sehen, die sehen, was du durchgemacht hast, die dich nicht aufgeben, die dich unterstützen und dich auf deinem Weg begleiten.“ So.“ (P2, Pos. 163)

„... ich bin letztlich immer wieder auf das Verständnis eines Truppenarztes angewiesen, was bisher hervorragend funktioniert.“ (P13, Pos. 28)

Die TruppenärztInnen spielten eine große Rolle in der Überbrückung der Zeitspanne bis zur fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, z. B. im Rahmen einer engen Anbindung mit entlastenden Gesprächen.

„Ich glaube März, April, so um den Dreh habe ich den Termin dann dort bekommen, für die Stationäre. I: Und in der Zeit haben dann immer wieder Gespräche bei der Truppenärztin stattgefunden? B: Ja. Eigentlich so alle zwei Wochen war ich bei ihr.“ (P11, Pos. 130-132)

Wie bereits erwähnt waren und sind die TruppenärztInnen die Verantwortlichen für die konkrete Umsetzung der Wiedereingliederung (z. B. Stundenanzahl, Befreiung von gewissen Tätigkeiten wie Wachdienste, Schießvorhaben oder Übungsplatzaufenthalten etc.). Vonseiten der Betroffenen wurde in diesem Zusammenhang eine zurückhaltende Wiedereingliederung teils als überprotektiv bewertet und teils als notwendig.

„... aber mein Arzt, der hat mich die ganze Zeit nicht voll arbeitsfähig geschrieben. Ich hatte die ganze Woche Vier-Tage-Woche. Und ich habe bei ihm schon zweimal gefragt, was er davon hält, wenn ich jetzt die fünf Tage vollmache, dass ich da vielleicht irgendwie mal vorankomme. Und jetzt, letzte Woche, hat er es dann gemacht. Oder vor zwei Wochen. Obwohl er auch gemeint hätte, dass die in Koblenz das nicht für gutheißen würden, laut dem letzten Bericht.“ (P4, Pos. 76)

„Also der Weg der Ärzte ist halt momentan, mein Dienstpensum zu reduzieren, damit ich mehr Zeit finde, um diese Fenster zu Eigengestaltung zu finden. Wo ich dann mich ablenken kann.“ (P5, Pos. 20)

„B: Also ich wollte von Anfang an wieder in Dienst gehen, wurde aber daran gehindert. I: Von wem? B: Von den Ärzten und Psychologen, weil man zu schnell sonst wieder in einen Teufelskreis kommt. Und das halt einfach seine Probleme mit Arbeit wegschiebt. Und deswegen war ja auch der Grund der Versetzung, weil ich halt da weg MUSS aus meinem inneren Kreis in einen Bereich, wo halt diese Sachen nicht akzeptiert oder schöngeredet werden.“ (P9, Pos. 164-166)

Weiterhin spielten die TruppenärztInnen eine wesentliche Rolle in beratender und auch in ausführender Funktion in Bezug auf die Beantragung einer WDB.

„I: Der Truppenarzt hat abgeraten von einer WDB? B: Nein, nein. Im Gegenteil, er hat mich dazu gedrängt. Er hat mich dazu gedrängt, also/ Dem verdanke ich sehr viel, weil ich wollte sie nicht machen. Wie gesagt, weil ich mir selbst gesagt habe/ Ich wusste ja, was da passieren kann. Er hat mir dann irgendwann auch deutlich gemacht: "Es geht nicht dadrum, was jetzt ist, sondern was später noch werden kann, wenn es noch schlimmer wird. Oder wenn Sie einfach im Alter sind und eine Lichtklingel brauchen, weil sie wirklich nichts mehr hören. Damit Sie das dann auch bekommen. Und wenn Sie die jetzt nicht beantragen, dann ist es nicht festgehalten, dann bekommen Sie gar nichts." Und es ist extrem

schwierig, wenn überhaupt nochmal, im Nachhinein dort irgendwie etwas dann zu bekommen. Ich habe dann gesagt: "Gut, machen Sie das. Dann hauen Sie rein. Ich habe da keine Lust darauf." Er hat es dann gemacht. " (P6, Pos. 19-20)

Die TruppenärztInnen konnten zusätzlich Initiatoren für weitere Versorgungsaspekte (z. B. für das Sportförderprogramm der Sportschule der Bundeswehr in Warendorf) sein.

„Ich bin dann mit dem Bericht runter zur Truppenärztin, zur Frau Dr. xxx. Und dann habe ich mit ihr noch mal darüber gesprochen. Und dann hat sie gesagt "Das ist eine sehr, sehr gute Idee" und hat dann direkt den S3 angerufen. Hat gesagt "Was brauche ich? Ich will die Frau da oben haben. Was brauche ich dafür?" "Ja, das und das. Ich rufe mal in Warendorf an". Zack, zack, zack. Und so kam ich dann an einen Termin in Warendorf.“ (P10, Pos. 110)

Die Betroffenen berichteten Unterstützung durch die TruppenärztInnen zu erfahren, wenn die Vorgesetzten sich über medizinische Empfehlungen hinwegsetzten.

„Ich habe den Schein dann genommen zu meinem Chef und habe ihm das vorgelegt und der meinte: „Nein, du machst nicht KZH, du gehst krank auf Stube dann.“ Ich so: „Aber ist doch KZH.“ Und, ja, daraufhin am nächsten Tag wollte ich dann essen gehen, zufälligerweise in dem Moment kam die Ärztin aus dem San-Bereich raus, guckt mich an und sagt: „Was suchst du hier?“ Ich so: „Was soll ich machen? Ich bin krank auf Stube.“ Meint die: „Nein, du gehst sofort nach Hause.“ Ich sage: „Geht nicht. Der Major hat gemeint, ich soll krank auf Stube. Ich darf nicht nach Hause.“ Und da hat sie mich nur angeguckt, meinte: „OK. Guck auf meine Schulter. Was siehst du jetzt?“ „Oberstabsarzt.“ „Ja, gut, hiermit befohlen, du gehst jetzt, du packst jetzt, du hast genau eine Viertelstunde Zeit, aus der Kaserne zu gehen und die Wache werde ich anordnen, dein Auto zu kontrollieren, dass er rausfährt und dass die mich sofort auf dem Handy anrufen.“ Und ich: „Ja, was ist mit dem Chef?“ Und da meint sie: „Da kümmer dich schon drum.““ (P12, Pos. 104)

Negative Erfahrungen mit TruppenärztInnen wurden ebenso beschrieben. Bei dem folgenden Beispiel ging es um den Vorwurf an die betroffene Person, eine psychische Einsatzschädigung nur vorzutäuschen, um die Vorzüge des EWVG zu genießen.

„... wurde immer wieder zurückgeworfen durch irgendwelche kleinen Dinge. Was damals ganz, ganz, ganz schwer war, war die Ärztin in xxx. Die hat mich tatsächlich, aus MEINER Sicht, auch heute noch, sehr oft weit zurückgeworfen, durch unter Druck setzen...Es mag sein, dass (lachend) Sie es nicht hören möchten, aber ich sage das...“ (P8, Pos. 56)

„Dann wurde immer wieder gedroht "Ich rufe eine IPR ein und aufgrund des IPRs werde ich Sie dann entlassen, weil, Sie möchten nicht zum Dienst kommen, Sie möchten die Bundeswehr ausnutzen, Sie möchten nur noch krankgeschrieben werden“ und so weiter.“ (P8, Pos. 58)

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, wurde die Inkonstanz der truppenärztlichen Behandlung kritisiert, insbesondere was die individuellen Behandlungsstrategien der jeweiligen TruppenärztInnen betraf.

„Dass ich jetzt doch soweit zurückhänge noch, was auch die Stabilisierung angeht, weiß ich nicht, dass ja, hätte man vielleicht ich selber oder auch von Seiten der Truppen-Ärzte ohne einem direkt einen Vorwurf machen zu wollen, vielleicht sehen können irgendwie, ich weiß nicht, also da habe ich auch das Gefühl auch, seitdem/ seit einem Jahr mein permanenter Truppen-Arzt weg ist, ging eigentlich dieses Gespränge von Arzt zu Arzt los, ne? Bin letzten Jahres mehrere Ärzte und ja, mit jedem wieder quasi, die Geschichte war zwar bekannt, aber wieder so ein bisschen bei null angefangen. Jeder versucht sein eigenes Ding zu machen und zu gucken.“ (P14, Pos. 122)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die TruppenärztInnen wesentlich zur Versorgung der psychisch einsatzgeschädigten Soldaten beitrugen. Die durch die Interviews gewonnenen Aussagen über die Aspekte der truppenärztlichen Versorgung, die sich förderlich auf die Betroffenen im Rahmen der Patientenkompetenz und der Versorgung auswirkten, sind in folgender Tabelle 30 dargestellt.

Tabelle 30: Förderliche Aspekte der truppenärztlichen Versorgung auf psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen

Förderliche Aspekte der truppenärztlichen Versorgung
Unterstützung und Verständnis für die Betroffenen durch die TruppenärztInnen
Truppenarzt/Truppenärztin als zentraler AnsprechpartnerIn
Truppenarzt/Truppenärztin als WegbegleiterIn
Überbrückung bis zur fachärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung
Planung und Umsetzung der Wiedereingliederung in Abstimmung mit FachärztInnen und SoldatInnen
Initiation weiterer Versorgungsaspekte (z. B. WDB, Sportförderprogramme, fachärztliche Versorgung, IPR-Sitzungen)
Unterstützung gegenüber Vorgesetzten
Konstanz der behandelnden TruppenärztInnen

4.2.2.3.3 FachärztInnen

Die FachärztInnen trugen wesentlich zur Versorgung der psychisch einsatzgeschädigten Soldaten bei. Sie wirkten allein schon durch die Diagnosestellung, die den Grundstein für weitere Versorgungsansprüche darstellte, wesentlich auf die Versorgung ein. Der Themenkomplex „FachärztInnen“ wurde dementsprechend häufig von den Befragten benannt.

„Ich bin dann nach Koblenz zu so einer Testung... Beziehungsweise erst einmal ein Gespräch gehabt mit der Leiterin, die dann sofort gemerkt hat, dass da was ist. Auch die hat die richtigen Fragen stellen können. Also sie wusste genau, worauf sie hinauswill. Und/ ich weiß gar nicht mehr, wie es dann weiter ging. Ich habe halt den Computertest gemacht, der dann relativ hoch ausgefallen ist von der Punktezahl. Und somit war dann eigentlich dann auch das klar, dass ich dann halt eine Schädigung habe. Und dann musste man halt dann nur in den Gesprächen mit den anderen Psychologen herausfinden, wie stark die jetzt wirklich tatsächlich ist. Und dann halt anfangen mit Traumatherapie und allen möglichen anderen Gesprächen.“ (P9, Pos. 86-88)

Ein Aspekt der fachärztlichen Versorgung, der durch die InterviewpartnerInnen genannt wurde, war die Terminvereinbarung zwischen einsatzgeschädigter Person und der fachärztlichen Untersuchungsstelle. Hier zeigte sich ein heterogenes Bild. Nicht selten mussten die Betroffenen lange auf Termine zur Erstvorstellung warten. Dies hatte zur Folge, dass die Verdachtsdiagnose nicht frühzeitig gesichert werden konnte und die SoldatInnen möglicherweise ein Versorgungsdefizit erfuhren (z. B. adäquate psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung). Darüber hinaus fiel die betroffene Person häufig für diesen Zeitraum dienstlich aus.

„Wir hatten in Koblenz dann angerufen, der erste Termin, der möglich gewesen wäre, wäre ein halbes Jahr gewesen, ne. Also erst in einem halben Jahr. Haben wir in Berlin angerufen, was auch das große Glück war, das ging dann innerhalb von einem Monat, ne. Also relativ schnell. Bin dann Ende Dezember 2016 nach Berlin, ne. Da war dann die, ja, ist ja dann immer so, in zwei Tagen, ne, also kurze Diagnose. Wo man dann schon festgestellt hat, okay, ne, das liegt vor, eine Einsatzschädigung, ne. Und wahrscheinlich auch eine PTBS. Und war dann Ende Januar nochmal in Berlin für zwei Wochen dann, für die umfangreiche Diagnose.“ (P1, Pos. 16)

„B: Nach diesem Gespräch, was wir dann geführt hatten, bin ich eigentlich direkt KZH geschrieben worden. Das heißt, aus allem raus. Und habe eigentlich dann gewartet gehabt auf einen Termin in Koblenz. I: Hm. Wie lange hat es gedauert, bis Sie den Termin wahrnehmen konnten? B: Jetzt müsste ich lügen. Ich glaube, ich war/ im November war ich dort. Ich glaube, im März. Ich glaube März, April, so um den Dreh habe ich den Termin dann dort bekommen, für die Stationäre.“ (P11, Pos. 127-130)

„Weil ich sollte ja dann KZH geschrieben werden, ich glaube, drei Monate erst mal, bis ich dann zur stationären Behandlung sollte im August dann.“ (P12, Pos. 104)

Genau wie die TruppenärztInnen hatten auch die FachärztInnen eine unterstützende Funktion für die jeweilige betroffene Person im Allgemeinen, aber auch was Versorgungsansprüche anbelangte.

„Ganz egal, ob die FU6, Frau Dr. xxx gesagt hat, ich brauche keine Angst davor zu haben, "Sie werden nicht entlassen, Sie gehen Ihren Therapien nach, es ist eine Besserung zu erkennen, machen Sie weiter so."“ (P8, Pos. 170)

„B: Was mir gut getan hat war definitiv die Unterstützung aus Koblenz. I: Aus dem BWZK? B: Ja. I: Aus der Abteilung Psychiatrie? B: Ja.... Und ich selber muss sagen, diese Unterstützung, was ich aus Koblenz hatte bis jetzt, das würde ich nicht vermissen wollen. Und das hat mir definitiv am meisten geholfen.“ (P12, Pos. 96-100)

„Im BWZK Koblenz war es so halt, dass die auf einen eingegangen sind. Man hat sich sicher gefühlt und das war auch für mich immer sehr, sehr wichtig gewesen, weil zum Beispiel ich wollte nie stationär dort sein, weil die wussten, ich habe/ich will nie wieder in Gefangenschaft sein. Nie wieder. Und das haben die mir zum Beispiel von Anfang an diesen Eindruck nicht gegeben, haben gesagt: „Hey, keine Angst, du bist hier nicht in Gefangenschaft. Egal was ist, du kannst jede Zeit mit uns reden.“ Egal ob es die Frau xxx zum Beispiel ist oder der Doktor xxx es war, ich hatte jede Zeit, ich sage mal, mehr oder weniger, ich sage mal so, VIP-Status gehabt, wo ich einfach reingehen konnte immer, ja. Wo ich sagen konnte, ey, jeder wird aber definitiv so behandelt so. Ja. Ich kann nur Gutes über Koblenz reden, also deswegen, egal was kommt oder so, ich würde jederzeit nach Koblenz gehen.“ (P12, Pos. 102)

FachärztInnen waren daran beteiligt, Empfehlungen für geeignete Dienstposten z. B. im Rahmen von Verwendungswechseln für die Betroffenen auszusprechen. Die Umsetzung erfolgte dann durch Personalamt der Bundeswehr.

„Es war aber von Vorteil, dass halt militärisch gezwungen worden ist durch die Fachärzte, den Wechsel zu vollziehen. Also raus aus der alten Verwendung, komplett in eine neue Verwendung.“ (P5, Pos. 28)

„Das haben die Ärzte, die Frau Dr. xxx hat auch ein entsprechendes zweiseitiges Schreiben ans BA-Pers geschrieben. Die hat mich ja auf ZBV gesetzt gehabt dann, mit Schutzfrist. Und das haben wir jetzt geschafft, dass es aufgehoben wurde, dass ich regulären Dienstposten wiederhabe, weil mir das auch hilft.“ (P5, Pos. 48)

Eine besondere Rolle spielten die FachärztInnen bei der Vermittlung des Krankheitsbildes. Die Vermittlung konnte dabei helfen die Krankheitseinsicht der betroffenen Person zu fördern.

„Und das ist wieder der Punkt, wo die Ärzte sagen: „Du bist krank“ und ich sage: „Das mit dem Herzen kann ich nachvollziehen. (lacht) Und das andere kriege ich keinen richtigen Griff dran“, tue ich mich halt verdammt schwer immer noch. Also da sind die Ärzte immer noch dran, irgendwo so ein Krankheitsbild mir auch zu vermitteln, was ich akzeptieren kann.“ (P5, Pos. 68)

„Und ich weiß nicht, wie lange der xxx brauchte. Ich glaube zwei Jahre oder drei, bis ich ihm das das erste Mal wirklich abgekauft habe, dass ich ein Problem habe.“ (P6, Pos. 34)

„Dann bin ich ins BwZK, habe da eine Testung auf PTBS gemacht und nach ein paar Stunden hieß es dann: mittlere bis schwere PTBS. Und dann habe ich gesagt "Gut, dann habe ich halt eine PTBS, wenn ihr das meint. Wenn (lachend) das mein Weg ist, hier rauszukommen", irgendwie vielleicht mal mit einem, ich sage mal, Krückstock, dann ist das halt der Weg, dann habe ich halt auch mal eine mittlere

bis schwere PTBS und dann gehe ich halt diesen Weg. Und dann kam irgendwann die Stabi-Gruppe und (lacht) ich musste feststellen, bei jeder Folie, Flipchart oder Folie, die an die Wand projiziert wurde, hm, ja, so reagierst du, so bist du, das bist DU. (lacht) Die beschreiben dich quasi an der Tafel. Dann musste ich dann wohl oder übel mal feststellen "Okay, ist wohl nicht so nur daher gesagt vom Arzt, dass ich eine PTBS habe. Vielleicht ist da doch was dran."“ (P8, Pos. 150)

Die ambulante fachärztliche Unterstützung, aber insbesondere die stationäre Therapie war für die Betroffenen von enormer Bedeutung.

„Die längsten Aufenthalte glaube ich drei Monate am Stück. Wobei ich das nicht glaube, weil, ich bin mir ziemlich sicher, dass ich einmal fast ein ganzes Jahr da war. Wo ich auch gar nichts mehr konnte.“ (P6, Pos. 36)

„Ich war dann im BwZK in der/ ich glaube, es war die Stabi-Gruppe in Koblenz und dann kamen dann auch die Probleme auf den Tisch.“ (P8, Pos. 56)

Auch und gerade im fachärztlichen Bereich kam es zur Initiierung weiterer Versorgungsansprüche.

„Das fing im BwZK an. Ja, das weiß ich noch ganz genau. Stabi-Gruppe. Da ging es dann darum, Anerkennung PTBS, Bundeswehr. Dann habe ich gesagt "Das wäre toll, wenn die Bundeswehr anerkennen würde, dass ich vielleicht nicht mehr so ganz normal bin aufgrund der Einsätze".“ (P8, Pos. 152)

„Und dann hat man sich im BwZK, der Sozialdienst, hat sich dann mit mir hingesezt... Er hat das auf Papier gebracht und hat den Brief abgeschickt. Ich habe nur unterschrieben. Ich habe ihn nicht mal durchgelesen.“ (P8, Pos. 152)

Kritisiert wurde der empfundene Zeitdruck der fachärztlichen Behandlung, insbesondere im Rahmen von Begutachtungen. Hier hätten sich die Betroffenen mehr Zeit mit dem Behandler/der Behandlerin gewünscht.

„Ich sage mal meine Erfahrungen mit der FU 6 sind A überschaubar und wenn dann war das ein relativ zügiges hintereinander Abarbeiten. Man merkt, dass sie/ dass die Krankenhäuser einfach nicht die Zeit haben oder die Kapazität haben explizit auf jemanden da einzugehen zumindest nicht im Rahmen der Begutachtung, die ich da jetzt mitgemacht habe, sondern das war immer so mit Zeitdruck getrieben: "Wir müssen das jetzt hier mal kurz durchsprechen. Ba, ba, ba, ba, bab." Ja. "Und ich tippe schon mal während Sie sprechend sonst schaffen wir das alles zeitlich nicht."“ (P13, Pos. 72)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die fachärztliche Versorgung, ähnlich wie die truppenärztliche Versorgung von zentraler Bedeutung für die Betroffenen ist. Die aus den Aussagen der InterviewpartnerInnen extrahierten förderlichen Aspekte der fachärztlichen Versorgung sind in folgender Tabelle 31 zusammengefasst.

Tabelle 31: Förderliche Aspekte der fachärztlichen Versorgung für psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen

Förderliche Aspekte der fachärztlichen Versorgung
Diagnosestellung als Grundstein für Versorgung
Kurzfristige Terminvereinbarungen für ambulante und stationäre Vorstellungen
Allgemeine Unterstützung und Verständnis, besonders bei ausgeprägter Symptomatik
Initiierung von Versorgungsansprüchen (z. B. WDB, EVWG, Dienstpostenwechsel)
Individuelles Eingehen auf die betroffene Person
Zeit für die betroffene Person
Vermittlung des Krankheitsbildes
Förderung von Krankheitseinsicht

4.2.3 Psychosoziale Unterstützung

Im folgenden Kapitel wird die psychosoziale Unterstützung als Bestandteil der Versorgung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen genauer beleuchtet. Mit psychosozialer Unterstützung ist hauptsächlich die Unterstützung durch Psychotherapie gemeint. Die Beschreibung dieser Kategorie geschieht, wie bei den bereits beschriebenen Themenkomplexen zuvor, im Hinblick auf die unterschiedlichen Charakteristika. Die Ergebnisse der Kategorie „psychosoziale Unterstützung“ sind in der folgenden Tabelle 32 schematisch dargestellt.

Tabelle 32: Durch psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen genannte Themenfelder der Kategorie „psychosoziale Unterstützung“

individuell	Individuell-kontextuell	kontextuell
Eigeninitiative	Gegenseitiges Vertrauen	Therapie/Traumatherapie

4.2.3.1 Individuelle Faktoren

Auf Grundlage der Aussagen der Betroffenen konnte der individuelle Faktor „Eigeninitiative“ extrahiert werden, welcher im Folgenden beschrieben wird.

4.2.3.1.1 Eigeninitiative

Von den InterviewpartnerInnen wurde beschrieben, dass häufig Eigeninitiative gefragt war, wenn es um den Erhalt von psychosozialer Unterstützung ging. Auffällig war, dass die benötigte Eigeninitiative nur von 2 der insgesamt 14 InterviewpartnerInnen hervorgehoben wurde.

„Und zwar, als das bei mir 2018 losgegangen ist mit den ersten Panik-Attacken, ja, man konnte das körperlich, organisch alles halt ausschließen und es Richtung Psyche ging, da habe ich mir eine Therapeutin, sprich Therapeuten, gesucht.“ (P14, Pos. 18)

„Dann habe ich mich weiter um die Traumatherapie gekümmert ... immer in Kontakt mit dem xxx und mit der FU VI im BwZK.“ (P 8, Pos. 56)

„...wahrscheinlich ging es relativ schnell, aber zum einen musste ich mich selber drum kümmern. Ich hatte vom Sozialdienst, sind wir wieder beim Sozialdienst, ein paar Links bekommen, wo Adressen und so weiter waren, habe dann aber wieder in Eigenregie habe ich mich dann um jeden Einzelnen angeklickt, geguckt, gemacht, auf E-Mails, bis auf einen einzigen, kam keinerlei Antwort. Nichts. Bis heute nicht und das liegt jetzt drei, vier Monate zurück die ersten E-Mails. Telefonisch ist bei den meisten, dass die dann in der Woche eine Stunde Telefon-Sprechzeiten haben, wo man dann anrufen kann und das war dann auch so gut wie nur besetzt. Also kam man gar nicht durch. Und ich sage mal, an meinen jetzigen Trauma-Therapeuten, wo ich dann jetzt ab Januar hingeh, ja, bin ich eigentlich über Beziehungen mehr oder weniger drangekommen.“ (P14, Pos. 118)

„Da wäre vielleicht auch gut, wenn es irgendwie eine Stelle oder irgendjemand gäbe, der da vielleicht ein bisschen mehr mit draufschaut, ein bisschen auch mehr mit telefoniert oder mit schreibt oder mit sich ein bisschen mehr mit drum kümmert und dass man in dem Punkt auch nicht alleine dasteht und muss sich da quasi irgendwen, irgendwo, irgendwie raussuchen und machen und tun.“ (P14, Pos. 120)

Weiterhin war auffällig, dass die Betroffenen zwar angaben, vieles in Eigenregie leisten zu müssen, jedoch im Rahmen des Interviews deutlich wurde, dass sie Unterstützung durch Dritte bekommen hatten und die Eigeninitiative eher einer gesteigerten Hilfsbedürftigkeit zugeordnet werden konnte.

Hervorgehoben wurde zusätzlich die Schwierigkeit einer Terminvereinbarung mit entsprechenden TherapeutInnen. Hier wünschten sich die Betroffenen mehr Unterstützung durch die Bundeswehr.

4.2.3.2 Individuell-kontextuelle Faktoren

Als individuell-kontextueller Faktor konnte auf Basis der Aussagen der InterviewpartnerInnen der Themenkomplex „Gegenseitiges Vertrauen“ zwischen TherapeutInnen und Einsatzgeschädigten herausgearbeitet werden.

4.2.3.2.1 Gegenseitiges Vertrauen

Das gegenseitige Vertrauen zwischen TherapeutInnen und Betroffenen spielte für die InterviewpartnerInnen eine zentrale Rolle, ähnlich wie in der Arzt-Patienten-Beziehung, wie bereits in der Kategorie „Medizinische Versorgung“ beschrieben.

Gegenseitiges Vertrauen war bereits zu Therapiebeginn wichtig und essenziell für eine Bindung zwischen TherapeutIn und betroffener Person. Ein Nichtvorliegen einer Vertrauensbasis konnte zur Folge haben, dass Therapien abgebrochen wurden.

„Die Psychologin fand ich auch sehr, sehr gut. Ich war vorher/ bei diesen fünf provisorischen Sitzungen war ich vorher bei einer anderen gewesen, mit der ich jetzt, ja, nicht so auf einen Nenner gekommen bin, um es mal so zu sagen. Als zweites bin ich dann quasi zu der, wo ich jetzt die ganze Zeit war. Und das hatte dann auch recht gut gepasst. Ja. Das hat gut funktioniert.“ (P11, Pos. 150)

„Und dann hatte ich da einen netten Therapeuten, der auch sagte "Ja, mit dieser emotionalen Taubheit, ne, ich soll mich nicht so anstellen, jetzt soll ich mir mal, wortwörtlich, soll ich mir mal vorstellen, wenn meine Frau oder Kinder vergewaltigt würden, dann hätte ich da auch/ dann würden da auch Emotionen rauskommen. Oder ich mache mit Ihnen mal einen Fallschirmsprung.“ ... Und daraufhin bin ich zurück und habe gesagt, nein, da gehe ich auf gar keinen Fall mehr hin. Das war für mich ja schon fast eine verbale Vergewaltigung. Also wie die da vorgehen mit dem Knüttel, das klappt nicht.“ (P14, Pos. 20-22)

Eventuell problematische Therapiesettings wie z. B. eine Videosprechstunde war bei hinreichendem Vertrauen zum Therapeuten/zur Therapeutin kein Hindernis in der Versorgung.

„Deshalb habe ich mich auch jetzt seit März wieder in die Traumatherapie begeben in Berlin, ne. Natürlich über Videokonferenz, ne, weil es nicht anders geht. Ist aber machbar, weil ich meine Therapeutin halt schon jahrelang kenne. Dann ist es kein Problem das zu machen.“ (P1, Pos. 82)

Durch die InterviewpartnerInnen wurde eine Rücksichtnahme der TherapeutInnen beschrieben um Retraumatisierung vorzubeugen.

„Aktuell keine Traumatherapie, weil er halt jetzt gerade auch Rücksicht nimmt auf die vergangenen Meldungen. Da will er jetzt nicht noch weiter drin rumstochern.“ (P9, Pos. 94)

Ebenso wie ein häufiger Wechsel des Truppenarztes/der Truppenärztin als negativ bewertet wurde, so hatte ein TherapeutInnenwechsel subjektiv auf die Betroffenen ebenfalls negativen Einfluss. Ein einfacher TherapeutInnenwechsel konnte sogar eine vollständige Versorgungslücke mit massiver Verschlechterung des psychischen Zustandes zur Folge haben.

„I: Wenn Sie diese ganzen Therapeutenwechsel Revue passieren lassen, hat Sie das zurückgeworfen in Ihrer Genesung? War das hinderlich? B: Also der letzte definitiv. Da hatte ich nämlich sieben Monate niemand. Und ich weiß auch nicht, was da war, aber dann hat die Depression sich sehr stark entwickelt und da waren wieder die Suizidgedanken ziemlich stark gewesen. 2019 habe ich unbewusst versucht einen Suizid scheinbar zu machen. Hatte aber die falschen Tabletten. (lacht) ... Und letztes Jahr, 2020 war es dann halt, niemand zum Reden gehabt. Immer mehr hat sich aufgestaut. Körperlich hat man das gemerkt.“ (P4, Pos. 45-46)

„Und dann, dass ich auch immer erst mal, sage ich mal, den ein und denselben Therapeuten hatte. Ja? Man hat ihn mir ja jetzt nach zehn Jahren ja versetzt. Jetzt geht das ja halt eben jetzt für mich wieder von vorne los. Das stresst mich auch. Weil er ist derjenige, der alles weiß und alles kennt und auch einen, ja, halt eben/ weiß, wie er mit einem umzugehen hat, sage ich mal. Und das weiß halt eben ein neuer Therapeut nicht. Man muss sich erst mal wieder annähern.“ (P10, Pos. 120)

Einige Betroffene gaben an, dass das Vertrauensverhältnis zu militärischen TherapeutInnen besser gewesen sei als zu Zivilisten, da den militärischen TherapeutInnen mehr Verständnis für militärische Zusammenhänge zugeschrieben wurde. Außerdem machten sich die Betroffenen unter anderem Gedanken um die psychische Gesundheit der TherapeutInnen und hielten militärischen TherapeutInnen auch in diesem Zusammenhang für geeigneter.

„Wichtig ist nur für mich, dass die Person einen militärischen Background hat. Habe jetzt eine Therapeutin, die ehemalige Oberfeldärztin ist und nach zwanzig Jahren ausgeschieden ist. Die vorher halt auch im Krankenhaus entsprechend tätig war...Also ich habe festgestellt, dass Zivilisten Schwierigkeiten haben, mit militärischen Szenarien zu verarbeiten. Also mir hilft es ganz außergewöhnlich, wenn der Arzt, die Ärztin oder auch die Therapeutin ein Verständnis, Einblick hat in militärische Denkweise.“ (P5, Pos. 38)

„Und also ist es halt für mich auch verdammt schwer: Wie viel lade ich bei der anderen Seite ab? Auch wenn sie dafür bezahlt wird, dass sie gewisse Schutzschilde hat oder sonst was. Und da hilft halt, sage ich mal, ja, so ein Gesprächsatmosphäre, wo man das Gefühl hat, der andere versteht es. Und zwar auch teilweise, ohne es aussprechen zu müssen, weil er ähnliche Erfahrungswerte hat. Und erkennt daran, in der Art und Weise, wie man reagiert oder wie man das versucht zu kommunizieren, ohne zu detailliert loszugehen, ja, und damit einen abholt, auch nicht direkt, diesen Triggermoment wieder zu erleben zu müssen.“ (P5, Pos. 116)

„Was es schwierig macht, ist mitunter natürlich gerade, wenn es um Einsatzerleben geht, ihr das irgendwie verständlich zu machen. Das habe ich sehr, sehr deutlich gemerkt. Also im Vergleich mit dem Psychologen, den ich auf dem ENBS kennengelernt habe. Der war vorher Feldjägeroffizier. Der hat selber schon in Gao in der Wüste gestanden. Der hat da selber nicht allzu tolle Bilder gesehen. Zudem habe ich natürlich einen ganz anderen Zugang. Der hat ein ganz anderes Verständnis dafür, wenn ich

davon berichte. Etwas was ich natürlich auch von einer zivilen Therapeutin einfach nicht erwarten kann. Und da ist der Anspruch einen solchen Therapeuten zu finden/ ja völlig überzogen wäre, ja, oder unrealistisch wäre. Ich merke halt, dass sie in ihrer Art, therapiert vor allem tiefenpsychologisch immer wieder darauf zurückgeht, wie ich aufgewachsen bin und mit welchen Faktoren ich im Endeffekt belastet wurde und bla und blub. Und letztlich das Einsatzgeschehen selber bisher gar nicht großartig angefasst hat. Jetzt will ich mir natürlich aber nicht anmaßen zu behaupten: "Die hat da keinen Plan." Vielleicht hat sie da explizite Absichten und kommt irgendwann darauf, aber das ist bis jetzt nur immer am Rande passiert.“ (P13, Pos. 44)

Für einzelne Betroffene spielte das Geschlecht der TherapeutIn eine übergeordnete Rolle, was in direktem Zusammenhang mit dem Selbstbild der psychisch einsatzgeschädigten Person stand.

„Deswegen hatte ich auch das Problem mit den Psychologen, weil ich wollte grundsätzlich erst mal zu keiner PsychologIN, weil ich mich einer Frau nicht öffnen wollte. Das hat aber auch mit meiner früheren Einstellung zu tun, sage ich mal. Ich bin nicht wegen Frauen, sondern ich konnte mich/ ich wollte/ weil ich wusste, das passiert vielleicht was mit mir. Und das wollte ich keiner Frau zeigen. Das war mir halt unangenehm. Und deswegen wollte ich einen Mann haben. Ich wollte aber einen Mann haben, der beim Bund ist. (lacht) Also einen Soldaten. Und das gab es halt einfach nicht. Und ich musste einfach dann jemanden finden, der als Zivilist die Ahnung hat, dass er auch versteht, was ich sage.“ (P9, Pos. 170)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Vertrauen zum Therapeuten/zur Therapeutin eine essenzielle Basis war, um eine Therapie überhaupt erst beginnen oder weiterführen zu können. Ein fehlendes Vertrauen hatte dementsprechend gegenteiligen Effekt und negative Auswirkungen im Rahmen der Versorgung (z. B. Behandlungspausen mit Aggravierung der Symptomatik) und der Patientenkompetenz (z. B. Frustration, Gefühl, nicht verstanden zu werden).

4.2.3.3 Kontextuelle Faktoren

Als kontextueller Faktor wurde von den psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen die Therapie oder spezielle Traumatherapie genannt.

4.2.3.3.1 Therapie/Traumatherapie

Der Therapie und insbesondere die Traumatherapie wurden von den Betroffenen wesentliche Rollen im Prozess der Genesung zugeordnet. Insgesamt wurde der Therapie auch im Rahmen von Gruppentherapien eine positive Wirkung zugeschrieben.

„Berlin hat aber auch verschiedene Gruppen angeboten, ne. Es gab zum Beispiel, das nannte sich Traumagruppe, ne. Und dann waren wir dann zu sechst, ein ganz kleiner Personenkreis über zwei Wochen, nur zusammen und auch nur damit gearbeitet. Und dann wurde dann halt intensiv da therapiert, ne. Und das waren so Punkte, die schon wichtig waren.“ (P1, Pos. 22)

„Die Unterstützung habe ich eigentlich, ne. Ich bin therapeutisch aufgehoben, ne.“ (P1, Pos. 90)

„Ab da war ich dann ... so fünf Jahre durchgehend in Therapie. Ist eine lange Phase, weiß ich. Davon eineinhalb Jahre in einer Tagesklinik und den Rest dann ambulant mit ambulanter Psychotherapie. Und seitdem bin ich nach wie vor natürlich da noch in Behandlung, aber ich möchte schon sagen, in immer niederschwelligerer Form.“ (P3, Pos. 43)

„An sich bin ich sehr froh, dass ich da hingehen kann. Ich merke auch, wenn sie eine Fortbildung hat oder Urlaub hat und dann einfach mal drei Wochen zwischen zwei Sitzungen liegen, dass mir das FEHLT, ja, dass ich mir dann mitunter eine Liste mache so mit Dingen, die mir in diesen drei Wochen passieren, worüber ich gerne mal sprechen würde.“ (P13, Pos. 43-44)

Einige Betroffene erlebten die Therapie und insbesondere eine spezielle Traumatherapie initial als aufwühlend und konnten bisher den Therapieerfolg für sich noch nicht erkennen.

„Ich war jetzt vor kurzem für sechs Wochen in einer psychosomatischen Klinik und ja, da wurde von mir quasi ein neues Bild erstellt, auch was die Therapie angeht. Habe jetzt auch ab nächster Woche einen richtigen Trauma-Therapeuten und ja, hänge jetzt wieder, seitdem ich aus dieser Blase, sprich Klinik, zurück bin, ja, über die Tage so ein bisschen in der Luft und ja, bin gedanklich schon in der Therapie. Und habe halt auch gemerkt, dass ich seit zwei, drei Wochen starke Einschlaf-Probleme habe, was ich vorher gar nicht hatte und merke jetzt, dass da wieder bei mir wieder irgendwas ganz stark im Wandel ist und das gerade nicht ganz so gut ist.“ (P14, Pos. 10)

Einige Betroffene empfanden die Therapie als ungeeignet für sie, z. B., wenn kein Traumatherapeutischer Ansatz zu erkennen war. Dies konnte sogar dazu führen, dass eine Therapie abgebrochen wurde.

„Ich merke halt, dass sie in ihrer Art, therapiert vor allem tiefenpsychologisch immer wieder darauf zurückgeht, wie ich aufgewachsen bin und mit welchen Faktoren ich im Endeffekt belastet wurde und bla und blub. Und letztlich das Einsatzgeschehen selber bisher gar nicht großartig angefasst hat. Jetzt will ich mir natürlich aber nicht anmaßen zu behaupten: "Die hat da keinen Plan." Vielleicht hat sie da explizite Absichten und kommt irgendwann darauf, aber das ist bis jetzt nur immer am Rande passiert.“ (P13, Pos. 44)

„...die damalige Therapeutin ist da halt überhaupt nicht darauf eingegangen, so dass ich dann halt auch irgendwann gemeinsam mit Dr. xxx gesagt habe, das bringt dann so nichts mehr. Und seitdem bin ich nicht mehr in Behandlung.“ (P7, Pos. 30)

„I: Sie sagen, dass Sie JETZT eine richtige Trauma Therapie im Rahmen der Psychotherapie bekommen. War das vorher nicht der Fall? B: Nein.... Und durch diesen letzten Aufenthalt jetzt, wo ich da eine richtige Trauma-Therapeutin hatte, die hat binnen zwei Wochen mich komplett analysieren können und sagen können, so wie das jetzt läuft, funktioniert es nicht und ich muss halt einen richtigen Trauma-Therapeuten mir suchen, was auch meine Frage damit geklärt hat, warum es bei mir in diesen drei Jahren, wo diese Therapie schon läuft, keine großen Fortschritte oder Veränderungen gibt.“ (P14, Pos. 17-18)

Einige InterviewpartnerInnen beschrieben erhebliche Hindernisse, wenn es darum ging einen Termin bei zivilen TherapeutInnen zu erhalten.

„I: War es schwer, im Zivilen einen Therapeuten zu finden? B: Ja. Sehr schwer. I: Können Sie beschreiben, warum? Was schwer war? B: Zum einen generell bei jemandem einen freien Platz zu bekommen. Wenn man dann schon gehört hatte Bundeswehr, wurde es teilweise auch schon abgesagt. Weil es da sehr - ich denke, da kommen wir später auch noch mal darauf zu sprechen - abrechnungstechnisch sehr, sehr schwierig ist. (P11, Pos. 137-140)

Im Gegensatz zu vorherigen Aussagen, erlebten einige Betroffene keine Hindernisse bei der Terminvereinbarung mit zivilen TherapeutInnen.

„Also wissen Sie schon, Kassenpatient und in Anführungsstrichen Privatpatient, so wird ja für uns abgerechnet, ist man automatisch schon mal bessergestellt. Ist schon mal das erste, ne.“ (P1, Pos. 94)

„I: War das schwierig einen Therapieplatz zu bekommen? B: Für mich tatsächlich nicht. Ich glaube, ich habe jedes Mal auf dem AB direkt mit erwähnt: "So. Übrigens ich komme von der Bundeswehr." Ich kriege so einen Überweisungsschein oben links mit einem eisernen Kreuz. Das scheint geholfen zu haben. Also ich glaube, ich habe vier Therapeuten angerufen, vier Mal auf den AB gesprochen und von zwei habe ich quasi eine Zusage bekommen, dass ich bald kommen kann.“ (P13, Pos. 41-42)

Weiterhin wurden Versorgungslücken beschrieben, hervorgerufen durch finanzielle Unstimmigkeiten.

„Und meine damalige Therapeutin hat, ja, eine Preiserhöhung durchgeführt. Und die Bundeswehr war da nicht bereit, das zu zahlen. Weil, davor hat es ja auch funktioniert mit ihr, aber dann wollte sie mehr Geld. Und dann, ja, wurde ich fallen gelassen von meiner Therapeutin und war dann halt relativ lang auf Suche, sieben Monate, bis ich einen neuen Platz gefunden habe.“ (P4, Pos. 17-18)

TherapeutInnenwechsel spielten nicht nur eine Rolle in Zusammenhang mit dem gegenseitigen Vertrauen zwischen TherapeutInnen und Erkrankten, sondern auch in der Therapie selbst.

„Also insgesamt muss ich sagen, hatte ich schon fünf Therapeuten. (lacht) Also/ nein, vier feste. Vier feste waren das.“ (P4, Pos. 44)

Ein TherapeutInnenwechsel konnte im Nachhinein betrachtet jedoch auch notwendig sein um eine adäquate, individuelle Versorgung zu ermöglichen.

„I: Wechsel wurde notwendig, weil? B: Der erste Grund war, dass meine Therapeutin gesagt hat, okay, Trauma ist soweit behandelt, jetzt geht es um Verhaltenstherapie, das ist nicht ihr Fachgebiet. Und sie hat mir dann auch geraten zu wechseln. I: Haben Sie für sich eine Verbesserung oder eine Veränderung festgestellt? Nach dem Wechsel? Hätten Sie jetzt den Wechsel auch so vorgenommen oder würden Sie sagen, Sie würden wieder zurückwollen? B: Aus der heutigen Sicht ist es definitiv richtig gewesen.“ (P8, Pos. 27-32)

Therapie und insbesondere Traumatherapie konnte den InterviewpartnerInnen zur Krankheitseinsicht verhelfen und dysfunktionale Verhaltensweisen reduzieren.

„...dieser Umgang mit der Trauma-Therapeutin, die hat mir dann noch mal sehr die Augen geöffnet und ich bin halt jetzt, ja, ich sage mal, ich bin jetzt in einer Phase, wo ich anfangen es richtig anzunehmen, zu akzeptieren, weil bei mir auch schon immer, ja, auch so eine Art Verdrängungsmodus war.“ (P14, Pos. 24)

Die Therapie wurde in der Aufarbeitung verschiedenster Sachverhalte und Verhaltensweisen als hilfreich erlebt.

„I: Vermissen Sie das alte Ich? B: „...Also wir sind therapeutisch dran das aufzuarbeiten. Aber wir sind noch nicht so weit, dass ich eine klare Antwort darauf geben könnte.“ (P5, Pos. 67-68)

Zusammenfassend können die von den psychisch Einsatzgeschädigten genannten Themen, die die Therapie allgemein umfassen in 2 Kategorien eingeteilt werden. Effekte der Therapie/Traumatherapie sowie weitere Aspekte. Sie sind in den folgenden Tabellen 33 und 34 dargestellt.

Tabelle 33: Generelle Effekte von Therapie/Traumatherapie auf psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen

Effekte von Therapie/Traumatherapie
Unterstützende Wirkung
Stabilisierung
Arbeitet auf
Reduktion von dysfunktionalen Verhaltensweisen
Reduktion belastender Symptome
Initial wird Traumatherapie als aufwühlend erlebt
Fördert Krankheitseinsicht

Tabelle 34: Allgemeine Aspekte von Therapie und Traumatherapie, die von psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen genannt wurden

Aspekte von Therapie/Traumatherapie
Gruppentherapie wird als positiv erlebt
Teils Schwierigkeiten bei Abrechnung mit TherapeutInnen
Teils Schwierigkeiten bei Terminvereinbarungen
TherapeutInnenwechsel teils notwendig, teils ungünstig
Geeignete Therapieform spielt eine wichtige Rolle im Rahmen der Compliance

4.2.4 Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“

In folgendem Kapitel werden die Aussagen und Erfahrungen der InterviewpartnerInnen hinsichtlich des „Netzwerkes der Hilfe“, welches betroffenen SoldatInnen zur Seite stehen soll, beschrieben. Die extrahierten Themenkomplexe, die genannt wurden, konnten inhaltlich ausschließlich in das Charakteristikum „kontextuell“ einsortiert werden.

4.2.4.1 kontextuelle Faktoren

Als kontextuelle Faktoren wurden in den Interviews die folgenden Themenfelder genannt und beschrieben.

Tabelle 35: Kontextuelle Faktoren der Hilfe durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“

Kontextuelle Faktoren
Lotse/Lotsin
Veteranenverband
Truppenpsychologie
Einsatznachbereitungsseminar (ENBS)
Sozialdienst
Militärseelsorge
Sportschule der Bundeswehr

4.2.4.1.1 Lotse/Lotsin

Lotsen/Lotsinnen sollen den SoldatInnen mit psychischer Einsatzschädigung beistehen. Ihr Auftrag ist es, Verbindung zum Netzwerk der Hilfe herzustellen, Kontakte zu knüpfen und bei der Recherche von Hilfsangeboten zu unterstützen. Die fachliche Beratung der LotsInnen ist in der Beschreibung der Tätigkeit ausgeklammert. [9] Dieses wurde von einigen InterviewpartnerInnen bemängelt. Sie nahmen

an, dass eine Betreuung durch ebenfalls Betroffene für sie mehr von Vorteil gewesen wäre. Sie vermuteten, dass diese die Bedürfnisse der psychisch einsatzgeschädigten SoldatInnen besser kennen und erkennen könnten und die Interessen somit besser vertreten könnten.

„Klar, wir haben unsere Lotsen, ne. Aber bei den Lotsen ist es auch immer so, das Problem zum Beispiel an meiner Dienststelle, das sind alles Lotsen, die haben keine Einsatzschädigung, ne. Die waren auf einen Lehrgang und haben gesagt bekommen, okay, so und so und so funktioniert das. Da und da steht das. Bei meinen Lotsen ist das so, die kommen zu mir und fragen, was können wir denn machen, ne?... Da sage ich aber immer, vom Geschädigten für den Geschädigten, ne, weil es ganz einfach besser ist, ne. Und da den Erfahrungsaustausch zu haben, ne.“ (P1, Pos. 64)

Einige Betroffene beschrieben durch ihre LotsInnen Unterstützung auf Augenhöhe erfahren zu haben. Sie konnten teilweise sogar zur Krankheitsakzeptanz beitragen.

„I: Das Akzeptieren, war das von Anfang an möglich? B: Nein. I: Was hat dazu geführt? B: Die Therapie natürlich, ja? Menschen, die mir Zuspruch gegeben haben, die mir Motivation gegeben haben. Das war mein Lotse, der immer für mich da war, den ich anrufen konnte.“ (P2, Pos. 42-45)

„Was hilfreich ist, sind die Lotsen. Das finde ich sehr positiv. Wenn ich irgendwann vielleicht darf, würde ich mich da auch bewerben, weil ich weiß, WIE schwer das am Anfang war... Und so ein Lotse, auf Augenhöhe, das finde ich eine Superidee, dass es das heute so gibt. Das ist super.“ (P4, Pos. 158)

„Und dann hat man mir doch geraten, zu einem Lotsen zu gehen und dann bin ich im Café Sorglos und dauernd zum Lotsen gegangen... und der hat mir dann auch gleich weitergeholfen, hat mir zugehört und hat gesagt "Pass auf, ich höre hier die und die Probleme.“ ... Ja, das war so der erste Anker, den ich so hatte. Militärisch gesehen.“ (P8, Pos. 56)

„...ich habe ja meinen Einsatzlotsen, den habe ich hier im Verband. Dann arbeite ich auch sehr eng mit dem Sozialdienst zusammen. Und das sind so diejenigen, die mir jetzt, sage ich mal, was diese dienstlichen Belange auch, wo es dann um WDB-Anträge oder Sonstiges ging, die dann quasi alles für mich gemacht haben.“ (P14, Pos. 64)

Einzelne Betroffene legten großen Wert darauf, dass der Lotse/die Lotsin ein außenstehender Soldat/eine außenstehende Soldatin und nicht der eigenen Einheit zugehörig war. Zusätzlich war eine räumliche Nähe zum Wohnort gewünscht um zusätzliche Unterstützung für die Familie zu erfahren.

„... also innerhalb der Kompanie wollte ich keinen haben. Wie gesagt, der innere Kreis - sage ich mal - die wussten Bescheid. Aber jetzt außerhalb des Zuges beziehungsweise Chef, Spieß, da wollte ich keinen. Ich wollte einen von einer anderen Kaserne haben. Der auch näher an zu Hause dran ist falls/ für die Frau etc..“ (P11, Pos. 146)

Negative Erfahrungen mit LotsInnen wurden ebenfalls geteilt. Diesen wurde hauptsächlich vorgeworfen, kein Interesse für die betroffene Person aufgebracht zu haben und die Aufgabe als Lotse/Lotsin lediglich auszuführen, um sich selbst damit einen Vorteil verschaffen zu können (z. B. heimatnaher Standort) oder sich selbst darzustellen. Diese Frustration führte bei den Einsatzgeschädigten dazu, dass die Ressource „Lotse/Lotsin“ nicht genutzt wurde.

„Oder genauso wie zum Beispiel Lotsen. War unsere Idee eigentlich, dass PTBS-Patienten, denen es wieder besser geht, die sollen als Lotse eingesetzt werden, wo dann die die anderen unterstützen können so ein bisschen. Aber das Ganze ist, sage ich mal, mehr oder weniger am Arsch gewesen auf gut Deutsch, denn wer wurde am Ende Lotse? Man hat gesagt: „Hey, Staber, wie sieht es aus? Du willst hier gerne an deinem Standort hierbleiben... dann werde Lotse.“ Was ist dann passiert aber... wer es auch war, hat sich einen Scheiß darum gekümmert.“ (P12, Pos. 66)

„Ich habe irgendwann mal auf Nachfrage Kontakt zu einem Lotsen bekommen bei uns aus dem Regiment und den konnte ich einfach nur in der Pfeife rauchen. Also der hat in der Masse der Zeit einfach davon erzählt, wie schwierig sein Lotsenjob ist und, dass er ja gar nicht die Mittel hat, um alles zu machen. Und von ich glaube, einer Stunde Gesprächszeit ging es 50 Minuten darum, wie schwierig sein Job ist. Und das an/ mit weg ging es letztlich darum, was kann er für MICH TUN.“ (P13, Pos. 72)

Ein weiterer Kritikpunkt war, dass die Erfahrung gemacht wurde, dass seitens der LotsInnen keine Eigeninitiative ersichtlich war und somit die Kontaktaufnahme ausschließlich von den Betroffenen ausgehen musste.

„Sozialdienst oder ein Lotse oder so was, solche Leute müssen auf einen zukommen und so was unterstützen und sagen: „Hey, denke mal an dies und das.“ Und das sind so Sachen, wo ich sage, es passiert nicht. Viele nehmen diese Aufgabe auch nicht richtig ernst und machen es auch nicht, ja. Und wo ich dann sage, das ist keine Unterstützung, das ist keine Hilfe.“ (P12, Pos. 114)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich ein heterogenes Bild in Bezug auf die LotsInnen zeigte. Die Vermittlungsleistung und das Interesse der einzelnen LotsInnen schienen individuell unterschiedlich zu sein und wurden zum einen als angemessen und hilfreich und zum anderen als unangemessen und wenig hilfreich empfunden. Insgesamt war ein großer Teil der InterviewpartnerInnen vom Konzept der „Lotsen/Lotsinnen“ überzeugt und mit ihrem individuellen Lotsen/Lotsin zufrieden und konnten für sich positive Erfahrungen sammeln. Aus den Aussagen der InterviewpartnerInnen lassen sich folgende positive Aspekte, aber auch Änderungswünsche im Hinblick auf die Tätigkeit der LotsInnen extrahieren.

Tabelle 36: Positive Aspekte und Änderungswünsche im Hinblick auf Lotsen/Lotsinnen

Positive Aspekte
Unterstützung emotional auf „Augenhöhe“
Unterstützung administrativ (z. B. WDB, sonstige Anträge)
Erfahrungsaustausch durch Lotsen/Lotsinnen mit PTBS-Erkrankung
Kontaktanfrage vom Lotsen/von der Lotsin ausgehend
LotsInnen mit ehrlich gemeintem Interesse an Mensch und Erkrankung
Lotse/Lotsin nicht aus eigener Einheit
Räumliche Nähe der LotsInnen zum Wohnort



4.2.4.1.2 Veteranenverband

Der Bund deutscher Einsatzveteranen ist ein wirtschaftlich und politisch unabhängiger Verein, welcher sich für die Sicherung der Versorgung und für die Verbesserung der Betreuung einsatzbelasteter VeteranInnen einsetzt und Teil des Netzwerks der Unterstützung ist. Er kümmert sich ebenso um SoldatInnen mit psychischer Einsatzschädigung. [4]

Der Veteranenverband wurde im Rahmen der Interviews von einer betroffenen Person erwähnt. Diese äußerte sich ausschließlich positiv und gab an Unterstützung durch die MitgliederInnen des Verbandes erhalten zu haben.

„Also wenn ich da ehrlich bin, da hat mir am allermeisten der Veteranen-Verband geholfen, weil, wie gesagt, da kam eine Fülle an Unterlagen und Zeug, was ich machen musste und diesen Erstantrag noch beim Sozialdienst. Aber diese ganzen anderen, weil, der lief ja auch anderthalb Jahre dieser ganze Antrag. Und wenn dann Fragen waren, wie gesagt, da war mit meinem ersten Lotsen noch nicht so der Kontakt, aber erwähnenswert war die Hilfe wirklich vom, muss ich so sagen, vom Veteranen-Verband, die mich da wirklich sehr unterstützt haben bei dem ganzen Kram alles.“ (P14, Pos. 97-100)

„I: Heißt das umgekehrt, wenn Sie die Hilfe vom Veteranen-Verband nicht gehabt hätten, dass Sie das nicht bewältigt hätten? B: Also ich sage mal, ich alleine nicht. Nein, das ist auch nach wie vor, wenn irgendwas an Unterlagen kommt.“ (P14, Pos. 101-102)

4.2.4.1.3 Truppenpsychologie

Der truppenpsychologische Dienst der Bundeswehr hat den Auftrag, den militärischen Einsatz sowie die Vor- und Nachbereitung zu begleiten. Weitere Aufgaben des truppenpsychologischen Dienstes ist die Führungsberatung (Konfliktmanagement, Coaching etc.), Aus- und Weiterbildung (z. B. Stressprävention) und Krisenintervention (z. B. schwere Unfälle, Konfrontation mit Verwundung und

Tod). Grundsätzlich liegt das Führen von Gruppen- oder Einzelgesprächen auch im Verantwortungsbereich des truppenpsychologischen Dienstes. Längerfristig psychisch erkrankte SoldatInnen - somit auch SoldatInnen mit psychischer Einsatzschädigung - werden jedoch in der Regel nicht durch den truppenpsychologischen Dienst versorgt. [5]

Der truppenpsychologische Dienst wurde von den InterviewpartnerInnen grundsätzlich positiv bewertet. Es wurde beschrieben, im Rahmen des Einsatznachbereitungsseminars ENBS gute Erfahrungen mit den PsychologInnen gemacht zu haben und kritisiert, dass eine weiterführende Behandlung durch TruppenpsychologInnen der Bundeswehr oft nicht möglich gewesen sei. Die Betroffenen hätten sich dies ausdrücklich gewünscht.

„Vielleicht sprichst du mal mit unserem Psychologen, der dabei ist.“ Psychologe vom psychologischen Dienst aus xxx, meine ich, kam er, der da das Seminar begleitet hat. Mit dem habe ich mich dann in diesen zwei Tagen sagen wir zusammengerechnet ich glaube elf Stunden unterhalten. Also schon erheblich, wo ich dann gemerkt habe: Es tut mir sehr, sehr gut mich mit dem auseinanderzusetzen. Und daraus kam dann natürlich auch recht zügig der Gedanke, dass ich mir einen Therapieplatz suchen sollte und das haben die über den Truppenarzt angeleiert.“ (P13, Pos. 36)

„Entsprechend ist das kein Vergleich (Anmerkung der Autorin: gemeint ist eine ambulante Psychotherapie auf die sich die betroffene Person bezieht) zu dem Truppenpsychologen, den ich kennengelernt habe, mit dem ich einfach mal in zwei Tagen elf Stunden sprechen kann, wenn ich das für nötig erachte und er sich einfach die Zeit dafür genommen hat, ne? Das ist nicht im Ansatz miteinander vergleichbar. Ja? Und ich es platt gesagt beschämend finde, dass ein zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr es im Gegensatz zu anderen Teilstreitkräften nicht geschissen kriegt einen eigenen anständigen truppenpsychologischen Dienst aufzubauen, sondern behauptet: "Wir haben die Krankenhäuser und damit ist alles getan."“ (P13, Pos. 72)

„Wir haben ja auch jetzt hier auf dem Platz eine relativ neue Psychologin. Bei der war ich auch zwei oder drei Mal so ein bisschen zum Gespräch. Sie sagte mir auch so Therapien kann sie nicht anbieten, aber auch halt, ich sage mal, wenn es jetzt brennt mal so ein bisschen als Unterstützung und so ein bisschen zum Reden.“ (P14, Pos. 104)

Eine vollständige Abgrenzung des Themenkomplexes „Truppenpsychologie“ zu dem Themenkomplex „Einsatznachbereitungsseminar“ kann und soll nicht erfolgen, da die Truppenpsychologie einen wesentlichen Beitrag im Rahmen dieser Seminare leistet bzw. diese nur mit truppenpsychologischer Begleitung stattfinden.

4.2.4.1.4 Einsatznachbereitungsseminar (ENBS)

Das Einsatznachbereitungsseminar ist für alle Einsatzteilnehmenden grundsätzlich verpflichtend. Es soll der dienstlichen und persönlichen Wiedereingliederung nach einem militärischen Auslandseinsatz dienen und zur Erkennung und Aufarbeitung möglicher Einsatzfolgen beitragen. Es ist Teil des Konzeptes „Erhalt und Steigerung der psychischen Fitness der Soldatinnen und Soldaten“ der Bundeswehr und soll die Selbstwahrnehmung der SoldatInnen verbessern, sowie Entlastung und Erholung von einsatzbedingten Belastungen sowohl im Gruppenrahmen, als auch als individuell ermöglichen. Hierdurch soll ein frühzeitiger Beratungs- und Unterstützungsbedarf der EinsatzrückkehrerInnen ermöglicht und die Barriere für psychosoziale und medizinische Angebote gesenkt werden. Zusätzlich steht es jedem Teilnehmer/jeder Teilnehmerin frei eine Bezugsperson zum ENBS mitzubringen. [17]

In den Interviews wurde deutlich, dass sich oftmals ein Problem daraus ergab, dass Betroffene nicht am ENBS teilnehmen konnten, wie es eigentlich geplant war (z. B. nicht mit den KameradInnen aus dem Einsatz bzw. der eigenen Einheit). Dies hatte zur Folge, dass eine gewisse Scham bestand, sich „Fremden“ gegenüber zu öffnen. Die im folgenden Zitat beschriebene Verzögerung des ENBS ergab sich aus medizinisch notwendigen Behandlungen, welche zum damaligen Zeitpunkt Priorität hatten.

„Es gibt ein Rückkehrer- Seminar. Das ist halt aufgrund von meiner Operation einige Zeit später erst zustande gekommen, auch nicht mit den Leuten, mit denen ich vor Ort in Afghanistan war, außer mit dem einen Oberfeldwebel von mir. Dementsprechend war das natürlich auch nicht so, dass man sich da gerne preisgeben wollte im Sitzkreis, mit Leuten, die einem sowieso schon völlig fremd waren. Also wenn, wäre es gut, wenn solche Rückkehrer- Seminare dann auch wirklich zusammen gemacht werden. Wäre ein Vorteil, denke ich.“ (P6, Pos. 28)

Von den Betroffenen wurde beschrieben, dass die Seminare in der Vergangenheit als nicht zielführend erlebt wurden, sich dies aber in der letzten Zeit deutlich verbessert habe (im folgenden Zitat ist der Zeitraum um 1999 gemeint).

„Das Einzige, was es gab, das war das, ich glaube Reintegrationsseminar hieß es, für drei Tage, und danach war man dann geheilt. Und da ist man dann hingegangen für Party zu machen, beziehungsweise, um der Bundeswehr zu sagen, falls irgendwann später mal was kommt, kann ja keiner die (unv.). So hat man es damals kundgetan. Seit der Zeit hat sich sehr viel getan und das im positiven Sinne. (...) Das finde ich gut so. Das ist der richtige Weg.“ (P8, Pos. 174)

In einigen Fällen war das ENBS der ausschlaggebende Faktor für die Initiation einer Therapie. Eine genaue Abgrenzung zum Themenkomplex „Truppenpsychologie“ kann hier nicht erfolgen, da die Begleitung der Seminare durch die Truppenpsychologen stattfinden.

„Als wir dann in Deutschland waren, waren wir auch beim Rückkehrer-Seminar. Da gab es dann auch die Truppenpsychologin, die dann gesehen hat, dass es eine Gruppe von älteren Leuten gibt wie ich. ... Und die hat das Verhalten von uns dann halt in den Gruppen so ein bisschen sich dann genau angeguckt und gemerkt, dass dort ein paar Aggressionen sind, ein paar Grundstimmungen, die nicht ganz stimmen. Und hat uns dann mal NACH so einem Gespräch auf Seite gezogen und halt die richtigen Fragen gestellt. Und daran hat sie es dann gemerkt, dass da irgendwas im Busch ist. Und dann waren wir im Standort. Und dann hat sie nochmal ein paar Fragen gestellt. Dann war ich auch als Vertrauensperson bei ihr. Und dann hat sie MICH etwas gefragt, so wie Sie gerade eben. Und dann passierte es. Und das konnte ich nicht kontrollieren. Und daraufhin hat sie mir dann gesagt oder nahegelegt, dass ich mal das untersuchen lassen soll.“ (P9, Pos. 82)

„I: Wie kamen Sie letztlich in die Therapie hinein? B: Tatsächlich über das Einsatznachbereitungseminar.“ (P13, Pos. 35-36)

Es wurde deutlich, dass das Angebot des ENBS nur Erfolg haben konnte, wenn die Betroffenen bereit und offen für einen Austausch waren.

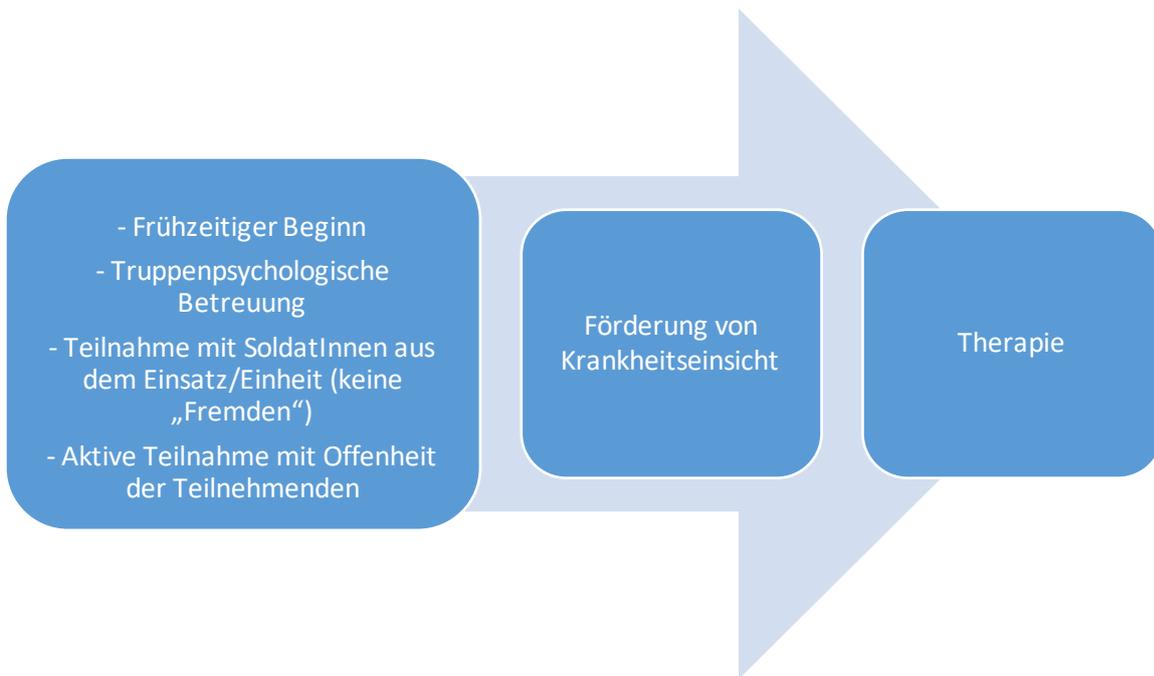
„Ja, aus dem ersten Einsatz noch. Aber da war das was ganz anderes. Weil wir da auf Sauf tour waren. Da gab es zwar die Gespräche, aber die haben uns nicht interessiert. Ich war da ja auch noch zehn Jahre jünger oder/ da hatte ich andere Sachen im Kopf als mich auf solche Gespräche mit Ärzten oder Psychologen einzulassen. Wir haben die Psychologin damals - in Italien waren wir, war ziemlich schön - sehr gemieden. Also wenn wir zusammen essen waren, saß sie immer ziemlich weit von unserem engen Kreis weg, weil wir keine Lust hatten auch mit ihr IRGENDWIE ins Gespräch zu kommen. Wir hatten eher Angst vor ihr sogar.“ (P9, Pos. 139-140)

Das ENBS wurde als entlastend erlebt, wobei der Austausch des Erlebten mit SoldatInnen, welche ähnliche Erfahrungen gemacht hatten eine wichtige Rolle spielte. Weiterhin wurde eine frühzeitige Teilnahme am ENBS nach dem Einsatz als positiv beschrieben.

„...sehr hilfreich war tatsächlich der Austausch beim ENBS. Ich habe keine Ahnung, wie lang das sonst vielleicht gedauert hätte. Weil ich da einfach die Möglichkeit hatte ganz frei zu sprechen und sehr sage ich mal ungefiltert unter Soldaten...Da war das ENBS tatsächlich sehr, sehr hilfreich, um den Anstoß zu geben, um mich in die richtige Richtung zu bringen. Und denke das ist Sinn und Zweck das ENBS und das hat ganz gut funktioniert. (P13, Pos. 88)

Auf Basis der getroffenen Aussagen können die wichtigen Aspekte der ENBS und deren Auswirkungen auf die einsatzgeschädigten SoldatInnen in folgendem Schaubild 8 zusammengefasst werden.

Schaubild 8: Wichtige Aspekte des ESN und deren Auswirkungen für einsatzgeschädigte SoldatInnen



4.2.4.1.5 Sozialdienst

Der Sozialdienst der Bundeswehr wurde hauptsächlich als positive Stütze erlebt. Er initiierte teils die Aufnahme in das EWVG, unterstützte in der praktischen Ausführung von Administration oder hatte beratende Funktion.

„..., die mir bisher wirklich geholfen haben. Davon ab natürlich auch noch die Sozialberaterin ...“ (P6, Pos. 94)

„Und dann hat man sich im BwZK, der Sozialdienst, hat sich dann mit mir hingesezt, der Sozialarbeiter, glaube ich, ist das dann und ich konnte das nicht niederschreiben, ich konnte den Brief auch nicht lesen/ und ist dann die Fragen mit mir durchgegangen. Also im Beisein der FU VI hat der Sozialdienst mit mir gesessen, hat mir die Fragen gestellt und ich habe dann frei geredet. Er hat das auf Papier gebracht und hat den Brief abgeschickt. Ich habe nur unterschrieben. Ich habe ihn nicht mal durchgelesen.“ (P8, Pos. 152)

„Dann arbeite ich auch sehr eng mit dem Sozialdienst zusammen. Und das sind so diejenigen, die mir jetzt, sage ich mal, was diese dienstlichen Belange auch, wo es dann um WDB-Anträge oder Sonstiges ging, die dann quasi alles für mich gemacht haben.“ (P14, Pos. 64)

Negative Erfahrungen mit dem Sozialdienst wurden ebenfalls beschrieben. Kritisiert wurde hier, dass entsprechende Aufgaben seitens der BearbeiterInnen nicht wahrgenommen wurden.

„Und ansonsten/ gut WÄRE es, wenn ein Sozialdienst seine Arbeit machen würde. Und das machen würde, was er gemäß psychosozialem Netzwerk zu tun hat. Aber das ist nicht die Regel. Beziehungsweise eigeninitiativ findet das gar nicht statt. Also eher hinderlich als positiv.“ (P3, Pos. 97)

Von den Betroffenen wurde gewünscht, dass die Initiative zur Beantragung von verschiedenen Hilfs- und Versorgungsleistungen vom Sozialdienst und nicht von den Betroffenen selbst ausgehen sollte.

„Sozialdienst oder ein Lotse oder so was, solche Leute müssen auf einen zukommen und so was unterstützen und sagen: „Hey, denke mal an dies und das.“ Und das sind so Sachen, wo ich sage, es passiert nicht. Viele nehmen diese Aufgabe auch nicht richtig ernst und machen es auch nicht, ja. Und wo ich dann sage, das ist keine Unterstützung, das ist keine Hilfe.“ (P12, Pos. 114)

4.2.4.1.6 Militärseelsorge

Die Militärseelsorge wurde insgesamt von 4 Betroffenen erwähnt.

Wenn Hilfs- und Versorgungsleistungen durch die Militärseelsorge angenommen wurde, beschrieben die Betroffenen ausschließlich positive Erfahrungen in diesem Zusammenhang gemacht zu haben. Dies wirkte sich wiederum stärkend auf die Patientenkompetenz aus.

„I: Selbst das Angebot von der Militärangeistigkeit würden Sie dann als förderlich in dem Zusammenhang bezeichnen? B: Ja, auf jeden Fall.“ (P1, Pos. 73-74)

„Was ein weiterer Punkt wichtig war, das hat die Militärseelsorge angeboten in Berlin, die evangelische, über das Projekt ASEM. ... Die haben viel Gesprächswochenenden angeboten für die Familien. Angefangen also es waren verschiedene Bausteine, angefangen davon erstmal den Familien und Angehörigen zu erklären, was das überhaupt ist. Was ist Einsatzschädigung, PTBS? Warum sind die Menschen so, die daran erkrankt sind und so weiter. Ja, das waren immer verschiedene Wochenenden, die haben aufeinander aufgebaut. Und es wurden dann auch Auszeiten für die Familien angeboten oder werden immer noch angeboten, ne. Wo man einfach mal komplett raus kann, ne und halt mit Unterstützung der Kirche dann weggefahren ist. Mit therapeutischer Unterstützung natürlich auch. Und ja, das war auch so ein Baustein, wo ich gesagt habe, das hat auch gut geholfen, ne, mit dem ganzen zusammen sprechen.“ (P1, Pos. 24)

Besonders betont wurde, dass die Militärseelsorge Unterstützung für Angehörige bietet, was die Betroffenen im Rahmen der restlichen Versorgung zu vermissen schienen.

„Also da sage ich auch, wenn die Militärseelsorge nicht wäre und würde da so viel anbieten für die Familien, ne, wenn ich das mal abziehe und gucke mir an, was der Dienstherr anbietet oder angeboten hat damals, dann siehts ganz schön mau aus. Und da ist auf jeden Fall noch viel mehr Handlungsbedarf notwendig.“ (P1, Pos. 72)

Durch Veranstaltungen, welche durch die Militärseelsorge organisiert waren, konnten die Betroffenen Kontakte knüpfen und gerieten hierdurch wiederum an weitere Informationen zu Versorgungsleistungen.

„Also ich bin nach Warendorf gekommen/ ich war mal auf so einer pferdeunterstützten Therapie. Ging drei Tage. War von der Kirche organisiert. Und da waren auch PTBS-ler und dann hat man sich unterhalten. Und der eine Patient, der hat erzählt, dass er auf dem Lehrgang war. Und das habe ich mir gemerkt.“ (P10, Pos. 110)

4.2.4.1.7 Sportschule der Bundeswehr (SportSBW)

Am Zentrum der Sportmedizin der Bundeswehr werden Sporttherapielehrgänge und Familienwochenenden für psychisch einsatzgeschädigte SoldatInnen angeboten im Rahmen eines integrativen Behandlungskonzeptes. Zusätzlich existieren besondere Sportveranstaltungen, sowie ambulante Kontrolltermine. [10]

In den geführten Interviews wurde dieser Themenkomplex nur von 2 SoldatInnen genannt. Sie äußerten sich ausschließlich positiv über die Erfahrungen, welche sie am Zentrum für Sportmedizin der Bundeswehr sammeln konnten und betonten, wie wichtig die Integration von Sport im Genesungsprozess für sie war.

„Und mir hat viel mehr Sport geholfen. Ganz viel der Sport geholfen. ... Ich habe die große Chance, dass ich aufgehangen bin in der Sportschule in Warendorf, ne. Die haben ja ihr Projekt für einsatzgeschädigte Soldaten und da war ich/ bin ich eigentlich noch integriert, ne. Und habe dann Unterstützung von denen, ne, habe auch schon einen Lehrgang dort besucht für einsatzgeschädigte Soldaten. Und für mich dann auch da gerade auf der Schiene Radsport, ne, und dann auch mit dem Ziel, was wir dann damals definiert hatten, mit auch Teilnahme dann Invictus Games und so weiter, ne, und waren auf einem guten Weg. ... Aber der Sport gibt mir halt sehr viel, ne. Sport oder raus, Natur etc. für mich allein, ne. Und der Sport halt, um diese auch innere Anspannung dann auch abzubauen, ne. Ja. War das für mich die größte Therapie.“ (P1, Pos. 150)

Nicht nur der Sport selbst wurde als positiver Aspekt im Rahmen der Genesung erlebt, sondern auch der Austausch und das Verständnis in einer Gruppe von Personen, die ein ähnliches Schicksal teilten.

„Und ich bin auch froh, dass ich nach Warendorf regelmäßig gehe, an die Sportschule. Und dort halt eben auch in dieser Therapie bin, was mir auch ganz gut tut und auch hilft. Weil, ich sage mal, wenn man auf Lehrgang ist, die Gruppe, sage ich mal, man tauscht sich aus. Und da wird man verstanden mit vielen Sachen.“ (P10, Pos. 108)

Der einzige Aspekt, der durch die Betroffenen kritisiert wurde, war, dass es für sie nicht einfach gewesen sei, an Informationen zu entsprechenden Lehrgängen zu gelangen und sie sich diesbezüglich mehr Information gewünscht hätten.

„I: Hätten Sie sich die Informationen früher von anderer Stelle auch gewünscht? B: Ja. Ja. Das wäre ganz gut gewesen. Also ich habe das auch schon anderen gesagt, hier. Gibt ja das in Warendorf mit der Sporttherapie für Einsatzgeschädigte. Und ich mache da eigentlich schon immer ein bisschen Werbung für.“ (P10, Pos. 117-118)

5. Diskussion

5.1 Einordnung in den wissenschaftlichen Kontext

In früheren Studien wurden bereits erste Erkenntnisse über mögliche Einflussfaktoren zur Versorgung psychisch einsatzgeschädigter VeteranInnen gewonnen. In dieser Arbeit wurden erstmalig aktive SoldatInnen der Bundeswehr selbst zum Umgang mit ihrer Erkrankung und zur Versorgung qualitativ befragt und die Daten methodisch strukturiert analysiert.

Das Studiendesign ermöglicht detaillierte Einblicke in Erfahrungen, Emotionen und Gedankenwelt psychisch einsatzgeschädigter Soldaten.

Arbeiten, die sich mit der expliziten Fragestellung nach Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz und Versorgung in diesem Kontext beschäftigen, existieren - unseres Wissens nach - zum derzeitigen Augenblick noch nicht. In der Literatur finden sich Arbeiten, die thematisch verwandt sind, allerdings mit differentem Schwerpunkt. Dennoch können die Ergebnisse der Studie mit anderen Studienergebnissen, die sich mit den Barrieren der Inanspruchnahme von Therapie oder mit subjektiven Krankheitskonzepten ehemaliger SoldatInnen der Bundeswehr mit psychischer Einsatzschädigung auseinandersetzen, in Relation gesetzt werden.

Die Kategorienbildung am Material mit der Identifizierung von insgesamt 70 Themenfeldern im Rahmen dieser Arbeit konnte erste Erkenntnisse zu möglichen Einflussfaktoren auf die einzelnen Stadien der Entwicklung der Patientenkompetenz geben.

Dabei wurde deutlich, dass die Ausbildung einer funktionierenden Sozialstruktur, in der insbesondere das unmittelbare private wie dienstliche Umfeld eine entscheidende Rolle spielen, von herausragender Bedeutung ist. Sie kann positiven, sowie negativen Einfluss auf die Patientenkompetenz nehmen und somit zur Genesung beitragen oder eine Rehabilitation erschweren. Familienmitglieder, Vorgesetzte und der Kameradenkreis scheinen hierbei erhebliche Einflussgrößen zu sein. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder der Faktor der Stigmatisierung durch Akteure im direkten Umfeld als Einflussgröße auf die Patientenkompetenz deutlich (z. B. durch den Kameradenkreis oder Vorgesetzte). In vorherigen Arbeiten wurde bereits der Einfluss der Stigmatisierung auf VeteranInnen durch die Umwelt beschrieben und als mögliche Hürde für die Therapieinanspruchnahme gewertet [22]. Ergänzend konnte gezeigt werden, dass psychische Erkrankungen von ehemaligen Angehörigen der Streitkräfte nach wie vor Stigma-behaftet erlebt werden [22]. Ein Stigmatisierungserleben in Verbindung mit Stigmatisierungsängsten der aktiven SoldatInnen mit psychischer Einsatzschädigung konnte in dieser Studie ebenfalls beobachtet werden und wurde zusätzlich überdurchschnittlich häufig erwähnt. Das Stigmatisierungserleben in gesellschaftlichem, aber auch im dienstlichen Kontext hatte besonders Einfluss auf das Erkennen, Anerkennen und den Umgang mit der Erkrankung, was folglich Auswirkungen auf die Therapieinanspruchnahme haben konnte. Eine von den ExpertInnen

angenommene fehlende Akzeptanz und Diskriminierung durch den Kameradenkreis in Bezug auf die Erkrankung konnte zwar bestätigt, aber nicht verallgemeinert werden [22]. Es zeigte sich, dass eine Stigmatisierung psychischer Krankheit innerhalb der Bundeswehr weiterhin besteht, was sich insbesondere in Kampfeinheiten aufgrund des unverwundbaren Selbstbildes widerspiegelte. Andererseits wurden viele positive Erfahrungen geteilt, in denen die Betroffenen Unterstützung durch die KameradInnen erfahren hatten.

Im Rahmen der Versorgung psychisch einsatzgeschädigter Soldaten scheint es noch Hürden zu geben, wie auch in der Veteranen-Studie beschrieben. Hier wurden bürokratischen Prozesse im Allgemeinen, sowie häufige Begutachtungen im Zusammenhang mit dem WDB-Verfahren im Speziellen als möglicherweise problematisch beschrieben. [22] In der direkten Befragung von Betroffenen konnte diese Annahme von ExpertInnen des Psychotraumazentrums der Bundeswehr bestätigt werden. Auch hier wurde die repetitive Begutachtung in Bezug auf das WDB-Verfahren als psychisch belastend empfunden und trug zur Begünstigung von Frustration, Zukunftsängsten und dem Gefühl, nicht verstanden zu werden und als „Simulant“ dar zu stehen bei.

Des Weiteren wurde die Wichtigkeit von festen Ansprechpartnern betont [23]. Dies betraf nicht nur die bürokratischen Prozesse im Allgemeinen, sondern auch die medizinische und psychotherapeutische Behandlung.

Im Rahmen der Interviews kristallisierte sich heraus, dass ein großer Bedarf an Angeboten für Familien und Angehörige besteht, was bereits von ExpertInnen in vorherigen Studien konstatiert wurde [23]. Die InterviewpartnerInnen begründeten den erhöhten Bedarf, wie von den Experten angenommen, mit dem unmittelbaren Betroffen-Sein des privaten Umfeldes, was den gesamten Krankheits- und Rehabilitationsverlauf betrifft [23]. Obwohl die Wirksamkeit von paar- und familientherapeutischen Interventionen bewiesen ist, finden diese in der Therapie traumatisierter SoldatInnen häufig nur mit Initiative der Betroffenen und deren Angehörigen selbst statt. Da erfahrungsgemäß die Familie nicht regelhaft und strukturiert vonseiten der Bundeswehr miteinbezogen wurde, war eine Erweiterung des Angebots durch die Interviewpartner in der Mehrheit erwünscht.

Die eigene Einstellung zu Psychotherapie wie Verbitterung, Frustration und Unsicherheit konnte, wie von den Experten bereits angenommen [22] auch in dieser Studie eine Barriere zur Therapieinanspruchnahme darstellen. Als zusätzliche Faktoren spielten eine Überforderung mit der Situation und der Diagnose, die persönliche Reife und die individuelle Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen eine ergänzende Rolle. Die individuelle Persönlichkeitsstruktur schien in dieser Befragung Einfluss auf Patientenkompetenz und Versorgung zu nehmen. Die einzelnen Aspekte der subjektiven Krankheitskonzepte konnten, ähnlich wie in der Studie über subjektive Krankheitskonzepte ehemaliger Soldaten - wenn auch in anderer Form - aus unseren Befragungen extrahiert werden [14]. So spielten die 5 Aspekte „Krankheitsursache“, „Behandlungsinitiative“, „Verantwortlichkeit“,

„Kontrollüberzeugung“ und „Behandlungserwartung“ auch in unserer Studie eine Rolle, wurden aber nicht in einen kausalen Zusammenhang miteinander gesetzt [14].

Als weitere mögliche Barriere der Inanspruchnahme von Psychotherapie wurde von den ExpertInnen das Vermeidungsverhalten angenommen [22]. Auch in unserer Studie konnte ein Vermeidungsverhalten beobachtet werden, was nicht nur Einfluss auf die Versorgung, sondern auch auf die Gestaltung des alltäglichen Lebens nahm. Das Vermeidungsverhalten betraf Situationen, Personen oder Orte und konnte sowohl Einfluss auf die Patientenkompetenz als auch in der Konsequenz auf die Versorgung nehmen.

Versorgungsdefizite im Hinblick auf Psychotherapie ergaben sich hauptsächlich aus individuellen und individuell-kontextuellen Charakteristika wie fehlender Kenntnis über die Erkrankung und Symptome, das Negieren der Erkrankung, Stigmatisierungsängsten, einem mit der Erkrankung unvereinbaren Selbstbild, das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden und „Fehldiagnosen“. Die Annahme der ExpertInnen, dass ein großer Anteil der Versorgungsdefizite in Bezug auf die Psychotherapie zeitlich, räumlich und personell begründet sind [22] konnte teilweise bestätigt werden. Häufig kam es zu langen Wartezeiten für die Betroffenen, was die fachärztliche Vorstellung oder die psychotherapeutische Anbindung im Zivilen betraf, aufgrund begrenzter Kapazitäten. Des Weiteren kam es für die erkrankten SoldatInnen zu Schwierigkeiten, geeignete TherapeutInnen mit entsprechender Trauma-therapeutischer Expertise zu finden.

Als weiterer Grund für Versorgungsdefizite wurde von den ExpertInnen ein Informationsdefizit über Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und Versorgungsleistungen sowohl vonseiten der Veteranen und deren Familien als auch vonseiten der zivilen BehandlerInnen angenommen [22]. In dieser Studie wurden Informationsdefizite aufgedeckt, wobei sich diesbezüglich eine hohe individuelle Variabilität zeigte. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen der Studie über subjektive Krankheitskonzepte ehemaliger SoldatInnen [14].

Erstaunlich war der herausgearbeitete Sachverhalt, dass obwohl es ein großes Informations- und Versorgungsangebot der Bundeswehr das Thema PTBS betreffend existiert, dieses nicht immer bei den Betroffenen anzukommen scheint oder bekannt ist. Den TruppenärztInnen scheint in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle als „Case-Manager“ für die Betroffenen zuzukommen, zumal ÄrztInnen als wichtige Vertrauenspersonen und Spezialisten für die Erkrankung häufig von den Befragten genannt wurden. Häufig gelangten die SoldatInnen erst mit dem Aufbau eines eigenen Netzwerkes und mit entsprechender Eigeninitiative oder Fremdinitiative an die Informationen oder Versorgungsleistungen, die für sie von Bedeutung waren. Die Erklärung für dieses Phänomen ist nach Dors et al. das individuell subjektive Krankheitskonzept der Betroffenen, welches in 2 Prototypen eingeteilt werden kann [14]. Die Zugehörigkeit der Person zu den jeweiligen Prototypen ermöglicht der betroffenen Person entweder eine Eigeninitiative oder macht eine Fremdinitiative notwendig [14]. Dieses heterogene Bild von Eigeninitiative vs. Fremdinitiative konnte in vielerlei Hinsicht in unserer

Studie bestätigt werden. Dies traf sowohl für das Erkennen von Symptomen und den Umgang damit als auch die drauf folgende Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu.

Zusammenfassend konnten Erkenntnisse aus früheren Studien an dem Kollektiv der Einsatzgeschädigten innerhalb der Bundeswehr weitgehend bestätigt werden. Die Ergebnisse geben Anreiz für weiterführende Untersuchungen insbesondere im direkten dienstlichen Umfeld (z. B. bei Vorgesetzten oder behandelnden ÄrztInnen) oder etwa im unmittelbaren privaten Umfeld (z. B. bei LebenspartnerInnen oder Kindern).

5.2 Limitationen

Die Arbeit ist vor dem Hintergrund der Stärken und Einschränkungen der qualitativen Forschung zu interpretieren. Aus den gewonnenen Daten lassen sich keine allgemeingültigen repräsentativen Rückschlüsse ziehen. Sie sind auf die InterviewpartnerInnen zu beziehen und können nicht uneingeschränkt auf alle aktiven SoldatInnen mit psychischer Einsatzschädigung übertragen werden. Zudem kann den einzelnen Aussagen der SoldatInnen keine Wertigkeit zugeordnet werden, obwohl möglicherweise speziellen Aussagen bei repetitiver Nennung eine gewisse Bedeutung zugesprochen werden kann. Eine Priorisierung der Ergebnisse sowie eine Triangulation der Ergebnisse bleibt weiterer Forschung vorbehalten.

Die Erhebung einer repräsentativen Stichprobe mit Befragung aller aktiver, psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen der Bundeswehr war nicht Gegenstand dieser Arbeit, könnte allerdings unter Nutzung der hier gewonnenen Erkenntnisse als Folgestudie weitere wichtige Erkenntnisse generieren. Eine gewisse Relevanz kann den Ergebnissen dennoch zugeordnet werden, da eine quantitativ ausreichende Stichprobenzahl und eine Befragung einer möglichst heterogenen Gruppe (Geschlecht, Teilstreitkraft, Dienstgradgruppe, Alter etc.) erreicht werden konnte. Eine vorherige Selektion war möglicherweise dadurch bedingt, dass die Befragung freiwillig und unentgeltlich erfolgte, sodass sich wahrscheinlich die SoldatInnen zur Teilnahme am Interview meldeten, die sich bereits mit ihrer Erkrankung intensiv auseinandergesetzt hatten.

Gewisse Einflüsse auf die InterviewpartnerInnen während der Befragung können nicht ganz ausgeschlossen werden. Hier ist z. B. das oftmals vorliegende Hierarchiegefälle von InterviewerIn zu befragter Person oder gegensätzlich aufgrund des militärischen Ranges zu nennen, sowie die räumliche Aufnahmesituation in einer Kaserne oder Sanitätseinrichtung. Eine Minimierung der Einflüsse wurde je nach Wunsch der betroffenen Person durch den Verzicht auf das Tragen einer Uniform während des Interviews erreicht. Zusätzlich konnte der Interviewpartner/die Interviewpartnerin im Vorhinein den Ort und die Gestaltung für das Interview bestimmen (eigene Kaserne, eigenes Büro oder Sanitätseinrichtung).

Trotz des Wissens der InterviewpartnerInnen über die Anonymisierung der Aussagen könnte es zu einer Verzerrung der Antworten gekommen sein, insbesondere was die Versorgung betrifft. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Betroffenen sozial erwünschte Antworten gaben oder genau gegenteilig „eine Rechnung offen hatten“ und ihrem Frust basierend auf ihren Erfahrungen Gehör verschaffen konnten. Aufgrund einer fehlenden rigorosen inhaltlichen oder zeitlichen Einschränkung der Interviews konnten die InterviewpartnerInnen trotz eines semi-strukturierten Interviewleitfadens eigene inhaltliche Schwerpunkte bilden. Zur Minimierung der individuellen Schwerpunktbildung wurden Aussagen, die keinen Bezug zur Fragestellung hatten und nicht repetitiv genannt wurden, aus den Ergebnissen ausgeklammert.

5.3 Fazit

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass Patientenkompetenz und Versorgung unweigerlich miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig begünstigen oder behindern können. Weiterhin konnten erste Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Versorgung identifiziert werden.

Es wurde deutlich, wie wichtig die individuelle Patientenkompetenz für das Erkennen der Erkrankung, den Krankheitsverlauf, für den Alltag der Betroffenen, die dienstliche und soziale Integration und schlussendlich auch für die Versorgung ist.

Die Patientenkompetenz umfasst vielfältige, individuelle und individuell-kontextuelle Aspekte, die günstig beeinflusst werden können um die Patientenkompetenz zu stärken. In dieser Arbeit wurden diese Faktoren erstmals in dem Kontext der psychischen Einsatzschädigung aktiver SoldatInnen explizit aufgezeigt.

Obwohl ein breites Angebot für Hilfs- und Versorgungsleistungen der Bundeswehr existiert, ist die Inanspruchnahme und der Erfolg der Maßnahmen im Wesentlichen von der Patientenkompetenz abhängig. Besteht eine internale Abneigungshaltung gegenüber Hilfsangeboten, so kommt es gar nicht erst oder sehr verzögert zur Diagnose und folglich nicht oder verspätet zur Therapie. Die Abneigungshaltung und fehlende Krankheitseinsicht ist häufig mit dem Selbstbild der SoldatInnen verknüpft und mit Stigmata belegt. Einerseits ist dieses Selbstbild zweckdienlich in der Auftrags Erfüllung, insbesondere in Kampfhandlungen, andererseits hinderlich bei der Erkennung und Therapie psychischer Erkrankungen wie der einsatzbedingten PTBS. Es scheint also notwendig, Stigmatisierung und das Selbstbild der SoldatInnen aufzuarbeiten und einen Weg zu finden, den SoldatInnen zu vermitteln, dass das unverwundbare Selbstbild eine psychische Erkrankung nicht ausklammern darf.

Es konnte gezeigt werden wie wichtig die Ausbildung einer funktionierenden Sozialstruktur ist, in der insbesondere das unmittelbare private wie dienstliche Umfeld eine entscheidende Rolle spielen. Sie

kann einen besonders positiven Einfluss auf die Patientenkompetenz nehmen und somit zur Genesung beitragen. Familienmitglieder, Vorgesetzte und der Kameradenkreis scheinen hierbei erhebliche Einflussgrößen zu sein.

Vom Beginn der Erkenntnis über vorliegende psychische Veränderungen bis hin zu der Möglichkeit, das eigne Leben trotz neuer Realität mit schwerwiegender Erkrankung selbst in die Hände zu nehmen, scheinen die zuvor genannten Sachverhalte von großer Bedeutung zu sein. Gerade in der sich als Herausforderung darstellenden Phase der "Hilfsbedürftigkeit" scheint die Akzeptanz und Erkenntnis zu der neuen/ungewohnten Realität der Erkrankung durch die Betroffenen selbst sowie die wichtigsten Bezugspersonen erheblichen Einfluss auf die Ausbildung einer gestärkten Patientenkompetenz zu haben.

Ein Versorgungsdefizit, welches insbesondere die medizinische und psychotherapeutische Behandlung betrifft, kann in der Folge zu fehlender Symptomkontrolle führen. Diese wiederum kann eine soziale Isolation und den Verlust der Familienstruktur initiieren. Dieser Verlust von Symptomkontrolle und Sozialstruktur kann schlussendlich erhebliche negative Auswirkungen auf die Patientenkompetenz haben.

Es wird also immer wieder deutlich wie wichtig Patientenkompetenz und Versorgung sind und sich gegenseitig positiv oder negativ beeinflussen können.

Durch diese Studie konnten neben der Patientenkompetenz erstmalig aus Sicht der betroffenen SoldatInnen einige Aspekte der Versorgung im Detail beschrieben werden.

Es wurde bereits angenommen, dass das WDB-Verfahren mit all seinen Aspekten (Bürokratie, Begutachtungen etc.) belastend für die betroffenen SoldatInnen sein kann. Die Studie konnte erstmalig darstellen, wie belastend das WDB-Verfahren wirklich empfunden wurde und konnte weitere Probleme wie die aufwendige Bürokratie, lange Wartezeiten, undurchsichtigen Prozesse in diesem Kontext aus Sicht der SoldatInnen aufzeigen. Aus diesen Erkenntnissen kann sich mögliches Potential für eine Veränderung oder sogar Verbesserung der Prozesse ergeben. Neben der Reduktion bürokratischer Prozesse könnte ein wesentlicher Aspekt hierbei die stärkere Integration der betroffenen SoldatInnen in den Prozess sein, um eine Transparenz zu schaffen und somit das Verständnis zu fördern.

Insbesondere in Zusammenhang mit dem WDB-Verfahren, aber auch in Zusammenhang mit weiteren Versorgungs- und Hilfsangeboten, konnte eine „gesteigerte Hilfsbedürftigkeit“ der Betroffenen festgestellt werden. Diese Hilfsbedürftigkeit war durch vielerlei Faktoren, wie z. B. durch eine depressive Symptomatik mit Schwierigkeit zur Selbstmotivation im Rahmen von Komorbiditäten bedingt. Wie die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, scheint es also notwendig, diesen SoldatInnen vermehrte Hilfe zukommen zu lassen, da eine Eigeninitiative nicht in jedem Fall vorausgesetzt werden kann. Die SoldatInnen wünschten sich diesbezüglich ein proaktives Zugehen seitens des Dienstherren

(z. B. in Form einer zentralen Ansprechperson mit entsprechender Expertise), um an die bestehenden Hilfs- und Versorgungsleistungen zu gelangen.

Auffällig war, dass der PTSS (Posttraumatic stress scale) -Bogen, welcher als Tool zur Erkennung einer einsatzbedingten PTBS genutzt wird, nur in einem Fall Erwähnung fand, was allerdings nicht bedeuten muss, dass er in den anderen Fällen keine Rolle gespielt hatte.

Überraschend war die Rolle der Vorgesetzten im Kontext einer psychischen Einsatzschädigung. Es zeigte sich ein heterogenes Bild der Rolle der Vorgesetzten basierend auf den Erfahrungen der InterviewpartnerInnen mit ihren jeweiligen Vorgesetzten. Vorgesetzte hatten großen Anteil daran, den betroffenen SoldatInnen dienstliche Möglichkeiten aufzuzeigen, diese zu fördern und konnten insgesamt als stützende Instanz für die SoldatInnen wirken. So positiv dieses Bild der fürsorglichen Vorgesetzten gezeichnet wurde, so wurden auch gegensätzliche Erfahrungen geteilt. Mangelnde Fürsorge, Unwissenheit über die Erkrankung, Desinteresse und Stigmatisierung waren hier die beherrschenden Themen. Eine Befragung der Vorgesetzten zur Bewertung ihrer eigenen Rolle in diesem Kontext wäre ein weiterer interessanter Forschungsansatz.

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Studie wäre es von wissenschaftlichem Interesse, die Einflussfaktoren auf die Patientenkompetenz psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen weiter zu untersuchen und beispielsweise in einer weiteren ExpertInnenbefragung (z. B. TruppenärztInnen oder Vorgesetzte) zu triangulieren. Dabei sollte die Wertigkeit der erfassten Themenkomplexe genauer untersucht werden, um so eine strukturierte Strategie zur gezielten Förderung der Patientenkompetenz und der Versorgung psychisch einsatzgeschädigter SoldatInnen im Verlauf erarbeiten zu können.

Das Ziel für die Zukunft sollte idealerweise eine fortschreitende Verbesserung der Patientenkompetenz und der Versorgung der Betroffenen sein.

6. Literaturverzeichnis

1. (2022) §81 Wehrdienstbeschädigung Gesetz über die Versorgung für die früheren Soldaten der Bundeswehr und ihre Hinterbliebenen (Soldatenversorgungsgesetz - SVG)
2. Bohnsack R, Geimer A, Meuser M (Hrsg) (2018) Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung, 4. Aufl. UTB Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaft, Bd 8226. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Toronto
3. Bopp A, Nagel D, Nagel G (2005) Was kann ich selbst tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin, 1. Aufl. Rüffer & Rub, Zürich
4. Bund deutscher Einsatzveteranen e.V. (2022) Der Verein - Bund Deutscher EinsatzVeteranen e.V - Unser Leitbild. <https://www.veteranenverband.de/der-verein/>. Zugegriffen: 16. November 2022
5. Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (2022) Psychologin / Psychologe (m/w/d) | Karriere bei der Bundeswehr. https://www.bundeswehrkarriere.de/psychologin-psychologe-m-w-d-323?mtm_campaign=bmvg_sea_jahreskampagne&mtm_kwd=san&mtm_source=google&mtm_medium=search&mtm_content=psychologe&mtm_placement=searchad. Zugegriffen: 16. November 2022
6. Bundesamt für Infrastruktur und Dienstleistungen der Bundeswehr (2020) Ansprechstellen bei Gesundheitsschäden durch Einsatzunfälle. <https://www.bundeswehr.de/resource/blob/108918/7a663650c315dc69f2ef98b6613f5e64/03-ansprechstellen-bei-gesundheitsschaeden-durch-einsatzunfaelle-data.pdf>
7. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2019) BfArM - ICD-10-WHO Version 2019. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamt12019/block-f40-f48.htm>. Zugegriffen: 11. November 2022
8. Bundesministerium der Verteidigung Wehrdienstbeschädigungsverfahren. Allgemeine Regelung A-1463/21, Bd 2022
9. Bundeswehr (2022) Leitstelle Lotsen der Bundeswehr. <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/weitere-bmvg-dienststellen/zentrum-innere-fuehrung/abteilungen-und-bereiche/abteilung-weiterentwicklung-innere-fuehrung/dezernatbetreuung-und-fuersorge/leitstelle-lotsen-der-bundeswehr>. Zugegriffen: 11. November 2022
10. Bundeswehr (2022) Zentrum für Sportmedizin der Bundeswehr. Gesundheit fördern, Belastbarkeit optimieren, Leistung steigern, Teilhabe ermöglichen. <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/sanitaetsdienst/kommando-und-organisation-sanitaetsdienst/kommando-regionale-sanitaetsdienstliche-unterstuetzung/zentrum-fuersportmedizin-der-bundeswehr>. Zugegriffen: 16. November 2022

11. Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (2019) DGIV-Positionspapier 2019 zur Sektorenebergreifende-Versorgung. Ohne Integrierte Versorgung sind die Sektorengrenzen nicht zu überwinden!
12. Die Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages Unterrichtung durch die Wehrbeauftragte. Jahresbericht 2020. Drucksache 19/26600
13. Die Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages Unterrichtung durch die Wehrbeauftragte. Jahresbericht 2021. Drucksache 20/900
14. Dors S, Willmund G, Schuy K, Brants L, Horzetzky M, Zimmermann PL, Ströhle A, Rau H, Siegel S (2019) „Körperlich habe ich auch keine Probleme, außer ab und zu im Kopf“. - Subjektive Krankheitskonzepte ehemaliger Bundeswehrsoldaten: Eine qualitative Datenanalyse. Wehrmedizinische Monatsschrift (62):3–4
15. Dresing T, Pehl T (2019) Transkription: Implikationen, Auswahlkriterien und Systeme für psychologische Studien. In: Mey G, Mruck K (Hrsg) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 1–20
16. Dreßing HR, Foerster K (2021) Posttraumatische Belastungsstörung in ICD 10, ICD 11 und DSM 5: Welche Bedeutung haben unterschiedlichen Kriterien für Diagnostik und gutachtliche Praxis. Fortschr Neurol Psychiatr 89(11):578–592. doi:10.1055/a-1542-8497
17. FüSK III 2, Bundesministerium der Verteidigung Einsatznachbereitungsseminare. Allgemeine Regelung A-2640/8 2021
18. Kantor V, Knefel M, Lueger-Schuster B (2017) Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. Clin Psychol Rev (52):52–68. doi:10.1016/j.cpr.2016.12.001
19. Kuckartz U (2018) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4. Aufl. Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
20. Mayring P (2016) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 6. Aufl. Pädagogik. Beltz, Weinheim, Basel
21. Schuy K, Brants L, Dors S, Ströhle A, Zimmermann PL, Willmund G, Rau H, Siegel S (2018) Treffer im Kopf. Stigma psychischer Erkrankungen als Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch VeteranInnen der Bundeswehr. Gesundheitswesen (80):146–153
22. Siegel S, Rau H, Dors S, Brants L, Börner M, Mahnke M, Zimmermann PL, Willmund G, Ströhle A (2017) Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr (Veteranen). Eine Expertenbefragung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes (125):30–37. doi:10.1016/j.zefq.2017.06.006
23. Siegel et al. (2017) Expertenmeinungen zum psychosozialen Versorgungsbedarf ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr. MVF 10(06):62–66. doi:10.24945/MVF.0617.1866-0533.2053

24. Stiftung Patientenkompetenz (2004) Zur Eigenverantwortung befähigen. Kranke, die Mitverantwortung für ihre Gesundheit tragen wollen, bedürfen einer Orientierung. Dtsch Arztebl Int 101(37)
25. Willmund G, Kropp S, Kowalski J, Lorenz S, Wesemann U, Schremmer S, Alliger-Horn C, Zimmermann PL Wehrpsychiatrie für eine Armee im Einsatz. Psychiatrische Forschung und Entwicklung in der Bundeswehr 2010 - 2020
26. Wittchen H-U, Schönfeld S, Kirschbaum C, Thurau C, Trautmann S, Steudte S, Klotsche J, Höfler M, Hauffa R, Zimmermann P (2012) Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in soldiers following deployment abroad: how big is the hidden problem? Dtsch Arztebl Int 109(35-36):559–568. doi:10.3238/arztebl.2012.0559

7. Danksagung

Mein Dank gilt in besonderem Maße meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. med. Johannes Jäger, der mir die Arbeit am Zentrum für Allgemeinmedizin ermöglicht hat. Für die herausragende Betreuung möchte ich mich vielmals bedanken.

Desweiteren möchte ich mich ganz besonders bei meinem Betreuer Herrn Dr. med. Thomas Emser (Oberstarzt) für die herausragende, umfassende Unterstützung in der Themenfindung und Umsetzung der gesamten Arbeit von der Planung bis zur Verschriftlichung bedanken. Er war jederzeit ansprechbar und für alle Anliegen ein wertvoller Ansprechpartner.

Ein herzlicher Dank geht an alle TeilnehmerInnen der Studie, die sich trotz der möglichen psychischen Belastung für sie, für die Interviews freiwillig zur Verfügung gestellt haben. Durch die interessanten, ehrlichen und teils sehr emotionalen Beiträge konnten Einblicke in die Krankheitsbewältigung und den Umgang mit dem Versorgungsangebot überhaupt erst generiert werden. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Im Kontext der Interviewdurchführung möchte ich mich besonders bei Herrn Christoph Lübken (Flottillenarzt) als wertvolles Mitglied des Forschungsteams bedanken.

Ich möchte mich ergänzend bei allen Mitarbeitern der qualitativen Forschungswerkstatt, insbesondere bei Frau Dr. phil. Melanie Caspar bedanken für die Einführung in das qualitative Forschungsprogramm MAXQDA.

Ein weiterer Dank geht an die MitarbeiterInnen des Psychotraumazentrums der Bundeswehr, insbesondere an Herrn Dr. med. Gerd Willmund (Oberstarzt), sowie an die MitarbeiterInnen der Sportschule der Bundeswehr, insbesondere an Herrn Dr. med. Andreas Lison (Oberstarzt) und an die MitarbeiterInnen der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Bundeswehrzentralkrankenhauses, insbesondere an Frau Dr. med. Ursula Simon (Oberstarzt). Durch das umfassende Fachwissen kam ein wertvoller fachlicher Austausch zustande.

Ich möchte mich zusätzlich bei Winifred Hornung für die emotionale Unterstützung bedanken.

Den größten und herzlichsten Dank möchte ich an meinen Ehemann richten, der mich durch alle Phasen der Arbeit begleitet und mich immer unterstützt hat.

8. Lebenslauf

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.

9. Anhänge

9.1 Anhang 1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Einstiegsfragen:

- Wie fühlen Sie sich zurzeit?
- Gibt es Dinge, die sie im Moment besonders belasten?
- Gibt es Dinge, die Ihnen im Moment besonders guttun?
- (ggf. Nachfragen über erwähnte Schwerpunktthemen)

Subjektives Krankheitsempfinden/Bewältigung des Alltags:

- Ich würde gerne etwas über ihren Alltag erfahren. Schildern Sie mir bitte einen für Sie normalen Tag
- Sehen Sie Schwierigkeiten, Anforderungen, die der Alltag an Sie stellt zu bewältigen?
- Wenn ja, welche? Bestimmende Themen?
- Was ist hilfreich, was ist hinderlich?
- Wie schätzen sie ihre Fähigkeit ein, Ihren Alltag zu bewältigen?
- Was würden Sie sich wünschen?

Familiäres Umfeld:

- Schildern Sie mir bitte ihre familiäre Situation
- Partner/in, verheiratet/geschieden, Kinder?
- Wie bewerten Sie Ihren familiären Alltag?
- Was würden Sie sich wünschen?

Teilhabe an der Gesellschaft

- Treffen von Freunden, Teilnahme Feiern,
- Vereinsmitgliedschaft, Hobbies?
- Sport
- Was würden Sie sich wünschen?

Dienstalltag:

- Funktion/ Verwendungsfähigkeit in der Funktion
- Verständnis / Unterstützung Disziplinarvorgesetzte, Kameraden,
- geeignete Dienstposten/ Wiedereingliederung/Ziele
- ggf Hilfsmittel
- Was würden Sie sich wünschen?

Netzwerk der Unterstützung:

- Truppenarzt/-ärztinnen, WehrpsychiaterInnen, Sozialdienst, TherapeutInnen, Militärangeistliche
- ZALK/Personalführung
- Hinderliche/ Förderliche Faktoren im Netzwerk der Unterstützung
- Was würden Sie sich wünschen?

3. Gesamtaspekt Lebensumstände (evtl. schon innerhalb der einzelnen Themenkomplexe):

- Zufriedenheit mit den Lebensumständen; Wünsche; Subjektive Bewertung der Gesamtsituation
- Hinderliche Faktoren zur Wiedereingliederung
- Förderliche Faktoren zur Wiedereingliederung

4. Nach dem Gespräch:

Wurde noch etwas nicht angesprochen? Möchten Sie noch etwas Fragen oder hinzufügen?

Ich danke Ihnen herzlich für das Gespräch!

9.1.1 Anhang 1.1 Interviewleitfaden 2.0

Interviewleitfaden Version 2.0

Einstiegsfragen:

- Wie fühlen Sie sich zurzeit?

Subjektives Krankheitsempfinden/Bewältigung des Alltags:

- Schildern Sie mir bitte einen für Sie „normalen“ Tag.
- Sehen Sie Schwierigkeiten den Alltag zu bewältigen?
- Fühlen Sie sich in irgendeiner Form im Alltag stigmatisiert?
- Haben Sie das Gefühl die Erkrankung akzeptieren zu können?
- Gibt es Dinge, die Sie im Moment besonders belasten?
- Gibt es Dinge, die Ihnen besonders guttun? --> Was würden Sie als Ihre Ressourcen beschreiben, aus denen Sie Kraft schöpfen?

- Was wünschen Sie sich für Ihren Alltag?

Dienstalltag:

- Funktion und Verwendungsfähigkeit in der Funktion?
- Verständnis/Unterstützung vom Disziplinarvorgesetzten?
- Verständnis/Unterstützung von KameradInnen?
- Ziele im Dienst? Wunschkandidatposten?

- Was wünschen sie sich in Bezug auf den dienstlichen Alltag?

Familiäres Umfeld:

- Schildern Sie mir bitte ihre familiäre Situation (PartnerIn/Kinder, etc.)?
- Wie bewerten Sie Ihre familiäre Situation in Bezug auf ihre Erkrankung?

- Was wünschen Sie sich von und mit Ihrer Familie?

Teilhabe an der Gesellschaft

- Unterscheidet sich Ihre Teilhabe an der Gesellschaft von der VOR der Erkrankung?
- Vereinsmitgliedschaft, Hobbies, Treffen mit Freunden, Sport?
- Fühlen Sie sich sozial integriert/ausgeschlossen?

Netzwerk der Unterstützung:

- Wovon war es abhängig, dass Sie initial Hilfe in Anspruch genommen haben?
- Wie kam es zur Diagnosestellung?

- War es kompliziert einen Therapeuten/Therapeutin zu finden?
- Haben Sie Versorgungsdefizite erlebt?
- Wurde Hilfe von TruppenärztInnen, Sozialdienst, TherapeutInnen, Militärgeistlichen, LotsInnen in Anspruch genommen? Wenn ja in welcher Form?
- Gab es Ihrer Meinung nach Informationsdefizite?
- Gab es hinderliche oder förderliche Faktoren in Bezug auf das „Netzwerk der Hilfe“?
- Hinderliche/ Förderliche Faktoren im Netzwerk der Unterstützung
- Was würden Sie sich wünschen?

4. Zusammenfassung:

- Was hat Ihnen insgesamt im Rehabilitationsprozess geholfen?
- Was war hinderlich?

5. Ergänzungen/Fragen:

- Gibt es etwas, was Ihnen noch wichtig erscheint, das noch nicht angesprochen wurde?
- Möchten Sie noch etwas hinzufügen?
- Gibt es noch Fragen?

Ich danke Ihnen herzlich für das Gespräch!



9.2 Anhang 2: Datenschutzerklärung

Datenschutzerklärung

Zur Teilnahme an der Studie

„Stärkung der Patientenkompetenz und mögliches Verbesserungspotential in der Versorgung einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten: Lassen sich durch problemzentrierte Interviews mit betroffenen Soldatinnen und Soldaten Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Verbesserungspotential für die Versorgung aufzeigen.“

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Mir ist bekannt, dass bei der Studie „Einflussfaktoren zur Stärkung der Patientenkompetenz und der Versorgung von einsatzgeschädigten Soldatinnen und Soldaten“ personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU DSGVO) folgende Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und willige ein, dass meine in der Studie erhobenen Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, zu denen in der Information für die Studienteilnehmer beschriebenen Zwecke in pseudonymisierter Form aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. auch in pseudonymisierter Form vom berechtigten Personal der Abteilung Heilfürsorge der Sanitätsunterstützungszentrums sowie des Zentrums für Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes weitergegeben werden können. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Beim Veröffentlichen von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Die Daten werden spätestens drei Jahre nach Studienabschluss vernichtet.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich nach Artikel 13-22 EU Datenschutzverordnung folgende Rechte habe:

- Recht auf Information (Artikel 13, Artikel 14),
Die Grundsätze einer fairen und transparenten Verarbeitung machen es erforderlich, dass ich als betroffene Person über die Existenz des Verarbeitungsvorgangs und seine Zwecke unterrichtet werde. Der Verantwortliche sollte mir alle weiteren Informationen zur Verfügung stellen, die unter Berücksichtigung der besonderen Umstände und Rahmenbedingungen, unter denen die personenbezogenen Daten verarbeitet werden, notwendig sind, um eine faire und transparente Verarbeitung zu gewährleisten. Darüber hinaus sollte er mich darauf hinweisen, dass das Zusammenführen von Daten, sowie deren anschließende Analyse und zweckbezogenen Auswertung stattfindet und welche Folgen dies hat. Werden die personenbezogenen Daten bei mit erhoben, so sollte

mir darüber hinaus mitgeteilt werden, ob sich verpflichtet bin, die personenbezogenen Daten bereitzustellen, und welche Folgen eine Zurückhaltung der Daten nach sich ziehen würde. Die betreffenden Informationen können in Kombination mit standardisierten Bildsymbolen bereitgestellt werden, um in leicht wahrnehmbarer, verständlicher und klar nachvollziehbarer Form einen aussagekräftigen Überblick über die beabsichtigte Verarbeitung zu vermitteln. Werden die Bildsymbole in elektronischer Form dargestellt, so sollten sie maschinenlesbar sein.

- Recht auf Auskunft (Artikel 15)

Werden meine personenbezogenen Daten verarbeitet, so habe ich ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten und auf folgende Informationen:

a) die Verarbeitungszwecke;

b) die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden;

c) die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind oder noch offengelegt werden, insbesondere bei Empfängern in Drittländern oder bei internationalen Organisationen;

d) falls möglich die geplante Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer;

e) das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung oder Löschung der sie betreffenden personenbezogenen Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung durch den Verantwortlichen oder eines Widerspruchsrechts gegen diese Verarbeitung;

f) das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde;

g) wenn die personenbezogenen Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben werden, alle verfügbaren Informationen über die Herkunft der Daten;

h) das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Artikel 22 Absätze 1 und 4 und – zumindest in diesen Fällen – aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung für die betroffene Person.

- Recht auf Berichtigung (Artikel 16)

Ich habe das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die Berichtigung von unrichtigen personenbezogenen Daten zu verlangen. Unter Berücksichtigung der Zwecke der Verarbeitung habe ich das Recht, die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten – auch mittels einer ergänzenden Erklärung – zu verlangen.

- Recht auf Löschung (Artikel 17)

Ich habe das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass mich betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, und der Verantwortliche ist verpflichtet, personenbezogene Daten unverzüglich zu löschen, sofern einer der folgenden Gründe zutrifft:

a) Die personenbezogenen Daten sind für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig.

- b) Ich widerrufe meine Einwilligung, auf die sich die Verarbeitung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a oder Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a stützte, und es fehlt an einer anderweitigen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung.
 - c) ich lege gemäß Artikel 21 Absatz 1 Widerspruch gegen die Verarbeitung ein und es liegen keine vorrangigen berechtigten Gründe für die Verarbeitung vor, oder ich lege gemäß Artikel 21 Absatz 2 Widerspruch gegen die Verarbeitung ein.
 - d) Die personenbezogenen Daten wurden unrechtmäßig verarbeitet.
 - e) Die Löschung der personenbezogenen Daten ist zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten erforderlich, dem der Verantwortliche unterliegt.
 - f) Die personenbezogenen Daten wurden in Bezug auf angebotene Dienste der Informationsgesellschaft gemäß Artikel 8 Absatz 1 erhoben.
- Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18)
Ich habe das Recht, von dem Verantwortlichen die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen gegeben ist:
 - a) die Richtigkeit der personenbezogenen Daten von mir bestritten wird, und zwar für eine Dauer, die es dem Verantwortlichen ermöglicht, die Richtigkeit der personenbezogenen Daten zu überprüfen,
 - b) die Verarbeitung unrechtmäßig ist und ich die Löschung der personenbezogenen Daten ablehne und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der personenbezogenen Daten verlange,
 - c) der Verantwortliche die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, ich sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigt, oder
 - d) ich Widerspruch gegen die Verarbeitung gemäß Artikel 21 Absatz 1 eingelegt habe, solange noch nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe des Verantwortlichen gegenüber mir überwiegen.
 - Recht auf Herausgabe der erhobenen Daten (Artikel 20)
Ich habe das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie einem Verantwortlichen bereitgestellt hat, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, und ich habe das Recht, diese Daten einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch den Verantwortlichen, dem die personenbezogenen Daten bereitgestellt wurden, zu übermitteln, sofern
 - a) die Verarbeitung auf einer Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a oder Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a oder auf einem Vertrag gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b beruht und
 - b) die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.
 - Widerspruchsrecht der Verarbeitung (Artikel 21)
Ich habe das Recht, aus Gründen, die sich aus meiner besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung mich betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 Buchstaben e oder f erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Zusammenführen von Daten, sowie deren anschließende Analyse und zweckbezogene Auswertung. Der Verantwortliche verarbeitet die

personenbezogenen Daten nicht mehr, es sei denn, er kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten des Einzelnen überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

- Ich habe das Recht auf Mitteilung bei Berichtigung, Löschung oder versehentlicher Offenlegung personenbezogener Daten (Artikel 19)
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die zu meiner Person erhobenen Daten nicht zu automatisierten Entscheidungen im Einzelfall und zum Zusammenführen von Daten, sowie deren anschließende Analyse und zweckbezogenen Auswertung verwendet werden dürfen. (Artikel 22)

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen.

Ich willige ein, dass Gesundheitsdaten von meinem behandelnden Arzt, sowie von den mich im Rahmen meiner einsatzbedingten Schädigung betreuenden Fachärzten für die Zwecke der Studie erhoben werden. Insoweit entbinde ich diese Ärzte von der Schweigepflicht.

Die Verwendung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen dieser Studie berücksichtigt die Vorgaben des § 9 EU-DSGVO als "besondere Kategorie der personenbezogenen Daten". Vor Beginn dieser Studie wurde die Verwendung der personenbezogenen und pseudonymisierten Daten durch die zuständigen Ethikkommissionen geprüft und gebilligt. Ich wurde darüber informiert, dass vor Weiterverwendung meiner pseudonymisierten Daten für Folgestudien ein erneuter Antrag bei der zuständigen Ethikkommission erforderlich ist. Ich habe ein Exemplar dieser **Datenschutzerklärung** erhalten.

Unterschrift der/ s Teilnehmer-in/ s

Ort, Datum

Name, Unterschrift Aufklärende / Aufklärender

Ort, Datum

9.3 Anhang 3: Einwilligungserklärung



Einwilligungserklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit willige ich für die Teilnahme an der Studie

„Stärkung der Patientenkompetenz und mögliches Verbesserungspotential in der Versorgung einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten: Lassen sich durch problemzentrierte Interviews mit betroffenen Soldatinnen und Soldaten Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Verbesserungspotential für die Versorgung aufzeigen.“

ein.

Ich versichere, dass ich Sinn und Zweck der vorgesehenen Studie verstanden habe. Ich hatte ausreichend Gelegenheit alle meine Fragen zum Ablauf zu stellen, die mir beantwortet wurden.

Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig und ich kann jederzeit ohne Nennung von Gründen die Teilnahme abbrechen. Bei Rücknahme meiner Einwilligung zur Teilnahme an der Studie müssen alle meine erhobenen Daten umgehend vernichtet.

Ich wurde darüber aufgeklärt und willige ein, dass von dem Gespräch für die spätere wortwörtliche Transkription eine digitale Tonaufzeichnung angefertigt wird. Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert und wissenschaftlich ausgewertet. Rückschlüsse auf personenbezogene Daten der Teilnehmerin/ des Teilnehmers sind nach Pseudonymisieren nicht mehr möglich.

Was Pseudonymisieren bedeutet wurde mir erklärt. Ich habe das Verfahren verstanden.

Die Daten sollen für eine wissenschaftliche Arbeit genutzt werden. Dabei werden Zitate und aus diesen abgeleitete Erkenntnisse aufgeführt.

Die Aufbereitung der bei mir gewonnen Rohdaten wird durch einen streng festgelegten Mitarbeiterkreis mit den hierfür schriftlich festgelegten Einschränkungen (Anlage A dieser Einwilligung) durchgeführt.

Nach Beendigung des Projekts wird die Gesprächsaufzeichnung und die pseudonymisierten Transkripte gem. gültiger Vorschriften vernichtet.

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich an dieser Studie teilnehmen will und mir ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung inklusive der Anlage A ausgehändigt wurde.

Anlagen: - 1- (A: zur Dateneinsicht und Datenverarbeitung berechtigte Personen)

Unterschrift der/s Teilnehmer/in

Ort, Datum

Name, Unterschrift der/s Interviewer/in

Ort, Datum



9.3.1 Anhang 3.1: Anlage zur Einwilligungserklärung

Anlage A zur Einwilligungserklärung

Liste der zur Dateneinsicht und Datenverarbeitung berechnigte Personen für die Studie

„Stärkung der Patientenkompetenz und mögliches Verbesserungspotential in der Versorgung einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten: Lassen sich durch problemzentrierte Interviews mit betroffenen Soldatinnen und Soldaten Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Verbesserungspotential für die Versorgung aufzeigen.“

Interviewteilnehmer/in:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende Personen sind zur Dateneinsicht und Datenverarbeitung zu diesem Interview berechnigt:

1. Name, Vorname: _____

2. Name, Vorname: _____

Zur Kenntnis genommen:

Unterschrift der/ s Teilnehmer/in

Name, Unterschrift der/s Interviewer/in

Ort, Datum

Ort, Datum



Informationen zur Studie

„Stärkung der Patientenkompetenz und mögliches Verbesserungspotential in der Versorgung einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten: Lassen sich durch problemzentrierte Interviews mit betroffenen Soldatinnen und Soldaten Einflussfaktoren auf Patientenkompetenz und Verbesserungspotential für die Versorgung aufzeigen.“

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Folgenden möchte ich Sie über die o.g. Studie informieren.

1. Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie:

Befragt werden Soldatinnen und Soldaten mit einer psychischen Einsatzschädigung.

2. Ziel der Studie und Durchführung:

In unserer Studie möchten wir untersuchen wie Soldatinnen und Soldaten, die an einer einsatzbedingten psychischen Schädigung leiden ihre eigene Patientenkompetenz stärken können. Desweiteren möchten wir wissen inwiefern sie Unterstützung durch Angehörige, Vorgesetzte, TruppenärztInnen, WehrpsychiaterInnen, TherapeutInnen, Sozialdienst, Sportmedizinisches Institut u.a. erfahren und wo sie Einflussfaktoren und ggf. Verbesserungspotential hierauf sehen.

Patientenkompetenz ist die Fähigkeit, mit und trotz Erkrankung, Handicap oder Trauma ein normales Leben zu führen. Gemeint ist mit dieser Definition im Wesentlichen der **gelungene Versuch**, die neue, durch die Krankheit bedingte Lebensrealität **zu akzeptieren**, das alltägliche Leben nach dieser Realität **auszurichten** und die neue Lebenssituation mittels eigener Ressourcen **mit zu gestalten**.

Wir hoffen, Erkenntnisse zu gewinnen, die den Rehabilitationsprozess für Sie erleichtern und verbessern.

Zur Erfassung Ihrer ganz persönlichen Sichtweise und Ihrer Erfahrungen möchten wir Sie mittels eines Interviews zu folgenden Themen befragen: ihr privater und dienstlicher Alltag, ihr familiäres Umfeld, ihren Therapieverlauf, der Unterstützung durch Vorgesetzte, Truppenärzte, Sozialdienst und andere Akteure. Dieses Gespräch soll etwa 45 Minuten dauern. Die Interviews werden digital aufgezeichnet und anschließend schriftlich festgehalten (Transkription). Die Transkripte werden computergestützt ausgewertet und die Ergebnisse wissenschaftlich veröffentlicht.

3. Datenschutz:

Für die wissenschaftliche Auswertung der im Rahmen dieses Projekts ermittelten Daten spielen Ihre persönlichen Angaben (wie Name, Geburtsdatum, Adresse, Verbandszugehörigkeit, etc.) keine Rolle. Auch andere Namen und Orte, die während des Interviews genannt werden, werden vertraulich behandelt. Dazu werden alle personenbezogenen Daten bei der Transkription pseudonymisiert. Das heißt, sie werden durch einen numerischen Code, der keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglicht, ersetzt. Namen und Orte werden ebenfalls ersetzt, z.B. der im Interview namentlich

erwähnte Arzt, Vorgesetzte oder Angehörige wird nicht namentlich, sondern in der jeweiligen Funktion benannt.

Diese Zusatzinformationen werden so abgelegt, dass eine Einsichtnahme durch Unbefugte ausgeschlossen ist. Um die im Interview erhobenen Daten auswerten und weiterverarbeiten zu können, ist ein schriftlich festgelegter kleiner Teilnehmerkreis von je zwei Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern des SanUstgZ Cochem (Stab) pro durchgeführtem Interview zur Einsicht befugt. Sollten Sie sich dazu entschließen, an der Studie teilzunehmen, so werden Ihnen die beiden Mitarbeiter, die für die Auswertung Ihres Interviews die Berechtigung erhalten, schriftlich benannt.

Die Audiodateien und sämtliche handschriftlichen Notizen, die während des Interviews entstehen, werden nach Abschluss der Studie vernichtet.

4. Gesetzliche und ethische Voraussetzungen:

Der Ablauf der Studie wurde den zuständigen unabhängigen Ethikkommissionen zur Begutachtung vorgelegt. Ethische Bedenken gegen die Durchführung bestehen nicht. Ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie ist notwendig. Die Vorgaben der EU-Datenschutzverordnung in der aktuell gültigen Fassung werden berücksichtigt.

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen aus dieser Studie auszusteigen, ohne dass Ihnen irgendwelche Nachteile entstehen.

Bei Rücknahme Ihrer Einwilligung zur Studienteilnahme werden alle erhobenen Daten vernichtet.

Bei Rückfragen zu Ablauf und Inhalt der Studie können Sie sich gerne per E-Mail oder telefonisch an uns wenden:

Oberstabsarzt Kathrin Hornung

Truppenärztin

SanVersZ Cochem

Fliegerkaserne

An der Hauptwache 1
56812 Cochem

kathrinhornung@bundeswehr.org
02671-9186-24306

Oberstarzt Dr.med. Thomas Emser

Facharzt für Allgemeinmedizin

Leiter SanVersZ Cochem und Abt.HFS

Fliegerkaserne

An der Hauptwache 1
56812 Cochem

thomasemser@bundeswehr.org
02671-9186-24300

Durch Ihre Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag dazu, Einflussfaktoren auf den Versorgungs- und Rehabilitationsprozess einsatzgeschädigter Soldatinnen und Soldaten aufzuzeigen.

So können wir Kenntnis über Verbesserungspotenzial erlangen, um für alle Betroffenen das komplexe Betreuungsverfahren im Einsatzweiterverwendungsgesetz zu optimieren.

Am Ende soll eine umfassende und den Bedürfnissen der Einsatzgeschädigten angepasste Betreuung im Sinne der optimalen Wiedereingliederung in Privat – und Berufsleben ermöglicht werden.

9.6 Anhang 6: Ethikvotum

9.6.1 Anhang 6.1: Ethikvotum Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

<p>Ärztekammer des Saarlandes · Postfach 10 02 62 · 66002 Saarbrücken Ethikkommission</p> <p>Herrn Professor Dr. Johannes Jäger, MME Leiter Zentrum Allgemeinmedizin Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes Campus Homburg Geb. 80.2 66421 Homburg</p>	<p>Ärztekammer des Saarlandes</p> <p>Körperschaft des öffentlichen Rechts</p>  <hr/> <p>Ethikkommission Geschäftsstelle</p> <p>Faktoreistraße 4 66111 Saarbrücken</p> <p>Sachbearbeitung: D. Bunzel • Telefon (06 81) 40 03 - 218 N. Halder • Telefon (06 81) 40 03 - 216</p> <p>Telefax (06 81) 40 03 - 43 94 (NEU) E-Mail: ethikkommission@aeksaar.de Internet: www.aerztekammer-saarland.de</p> <p>Kernarbeitszeit: Mo. bis Do. 9.00 bis 11.30 Uhr und 13.30 bis 15.15 Uhr Fr. 9.00 bis 12.00 Uhr</p>
--	--

Unser Zeichen:
Ha 237/20

Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Datum:
26. OKT. 2020

Stärkung der Patientenkompetenz bei langzeiterkrankten Patienten

Hier: Verbesserung der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einsatzbezogener (mit Schwerpunkt psychotraumatologischer) Erkrankungen.

Thema: „Einflussfaktoren zur Stärkung der Patientenkompetenz und zur Verbesserung der Versorgung bei einsatzgeschädigten Soldatinnen und Soldaten

Unsere Kenn-Nr. 237/20 (Bitte in jedem Schriftwechsel angeben!)

Sehr geehrter Herr Professor Jäger!

Die Ethik-Kommission hat sich aufgrund der Infektionslage mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) im elektronischen Umlaufverfahren ausführlich mit dem Antrag vom 11.09.2020 auf Prüfung des o.a. Forschungsvorhabens befasst und kam dabei am 15.10.2020 zu folgendem Beschluss:

Es bestehen gegen die Durchführung des beabsichtigten Forschungsvorhabens keine Bedenken.

Die Kommission bittet jedoch um Erläuterungen und Beachtung folgender Hinweise und Auflagen, von deren Erfüllung die Gültigkeit des Votums abhängt:

- Der Titel des Forschungsprojekts muss in allen zugehörigen Textdokumenten den exakt identischen Wortlaut aufweisen.
- Da sich die Prüfstellen überwiegend außerhalb des Saarlandes befinden, muss der Forschungsantrag auch bei den jeweils zuständigen Ethik-Kommissionen z.B. in Rheinland-Pfalz eingereicht werden.

Seite 1 von 3

Die Ethik-Kommission bei der Ärztekammer des Saarlandes ist unter Beachtung der internationalen Richtlinien der ICH, GCP sowie des AMG und des MPG tätig, nach Landesrecht (Saarländisches Heilberufekammergesetz, § 5 Abs. 1) anerkannt und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (§ 41a AMG) sowie beim Bundesamt für Strahlenschutz nach § 36 Abs. 1 Strahlenschutzgesetz registriert.

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur kursorisch geprüft. Dieses Votum / diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen betrieblichen oder behördlichen Datenschutzbeauftragten.

Commerzbank Saarbrücken
IBAN: DE35 5904 0000 0538 9200 00
BIC: COBADEFFXXX

apoBank Saarbrücken
IBAN: DE69 3006 0601 0001 9262 09
BIC: DAAEDEDXXX

Bank 1 Saar Saarbrücken
IBAN: DE83 5919 0000 0001 5750 07
BIC: SABADE55

Checkliste:

- Insgesamt ist der Antrag aufgebläht und überfrachtet, indem in mehreren Wiederholungsschleifen verschiedene Aspekte des Antrags dargelegt werden, wodurch die Lesbarkeit und die Verständlichkeit des Antrags erheblich eingeschränkt werden. Ausführungen über Studienmodule eines ganzen Forschungsprogramms, die nicht Gegenstand des Antrags sind, können unterbleiben.
- Zusätzlich werden Lesen und Verständnis des Antrags durch eine Flut an (meist bundeswehrinternen) Abkürzungen erschwert, die nicht ohne Weiteres verständlich sind.
- Organisationsstruktur und Katalog von Gesetz, Verordnung, Konzeptpapieren, zentralen Dienst- und Bereichsvorschriften, sowie regelungsnahen Dokumenten der Bundeswehr sind in ihrer Rolle und ihrem potentiell hilfreichen Beitrag zur Studie nicht zu verstehen. Wer in dieser Struktur der "Beauftragte IPR" (die Abkürzung findet man nur in einer Anlage übersetzt) ist und welche Kompetenzen er hat, erschließt sich auch nach der "Arbeitsgliederung im Projektteam" (Projektleitung, Netzwerkarbeit (extern, intern, IPR), fachlich-allgemeinmedizinische Betreuung, wissenschaftliche Betreuung, Aufarbeitung und Lehre) nicht ohne Weiteres.
- Seite 10/30: Was ist unter dem Sonderforschungsprojekt zu verstehen?
- Seite 17/30: Was bedeutet "kontrollierte Zufallsauswahl der Stichprobenziehung"?
- Seite 25/30: Hier muss es heißen „Damit soll ein wesentlicher Beitrag zur Stärkung der Patientenkompetenz und der Versorgung von langzeiterkrankten Soldatinnen und Soldaten geleistet werden.....“
- Seite 26/30: Was ist unter folgender Formulierung zu verstehen: „Die tatsächliche Zahl richtet sich nach der theoretischen Sättigung, sofern sich aus der Zwischen-Analyse der Interviews ergibt, dass kein weiterer Erkenntnisgewinn in Bezug auf die gestellten Fragen zu erwarten ist.“

Teilnehmerinformation Soldatinnen/Soldaten:

- Titel der Studie: siehe oben
- Anrede „Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer“ kommt verfrüht, weil die Soldatinnen / Soldaten erst nach Lektüre des Informationsschreibens und Unterzeichnung der Einwilligungserklärung zu Teilnehmern werden.

Teilnehmerinformation Vorgesetzte:

- Titel siehe oben
- Anrede „Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer“ kommt verfrüht, weil die Vorgesetzten von Soldatinnen / Soldaten erst nach Lektüre des Informationsschreibens und Unterzeichnung der Einwilligungserklärung zu Teilnehmern werden.

Datenschutzerklärung für a) Soldatinnen/ Soldaten und b) Vorgesetzte

- Fehlen und sind nachzureichen.

Einwilligungserklärung a) Soldatinnen/ Soldaten und b) Vorgesetzte:

- Titel der Studie: siehe oben
- Statt „Einverständniserklärung“ und „ich erkläre mich einverstanden“ sollten durchgehend die Formulierungen „Einwilligungserklärung“ und „ich willige ein“ als Ausdruck der aktiven Willensbekundung verwendet werden.

- Vervollständigung der Einwilligungserklärung gemäß den Vorgaben des administrativen Datenschutzbeauftragten (als Anlage zum Forschungsprojekt mit eingereicht).
- Es fehlt der Hinweis, dass zur Weiterverwendung der pseudonymisierten Transkripte ein erneuter Ethikantrag erforderlich ist.
- Es fehlt der Hinweis, dass dem Teilnehmer eine Kopie des Informationsschreibens, der Datenschutz- und Einwilligungserklärung ausgehändigt wurde.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. U. Grundmann
Vorsitzender

An der Abstimmung haben die nachfolgend aufgeführten Kommissionsmitglieder teilgenommen:

Vorsitzender:	Prof. Dr. med. U. Grundmann	Anästhesist
Stellv. Vorsitzender:	S. Lichtschlag-Traut	Jurist, zum Richteramt befähigt
Mitglieder:	Prof. Dr. med. G. Fröhlig	Internist/Kardiologe
	PD Dr. med. Dipl.-Math. S. Gräber	Statistiker
	Prof. Dr. med. W. Henn	Humangenetiker
	Dr. med. U. Kiefaber	Allgemeinarzt/Psychotherapie
	Prof. Dr. rer. nat. Eckart Meese	Theologe
	Prof. Dr. med. U. Mester	Ophthalmologe
	Prof. Dr. med. C. Pföhler	Dermatologin
	Prof. Dr. med. P. Schmidt	Rechtsmediziner
	Dr. I. Schneider, M.Sc.	Pflegewissenschaftlerin, Universität Trier
	Prof. Dr. med. M. Zemlin	Pädiater
	Dr. med. M. Jakob	Leiter der Geschäftsstelle

9.6.2 Anhang 6.2: Ethikvotum Ärztekammer des Saarlandes



Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Deutschhausplatz 3 · 55116 Mainz
Telefon (06131) 28822-63 /-64 /-65 /-67
Telefax (06131) 28822-66

Landesärztekammer Rhld.-Pf. · Deutschhausplatz 3 55116 Mainz

Sanitätsunterstützungszentrum Cochem (Bw)
Dr. Thomas Emser
An der Hauptwache
56812 Cochem

- Ethik-Kommission -

Ansprechpartner:
Frau Pierzina, Frau Simenc
Frau Rademacher, Frau Escudero

Telefon:
-63 (Pie), -64 (Si), -65 (Rd), -67 (Es)

E-Mail: ethik-kommission@laek-rlp.de

Bitte geben Sie bei jedem Schriftwechsel
die Antragsnummer an!

Mainz, den 18.05.2021 / Es

Antragstitel: Stärkung der Patientenkompetenz bei langzeiterkrankten Patienten
Hier: Verbesserung der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einsatzbezogener (mit
Schwerpunkt psychotraumatologischer) Erkrankungen.
Thema: „Einflussfaktoren zur Stärkung der Patientenkompetenz und zur Verbesserung
der Versorgung bei einsatzgeschädigten Soldatinnen und Soldaten“
Antragsteller: Thomas Emser
Antrags-Nummer: 2021-15832-andere Forschung / nachberatend

Sehr geehrter Herr Dr. Emser,

die hiesige Ethik-Kommission hat die o. g. Multizenterstudie beraten.

Sie schließt sich grundsätzlich dem bereits vorliegenden Votum der Ethik-Kommission der
Ärztekammer des Saarlandes an.

Die Ethik-Kommission gibt folgende allgemeine Hinweise:

Die Ethik-Kommission geht davon aus, dass der Sponsor / Leiter der Studie die Qualifikation
der lokalen Studienärzte sicherstellt.

Die Verantwortlichkeit der Studienärzte bleibt in vollem Umfang bestehen und wird durch
diese Entscheidung nicht berührt. Das vorliegende Beratungsergebnis ergeht unter dem
Vorbehalt gleichbleibender Gegebenheiten.

Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethik-Kommission
grundsätzlich nur cursorisch überprüft. Dieses Votum/diese Bewertung ersetzt
mithin nicht die Konsultation des zuständigen betrieblichen oder behördlichen Datenschutzbeauftragten.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank – IBAN DE07 3006 0601 0001 2997 35 – BIC DAAEDEDXXX
Mainzer Volksbank eG – IBAN DE96 5519 0000 0654 2750 23 – BIC MVBMD55



Sollte das Forschungsvorhaben nicht nach Ablauf von 5 Jahren nach Erteilung des Votums abgeschlossen sein, bittet die Ethik-Kommission schon jetzt um einen Zwischenbericht zum Forschungsvorhaben, um prüfen zu können, ob es einer weiteren berufsrechtlichen Beratung bedarf. Dieser Zwischenbericht ist ohne weitergehende Aufforderung an die Geschäftsstelle zu schicken.

Gemäß Artikel 35 der Deklaration von Helsinki in der Fassung von 2013 ist jede klinische Studie vor Beginn in einer öffentlich zugänglichen Datenbank zu registrieren. Im deutschsprachigen Raum ist das Deutsche Register für klinische Studien (DRKS) (https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/) von der WHO als Primärregister anerkannt und erfüllt die Anforderungen des ICMJE.

Die Ethik-Kommission bittet um Mitteilung des Studienendes.

Entsprechend § 9 der Geschäftsordnung der Ethik-Kommission wurde der Vorgang außerhalb einer Sitzung entschieden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Andrea Wagner
Geschäftsführende Ärztin

Folgende Unterlagen haben zur Beratung vorgelegen:

Votum federführende/erstberatende Ethik-Kommission - 201026_BeschlussEthikkommission_SL.pdf (hinzugefügt 24.04.2021)
Votum federführende/erstberatende Ethik-Kommission - 201123_ZwischeBeschEthik-Kom_SL.pdf (hinzugefügt 24.04.2021)
Votum federführende/erstberatende Ethik-Kommission - 210412_Ethikkom_SL.pdf (hinzugefügt 24.04.2021)
Antragsbestätigung.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Kurzbeschreibung.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
nicht zutreffend - Anlage zum möglichen Einsatz einer Strahlenanwendung-1.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Datenschutz - 14 2.Stellgn ADSB SonderFP Bespr am 24.03.2021.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Datenschutz - 10 1.Stellungnahme Datenschutzbeauftragter.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 12 Version3_Datenschutzerklärung_Vorgesetzte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 11 Version3_Datenschutzerklärung_Einsatzgeschädigte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 06 Version3_Selbstauskunft_Teilnehmer_Vorgesetzte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 05 Version3_Selbstauskunft_Teilnehmer_Einsatzgeschädigte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)



Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 04 Version3_Einwilligungserklärung _Teilnehmer_Vorgesetzte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 03 Version3_Einwilligungserklärung _Teilnehmer_Einsatzgeschädigte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 02 Version3_Informationsschrift_Vorgesetzte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Informationsschrift und Einwilligungserklärung - 01 Version3_Informationsschrift_Einsatzgeschädigte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Studienprotokoll - 08 Version3_Transkriptionsregeln.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Studienprotokoll - 13 Version3_Interviewleitfaden_Vorgesetzte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Studienprotokoll - 07 Version3_Interviewleitfaden_Einsatzgeschädigte.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Studienprotokoll - 09 Version3_Zeitstrahl Meilensteine Sonderforschung_Sa-nUstgZ_Cochem.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Studienprotokoll - 001 210318_Antrag_kurz_Ethikkommission_SL_Version_3.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
sonstiges Studienmaterial - 0001 Anschreiben_Ethikkommission_Antrag_Version3.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Prüfplan - Studienprotokoll_Forschungsprojekt.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Kostenübernahmeerklärung - Kostenübernahmeerklärung.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Antragsformular - Anschreiben.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
Anschreiben/Inhaltsverzeichnis - Antragsformular.pdf (hinzugefügt 22.04.2021)
nicht zutreffend/nicht beurteilbar - doc01671020210421111000.pdf (hinzugefügt 21.04.2021)
nicht zutreffend/nicht beurteilbar - BeschlussEthikkommission.pdf (hinzugefügt 20.04.2021)
nicht zutreffend/nicht beurteilbar - doc01670720210420144727.pdf (hinzugefügt 20.04.2021)

Das Votum ist gültig für folgende Studienzentren:

Dr. Thomas Emser,
Sanitätsunterstützungszentrum Cochem
An der Hauptwache
56812 Cochem

9.7 Anhang 7: Kategoriendefinitionen

Patientenkompetenz: Einschränkungen/Änderungen erkennen (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Veränderungen akzeptieren	Die Verhaltensänderung, Veränderung der Lebensumstände und Einschränkungen innerlich annehmen	Kategorie umfasst Aussagen: - Art und Umfang der Akzeptanz - zeitlicher und inhaltlicher Aspekt des Prozesses der Krankheitseinsicht - geteilte Ansichten ob die eine Akzeptanz vorliegt	„Ja, wie gehe ich damit um? Akzeptieren ist die eine Sache, weil akzeptieren muss ich es, ich kann es nicht mehr ändern.“ (P1, Pos. 116)	Die Erkrankung zu leugnen hat einen eigenen Code → „Nicht wahrhaben wollen“

Patientenkompetenz: Einschränkungen/Änderungen erkennen (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Körperliche Symptome	Körperlich erfahrbare Symptome oder Auffälligkeiten in medizinischen Untersuchungen, die plötzlich auftreten und für den Patienten nicht erklärbar sind oder sogar negiert werden	Kategorie umfasst Aussagen über: Herz-Kreislauf Reaktionen chronische Schmerzen Gastrointestinale Reaktionen Verallgemeinernde Aussagen über körperliche Veränderungen	„..., als das bei mir 2018 losgegangen ist mit den ersten Panik-Attacken...“ (P14, Pos. 18)	Körperliche Symptome, mit der Erkrankung PTBS assoziiert sind → siehe Code „Krankheit erkennen/Körperliche Symptome“

Patientenkompetenz: Einschränkungen/Änderungen erkennen (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Nicht wahrhaben wollen	Die Änderungen und Einschränkungen werden nicht akzeptiert	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <p>Das Negieren der Beschwerden/Erkrankung</p> <p>Das Negieren der Erkrankung</p> <p>- Aktive Verdrängung von Gedanken</p> <p>- Den innerlichen Kampf um die Akzeptanz der Erkrankung</p>	„Und ich wollte es aber nicht wahrhaben, ne. Habe ich gedacht, du bist nicht betroffen.“ (P1, Pos. 16)	Das Positivbeispiel – die Erkrankung anzunehmen – hat einen eigenen Code → „Einschränkungen/Änderungen akzeptieren“

Patientenkompetenz: Einschränkungen/Änderungen erkennen (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Familie	Einfluss der Familie oder der Familiären Situation auf das Erkennen der Verhaltensänderung der Betroffenen	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <p>- Erlebnisse der Familie im Zusammenhang mit der Verhaltensänderung</p> <p>- Reaktionen der Familie auf Verhalten der Betroffenen</p> <p>- Familiäre Situationen, die dazu führen, dass Symptome erkannt werden oder eben nicht erkannt und negiert werden</p>	„Meine Frau hat dann nur irgendwann gesagt „Was ist los? Was ist los?“, weil ich kreidebleich wurde.“ (P4, Pos. 132)	Überschneidet sich häufig mit dem Code „Fremdinitiative“, da es häufig durch den Impuls der Familie erst zur Diagnosestellung und Therapieeinleitung kommt.

Patientenkompetenz: Krankheit erkennen (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Selbstreflexion	Eigene Einsicht der Betroffenen die dazu führt die Krankheit zu erkennen	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigeninitiative sich mit der Erkrankung zu beschäftigen - Reflexion, die einen Zusammenhang zwischen Symptomen und Erkrankung herstellt - Reaktionen anderer auf Verhalten, was zur Selbstreflexion führt 	„Ich habe 2006, glaube ich/ 2006 gemerkt, ich verändere mich nach den Einsätzen.“ (P8, Pos. 54)	Wenn die Erkrankung nicht durch den Betroffenen selbst erkannt wird, wird der Code „Fremdinitiative“ verwendet.

Patientenkompetenz: Krankheit erkennen (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Körperliche Symptome	Körperlich erfahrbare Symptome, die plötzlich auftreten und für die Patienten auf die Erkrankung bezogen sind	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> Herz-Kreislauf Reaktionen chronische Schmerzen Gastrointestinale Reaktionen Verallgemeinernde Aussagen, dass mit dem Körper etwas nicht stimmt dermatologische Reaktionen 	„.... dreimal am Tag Blutdruck gemessen habe und mit den Sitzungen dann teilweise MIT Blutdruckmitteln auf 168 war...“ (P5, Pos. 30)	Symptome, die nicht explizit der Erkrankung zugeordnet werden können → siehe Code „Einschränkungen/Änderung erkennen/Körperliche Symptome“

Patientenkompetenz: Krankheit erkennen (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Aggression	Aggressive Reaktion auf die Erkrankung oder in Zusammenhang mit der Erkrankung	Kategorie umfasst Aussagen über: - Aggressive Reaktionen, die dazu führt, dass die Erkrankung bewusst wird - Aggressivem Verhalten gegenüber Helfern oder unbeteiligten	„Das war auch der erste Punkt, wo ich gemerkt habe, dass ich nicht/ Ich habe nämlich mein Tablett dann auch quer über den Tisch geworfen, bin aufgestanden und wäre am liebsten auf ihn drauf.“ (P6, Pos. 18)	Abgrenzung zur Aggression im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung zu einem späteren Zeitpunkt. Hier existiert ein Code in einer anderen Kategorie. → siehe „Leben neu ausrichten (individuell)/Aggression oder Leben neu ausrichten (individuell)/Frustration“

Patientenkompetenz: Krankheit erkennen (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Unwissenheit	Unwissenheit, die dazu führt, dass die Erkrankung lange Zeit nicht erkannt wird	Kategorie umfasst Aussagen über: - Zusammenhänge von Symptomen und Erkrankung - Symptome, die durch den Betroffenen eben nicht mit der Erkrankung in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden können, aber in Realität stehen	„Ich war 1996 im Einsatz, und da hatte ich schon diese/ ja, diese Symptome. Aber ich habe die in keinster Weise so gedeutet, dass das in irgendeinem Zusammenhang mit einer Krankheit oder so steht.“ (P2, Pos. 23)	Unwissenheit aufgrund eines Informationsdefizits in Bezug auf Versorgung wird in der Hauptkategorie „Versorgung“ codiert → siehe „Materielle/Immaterielle Unterstützung (individuell-kontextuell) /Information“

Patientenkompetenz: Krankheit erkennen (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Stigma/Selbstbild	Stigmatisierungserleben oder das Selbstbild, welches ggf. von Außen geschaffen ist, führt dazu, dass die Erkrankung nicht erkannt wird. Stigma und Selbstbild sind miteinander verwoben.	Kategorie umfasst Aussagen über: - Scham, Ängste vor Nachteilen, vermeintliche Schwäche - Umgang der Kampftruppe mit Krankheit	„Ich habe auch vorher nicht daran geglaubt. Wie gesagt, Schwarzenborn, Jäger, Scharfschütze, harte Männer. Pff. PTBS (unv.) Quatsch.“ (P6, Pos. 70)	Stigmatisierung, die im Alltag erlebt wird und nicht auf das Erkennen der Erkrankung bezogen ist wird in die Kategorie „Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell) /Stigmatisierung“ eingeordnet.

Patientenkompetenz: Krankheit erkennen (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Fremdinitiative	Die Erkrankung wird durch äußere Einflüsse erkannt	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Person oder Personengruppe, die Verhaltensänderungen bemerken - Die Reaktionen anderer auf Verhaltensweisen - Die Umstände warum andere Personen Verhalten des Betroffenen kommentieren - Konkrete Äußerungen anderer Personen zum Verhalten des Betroffenen - Sorge anderer Personen 	„Ich bin 2011 aus einem Einsatz zurück und habe mich nach Aussagen, waren erst die Aussagen meiner Frau, habe ich mich verändert.“ (P1, Pos. 16)	Die Erkenntnis über Erkrankung oder Verhaltensänderung ohne externe Hilfe wird mit „Selbstreflexion“ kodiert

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Aggression	Offensiv-aggressiver Umgang mit der neuen Situation (der Erkrankung) bewusst oder unbewusst	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <p>Verhaltensreaktionen (Modi: Angriff oder Aggression) auf die Erkrankung oder durch die Erkrankung</p>	„Und ich bin dann halt eben, ja, ein Mensch, der geht auf 180. Der fängt an und meckert rum und mault Leute an, dass sie von einem wegbleiben.“ (P10, Pos. 34)	„Aggression“ ist oft Resultat aus „Frustration“, weshalb die Codes sich überschneiden können

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Frustration	Reaktion mit Frustration und Enttäuschung im Hinblick auf die neue Lebenssituation	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frustration über den Umgang anderer Personen oder Institutionen mit der Erkrankung - Frustration und Misstrauen gegenüber dem System/dem Dienstherrn aufgrund der Erkrankung - Fehlende Anerkennung für Geleistetes 	„Und da denke ich mir in dem Moment auch, wow, das ist halt der Dank dafür, dass du einen Einsatz nach dem anderen gegangen bist...“ (P12, Pos. 68)	Frustration kann in einen aggressiven Umgang resultieren, weshalb Code-Überschneidungen zu „Offensiver Umgang“ möglich sind

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Vergangenheitsorientiert	Die Betroffenen können mit der Vergangenheit nicht abschließen und orientieren sich mehr an der Vergangenheit als an der Zukunft. Gemeint sind auch Antworten über die Vergangenheit, welche mit der eigentlichen Frage, die gestellt wurde nichts zu tun haben.	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Einsatzerfahrungen in Zusammenhang mit dem Trauma - Zurückliegende militärische Erfahrungen ohne direkten Trauma Bezug - Heutiges Verhalten aus dem Einsatz, welches fortgeführt wird - Ständige Vergleiche mit dem Einsatz 	„Dass man einfach sagen kann: „Nein, die kriegen das auch alleine hin.“ Und man muss jetzt nicht ständig dort interagieren und mitmachen. Aber es ist halt wie im Einsatz auch, ne, wo die die Informationen dann so waren, dass an einem bestimmten Punkt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Selbstmordattentäter lauert.“ (P5, Pos. 60)	Eine Aussage kann gleichzeitig Vergangenheits- und Zukunftsorientiert sein, z.B.: „Wir sind jetzt nicht mehr in Afghanistan, von daher bringt es nichts mehr eigentlich vielleicht darüber zu reden, aber eigentlich schon.“ (P6, Pos. 18). Somit sind Überschneidungen mit Code „Zukunftsorientiert“ möglich.

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Medikamente	Individueller Einfluss von Medikation auf das Wohlbefinden und den Alltag	Kategorie umfasst Aussagen über: - Spezifische Medikamente - Medikamentenwirkung und - Nebenwirkung - Situationen in denen Medikamente genommen werden	„Und wenn, dann bin ich ganz ehrlich, hole ich mir vorher zwei Arschleck-Tabletten, ...“ (P6, Pos. 44)	Abgrenzung zu anderen Kategorien anhand des Inhaltes eindeutig möglich

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Verdrängung	Reaktion auf neue Lebenssituation mit Ablenkungs- und Vermeidungsverhalten	Kategorie umfasst Aussagen über: - Ablenkendes Verhalten - Verdrängendes Verhalten - Vermeidendes Verhalten - Drogen und Alkoholmissbrauch	„Genau, richtig, diese Vermeidungssache. Es ist halt bei mir auch. Ich gehe auch nicht in einen Zug, ich gehe auch nicht in einen Bus, wenn es nicht irgendwie sein muss.“ (P6, Pos. 44)	Wenn soziale Interaktion gemieden wird, wird der Code „Sozialer Rückzug“ genutzt

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Zukunftsorientiert	Orientierung im Umgang mit der Erkrankung oder generell liegt eher in der Zukunft	Kategorie umfasst Aussagen über: - Zukunftspläne dienstlich und privat - Formulierungen von Zielen - Zwiespältige Aussagen über Vergangenheit und Zukunft in Bezug auf das Trauma und die Erkrankung	„Ich klammere nicht an der Vergangenheit. Ich versuche, nach vorne zu schauen.“ (P2, Pos. 39)	Eine Aussage kann gleichzeitig Vergangenheits- und Zukunftsorientiert sein, z.B.: „Wir sind jetzt nicht mehr in Afghanistan, von daher bringt es nichts mehr eigentlich vielleicht darüber zu reden, aber eigentlich schon.“ (P6, Pos. 18). Somit sind Überschneidungen mit Code „Vergangenheitsorientiert“ möglich.

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Alltagsstruktur	Struktur, die den betroffenen bei der Alltagsbewältigung hilft	Kategorie umfasst Aussagen über: - Auswirkungen von gewissen Routinen in Tagesabläufen - Beschreibung von Tagesstruktur	„... pass auf, vom Kopf her, ich muss eine Tagesstruktur haben, ne. Ich kann nicht den ganzen Tag zu Hause sitzen und nur Däumchen drehen.“ (P1, Pos. 136)	„Lernprozesse“ sind in Abgrenzung einzelne Tätigkeiten oder Zusammenhänge, die erlernt werden, die vielleicht im Alltag genutzt werden, aber keine Alltagsstruktur als solche sind.

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Lernprozesse	Wissen über die Erkrankung und den Umgang mit der Erkrankung	Kategorie umfasst Aussagen über: - Umgang mit Symptomen, die auf gelerntem beruhen - Wissen über Aspekte und Verlauf der Erkrankung (z.B. realistische Einschätzungen) - Prozesse, die zur Therapieeinsicht führen aufgrund positiver Erfahrungen	„Ich gehe nicht ins Detail, weil mein Beobachter meldet sich gerade. Der sagt mir gerade: „Belaste dich nicht.“ Deswegen stoppe ich jetzt gerade hier.“ (P2, Pos. 75)	Gelerntes, was zu einer Alltagsstruktur führt hat einen eigenen Code → siehe „Alltagsstruktur“ Überschneidungen mit „Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)/Therapie“ möglich, da Lernprozesse häufig durch Therapie entstehen.

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Offener Umgang	Ausführungen über den offenen Umgang mit der Erkrankung ob dienstlich oder privat	Kategorie umfasst Aussagen über: - Den allgemeinen Umgang mit der Information der Erkrankung gegenüber Mitmenschen	„Ich gehe offen damit um und versuche es nicht zu verstecken. Weil wenn Sie diese Krankheit verstecken wollen, kostet das nochmal enorme Kraft das zu machen.“ (P1, Pos. 134)	Abgrenzung zu anderen Kategorien anhand des Inhaltes eindeutig möglich

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Soziale Teilhabe	Beschreibt die Teilnahme und den Umgang am Sozialleben und/oder Änderung des Soziallebens, sowie den Einfluss des Soziallebens auf den Betroffenen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Einfluss der sozialen Teilhabe auf den Krankheitsverlauf und den Umgang mit der Erkrankung - Änderung der sozialen Teilnahme - Integration in ein soziales Umfeld	„Also wahrscheinlich ist es mir nicht so direkt aufgefallen. Es ist halt dadurch aufgefallen, dass der alte Freundeskreis sich immer mehr distanziert hat.“ (P5, Pos. 24)	Einen durch den Betroffenen hervorgerufenen Rückzug aus dem Sozialleben hat einen eigenen Code „Sozialer Rückzug“.

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Sozialer Rückzug	Rückzug oder Teil-Rückzug aus dem sozialen Leben aus dem Antrieb mit konsekutivem Vermeidungsverhalten des Betroffenen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Umgang mit sozialem Leben - Auswirkungen des sozialen Lebens auf den Betroffenen	„Das geht nicht mehr, ne. Also sehr zurückgezogen, weil ich auch schwer mit Gesellschaft umgehen kann, ne.“ (P1, Pos. 102)	Ein Rückzug oder vermeidendes Verhalten das von der sozialen Gruppe ausgeht hat den Code „Soziale Teilhabe“

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Vermeidungsverhalten	Vermeidungsverhalten in Bezug auf Situationen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Situationen oder Räume, die bewusst gemieden werden	„...wer auch nicht rausgeht, dem kann auch nichts Schlimmes widerfahren.“ (P 4, Pos. 30)	Vermeidungsverhalten in Bezug auf Personen oder Sozialleben hat den Code „Rückzug“

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Einfluss der Familie auf die Betroffenen	Familiäre Unterstützung der Betroffenen oder sonstige Einflüsse der Familie	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Bedeutung von Familie bei Krankheitsbewältigung - positiven oder negativen Einfluss der Familie auf den Betroffenen 	„Wenn ich meinen Mann nicht hätte und meine Hunde nicht hätte, da wäre ich wahrscheinlich schon gar nicht mehr da. Also da hätte ich mir schon lange das Leben ausgeknipst, bin ich ehrlich.“ (P10, Pos. 90)	Die Themen welchen Einfluss die Erkrankung auf die Familie hat, oder inwiefern die Familie in den Prozess miteinbezogen wird oder inwieweit sich die familiäre Situation aufgrund der Erkrankung geändert hat, haben eigene Codes, teilweise kann es Überschneidungen geben

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Einfluss der Erkrankung auf die Familie	Beschreibt in welcher Art und Weise die Erkrankung des Betroffenen Einfluss auf Familienmitglieder hat	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Reaktionen von Familienmitgliedern aufgrund der Erkrankung des Betroffenen - Beschreibung der Art des Einflusses auf Familienmitglieder 	„Was immer vergessen wird ist die Familie, ne. Und die Familie ist mindestens genauso belastet wie derjenige selber.“ (P1, Pos. 70)	Änderung der Familienkonstellation oder Abbruch von Kontakt aufgrund der Erkrankung hat den Code „Änderung der Familiensituation“ Häufige Code-Überschneidungen mit „Miteinbeziehen der Familie“ möglich

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Änderung der Familiensituation	Änderung der Familiensituation als Reaktion auf die Erkrankung egal von wem diese ausgeht (z.B. Scheidungen oder Kontaktabbrüche zur Familie)	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Die Art und Weise der Veränderung der Zusammenstellung der Familie - Warum die Änderung zustande kam - Abgebrochene Kontakte 	„Die Familie entwickelt/ die ist eigentlich da dran zerbrochen an meiner Krankheit, ne. So schlimm wie es sich anhört, ne. Aber im Nachhinein ist es so gewesen.“ (P1, Pos. 36)	Abgrenzung zu anderen Kategorien anhand des Inhaltes eindeutig möglich, trotzdem Überschneidungen mit dem Code „Einfluss der Erkrankung auf die Familie“ möglich

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Miteinbeziehen der Familie	Ausmaß der Teilhabe der Familie an der Erkrankung des Betroffenen und die Auswirkungen der Teilhabe	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Art und Weise der Teilhabe der Familie - Ausmaß der Teilhabe der Familie; wird diese überhaupt einbezogen - Einfluss der Teilhabe auf den Betroffenen 	„Nachdem das dann halt aufgeklärt wurde, warum ich so bin, wie ich bin, hat meine Frau es dann halt auch verstanden. Warum ich dann ab und zu so explosiv bin bei Kleinigkeiten, warum ich so penibel bin, was Ordnung angeht.“ (P9, Pos. 98)	Häufige Code-Überschneidungen mit „Einfluss der Erkrankung auf die Familie“ möglich, da der Einfluss stark damit zusammenhängt inwiefern die Familie eingebunden ist

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Kameraden	Aussagen über Interaktionen, Einfluss, Reaktionen und Beziehungen mit und zu Kameraden in Bezug auf die Erkrankung	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Vorgesetzte und Untergebene - Reaktionen von Kameraden auf die Erkrankung (Unterstützung und Abneigung) - Beziehungen zu Kameraden - Emotionale Bindung zu Kameraden - Das Einbeziehen oder Fernhalten der Kameraden 	„Die haben das zwar alle irgendwo schon mal gehört, aber sind nicht selbst davon betroffen.“ (P2, Pos. 123) „Heutzutage ist es so, dass ich mit meinen Kameraden offen darüber rede, was ich habe. Da gehe ich ganz offen mit um.“ (P3, Pos. 61)	Stigmatisierende Aussagen als Reaktion der Kameraden sind mitinbegriffen, somit Codeüberschneidung mit „Stigmatisierung“ gewünscht Aussagen, die die Versorgung durch Vorgesetzte betreffen, werden zusätzlich in der Hauptkategorie „Versorgung“ miteinbezogen unter dem Code „Vorgesetzte“

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Austausch mit Betroffenen	Erfahrungen über den Austausch mit Menschen mit Traumafolgestörungen oder anderen psychischen Erkrankungen. Ob die Personen Zivilisten oder Kameraden sind spielt keine Rolle.	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Den Austausch mit Betroffenen - Positive und negative Aspekte des Austauschs 	„Ich teile zwar auf gewisse Art und Weise den Weg mit anderen, aber die Krankheit ist ja so vielfältig und so unterschiedlich geht jeder damit um, dass ich dort für mich keine Antworten finden, sondern ich muss die Antworten für mich selber finden.“ (P2, Pos. 81)	Austausch mit Betroffenen im Sinne eines Engagements und Hilfsangeboten gegenüber Betroffenen hat einen eigenen Code. Codeüberschneidungen mit „Engagement“ möglich.

Patientenkompetenz: Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Therapie	Einfluss der Therapie auf die Patientenkompetenz	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positive Aspekte der Therapie als Hilfestellung zur Krankheitsverarbeitung und alltäglichem Umgang - Erfahrungen mit Therapie im Allgemeinen, die Einfluss auf die Patientenkompetenz haben 	„Also von daher, mir hat die Therapie sehr viel gebracht. Mir hat sie wieder ein normales Leben oder ein NORMALERES Leben gebracht.“ (P3, Pos. 37)	Aspekte bzgl. der Versorgung in Zusammenhang mit Therapie gehören in die Kategorie „Versorgung“

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Emotionalität	Beschreibungen und Erfahrungen ob und wie Emotionalität zugelassen werden kann	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Umgang mit Emotionen - Emotionen zulassen vs. unterdrücken 	„Also ich kann Emotionen, da tut sich meine Partnerin auch mit schwer, ich kann sie halt nicht ausdrücken und nicht umsetzen.“ (P5, Pos. 74)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Selbstzweifel	Selbstzweifel, die den Betroffenen dabei hindern sein Leben zu gestalten und mit der Erkrankung umzugehen	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> Versagensängste Fehleinschätzungen des Selbstbildes 	„Und dieses eigene Bild, was ich hatte, völlig daneben lag, hat mich natürlich auch wieder runtergezogen, weil ne, dann zu hören, nein, du bist noch lange nicht so weit, wie du dir das jetzt gerade vorstellst oder wünschst, ja, das war dann natürlich nicht so/ nicht so schön, ...“ (P14, Pos. 122)	Kategorie ist eng mit „Zukunftsängsten“ verknüpft, da diese oft Folge von Selbstzweifeln sind

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Zukunftsängste	Ängste, die die weitere dienstliche oder private Zukunft betreffen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Befürchtungen über den weiteren Werdegang und die Zukunft - Ängste vor Benachteiligung	„Was passiert, wenn die Bundeswehr einen entlässt? Was passiert mit einem, wenn man einen neuen Beruf lernt? Wenn man es nicht schafft. Wenn man dann mal eine Arbeit kriegt, man ist stolz darauf, geht auf die Arbeit, bricht wieder zusammen, fällt aus, wird man ersetzt. Steht man wieder vor dem Nichts. Solche Ängste habe ich ganz stark.“ (P10, Pos. 122)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Symptome PTBS	Erwähnung von typischen Symptomen oder Symptomkomplexen, die einen Einfluss auf das alltägliche Leben haben	Kategorie umfasst Aussagen über: Symptombeschreibungen und deren Einflüsse auf das Leben	„Ein normaler Tag. Der ist so ein bisschen immer dann von meinem Trigger Level abhängig.“ (P5, Pos. 16)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Selbstreflexion	Eigenes Verhalten oder Situationen werden in Bezug auf die Erkrankung reflektiert	Kategorie umfasst Aussagen über: - Selbstständig gewonnene Erkenntnisse - Konsequenzen der Selbstreflexion - Selbsteinschätzungen realistisch oder unrealistisch, teils auch mit Vergleichen durch andere	„Das, was ich jetzt fast ein Jahr gemacht habe. Das war schlecht. Und das ist pure Kompensation. Wegdrücken, Wegdrücken, Wegdrücken. Aber irgendwann holt das einen wieder ein.“ (P10, Pos. 42)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Kontrolle	Kontrolle oder Kontrollverlust über die Erkrankung oder Symptome	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Umgang mit einzelnen Symptomen oder der gesamten Erkrankung - Planung von Aktivitäten - Alltäglichen Kämpfen um Krankheitskontrolle 	„Das macht mich wütend, dass da etwas Kontrolle über mich erlangt. Und ich möchte/ ich beuge mich dem Ganzen nicht.“ (P2, Pos. 41)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Schuldgefühle/Scham	Schuldgefühle und Scham aufgrund der Einsatzerfahrungen selbst, aber auch Schuldgefühle und Scham durch die Erkrankung eine Belastung für andere zu sein.	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen der Erkrankung auf andere und damit einhergehende Schuldgefühle - eigene Schuldfrage im Rahmen des Traumas - Scham aufgrund psychischer Erkrankung - Scham dem Selbstbild nicht gerecht zu werden 	„Also die Frage halt, wie weit belaste ich nicht auch die Schutzschilder der Psychologinnen und Psychologen?“ (P5, Pos. 116)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Engagement	Engagement im Sinne von sozialem Engagement (z.B. Öffentlichkeitsarbeit oder Hilfestellung für Betroffene)	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prozess, Art und Weise des sozialen Engagements - Auswirkung der Arbeit auf eigenes Befinden und Krankheitsbewältigung 	„Ich therapiere mich dadurch immer selber oder helfe mir immer so oder was mir so ein bisschen immer Kraft gibt, anderen zu helfen.“ (P1, Pos. 90)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Glaube	Glaube der zur Krankheitsbewältigung beiträgt	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - religiöse Überzeugung - Situationen in Zusammenhang mit Glauben 	„Habe selbst zum Glauben gefunden. Ich bin jeden Tag in eine Kapelle gefahren und habe gebetet.“ (P2, Pos. 137)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Tiere	Nennung von Tieren, die zur Krankheitsbewältigung beitragen	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Den Einfluss von Tieren auf den Betroffenen - Erwähnung von Tieren im Allgemeinen - Tiergestützte Therapie 	„...mein Hund war mein Seelentröster von fast Anbeginn.“ (P4, Pos. 80)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Sport	Sportliche Aktivität, die mehr oder weniger zur Krankheitsbewältigung beiträgt	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Sportarten - Auswirkungen des Sports auf den Betroffenen - Wünsche im Hinblick auf sportliche Aktivität - Motivation 	„Und dann war ich da zwei Tage wandern. Bin dann nach Hause und die Welt war für mich wieder in Ordnung.“ (P11, Pos. 116)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Integration in den Dienst	Alles was Zusammenhänge zwischen der dienstlichen Tätigkeit und Krankheitsbewältigung beinhaltet	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen des Dienstes auf das Befinden - Motivation der Reintegration - Dienstliche Belastung und Tätigkeitsbereich - Warum dienstliche Integration wichtig ist - Erfahrungen mit Reintegration - Abläufe der Reintegration - Arbeitsumfeld - Anerkennung und Ablehnung im Dienst - Personen, die in die Reintegration involviert sind/waren - Umgang der Kameraden mit Reintegration 	<p>„Und jeder weiß inzwischen wirklich, dass ich einen am Sender habe, dass man mir doch nicht Zucker in den Arsch pusten muss oder so. Sondern dass ich alles versuche, um normal meinen Dienst hier zu machen.“ (P 6, Pos. 50)</p> <p>„Es gibt mir wieder eine militärische Heimat. Ja. Die hat mir gefehlt in den letzten Jahren.“ (P8, Pos. 122)</p>	<p>Häufige Überschneidungen mit „Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)“ möglich, da häufig auch der Prozess der Wiedereingliederung beschrieben wird, der zusätzlich der Hauptkategorie „Versorgung“ zugeordnet werden muss.</p> <p>„Stigmatisierung“ spielt im Dienst auch eine Rolle, deshalb sind auch hier Code-Überschneidungen möglich</p>

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Retraumatisierung	Ereignisse, Sachverhalte oder Situationen, die eine Retraumatisierung hervorrufen (dienstlich oder privat)	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - WDB Verfahren - Die retraumatisierenden Erlebnisse selbst - Einfluss von Retraumatisierung 	<p>„Aufgrund der letzten Aktivitäten in Afghanistan hatte ich einen kleinen Rückfall.“ (P9, Pos. 10)</p>	<p>Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung</p>

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Stigmatisierung	Reale Stigmatisierung oder Stigmatisierungserleben	Kategorie umfasst Aussagen über: - Reaktionen und Aussagen anderer Menschen (dienstlich oder privat) in Zusammenhang mit der Erkrankung - Einfluss von Stigmatisierung auf Betroffene - Nichtvorhandensein von Stigmatisierung im Alltag	„...auch nicht nur diesen Stempel zu haben, der ist krank, ne, Einsatzgeschädigt, den können wir hier nicht gebrauchen, ne.“ (P1, Pos. 138) „In der Einheit war ich abgeschrieben, im Bataillon war ich abgeschrieben, ich bin ein Verräter. Ich gehe nicht mehr in die Einsätze, ich laufe weg.“ (P8, Pos. 54)	Stigmatisierung steht in oft in Zusammenhang mit den Personen, die das Stigma formulieren, also sind Codeüberschneidungen mit „Kameraden“ und „Vorgesetzten“ möglich

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Familiäre Situation	Familiäre Situation, die Einfluss auf den Alltag Patienten nimmt	Kategorie umfasst Aussagen über: - belastende Familiensituationen und den Umgang damit - Integration in der Familie	„Meine Kraft ziehe ich aus der Familie. Auch wenn die manchmal Kraft kostet. Aber im Endeffekt ist es dann so ein ausgewogenes Spiel.“ (P9, Pos. 54)	Familieneinfluss in Bezug auf die Entstehung der Erkrankung hat eigene Codes in der Kategorie „Leben neu ausrichten/Familie“

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Nebendiagnosen	Ergänzende Diagnosen zusätzlich zur PTBS und völlig unabhängig von ihr, die Einfluss auf den Alltag des Betroffenen nehmen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Die Diagnosen selbst - Die Auswirkungen der Nebendiagnosen auf den Alltag und die Krankheitsbewältigung	„Und das traumatische Erlebnis für mich war halt, dieser Punkt von der Diagnose, ne, über die Not-OP, Intensivstation, diese Punktion bei vollem Bewusstsein.“ (P1, Pos. 86)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Patientenkompetenz: Leben selbst mitgestalten (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
SARS-Cov-2	Einschränkungen in Zusammenhang mit SARS-Cov-2, die einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung nehmen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Form der Beschränkung - Auswirkung der Beschränkung	„...ich bin jetzt seit April aber auf eigenem Bestreben wieder im Dienst. Weil ich eigentlich als Risikopatient gelte, auf Grund der Erkrankung Corona hätte ich eigentlich nicht kommen dürfen, ne.“ (P1, Pos. 136)	Restriktionen durch Corona, die Auswirkungen auf die Versorgung hatten, werden in der Hauptkategorie „Versorgung“ codiert

Versorgung: Medizinische Versorgung (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Gesteigerte Hilfsbedürftigkeit	Beeinflussung der medizinischen Versorgung durch gesteigerten Bedarf an Fremdinitiative. Oft im Rahmen von Komorbiditäten.	Kategorie umfasst Aussagen über Symptome und andere Gründe welche die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe beeinträchtigen, die mit einem gesteigerten Bedarf an Hilfe einhergehen	„Und dann bin ich dann irgendwann wieder ins BMVg mich krankschreiben gelassen, habe es aber nicht mal mehr geschafft in die Kaserne reinzufahren, weil (...)/ Ich kann das nicht beschreiben. Es ging nicht.“ (P8, Pos. 54)	Abgrenzung zu anderen Kategorien anhand der inhaltlichen Beschreibung möglich

Versorgung: Medizinische Versorgung (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Hilfe annehmen	Hilfe im Sinne der medizinischen Versorgung annehmen bei offensichtlichem Angebot	Kategorie umfasst Aussagen über: - Motivation Hilfe anzunehmen - Emotionen und Schwierigkeiten bei der Annahme von Hilfe - Begründung der Ablehnung von Hilfe	„Aber, ja, ich gehe einfach nicht gerne zum Arzt. Vor allem halt nicht, wenn es darum geht, ne.“ (P7, Pos. 72)	Die Erkrankung anzunehmen und akzeptieren ohne den inhaltlichen Aspekt der Hilfe wird der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“ zugeordnet

Versorgung: Medizinische Versorgung (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Gegenseitiges Vertrauen	Arzt-Patienten Beziehung	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung - Konstanz oder Inkonstanz des behandelnden Arztes 	„Und das war halt am Anfang das Problem mit wechselnden Ärzten. Deswegen sage ich, die Erfahrung ist besser, wenn man dann einen festen Arzt hat oder Ärztin, mit der man dann, sage ich mal, diesen Dialog aufbauen kann, ...“ (P5, Pos. 116)	Abgrenzung zu anderen Kategorien anhand der inhaltlichen Beschreibung möglich

Versorgung: Medizinische Versorgung (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Prozess zur Diagnose/Therapie	Prozess der Diagnose und Prozess der Therapieinanspruchnahme	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Dauer und Umfang des Prozesses - Hindernisse und förderliche Faktoren in dem Prozess - Inhaltliche Beschreibung des Prozesses selbst - Personen, die den Prozess in Gang gebracht haben - Einfluss des Prozesses auf das Befinden des Betroffenen 	„Ja natürlich. Ich hätte mir gewünscht, ich hätte das alles nicht durchmachen müssen, ja. Und ich denke mir halt immer, diese/ Was ist mit den Jahren, die zwischen dem Einsatz und der Erkenntnis, der Diagnose liegen?“ (P2, Pos. 159)	Abgrenzung zu anderen Kategorien anhand der inhaltlichen Beschreibung möglich

Versorgung: Medizinische Versorgung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
San-Bereich/Organisationsstruktur	Erfahrungen mit Organisation und Koordination der medizinischen Hilfsangebote und Abrechnungen	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Die Organisationsstruktur und Prozesse der San-Bereiche - Den Umgang mit Betroffenen in den San-Bereichen - Unterstützung und Ablehnung mit dem Arbeitsbereich 	„Also wäre ich hier nicht in die San-Staffel gelaufen, dann wäre da nichts abgearbeitet worden. Also noch weniger als jetzt.“ (P7, Pos. 90)	Abgrenzung zu anderen Kategorien anhand der inhaltlichen Beschreibung möglich

Versorgung: Medizinische Versorgung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
TruppenärztInnen	Erfahrungen mit TruppenärztInnen	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Erfahrungen mit Truppenärzten - Einstellung gegenüber den Truppenärzten - Rolle der Truppenärzte - Einfluss der Truppenärzte auf den Alltag - Rolle der Truppenärzte bei der Reintegration 	<p>„...ich bin letztlich immer wieder auf das Verständnis eines Truppenarztes angewiesen, was bisher hervorragend funktioniert.“ (P13, Pos. 28)</p>	<p>Aussagen über die Arzt-Patienten-Beziehung haben einen eigenen Code „Gegenseitiges Vertrauen“.</p> <p>Aussagen über den Prozess der Diagnose in dem die Truppenärzte involviert sind hat einen eigenen Code „Prozess zur Diagnose“.</p>

Versorgung: Medizinische Versorgung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
FachärztInnen	Erfahrungen mit FachärztInnen	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Erfahrungen mit Fachärzten - Erfahrungen mit Terminvereinbarungen - Rolle der Fachärzte bei Reintegration - Art und Dauer der fachärztlichen Therapie - Inhaltliche Aspekte der fachärztliche Therapie 	<p>„Beziehungsweise erst einmal ein Gespräch gehabt mit der Leiterin, die dann sofort gemerkt hat, dass da was ist. Auch die hat die richtigen Fragen stellen können. Also sie wusste genau, worauf sie hinaus will.“ (P9, Pos. 88)</p>	<p>Aussagen über den Prozess der Diagnose in dem die Fachärzte involviert sind hat einen eigenen Code „Prozess zur Diagnose“.</p> <p>Aussagen über die Arzt-Patienten-Beziehung haben einen eigenen Code „Gegenseitiges Vertrauen“.</p>

Versorgung: Psychosoziale Unterstützung (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Eigeninitiative	Eigeninitiative in Bezug auf die Einleitung und Inanspruchnahme einer geeigneten Therapie	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigeninitiative beim Einleiten einer Therapie - Erfahrungen der Therapieeinleitung - Erschwerte/vereinfachte Therapieeinleitung und - Zuständigkeit der Therapieeinleitung und Wünsche über die Zuständigkeit 	„...wahrscheinlich ging es relativ schnell, aber zum einen musste ich mich selber drum kümmern. Ich hatte vom Sozialdienst, sind wir wieder beim Sozialdienst, ein paar Links bekommen, wo Adressen und so weiter waren, habe dann aber wieder in Eigenregie habe ich mich dann um jeden Einzelnen angeklickt, geguckt, gemacht, ...“ (P14, Pos. 118)	Die Kategorie ist eng Verknüpft mit einer gesteigerten Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen, weshalb Code-Überschneidungen mit „gesteigerte Hilfsbedürftigkeit“ möglich sind.

Versorgung: Psychosoziale Unterstützung (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Gegenseitiges Vertrauen	Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhaltliche Erfahrungen mit dem Therapeuten - Eigenschaften der Therapeuten - Therapeutenwechsel - Einfluss der Therapeuten auf den Betroffenen unabhängig von der Therapie 	„Die Psychologin fand ich auch sehr sehr gut. Ich war vorher/ bei diesen fünf provisorischen Sitzungen war ich vorher bei einer anderen gewesen, mit der ich jetzt, ja, nicht so auf einen Nenner gekommen bin, um es mal so zu sagen.“ (P11, Pos. 150)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ergibt sich aus der inhaltlichen Beschreibung

Versorgung: Psychosoziale Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Therapie/Traumatherapie	Erwähnung und Erfahrungen mit Therapie	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art und Dauer der Therapie - Erfahrungen mit Therapie - Terminvereinbarung mit Therapeuten - Zugang zu Therapie 	„Und dann waren wir dann zu sechst, ein ganz kleiner Personenkreis über zwei Wochen, nur zusammen und auch nur damit gearbeitet. Und dann wurde dann halt intensiv da therapiert, ne. Und das waren so Punkte, die schon wichtig waren.“ (P1, Pos. 22)	Einflüsse der Therapie im Hinblick auf die Patientenkompetenz hat einen eigenen Code in der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“. Siehe „Patientenkompetenz/Leben neu ausrichten/Therapie“

Versorgung: Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“ (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
LotsInnen	Erfahrungen in Zusammenhang mit den Lotsen	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit Lotsen positiv wie negativ - Annahmen über die Qualität und Einstellung von Lotsen - Einbindung des Lotsen 	„Und ich glaube, ich hatte einfach auch Glück, dass ich den richtigen Lotsen hatte.“ (P2, Pos. 163)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“ (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Veteranenverband	Erwähnung des Veteranenverbandes	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art und Umfang der Hilfe durch den Veteranenverband 	„...aber erwähnenswert war die Hilfe wirklich vom, muss ich so sagen, vom Veteranenverband, die mich da wirklich sehr unterstützt haben bei dem ganzen Kram alles.“ (P14, Pos. 100)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“ (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Truppenpsychologischer Dienst	Erwähnung des truppenpsychologischen Dienstes	Kategorie umfasst Aussagen über: - Art und Umfang der Hilfe durch den truppenpsychologischen Dienst - Auswirkungen auf den Betroffenen der Hilfe der Truppenpsychologie		Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“ (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Einsatznachbereitungss eminar	Erwähnung des Einsatznachbereitungss eminar bzw. die Rolle im Hinblick auf den Prozess zur Diagnose	Kategorie umfasst Aussagen über: - Art und Umfang eines ENBS - Auswirkungen des ENBS auf den weiteren Krankheitsverlauf im Sinne der Diagnosestellung oder auch nicht erfolgter Diagnosestellung - Probleme mit der Inanspruchnahme	„Und dann hat sie MICH etwas gefragt, so wie Sie gerade eben. Und dann passiert es. Und das konnte ich nicht kontrollieren. Und daraufhin hat sie mir dann gesagt oder nahe gelegt, dass ich mal das untersuchen lassen soll.“ (P9, Pos. 82)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“ (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Sozialdienst	Unterstützung des Betroffenen über den Sozialdienst der Bundeswehr	Kategorie umfasst Aussagen über: - fehlende Unterstützung - Qualität der Unterstützung - Art und Umfang der Unterstützung	„Dann arbeite ich auch sehr eng mit dem Sozialdienst zusammen. Und das sind so diejenigen, die mir jetzt, sage ich mal, was diese dienstlichen Belange auch, wo es dann um WDB-Anträge oder Sonstiges ging, die dann quasi alles für mich gemacht haben.“ (P14, Pos. 64)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Unterstützung durch Dritte „Netzwerk der Hilfe“ (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Militärseelsorge	Unterstützung durch die Militärseelsorge	Kategorie umfasst Aussagen über: - Art und Umfang der Unterstützung - Auswirkung der Unterstützung auf den Betroffenen	„Also da sage ich auch, wenn die Militärseelsorge nicht wäre und würde da so viel anbieten für die Familien, ne, wenn ich das mal abziehe und gucke mir an, was der Dienstherr anbietet oder angeboten hat damals, dann siehts ganz schön mau aus.“ (P1, Pos. 72)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Sportschule der Bundeswehr	Angebote und Unterstützung durch die Sportschule der Bundeswehr in Warendorf	Kategorie umfasst Aussagen über: - Erfahrungen und Auswirkungen der Hilfsangebote der Sportschule der Bundeswehr - Weg der Inanspruchnahme der Hilfsangebote der Sportschule	„Und ich bin auch froh, dass ich nach Warendorf regelmäßig gehe, an die Sportschule. Und dort halt eben auch in dieser Therapie bin, was mir auch ganz gut tut und auch hilft.“ (P10, Pos. 108)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Eigene Einstellung	Überzeugungen zu materieller oder immaterieller Unterstützung wie z.B. dem „Netzwerk der Hilfe“, welche auf Erfahrungswerten beruhen können oder von vornerein bestehen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Erfahrungen mit der Unterstützung und folglich Einstellung dazu - Emotionen im Bezug auf Akteure der materiellen und immateriellen Unterstützung (Gefühl von Ablehnung) - Begründung der eigenen Einstellung zu Hilfsangeboten	„Ansonsten ist dieses psychosoziale Netzwerk etwas Schönes für das Blatt Papier. Aber ansonsten ist das mit Verlaub gesagt vollständiger Unsinn, weil es nicht funktioniert.“ (P3, Pos. 89)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Eigeninitiative	Erfahrungen und Berichte über die eigene Initiation der materiellen und immateriellen Unterstützung.	Kategorie umfasst Aussagen über: - Erfahrungen mit Unterstützung - Eigene Verantwortlichkeit für die Initiation der Unterstützung - Ausführungen über die Eigeninitiative, auch wenn diese als solche gar nicht selbst erkannt wird	„Du musst dir die Hilfe immer selber suchen, ne. Das ist/ Also wenn du Hilfe brauchst, kommt in seltenen Fällen einer auf dich zu und sagt, pass auf, hier, ich helfe dir mal, ne, so ist also meine Erfahrung, ne. Du musst dir die Hilfe schon suchen.“ (P 1, Pos. 64)	Codeüberschneidungen im Rahmen der Ausführungen mit dem Code „gesteigerte Hilfsbedürftigkeit“ möglich, da hier auch häufig über die negativen Aspekte der Notwendigkeit einer Eigeninitiative gesprochen wird

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (individuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Gesteigerte Hilfsbedürftigkeit	Der Zugang und die Inanspruchnahme von materieller und immaterieller Unterstützung benötigt selbst mehr Unterstützung und Fremdinitiative. Aufgrund der Erkrankung (z.B. fehlender Antrieb, Überforderung, etc.) ist es wenig bis gar nicht möglich die Hilfe in Anspruch zu nehmen	Kategorie umfasst Aussagen über: - Erfahrungen mit Zugang und Inanspruchnahme von Unterstützung - Hindernisse der Inanspruchnahme	„Weil ich glaube, dass ganz viele Eigeninitiative auch da gefragt ist. Und aber viele haben nicht mehr die Kraft, oder sind so in dieser Depression. Ja? Ich weiß ja selber, wie das war.“ (P2, Pos. 155)	Hilfsbedürftigkeit in Bezug auf die Hürden der „Bürokratie“ werden mit eben diesem Code zusammengefasst

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Information	Informationen über materielle/immaterielle Unterstützung	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herkunft von Informationen zu Hilfsangeboten und Versorgung - Qualität von Information - Informationsdefizite und Fehlinformationen 	„Und dann wusste ich aber immer noch nichts von PSN. Das kam irgendwann dann tatsächlich mit dem ersten Schritt zum Lotsen. Vorher habe ich nie was von PSN gehört.“ (P 8, Pos. 150)	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Fremdinitiative	Berichte über Fremdinitiative zur Inanspruchnahme der materiellen/immateriellen Unterstützung	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Sachverhalt inwiefern Fremdinitiative nötig war - Umfang und Qualität der Fremdinitiative 	„Also, es haben viele Leute auf mich eingeredet, von außerhalb: „Ja, du musst einen höheren GDS haben. Und mach dies und mach das noch.““ (P2, Pos. 81)	Fremdinitiative, die zur Krankheitseinsicht führt ist in der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“ codiert.

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (individuell-kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Hilfe für Angehörige	Miteinbeziehen der Familie in Versorgungsangebote	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen ob und wie Angehörige in die Hilfsangebote miteinbezogen werden - Hürden bei der Hilfe für Angehörige - In welchem Rahmen der Versorgung Angehörige miteinbezogen werden 	„Was immer vergessen wird ist die Familie, ne. Und die Familie ist mindestens genauso belastet wie derjenige selber. Aber das System Bundeswehr in der Beziehung gibt da leider wenig her.“ (P1, Pos. 70)	Das Einbeziehen der Familie in den Alltag und die Krankheitsverarbeitung, sowie den Einfluss der Hilfe für Angehörige auf den Betroffenen wurde in der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“ codiert→ siehe „Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell) /Miteinbeziehen der Familie“

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
SARS-Cov-2	Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung insgesamt	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen in Zusammenhang mit der Pandemie und Versorgung - Einschränkung oder Änderung der Versorgung aufgrund der Pandemie - Kompromissen und Versorgungsdefiziten aufgrund der Pandemie 	<p>„... die Psychiatrie wurde verkleinert wegen den ganzen Coronafälle in Koblenz dann irgendwie. Das/ haben dann weniger Aufnahmekapazität. Ja, es war einfach ein ganz (lacht) so schlechter Zeitpunkt gewesen. Ich wollte eigentlich/ die haben mich einliefern lassen. Aber es war halt kein Platz.“ (P4, Pos. 150)</p>	Abgrenzung zu anderen Kategorien ist durch die inhaltliche Beschreibung eindeutig möglich

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Bürokratie	Allgemeine Bürokratie und Prozesse, die wenig transparent für den Soldaten erscheinen	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Erleben der Bürokratie als Hürde - Das Erleben von Prozessen in Verbindung mit dem EWVG (z.B. Begutachtungen, Dienstposten, etc.) 	<p>„Und eine Begutachtung jagt die nächste Begutachtung. Das/ irgendwann ist auch mal aus-begutachtet. Irgendwann muss ja mal wissen, was denn ist, sage ich mal. Ich fühle mich einfach nur, ja, in einer Mühle drin und auf gut Deutsch verarscht.“ (P10, Pos. 122)</p>	Codeüberschneidungen mit den einzelnen Komponenten „WDB“ und „EWVG“ bei inhaltlichem Zusammenhang möglich

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
WDB	Erfahrungen über Einzelheiten in Zusammenhang mit dem WDB-Verfahren	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den Prozess des WDB-Verfahrens - Hindernisse in Bezug auf das Verfahren - Einflüsse des Verfahrens auf den Betroffenen - Initiative und Motivation zur Beantragung einer WDB 	<p>„...was eine hohe Belastung ist, ist der Weg zu einer anerkannten PTB. Der Weg ist meistens nicht transparent. Der Weg dauert zu lange. Und du bist als Betroffener immer in der Beweispflicht.“ (P1, Pos. 80)</p>	Codeüberschneidungen mit „Bürokratie“ möglich, da die WDB auf einem bürokratischen Akt basiert

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Vorgesetzte	Einfluss der Vorgesetzten auf die Versorgung der Betroffenen (z.B. Förderung oder Hinderung von Förderung, Einfluss auf die Reintegration in den Dienst)	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fürsorge und fehlende Fürsorge der Vorgesetzten - Erfahrungen mit Vorgesetzten - Individuelle Dienstvereinbarungen - Qualität der Vorgesetzten im Umgang mit der Erkrankung - Einbindung der Vorgesetzten in die Erkrankung - das Wissen der Vorgesetzten über den Umgang mit der Erkrankung und entstehenden Rechten und Pflichten des Betroffenen - Erfahrungen mit dienstlicher Reintegration in Bezug auf die Rolle des Vorgesetzten 	schlechte Gewissen, Schuldgefühle und was auch immer, dass ich halt nicht so da bin, wie ich das gewohnt bin und wie ich es gerne hätte und daher ist mir das sehr wichtig, dass gerade die Führung, Spieß, Chef, dass die so dermaßen hinter mir stehen, das erleichtert es mir doch enorm. (P14, Pos. 60)	Aussagen über Einfluss der Vorgesetzten auf das Befinden des Betroffenen und die Beziehung zum Vorgesetzten werden unter der Hauptkategorie „Patientenkompetenz“ zusammengefasst → siehe Code „Leben neu ausrichten (individuell-kontextuell)/Kameraden“

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
Personalführung/ZALK	Belange der Personalführung/ZALK was Verwendungen des Soldaten betrifft.	<p>Kategorie umfasst Aussagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versetzungen und gewünschte Versetzungen - Aktuelle Dienstposten und Verwendungen - Erfahrungen mit Personalführung, ZALK und IPR Sitzungen im Allgemeinen - Schwierigkeiten bei der Suche nach geeigneten Dienstposten 	„Das ist mein Wunsch. Den habe ich dem BAPers auch mitgeteilt. Aktuell gibt es dafür keine Stellen.“ (P3, Pos. 77)	Überschneidungen mit dem Code „EWVG“ möglich, da ZALK umsetzendes Organ des EWVG ist.

Versorgung: Materielle/immaterielle Unterstützung (kontextuell)

Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung	Ankerbeispiel aus dem Datenmaterial	Abgrenzung zu anderen Kategorien
EWVG	Aspekte und Anwendung des EWVG	Kategorie umfasst Aussagen über: <ul style="list-style-type: none"> - Schutzzeiten und Schutzfristen - Anwendungen des EWVG speziell auf den Betroffenen - Auswirkungen des EWVG auf Betroffene - Eigene Bewertung von Anteilen des EWVG 	„Was FÖRDERLICH ist: das ist das Sozialsystem der Bundeswehr. Wir haben das Alimentationsprinzip. Die Leute können bei voller Bezahlung tatsächlich dann auch mal zu Hause bleiben oder die therapeutischen Maßnahmen durchführen, die notwendig sind.“ (P3, Pos. 97)	Überschneidungen mit dem Code „Personalführung/ZALK“ möglich, da ZALK umsetzendes Organ des EWVG ist.

Tag der Promotion: 16.05.2023
Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Michael D. Menger
Berichterstatter: Prof. Dr. med. Johannes Jäger, MME
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann