Ethica 2010

Enquete des Instituts für Religion und Frieden

NIE ALLEIN GELASSEN.
VERWUNDUNG – TRAUMA – TOD IM EINSATZ

Institut für Religion und Frieden
http://www.irf.ac.at

IMPRESSUM

Amtliche Publikation der Republik Österreich,
Bundesminister für Landesverteidigung und Sport

MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND HERSTELLER:
Republik Österreich
Bundesminister für Landesverteidigung und Sport, BMLVS,
Roßauer Lände 1, 1090 Wien

REDAKTION:
BMLVS / Institut für Religion und Frieden
Gerhard Marchl
Fasangartengasse 101, Objekt VII, 1130 Wien
Tel.: +43/1/512 32 57 – 20, Email: irf@mildioz.at

ERSCHEINUNGSJAHR:
2010

DRUCK:
BMLVS / Heeres-Druckerei, Kaserne Arsenal, Objekt 12,
Kelsenstraße 4, 1030 Wien

ISBN: 978-3-902761-07-1

Ethica 2010

Enquete des Instituts für Religion und Frieden

NIE ALLEIN GELASSEN.
VERWUNDUNG – TRAUMA – TOD IM EINSATZ

Institut für Religion und Frieden
http://www.irf.ac.at

Editorial

Mit den Kriegen in Afghanistan und im Irak sind Verletzungen, Traumata und tödliche Verwundungen wieder zum Alltag in den Armeen vieler europäischer Staaten geworden. Allein die Opferzahlen des Afghanistan-Krieges sind erschreckend hoch. Seit 2001 sind bis Ende November 2010 insgesamt 2.239 Soldaten aus den Reihen jener Streitkräfte ums Leben gekommen, die an der Operation Enduring Freedom und der International Security Assistance Force (ISAF) teilnehmen. Der Blutzoll wird dabei immer höher. Waren in den ersten Kriegsjahren „nur" höchstens 70 Tote pro Jahr auf Seiten der Koalition rund um die USA und auf Seiten der Schutztruppe zu beklagen, waren es im Jahr 2009 schon 521 tödlich Verwundete. Noch verheerender scheint die Bilanz für das Jahr 2010 zu werden: Bis Ende November haben schon 669 Soldaten ihr Leben verloren. Freilich tragen die USA auch bei den Opferzahlen die Hauptlast, doch die Anzahl der getöteten Soldaten auf Seiten der europäischen Verbündeten lässt ebenso keine Zweifel am kriegerischen Charakter des Afghanistan-Einsatzes aufkommen: Frankreich muss bereits 50 Tote, Deutschland 45, Dänemark 39, Italien 33, Spanien 30, die Niederlande 25 und Polen 22 Tote beklagen. Den höchsten Blutzoll auf europäischer Seite muss jedoch Großbritannien bewältigen: Bisher wurden 345 Briten im Zuge des Einsatzes in Afghanistan getötet. Was den Irak-Krieg betrifft, so verloren bisher über 300 europäische Soldaten ihr Leben.[1] Angesichts dieser enormen Opferzahlen sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass der Blutzoll unter der Zivilbevölkerung und den einheimischen Sicherheitskräften sowohl im Irak als auch in Afghanistan noch um ein Vielfaches höher ist.

Ist die Zahl der tödlich verletzten Soldaten in den Reihen der europäischen Streitkräfte schon hoch genug, so sind noch viel mehr Verwundete und Traumatisierte zu verzeichnen. Schwere, möglicherweise lebenslang Spuren hinterlassende Verletzungen sowie psychische Traumata bedeuten nicht nur

[1] Für eine genaue Aufschlüsselung der Opferzahlen siehe die Website http://icasualties.org/oef.

für die Betroffenen und ihre Angehörigen beträchtliches Leid; auch die Streitkräfte, das Gesundheitssystem sowie Staat und Gesellschaft müssen die Folgen wie Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung der Betroffenen in den Arbeitsmarkt bewältigen. Die wirtschaftlichen und sozialen Kosten sind enorm.

Die Militärseelsorger sind oftmals unmittelbar mit dem Leid von getöteten, verwundeten oder traumatisierten Soldaten konfrontiert. Sie übernehmen in vielen Fällen die seelische Betreuung der verletzten Opfer, der Kameraden und unter Umständen auch der Familien. Sie müssen Fragen nach dem Sinn des Leids, des Kriegs und des Lebens überhaupt beantworten und müssen mit dem selbst erlebten Leid umgehen.

Die steigende Zahl von verwundeten und getöteten europäischen Soldaten sowie die unausweichlichen Auswirkungen und Herausforderungen für die Streitkräfte und die Militärseelsorge waren der Grund dafür, dass sich die Enquete des Instituts für Religion und Frieden Ende Oktober 2009 dem Thema „Nie allein gelassen. Verwundung – Trauma – Tod im Einsatz“ stellte. Wie bereits seit einigen Jahren Tradition waren auch zu dieser Enquete auf Einladung von Bischofsvikar Dr. Werner Freistetter, dem Leiter des Instituts für Religion und Frieden, zahlreiche Militärseelsorger und Militärbischöfe aus insgesamt elf europäischen Ländern nach Wien gekommen. Sie tauschten ihre Erfahrungen mit körperlichen und seelischen Verletzungen und Todesfällen in ihren jeweiligen Streitkräften aus und berieten über die damit in Zusammenhang stehenden Konsequenzen für die Seelsorge. Wesentlicher Bestandteil dieser Enquete waren jedoch auch Vorträge von Fachleuten wie Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, die die Phänomene Verwundung, Trauma und Todesfall aus verschiedenen Blickwinkeln heraus beleuchteten.

Im vorliegenden Band *Ethica 2010* wird die Thematik noch vertieft. Der Militärarzt Klaus Wolff legt dar, welche Verletzungen durch die heute üblichen Waffengattungen hervorgerufen werden. Peter Kaiser vom Roten Kreuz stellt das System der Triage, der Prioritätenreihung bei der Behandlung einer Vielzahl von Verletzten, näher vor. Sigmund Linder, Psychologe am Rehabilitationszentrum Weißer Hof, skizziert, wie Betroffene mit Verwundungen und Verstümmelungen umgehen (lernen).
Was das Thema Trauma betrifft, schildert Oswald Klingler, nach einer Einführung von Christian Langer, die Anfänge des Kompetenzzentrums für Stressmanagement und Psychotraumatologie beim Österreichischen

Bundesheer. Elisabeth Schneider und Manfred Krampl von der Sicherheitsakademie des Innenministeriums berichten, wie in den Reihen der österreichischen Polizei Hilfe für traumatisierte Einsatzkräfte geleistet wird. Erich Hitz, Militärpfarrer in Niederösterreich, hingegen geht der Frage nach, wie der Glaube helfen kann, seelische Wunden und Traumata zu heilen.
Tod und Sterben in der heutigen Gesellschaft werden vom Psychotherapeuten Erich Lehner analysiert. Der Notfallpsychologe Michael Mikas befasst sich mit der Überbringung von Todesnachrichten an die jeweiligen Angehörigen. Abschließend schildern die Militärseelsorger Benoist Galvan (Frankreich) und Giuseppe Chizzali (Italien) ihre Aufgaben im Todesfall eines Soldaten.
Vor alldem enthält die *Ethica 2010* die Botschaft von Papst Benedikt XVI. zum Weltfriedenstag am 1. Jänner 2010.

Gerhard Marchl
Institut für Religion und Frieden

Inhaltsverzeichnis

Botschaft zur Feier des Weltfriedenstages

Papst Benedikt XVI.
Willst du den Frieden fördern, so bewahre die Schöpfung 13

Enquete 2009

Klaus WOLFF
Verletzung – Verwundung. Ein einsatzchirurgischer Überblick 27

Peter KAISER
Problemfeld Triage: „Wer wird zuerst behandelt?“ 37

Siegmund LINDER
Wie geht man mit Verwundung und Verstümmelung um? 45

Christian LANGER
Mit Belastungen umgehen können 57

Oswald KLINGLER
Das Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement – Konzept und Stand der Realisierung 61

Elisabeth SCHNEIDER, Manfred KRAMPL
Hilfe für traumatisierte Einsatzkräfte 73

Erich HITZ
Glaube und Trauma – Kann christlicher Glaube Hilfe für Traumatisierte bieten? 93

Erich LEHNER
Sterben und Tod in moderner Gesellschaft 107

Michael MIKAS
Psychologische Aspekte des Überbringens von Todesnachrichten 115

Benoist GALVAN
Aspects pastoraux et théologiques de la mort d'un soldat au combat 123

Giuseppe CHIZZALI
Pastorale und theologische Aspekte bei einem Todesfall eines Soldaten im Einsatz 131

Bericht 135

Autorenverzeichnis 141

Botschaft zur Feier des Weltfriedenstages 1. Januar 2010

Papst Benedikt XVI.

Willst du den Frieden fördern, so bewahre die Schöpfung

1. Zu Beginn des Neuen Jahres möchte ich allen christlichen Gemeinschaften, den Verantwortlichen der Nationen und den Menschen guten Willens in aller Welt aus ganzem Herzen den Frieden wünschen. Für den 43. Weltfriedenstag habe ich das Motto gewählt: Willst du den Frieden fördern, so bewahre die Schöpfung. Der Achtung vor der Schöpfung kommt große Bedeutung zu, auch deshalb, weil »die Schöpfung der Anfang und die Grundlage aller Werke Gottes«[1] ist und sich ihr Schutz für das friedliche Zusammenleben der Menschheit heute als wesentlich erweist. Aufgrund der Grausamkeit des Menschen gegen den Menschen gibt es in der Tat zahlreiche Gefährdungen, die den Frieden und die authentische ganzheitliche Entwicklung des Menschen bedrohen, wie Kriege, internationale und regionale Konflikte, Terrorakte und Menschenrechtsverletzungen. Nicht weniger besorgniserregend sind jedoch jene Gefahren, die vom nachlässigen – wenn nicht sogar mißbräuchlichen – Umgang mit der Erde und den Gütern der Natur herrühren, die uns Gott geschenkt hat. Darum ist es für die Menschheit unerläßlich, »jenen Bund zwischen Mensch und Umwelt zu erneuern und zu stärken, der ein Spiegel der Schöpferliebe Gottes sein soll – des Gottes, in dem wir unseren Ursprung haben und zu dem wir unterwegs sind«.[2]

2. In der Enzyklika *Caritas in veritate* habe ich unterstrichen, daß die ganzheitliche Entwicklung des Menschen in enger Verbindung mit den Pflichten steht, die sich aus der *Beziehung des Menschen zu Umwelt und Natur* ergeben. Die Umwelt muß als eine Gabe Gottes an alle verstanden werden, und ihr Gebrauch bringt eine Verantwortung gegenüber der ganzen Menschheit mit sich, insbesondere gegenüber den Armen und gegenüber den zukünftigen Generationen. Ich habe zudem darauf hingewiesen, daß in den

Gewissen der Menschen das Verantwortungsbewußtsein abzunehmen droht, wenn die Natur und allem voran der Mensch einfach als Produkt des Zufalls oder des Evolutionsdeterminismus angesehen werden.[3] Wenn wir in der Schöpfung hingegen eine Gabe Gottes an die Menschheit sehen, so hilft uns das, die Berufung und den Wert des Menschen zu verstehen. Mit dem Psalmisten können wir in der Tat voll Staunen ausrufen: »Seh' ich den Himmel, das Werk deiner Finger, Mond und Sterne, die du befestigt: Was ist der Mensch, daß du an ihn denkst, des Menschen Kind, daß du dich seiner annimmst?« (*Ps* 8, 4-5). Die Betrachtung der Schönheit der Schöpfung spornt dazu an, die Liebe des Schöpfers zu erkennen, jene Liebe, welche »die Sonne und die übrigen Sterne bewegt«.[4]

3. Vor zwanzig Jahren hat Papst Johannes Paul II. die Botschaft zum Weltfriedenstag dem Thema *Friede mit Gott, dem Schöpfer, Friede mit der ganzen Schöpfung* gewidmet und damit die Aufmerksamkeit auf die Beziehung gelenkt, die wir als Geschöpfe Gottes mit all dem haben, was uns umgibt. »In unseren Tagen bemerkt man«, schrieb er, »ein wachsendes Bewußtsein dafür, daß der Weltfriede ... auch durch den Mangel an der gebührenden Achtung gegenüber der Natur ... bedroht ist«. Und er fügte hinzu, daß das *Umweltbewußtsein* »nicht geschwächt werden darf, sondern vielmehr gefördert werden muß, so daß es sich entwickelt und reift und in Programmen und konkreten Initiativen einen angemessenen Ausdruck findet«.[5] Schon andere meiner Vorgänger haben auf die Beziehung zwischen dem Menschen und der Umwelt verwiesen. Im Jahre 1971 zum Beispiel, anläßlich des 80. Jahrestages der Enzyklika *Rerum Novarum* von Papst Leo XIII., hat Papst Paul VI. hervorgehoben, daß die Menschen »die Natur so unbedacht ausgeschlachtet haben, daß Gefahr besteht, sie zu zerstören, und daß der in solchem Mißbrauch liegende Schaden wieder auf sie selbst zurückfällt«. Und er führte weiter aus: »Aber nicht nur die Umwelt des Menschen wird für diesen stets feindlicher, wie zum Beispiel Umweltverschmutzung und Abfälle, neue Krankheiten, totale Vernichtungsgewalt. Der Mensch hat auch die menschliche Gesellschaft selbst nicht mehr im Griff, so daß er für seine Zukunft Lebensbedingungen herbeiführen kann, die für ihn ganz und gar unerträglich sind. Es handelt sich um die Soziale Frage, die so weite Dimensionen hat, daß sie die gesamte Menschheitsfamilie erfaßt«.[6]

4. Auch wenn die Kirche es vermeidet, sich zu spezifischen fachlichen Lösungen zu äußern, so bemüht sie sich als »Expertin in Menschlichkeit«, mit aller Kraft die Aufmerksamkeit auf die Beziehung zwischen dem Schöpfer, dem Menschen und der Schöpfung zu lenken. Papst Johannes Paul II. hat

1990 von einer »Umweltkrise« gesprochen, und unter dem Hinweis, daß diese in erster Linie ethischer Natur sei, hob er »die dringende moralische Notwendigkeit einer neuen Solidarität«[7] hervor. Dieser Aufruf ist heute angesichts der zunehmenden Zeichen einer Krise noch dringlicher, und es wäre unverantwortlich, dieser Krise keine ernsthafte Beachtung zu schenken. Wie könnte man gleichgültig bleiben angesichts von Phänomenen wie dem globalen Klimawandel, der Desertifikation, der Abnahme und dem Verlust der Produktivität von großen landwirtschaftlichen Gebieten, der Verschmutzung von Flüssen und Grundwasser, dem Verlust der Biodiversität, der Zunahme von außergewöhnlichen Naturereignissen und der Abholzung in tropischen Gebieten. Wie könnte man das wachsende Phänomen der sogenannten »Umweltflüchtlinge« übergehen: Menschen, die aufgrund der Umweltschäden ihre Wohngebiete – oft auch ihr Hab und Gut – verlassen müssen und danach den Gefahren und der ungewissen Zukunft einer zwangsmäßigen Umsiedlung ausgesetzt sind? Wie könnte man untätig bleiben angesichts der schon bestehenden und der drohenden Konflikte um den Zugang zu den natürlichen Ressourcen? All diese Fragen haben einen weitreichenden Einfluß auf die Umsetzung der Menschenrechte, wie zum Beispiel das Recht auf Leben, auf Nahrung, Gesundheit und Entwicklung.

5. Es darf jedoch nicht vergessen werden, daß die Umweltkrise nicht unabhängig von anderen Fragen bewertet werden kann, die mit ihr verknüpft sind, da sie eng mit dem Entwicklungsbegriff selbst und mit der Sicht des Menschen und seiner Beziehung zu seinen Mitmenschen und zur Schöpfung zusammenhängt. Daher ist es sinnvoll, eine tiefgehende und weitblickende Prüfung des Entwicklungsmodells vorzunehmen sowie über den Sinn der Wirtschaft und über ihre Ziele nachzudenken, um Mißstände und Verzerrungen zu korrigieren. Das verlangen der ökologische Zustand des Planeten sowie auch und vor allem die kulturelle und moralische Krise des Menschen, deren Symptome schon seit längerer Zeit in allen Teilen der Welt offensichtlich sind.[8] Die Menschheit braucht eine tiefe kulturelle Erneuerung; sie muß jene Werte wiederentdecken, die ein festes Fundament darstellen, auf dem eine bessere Zukunft für alle aufgebaut werden kann. Die Krisensituationen, die sie heute erlebt – sei es im Bereich der Wirtschaft, in der Nahrungsmittelversorgung, der Umwelt oder der Gesellschaft –, sind im Grunde genommen auch moralische Krisen, die alle miteinander verknüpft sind. Sie machen eine Neuplanung des gemeinsamen Wegs der Menschen notwendig. Sie erfordern insbesondere eine durch Maßhalten und Solidarität gekennzeichnete Lebensweise mit neuen Regeln und Formen des Einsatzes, die zuversichtlich und mutig die positiven Erfahrungen aufgreifen und die

negativen entschieden zurückweisen. Nur so kann die derzeitige Krise Gelegenheit zur Unterscheidung und zu einem neuen Planen werden.

6. Stimmt es etwa nicht, daß am Ursprung dessen, was wir in einem kosmischen Sinn »Natur« nennen, ein »Plan der Liebe und der Wahrheit« steht? Die Welt »ist nicht das Ergebnis irgendeiner Notwendigkeit, eines blinden Schicksals oder des Zufalls. ... Sie geht aus dem freien Willen Gottes hervor, der die Geschöpfe an seinem Sein, seiner Weisheit und Güte teilhaben lassen wollte«.[9] Das *Buch Genesis* stellt uns auf seinen ersten Seiten das weise Projekt des Kosmos vor Augen, das eine Frucht der Gedanken Gottes ist und an dessen Spitze Mann und Frau stehen, die als Abbild des Schöpfers und ihm ähnlich geschaffen wurden, damit sie »die Erde bevölkern« und über diese als von Gott selbst eingesetzte »Verwalter« »herrschen« (vgl. *Gen* 1, 28). Die von der Heiligen Schrift beschriebene Harmonie zwischen Gott, der Menschheit und der Schöpfung wurde durch die Sünde Adams und Evas zerbrochen, durch die Sünde des Mannes und der Frau, die die Stelle Gottes einnehmen wollten und sich weigerten, sich als seine Geschöpfe zu sehen. Konsequenz dessen ist, daß auch die Aufgabe, über die Erde zu »herrschen«, sie zu »bebauen« und zu »hüten«, Schaden genommen hat und es zu einem Konflikt zwischen ihnen und der übrigen Schöpfung gekommen ist (vgl. *Gen* 3, 17-19). Der Mensch hat sich vom Egoismus beherrschen lassen und die Bedeutung von Gottes Gebot aus dem Blick verloren, und in seiner Beziehung zur Schöpfung hat er sich wie ein Ausbeuter verhalten, der über sie eine absolute Dominanz ausüben will. Die wahre Bedeutung des anfänglichen Gebots Gottes bestand aber, wie es das *Buch Genesis* deutlich zeigt, nicht bloß in einer Übertragung von Autorität, sondern vielmehr in einer Berufung zur Verantwortung. Übrigens erkannte die Weisheit der Antike, daß die Natur uns nicht wie »ein Haufen von zufällig verstreutem Abfall«[10] zur Verfügung steht, während uns die biblische Offenbarung verstehen ließ, daß die Natur eine Gabe des Schöpfers ist, der ihr eine innere Ordnung gegeben hat, damit der Mensch darin die notwendigen Orientierungen finden kann, um sie »zu bebauen und zu hüten« (vgl. *Gen* 2, 15).[11] Alles, was existiert, gehört Gott, der es den Menschen anvertraut hat, aber nicht zu ihrer willkürlichen Verfügung. Wenn der Mensch nicht seine Rolle als Mitarbeiter Gottes erfüllen, sondern die Stelle Gottes einnehmen will, ruft er dadurch schließlich die Auflehnung der Natur hervor, die von ihm »mehr tyrannisiert als verwaltet wird«.[12] Der Mensch hat also die Pflicht, in verantwortlicher Weise über die Natur zu herrschen, sie zu hüten und zu bebauen.[13]

7. Leider muß man feststellen, daß eine große Zahl von Personen in verschiedenen Ländern und Regionen der Erde aufgrund der Nachlässigkeit oder Verweigerung vieler, verantwortungsbewußt mit der Natur umzugehen, wachsende Schwierigkeiten erfährt. Das Zweite Vatikanische Ökumenische Konzil hat daran erinnert, daß »Gott die Erde und was sie enthält zum Gebrauch für alle Menschen und Völker bestimmt hat«.[14] Das Schöpfungserbe gehört somit der gesamten Menschheit. Dagegen bringt das derzeitige Tempo der Ausbeutung die Verfügbarkeit einiger natürlicher Ressourcen nicht nur für die gegenwärtige, sondern vor allem für die zukünftigen Generationen in Gefahr.[15] Es ist dann nicht schwer festzustellen, daß die Umweltschäden oft ein Ergebnis des Fehlens weitblickender politischer Programme oder auch der Verfolgung kurzsichtiger wirtschaftlicher Interessen sind, die sich leider zu einer ernsten Bedrohung für die Schöpfung entwickeln. Um diesem Phänomen auf der Grundlage der Tatsache, daß »*jede wirtschaftliche Entscheidung eine moralische Konsequenz*«[16] hat, zu begegnen, ist es auch nötig, daß die wirtschaftlichen Aktivitäten um so mehr auf die Umwelt Rücksicht nehmen. Wenn man sich der natürlichen Ressourcen bedient, muß man sich um ihre Bewahrung kümmern, indem man auch die Kosten – was die Umwelt und den Sozialbereich betrifft – veranschlagt und als eine wesentliche Position der Kosten der wirtschaftlichen Aktivität selbst bewertet. Es kommt der internationalen Gemeinschaft und den nationalen Regierungen zu, rechte Signale zu setzen, um effektiv jenen Modalitäten der Nutzung der Umwelt entgegenzutreten, die sich als umweltschädigend erweisen. Um die Umwelt zu schützen und die Ressourcen und das Klima zu bewahren, muß man einerseits unter Beachtung von – auch unter rechtlichem und wirtschaftlichem Gesichtspunkt – recht definierten Normen handeln, und andererseits die Solidarität im Blick haben, die denen, die in den ärmsten Gebieten der Erde leben, wie auch den zukünftigen Generationen geschuldet ist.

8. In der Tat scheint es an der Zeit, zu einer aufrichtigen *Generationen übergreifenden Solidarität* zu gelangen. Die Kosten, die sich aus dem Gebrauch der allgemeinen Umweltressourcen ergeben, dürfen nicht zu Lasten der zukünftigen Generationen gehen: »Erben unserer Väter und Beschenkte unserer Mitbürger, sind wir allen verpflichtet, und jene können uns nicht gleichgültig sein, die nach uns den Kreis der Menschheitsfamilie weiten. Die Solidarität aller, die etwas Wirkliches ist, bringt für uns nicht nur Vorteile mit sich, sondern auch Pflichten. *Es handelt sich um eine Verantwortung, die die gegenwärtigen für die zukünftigen Generationen übernehmen müssen* und die auch eine Verantwortung der einzelnen Staaten und der internationalen

Gemeinschaft ist«.[17] Der Gebrauch natürlicher Ressourcen müßte dergestalt sein, daß die unmittelbaren Vorteile nicht negative Folgen für die Menschen und andere Lebewesen in Gegenwart und Zukunft mit sich bringen; daß der Schutz des Privateigentums nicht den universalen Bestimmungszweck der Güter beeinträchtigt;[18] daß der Eingriff des Menschen nicht die Fruchtbarkeit der Erde gefährdet – zum Wohl der Welt heute und morgen. Neben einer aufrichtigen Generationen übergreifenden Solidarität muß die dringende moralische Notwendigkeit einer erneuerten *Solidarität innerhalb einer Generation*, besonders in den Beziehungen zwischen den Entwicklungsländern und den hochindustrialisierten Staaten, betont werden: »Die internationale Gemeinschaft hat die unumgängliche Aufgabe, die institutionellen Wege zu finden, um der Ausbeutung der nicht erneuerbaren Ressourcen Einhalt zu gebieten, und das auch unter Einbeziehung der armen Länder, um mit ihnen gemeinsam die Zukunft zu planen«.[19] *Die ökologische Krise zeigt die Dringlichkeit einer Solidarität auf, die sich über Raum und Zeit erstreckt.* Es ist in der Tat wichtig, unter den Ursachen der aktuellen ökologischen Krise die historische Verantwortung der Industrieländer zuzugeben. Aber die Entwicklungsländer und besonders die Schwellenländer sind dennoch nicht von der eigenen Verantwortung gegenüber der Schöpfung befreit, weil die Verpflichtung, Schritt für Schritt wirksame umweltpolitische Maßnahmen zu ergreifen, allen zukommt. Dies könnte leichter verwirklicht werden, wenn es weniger eigennützige Rechnungen bei den Hilfeleistungen sowie in der Weitergabe von Wissen und sauberen Technologien gäbe.

9. Zweifellos besteht einer der grundlegenden Kernpunkte, die von der internationalen Gemeinschaft anzugehen sind, darin, für die energetischen Ressourcen gemeinsame und vertretbare Strategien zu finden, um dem Energiebedarf der gegenwärtigen und der zukünftigen Generationen Genüge zu leisten. Zu diesem Zweck müssen die technologisch fortgeschrittenen Gesellschaften bereit sein, Verhaltensweisen zu fördern, die von einem Maßhalten geprägt sind, indem sie den eigenen Energiebedarf reduzieren und die Nutzungsbedingungen verbessern. Zugleich ist es notwendig, die Erforschung und Anwendung von umweltverträglicheren Energien und die »weltweite Neuverteilung der Energiereserven« zu fördern, »so daß auch die Länder, die über keine eigenen Quellen verfügen, dort Zugang erhalten können«.[20] Die ökologische Krise bietet daher die historische Gelegenheit, eine kollektive Antwort zu erarbeiten, die darauf abzielt, das Modell globaler Entwicklung in eine Richtung zu lenken, die der Schöpfung und einer ganzheitlichen Entwicklung des Menschen größeren Respekt zollt, weil es sich an

den typischen Werten der Nächstenliebe in der Wahrheit orientiert. Ich erhoffe deshalb die Annahme eines Entwicklungsmodells, das auf der Zentralität der menschlichen Person gegründet ist, auf der Förderung des gemeinsamen Wohls und der Teilhabe daran, auf der Verantwortlichkeit, auf dem Bewußtsein der notwendigen Änderung des Lebensstils und auf der Klugheit, jener Tugend, welche die heute auszuführenden Handlungen anzeigt mit Rücksicht darauf, was morgen geschehen kann.[21]

10. Um die Menschheit zu einer nachhaltigen Bewirtschaftung der Umwelt und der Ressourcen der Erde zu führen, ist der einzelne dazu berufen, seine Intelligenz im Bereich der wissenschaftlichen Forschung und Technologie sowie in der Anwendung der daraus resultierenden Entdeckungen einzusetzen. Die »neue Solidarität«, die Papst Johannes Paul II. in der *Weltfriedensbotschaft von 1990* [22] anmahnte, und die »weltweite Solidarität«, die ich selbst in der *Weltfriedensbotschaft von 2009* [23] in Erinnerung gerufen habe, erweisen sich als grundlegende Haltungen, um den Einsatz für die Erhaltung der Schöpfung durch ein System des Gebrauchs der Ressourcen der Erde, welches auf internationaler Ebene besser koordiniert wird, zu lenken. Dies gilt vor allem für die augenblickliche Situation, in der in immer deutlicherer Weise die starke Wechselbeziehung zum Vorschein kommt, die zwischen der Bekämpfung von Umweltschäden und der Förderung der ganzheitlichen Entwicklung des Menschen besteht. Es handelt sich um eine unabdingbare Dynamik, insofern »die volle Entwicklung nur in einer solidarischen Entwicklung der Menschheit geschehen«[24] kann. Mit den vielen wissenschaftlichen Möglichkeiten und den potentiellen innovativen Prozessen, die es heute gibt, können befriedigende Lösungen geliefert werden, welche die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt harmonisch gestalten. Zum Beispiel ist es nötig, die Forschungen zu fördern, die darauf abzielen, die wirksamsten Modalitäten zur Nutzung der großen Kapazität der Solarenergie zu ermitteln. Ebenso ist die Aufmerksamkeit auf die mittlerweile weltweite Problematik des Wassers und auf das globale hydrogeologische System zu richten, dessen Kreislauf von primärer Bedeutung für das Leben auf der Erde ist und dessen Stabilität durch klimatische Veränderungen stark bedroht wird. Gleichermaßen sind geeignete Strategien der ländlichen Entwicklung zu suchen, welche die Kleinbauern und ihre Familien in den Mittelpunkt stellen. Es ist auch nötig, geeignete Maßnahmen zur Bewirtschaftung der Wälder wie auch zur Abfallentsorgung bereitzustellen und die vorhandenen Synergien zwischen den Maßnahmen gegen den Klimawandel und der Armutsbekämpfung zur Geltung zu bringen. Hierzu sind engagierte nationale Maßnahmen notwendig, und diese sind durch einen unerläßlichen

internationalen Einsatz zu ergänzen, der vor allem mittel- und langfristig bedeutende Vorteile mit sich bringen wird. Insgesamt ist es erforderlich, die Logik des bloßen Konsums hinter sich zu lassen, um landwirtschaftliche und industrielle Produktionsformen zu fördern, die die Schöpfungsordnung achten und den primären Bedürfnissen aller Rechnung tragen. Die ökologische Frage ist nicht nur im Hinblick auf die fürchterlichen Perspektiven anzugehen, die sich durch die Umweltschäden am Horizont abzeichnen. Sie muß vor allem von der Suche nach einer echten Solidarität in weltweitem Umfang getragen sein, die durch die Werte der Liebe, der Gerechtigkeit und des Gemeinwohls inspiriert wird. Im übrigen habe ich bereits daran erinnert, daß »die Technik niemals nur Technik ist. Sie zeigt den Menschen und sein Streben nach Entwicklung, sie ist Ausdruck der Spannung des menschlichen Geistes bei der schrittweisen Überwindung gewisser materieller Bedingtheiten. *Die Technik fügt sich* daher *in den Auftrag ein, „die Erde zu bebauen und zu hüten"* (vgl. *Gen* 2, 15), den Gott dem Menschen erteilt hat, und muß darauf ausgerichtet sein, jenen Bund zwischen Mensch und Umwelt zu stärken, der Spiegel der schöpferischen Liebe Gottes sein soll«.[25]

11. Es zeigt sich immer deutlicher, daß das Thema der Umweltverschmutzung das Verhalten eines jeden von uns sowie die heute gängigen Lebensstile und Modelle des Konsums und der Produktion, die oft aus sozialer Sicht, aus Umweltschutzgründen und sogar aus wirtschaftlichen Überlegungen untragbar sind, zur Rechenschaft ruft. Es ist mittlerweile unerläßlich, daß es zu einem tatsächlichen Umdenken kommt, das alle zur Annahme *neuer Lebensweisen* führt, »in denen die Suche nach dem Wahren, Schönen und Guten und die Verbundenheit mit den anderen für ein gemeinsames Wachstum jene Elemente sind, die die Entscheidungen für Konsum, Sparen und Investitionen bestimmen«.[26] Es muß immer mehr dazu erzogen werden, den Frieden durch weitsichtige Optionen auf persönlicher, familiärer, gemeinschaftlicher und politischer Ebene zu fördern. Wir alle sind für den Schutz und die Bewahrung der Schöpfung verantwortlich. Diese Verantwortung kennt keine Einschränkungen. Im Sinne des *Subsidiaritätsprinzips* ist es bedeutsam, daß sich jeder auf der ihm entsprechenden Ebene dafür einsetzt, daß das Übergewicht der Partikularinteressen überwunden wird. Eine Aufgabe der Sensibilisierung und der Schulung kommt besonders den verschiedenen Einrichtungen der Zivilgesellschaft und den Nicht-Regierungs-Organisationen zu, die sich entschieden und großzügig für die Verbreitung einer ökologischen Verantwortung einsetzen. Diese müßte immer mehr in der Achtung der »Humanökologie« verankert sein. Es sei auch an die Verantwortung der Medien in diesem Bereich erinnert, die positive

Beispiele als Anregung vorstellen können. Der Einsatz für die Umwelt erfordert also eine weite und globale Sicht der Welt; eine gemeinsame und verantwortungsvolle Anstrengung, um von einer auf das selbstsüchtige nationalistische Interesse konzentrierten Denkweise zu einer Vision zu gelangen, die stets die Bedürfnisse aller Völker in den Blick nimmt. Wir können gegenüber dem, was um uns geschieht, nicht gleichgültig bleiben; denn die Schädigung irgendeines Teils des Planeten würde auf alle zurückfallen. Die Beziehungen zwischen den Personen, den gesellschaftlichen Gruppen und den Staaten, sowie jene zwischen Mensch und Umwelt, müssen sich den Stil der Achtung und der »Liebe in der Wahrheit« aneignen. In diesem weiten Zusammenhang ist es um so wünschenswerter, daß die Bemühungen der internationalen Staatengemeinschaft umgesetzt und erwidert werden, welche auf eine fortschreitende Abrüstung und auf eine Welt ohne Atomwaffen abzielen, die schon allein durch ihr Vorhandensein das Leben des Planeten und den Prozeß der ganzheitlichen Entwicklung der Menschheit in Gegenwart und Zukunft bedrohen.

12. *Die Kirche trägt Verantwortung für die Schöpfung* und ist sich bewußt, daß sie diese auch auf politischer Ebene ausüben muß, um die Erde, das Wasser und die Luft als Gaben Gottes, des Schöpfers, für alle zu bewahren und vor allem um den Menschen vor der Gefahr der Selbstzerstörung zu schützen. Die Schädigung der Natur hängt nämlich eng mit der Kultur zusammen, die das Zusammenleben der Menschen prägt; denn »wenn in der Gesellschaft die „Humanökologie" respektiert wird, profitiert davon auch die Umweltökologie«.[27] Man kann von den jungen Menschen nicht verlangen, daß sie vor der Umwelt Achtung haben sollen, wenn ihnen in der Familie und in der Gesellschaft nicht geholfen wird, vor sich selbst Achtung zu haben: Das Buch der Natur ist einmalig sowohl bezüglich der Umwelt wie der persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Ethik.[28] Die Pflichten gegenüber der Umwelt leiten sich von den Pflichten gegenüber der Person an sich und in ihren Beziehungen zu den anderen ab. Ich ermutige daher gerne zu einer Erziehung zu einem Umweltbewußtsein, das, wie ich in der Enzyklika *Caritas in veritate* geschrieben habe, eine authentische »Humanökologie« einschließt und folglich mit erneuerter Überzeugung sowohl die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens in jeder Phase und jeder Lage wie auch die Würde des Menschen und die unerläßliche Aufgabe der Familie, in der zur Nächstenliebe und zur Schonung der Natur erzogen wird, bekräftigt.[29] Das menschliche Erbe der Gesellschaft muß bewahrt werden. Dieser Schatz von Werten hat seinen Ursprung und seinen Rahmen im

natürlichen Sittengesetz, das der Achtung vor dem Menschen und vor der Schöpfung zugrunde liegt.

13. Es darf schließlich nicht die vielsagende Tatsache vergessen werden, daß sehr viele Menschen Ruhe und Frieden finden und sich erneuert und gestärkt fühlen, wenn sie in enger Berührung mit der Schönheit und mit der Harmonie der Natur sind. Es besteht daher eine Art gegenseitiger Austausch: Wenn wir für die Schöpfung sorgen, erfahren wir, daß Gott durch die Natur auch für uns sorgt. Andererseits führt eine korrekte Sicht der Beziehung zwischen Mensch und Umwelt nicht dazu, die Natur zu verabsolutieren oder sie für wichtiger als den Menschen selbst zu halten. Wenn das Lehramt der Kirche gegenüber einer Sicht der Umwelt, die vom Öko- und vom Biozentrismus geprägt ist, Befremden äußert, so tut sie dies, weil eine solche Sicht den Seins- und Wertunterschied zwischen der menschlichen Person und den übrigen Lebewesen eliminiert. Damit wird de facto die höhere Identität und Rolle des Menschen verneint und einer egalitären Sicht der »Würde« aller Lebewesen Vorschub geleistet. Das öffnet einem neuen Pantheismus mit neuheidnischen Akzenten, die das Heil des Menschen allein von einer rein naturalistisch verstandenen Natur herleiten, die Türen. Die Kirche lädt hingegen dazu ein, die Frage auf sachliche Weise anzugehen, in der Achtung der »Grammatik«, die der Schöpfer seinem Werk eingeschrieben hat, indem er dem Menschen die Rolle eines Hüters und verantwortungsvollen Verwalters der Schöpfung übertragen hat. Diese Rolle darf der Mensch gewiß nicht mißbrauchen, aber auch nicht von sich weisen. Denn die gegenteilige Position der Verabsolutierung der Technik und der menschlichen Macht wird letztendlich nicht nur zu einem schweren Angriff auf die Natur, sondern auch auf die Würde des Menschen selbst.[30]

14. *Willst du den Frieden fördern, so bewahre die Schöpfung*. Das Streben nach Frieden seitens aller Menschen guten Willens wird gewiß dadurch erleichtert, daß sie gemeinsam die untrennbare Beziehung zwischen Gott, den Menschen und der ganzen Schöpfung anerkennen. Von der göttlichen Offenbarung geleitet und im Einklang mit der Tradition der Kirche leisten die Christen dazu ihren Beitrag. Sie sehen den Kosmos und seine Wunder im Licht des Schöpfungswerks des Vaters und des Erlösungswerks Christi, der mit seinem Tod und seiner Auferstehung »alles im Himmel und auf Erden« (*Kol* 1, 20) mit Gott versöhnt hat. Der gekreuzigte und auferstandene Christus hat der Menschheit die Gabe seines heiligmachenden Geistes geschenkt, der den Lauf der Geschichte leitet in Erwartung des Tages, an dem mit der Wiederkunft des Herrn in Herrlichkeit »ein neuer Himmel und eine

neue Erde« (*2 Petr* 3, 13) hervortreten werden, in denen für immer die Gerechtigkeit und der Friede wohnen. Natur und Umwelt zu schützen, um eine Welt des Friedens aufzubauen, ist daher Pflicht eines jeden Menschen. Es ist eine dringende Herausforderung, die mit einem erneuerten und von allen mitgetragenen Einsatz angegangen werden muß; es ist eine willkommene Gelegenheit, um den zukünftigen Generationen die Perspektive einer besseren Zukunft für alle zu geben. Dessen mögen sich die Verantwortlichen der Nationen bewußt sein und alle auf jeder Ebene, denen das Los der Menschheit am Herzen liegt: Die Bewahrung der Schöpfung und die Verwirklichung des Friedens sind eng miteinander verbunden! Darum lade ich alle Gläubigen ein, mit Eifer zu Gott, dem allmächtigen Schöpfer und barmherzigen Vater, zu beten, damit im Herzen jedes Menschen dieser nachdrückliche Appell Widerhall finde, angenommen und gelebt werde: *Willst du den Frieden fördern, so bewahre die Schöpfung*.

Anmerkungen

[1] Katechismus der Katholischen Kirche, 198.
[2] Benedikt XVI., Botschaft zum Weltfriedenstag 2008, 7.
[3] Vgl. Nr. 48.
[4] Dante Alighieri, Göttliche Komödie, Paradies, XXXIII, 145.
[5] Botschaft zum Weltfriedenstag 1990, 1.
[6] Apostolisches Schreiben Octogesima adveniens, 21.
[7] Botschaft zum Weltfriedenstag 1990, 10.
[8] Vgl. Benedikt XVI., Enzyklika Caritas in veritate, 32.
[9] Katechismus der katholischen Kirche, 295.
[10] Heraklit von Ephesus (ca. 535 - 475 v. Chr.), Fragment 22B124, in: H. Diels – W. Kranz, Die Fragmente der Vorsokratiker, Weidmann, Berlin 1952[6].
[11] Vgl. Benedikt XVI., Enzyklika Caritas in veritate, 48.
[12] Johannes Paul II., Enzyklika Centesimus annus, 37.
[13] Vgl. Benedikt XVI., Enzyklika Caritas in veritate, 50.
[14] Pastoralkonstitution Gaudium et spes, 69.
[15] Vgl. Johannes Paul II., Enzyklika Sollicitudo rei socialis, 34.
[16] Benedikt XVI., Enzyklika Caritas in veritate, 37.
[17] Päpstlicher Rat für Gerechtigkeit und Frieden, Kompendium der Soziallehre der Kirche, 467;vgl. Paul VI., Enzyklika Populorum progressio, 17.
[18] Vgl. Johannes Paul II., Enzyklika Centesimus annus, 30-31.43.

[19] Benedikt XVI., Enzyklika Caritas in veritate, 49.
[20] Ebd.
[21] Vgl. hl. Thomas von Aquin, S. Th. II-II, q. 49, 5.
[22] Vgl. Nr. 9.
[23] Vgl. Nr. 8.
[24] Paul VI., Enzyklika Populorum progressio, 43.
[25] Enzyklika Caritas in veritate, 69.
[26] Johannes Paul II., Enzyklika Centesimus annus, 36.
[27] Benedikt XVI., Enzyklika Caritas in veritate, 51.
[28] Vgl. ebd., 15.51.
[29] Vgl. ebd., 28.51.61; Johannes Paul II., Enzyklika Centesimus annus, 38.39.
[30] Vgl. Benedikt XVI., Enzyklika Caritas in veritate, 70.

Enquete 2009

Klaus WOLFF

Verletzung – Verwundung: Ein einsatzchirurgischer Überblick

Einleitung

Einsatzchirurgische Verletzungen und Verwundungen treten in vielfältiger Art bei vielen Formen von Einsätzen auf. Ein Teil der Einsatzchirurgie ist die Kriegschirurgie mit den ihr eigentümlichen Verletzungsmustern. Diese sind – entgegen den Verletzungsmustern der Katastropheneinsatzmedizin wie zum Beispiel Zerquetschungen, Erfrierungen, Verbrühungen – hauptsächlich Schuss- und Explosionsverletzungen, gefolgt von Verletzungen durch stumpfe Traumata, durch Verbrennungen und durch atomare, chemische und bakteriologische Kampfmittel. Die Versorgung kriegschirurgisch Verwundeter stellt eine große Herausforderung an das vor Ort tätige Sanitätsteam, seien es nun militärische Sanitätseinheiten, halbstaatliche oder gänzlich freiorganisierte Sanitätselemente. Die besondere Herausforderung an den Chirurgen liegt daran, mit wenigen Mitteln möglichst vielen Betroffenen zu helfen. Hiezu bedient man sich zweierlei Mittel, einerseits wird mit Hilfe der Triage jene Gruppe an Soldaten/Verwundeten identifiziert, die von einer akuten Operation vor Ort am meisten profitiert, ohne die spärlichen Ressourcen ungerecht aufzubrauchen. Andererseits werden mit modernen chirurgischen Methoden die Mortalität und in zweiter Linie der Instrumentenbedarf, die Operationszeit, die Liegezeit reduziert.

Die dazu derzeit am häufigsten verwendete Methode ist die "damage control surgery (DCS)".[1] DCS umfasst chirurgische Notfallmaßnahmen und Behandlungen durch ein chirurgisches Team, die darauf ausgerichtet sind, die Verwundeten so zu stabilisieren, dass Leben, Gliedmaße oder Funktion erhalten

[1] NATO, AJP-4.10(A) Allied joint medical support doctrine. AJP-4.10; 2006, 7 -13.

werden können. DCS-Techniken werden angewandt, wenn das Ausmaß der Gewebe- oder Organschädigung so groß ist, dass es wahrscheinlich ist, dass durch die primäre Chirurgie die physiologischen Reserven des Verwundeten mehr als verbraucht werden. Das Konzept bedeutet, dass das Minimum getan wird, um mit den lebensbedrohlichen Problemen des Verwundeten zurechtzukommen. Beispielhaft hiezu wären Methoden der schnellen Blutstillungskontrolle, Beherrschung des Austritts von Darminhalt in die Bauchhöhle ohne Wiederherstellung der Integrität des Gastrointestinaltraktes, Tracheotomie bei penetrierenden Lungenverletzungen, schnelle Amputation einer schwer beschädigten Extremität in Gegenwart anderer gleich schwerer Verletzungen und die temporäre Wiederherstellung der Blutversorgung einer Extremität unter Verwendung von Gefäßshunts. Die Primärchirurgie wird in diesem Fall so lange verzögert, bis die verschiedenen physiologischen und anderen Parameter wieder so hergestellt sind, dass sie normal sind oder annähernd normale Werte erreicht haben.

Primärchirurgie beschreibt eine chirurgische Vorgehensweise, die auf die Behebung des lokalen Schadens abzielt, der durch die Verwundung eingetreten ist. Primärchirurgie zielt daher im Gegensatz zur DCS auf Schadensbehebung und nicht auf die Korrektur/Eindämmung der generalisierten Effekte der Verwundung. Verspätungen im Vorfeld der primären Chirurgie erlauben die fortlaufende Ausbildung weiterer generalisierender Effekte und können daher zu einem Anstieg der Mortalität, Morbidität und Restbehinderung führen. Vereinfacht lässt sich also festhalten, dass DCS eine chirurgische Methode ist, den Verwundeten so zu stabilisieren, dass er überhaupt der primären Chirurgie zugeführt werden kann.

Um eine dem zu erwartenden Verwundetenanfall gerechte Struktur der Opferversorgung zu gewährleisten, wird in Einsätzen militärischer oder friedenssichernder Art ein mehrstufiges Sanitätsversorgungssystem errichtet, das von Fall zu Fall variiert, aber doch weltweit ziemlich uniform organisiert ist.[2] Entsendbare medizinische Behandlungseinrichtungen werden nach ihrer Behandlungsmöglichkeit in ein Rollensystem eingeteilt, die Rollen werden aufsteigend von 1 bis 4 nummeriert. Eine umfassende operativ-militärische medizinische Struktur im Einsatz umfasst normalerweise Elemente von allen vier Rollen. Generell werden Verwundete von Rolle 1 ausgehend nach oben/hinten weitergereicht, jedoch können eine oder mehr Rollen im Interesse der Effizienz und abhängig vom Zustand des Verwundeten

[2] NATO, MC 326/2 NATO principles and policies of operational medical support.

übersprungen werden. Die meisten Pflegekapazitäten einer Rolle sind auch ein integraler Bestandteil der nächsthöheren Rolle. Rolle 1 bietet truppenärztliche Routineversorgung, spezialisierte Erste Hilfe, Triage, Wiederbelebung und Stabilisierung. Rolle 2 enthält definitionsgemäß eine vorläufige Kapazität zur Aufnahme und Triage von Verwundeten; weiters muss eine Rolle-2-Einrichtung – in Österreich einer Feldambulanz entsprechend – in der Lage sein, Wiederbelebung und Schockbehandlung auf einem technisch höheren Maß als auf Rolle 1 anbieten zu können. Eine Rolle-2-Feldambulanz bietet routinemäßig DCS an und beinhaltet normalerweise eine kurzfristige Haltekapazität für Verwundete, bis diese entweder wieder dienstfähig sind oder evakuiert werden. Weiters kann Zahnmedizin, Arbeitsmedizin, Psychiatrie oder Psychologie angeboten werden. Rolle 3 wird so angelegt, dass Sekundärversorgung abhängig von der Haltepolitik der jeweiligen Mission angeboten wird. Rolle 3 – in Österreich einem Feldspital entsprechend – ist als entsandte Hospitalisierungseinheit ausgelegt und beinhaltet alle Elemente, um es zu unterstützen. Dies beinhaltet missionsabhängig eine Variation klinischer Sonderfächer inklusive primärer Chirurgie und unterstützender Diagnostik. Medizinische Versorgung der Rolle 4 bietet das volle Spektrum der definitiven medizinischen Versorgung an, das nicht in das Einsatzgebiet entsandt werden kann, oder die zu zeitraubend ist, um im Einsatzgebiet durchgeführt zu werden, wie zum Beispiel Plastische Chirurgie, Rehabilitation. Medizinische Versorgung der Rolle 4 wird normalerweise im Heimatland durchgeführt.

Verwundungen/Verletzungsarten

Folgende Verletzungsmuster treten in der Einsatzchirurgie am häufigsten auf:

- Stumpfe Traumata (Zerrungen und Prellungen)
- Verbrennungen
- Minenverletzungen
- Schussverletzungen
- Atomare, bakteriologische, chemische Verletzungen.

Hier behandelt werden sollen die ersten vier Verletzungsarten, da ABC-Verletzungen aufgrund ihrer Komplexität, verhältnismäßigen Seltenheit und ihrer Einbettung in einem ganz anderen Umfeld als der konventionellen Kriegsführung hier den Rahmen sprengen würden.

a. Stumpfe Traumata und Verbrennungen



Bild 1: Stumpfe Traumata

Stumpfe Traumata (Bild 1) und Verbrennungen treten in und nach Kampfhandlungen auf. Verbrennungen erscheinen als Folge von Detonationen von Explosivstoffen, seien es nun Minen oder improvisierte Sprengfallen (IEDs), oder als Folge eines Treffers eines Kampfraumes, eines Fahrzeuges oder Bunkers auf. Stumpfe Traumata wie Prellungen oder Knochenbrüche werden als tertiäre Folge von Explosionen beobachtet, d.h. die Verwundeten werden nicht durch den Energieabbau (primäre Fol-ge), durch Bombensplitter oder durch eine Druckwelle (sekundäre Folgen), sondern durch umherfliegende Trümmer, durch Sturz als Folge der Druck-welle verletzt. Die Behandlung entspricht der traumatologischen Versorgung wie in Friedenszeiten. Verbrennungsopfer werden meist im Einsatzraum erstversorgt und dann direkt in ein Rolle-4-Spital ins Heimatland verlegt.

b. Schussverletzungen

Diese lassen sich in Verletzungen durch Niedriggeschwindigkeitsgeschoße und durch Hochgeschwindigkeitsgeschoße unterscheiden.
Auf diesem Bild sieht man ein typisches Beispiel für eine Verletzung mit Niedriggeschwindigkeitsgeschoßen. Sie können auch als Friedensverletzungen



Bild 2: Niedriggeschwindigkeitsgeschoß

betrachtet werden, da sie aus Waffen mit niedriger bis mittlerer Geschwindigkeit (Mündungsgeschwindigkeit ca. 200 bis 650 m/s) wie zum Beispiel Pistolen, Revolver oder Kleinkalibergewehren stammen. Die Niedriggeschwindigkeitsgeschoße verursachen meist einen Schusskanal mit geringer Schädigung des umgebenden Gewebes, bei Knochentreffern handelt es sich meist um Bohrlochfrakturen.[3] Die Wundversorgung erfolgt durch exaktes Wunddebridement, Exploration der Wundhöhle, Entfernung von Knochenresten, Drainage, Reposition und Ruhigstellung sowie Antibiose.

Hochgeschwindigkeitsgeschoße verursachen typische Kriegsverletzungen. Es handelt sich um Geschoße mit einer Anfangsgeschwindigkeit von 750 bis 970 m/s. Es handelt sich meist um Kaliber 5.56 oder 7.62. Der Verletzungsmechanismus ergibt sich aus der Kombination von hoher Energie beim Aufprall auf die Körperoberfläche und der bewusst entwickelten Instabilität des Geschoßes. Das Geschoß hat die Eigenschaft, bei Aufprall auf die Körperoberfläche instabil zu werden und sich entlang seiner Längsachse zu drehen, dadurch entsteht eine temporäre Wundhöhle von 16 cm für 4 ms (das 30-fache des Kalibers 5.56). Als Folge entsteht eine Zone permanent zerstörten Gewebes in den Muskeln und im Bindegewebe von circa 5 cm rund um den Wundkanal. Nur in 10,5 % der Fläche kommt es zu einer primär starken Gefäßblutung, das häufigste Bild ist eine Thrombose.[4,5] Die Behandlung erfolgt durch Debridement, Schusskanalexcision, Wunddrainage; bei Knochenverletzungen ist darauf zu achten, soviel Knochenmaterial wie möglich zu erhalten, kleinere Fragmente ohne Gefäßversorgung sind zu entfernen. Eine Antibiose



Bild 3: Hochgeschwindigkeitsgeschoß

[3] Robens et al., Acta Chir Scand,1982.

[4] Franz C, Payr E, Hrsg. Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege, Band II Chirurgie, Leipzig 1922.

[5] Nanobachvili et al, World J Surg. 2003.

sowie ein verspäteter primärer Wundverschluss – im Schnitt nach fünf Tagen – sind zwingend durchzuführen.[6,7] Bei der Verletzung großer Nerven gilt es, das umgebende nekrotische Gewebe um den Nerv zu entfernen, um das Reparaturpotential anzuregen. Bei diskontinuierten Nerven ist der Patient der sekundären plastischen Chirurgie zuzuführen.[8] Können Gefäßverletzungen beobachtet werden, so handelt es sich meist um Thrombosen – verstopfende Gerinnsel, selten sind Gefäßrekonstruktionen nötig. Diese sind dann meist gleichzeitig betroffene Extremitätenarterien und ihre begleitende große Vene.[9] Bei großflächiger Zerstörung von Knochen, Gefäßen und Nerven bleibt nur die Amputation als Behandlungsoption übrig. Aus dem Rolle-3-Spital kann der Patient nach circa 20 Tagen entlassen werden, bis dahin erfolgt die frühe Mobilisation durch physikalische Therapie.[10] Danach muss in einem Rolle-4-Spital im Heimatland eine Rehabilitation eingeleitet werden. Die Behandlung von Verletzten durch Hochgeschwindigkeitsgeschoße gleicht vom Verletzungsmuster her der Behandlung von Verletzten durch Minendetonationen.

c. Minenverletzungen

Im Folgenden werden der Wirkmechanismus, das Verletzungsmuster und Behandlungsmöglichkeiten bei Panzerminen-, Antipersonenminen- und Clusterbombs/Streumunitionexplosionen dargestellt.

Panzerminen werden so konstruiert, dass mit relativ geringen Sprengstoffmengen ein bis zu 60 Tonnen schweres Kampffahrzeug zum Stehen gebracht oder – noch besser – kampfunfähig gemacht werden kann. Daher wird die Explosion so geplant, dass es zu einem gerichteten hochenergetischen Energie- und Partikelstrahl kommt, der zum Beispiel eine Antriebswelle oder ein Umlenkrad des Panzers abreißen kann. Andererseits bedeutet es aber, dass außerhalb der direkten Energieabbauzone fast keine Explosionsenergie zur weiteren Schadensverursachung zur Verfügung steht. Verletzte, die sich direkt über dem auslösenden Rad oder sonstigen auslösenden Gegenstand befinden, verscheiden meist vor Ort. Sie erleiden schwerste innere körperliche Verletzungen – Abriss der Aorta, Trauma der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Häufig kommt es zu Pfählungsverletzungen mit Eröffnung der Körperhöhlen durch Wrackteile. Erklärung hiefür ist, dass der

[6] Covey DC, JBJS 84.
[7] Hartl W et al. Acta Chir Scand 1988.
[8] Coupland RM, Br J Surg 1989.
[9] Nanobachvili et al, World J Surg. 2003.
[10] Covey DC, J Orthop Trauma 2000.

Körper über dem auslösenden Rad direkt in den Partikelstrahl, in den direkten Bereich des Energieabbaus gerät. Andererseits werden Verwundete, die nicht über dem auslösenden Rad saßen, mit deutlich weniger schweren Verletzungen geborgen. Häufig trifft man auf Knochenbrüche als tertiäre Explosionsfolge – zum Beispiel Herumgeworfenwerden im Kampfraum –, ebenso auf Platzwunden, Verbrennungen und Schürfwunden. Auf die oben beschriebenen Mehrhöhlenverletzungen trifft man hingegen äußerst selten. Die Ursache für dieses relativ milde Verletzungsmuster liegt darin, dass der Körper außerhalb der Hochenergieabbauzone liegt.

Antipersonenminen verletzen klassischerweise wie im folgenden Bild. Der Verletzungsmechanismus ist die gerichtete Energie der Antipersonenmine, die so konstruiert ist, dass die geringe Sprengstoffmenge in Verbindung mit Teilen des Antipersonenminenmantels und des Schuhwerks des Auslösers



Bild 4: Antipersonenminenopfer

einen inkapazitierenden Partikelstrahl bildet. Die Mine soll nicht töten, sondern möglichst viele Kräfte binden. Die direkt auslösende Person erleidet eine totale oder subtotale Amputation des auslösenden Beins und einen extensiven Schaden der kontralateralen Extremität. Erde und mikroskopisch kleine Partikel werden mit hoher Anfangsgeschwindigkeit in Faszienkompartments geschleudert und führen dort zu Infektion und Zelluntergang. Es

kommt selten zu Arm- und Thoraxverletzungen. Personen in unmittelbarer Nähe berichten meist nur über geringe Verletzungen (Abschürfungen, Platz- und Schnittwunden). Selten werden Knochenbrüche (Katapultation aus der Bewegung, abhängig vom Angelände), starke Blutungen, Eröffnungen von Körperhöhlen beobachtet. Es kommt selten zu Lungen- und Hörorganverletzungen, da der Körper nur indirekt in den Energieabbau hineingezogen wird. Auf Verletzungsmuster und Behandlungen werde ich bei den Streubombenverletzungen eingehen.

Das folgende Bild zeigt eine Verletzung eines Beines durch ein Streumunitionsbomblett. Die direkt auslösende Person präsentiert sich oft mit einer schweren tiefen Extremitätenverletzung des auslösenden Organs. Schwere Verletzungen am restlichen Körper werden ebenfalls oft beobachtet. Die Entstehung des den ganzen Körpers betreffenden Verletzungsbildes geschieht durch die radiale Ausbreitung der Explosionsenergie. Zahlreiche Verletzungen und Verbrennungen am Stamm, am Schädel, am Thorax, als auch Abdomenverletzungen werden regelmäßig schrieben.[11] Diese schweren generalisierten Verletzungen rühren vom ursprünglichen Design und der primären Verwendung der Streumunition her. Streubomben wurden entwickelt, um Startbahnen, Konvois oder Bunker zu zerstören. Sie sind ab dem Zeitpunkt des Abwurfs aus dem Streubehälter scharf und bleiben in diesem Zustand. Beim Aufheben oder Manipulieren am Bomblett explodiert dieses nun und die Bombenpartikel strahlen/fliegen nun radiär in alle Richtungen ab.



Bild 5: Streumunitionsopfer

[11] Wolff K.S et al. Clusterbomb vs Antipersonnel Mine Related Injuries; Eur Surg 2007.

Hinsichtlich der verschiedenen Verletzungsmuster durch Antipersonenminen (AP) und Streumunition/Clusterbombs (CB) dient folgende Statistik zur Erhellung der Verletzungswirkung:[12]

Verletzungen	AP	CB
Total n=95	*n = 23*	*n = 72*
AmputationenOE	**3 (12.7)**	**22 (30.6)**
AmputationenUE	**13 (56.5)**	**15 (20.8)**
Abdomen	**(0.0)**	**8 (11.1)**
Thorax	**0 (0.0)**	**1 (1.4)**
Schädel + Augen	**3 (13.0)**	**8 (11.1)**
Verbrennungen	**1 (4.3)**	**0 (0.0)**
Schnittwunden	**3 (13.0)**	**15 (20.8)**
Andere	**0 (0.0)**	**3 (4.2)**

Werte als n numerisch und in Klammern in Prozent.

Besonders auffällig sind die hohe Anzahl an traumatischen Amputationen der oberen und unteren Extremität bei den Streubomben als auch die hohe Prozentzahl an Bauch-, Brustkorb- und Schädelverletzungen. Die Behandlung zielt primär auf die Kontrolle des Schadens und die Verhinderung der weiteren physiologischen Entgleisung – es handelt sich hier um die erste und effektivste Umsetzung der Damage Control Surgery. Neben der Stabilisierung der Körperfunktionen kommt es aber auch zu klassischen Amputationen im Massenanfall nach dem Grundsatz „limb for life“.

Konklusion

Die Einsatzchirurgie verfügt über das nötige ablauf-technische und chirurgisch-technische Wissen, um eine moderne, den zivilen friedensbetriebsähnlichen europäischen Grundsätzen konforme Medizin jedem Verwundeten anzubieten. Die Limitationen entstehen einerseits durch die logistischen Kapazitäten der im Einsatz befindlichen Truppenteile, andererseits durch das Ausmaß der zur Verfügung stehenden in Übung gehaltenen Einsatzchirurgen. Diese Beschränkungen beeinträchtigen alle europäischen Einsatzarmeen zu einem gewissen Grade.

[12] Ebenda.

Peter KAISER

Problemfeld Triage: „Wer wird zuerst behandelt?“

Aus Liebe zum Menschen. ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Problemfeld Triage: „Wer wird zuerst behandelt?“



Enquete „Nie allein gelassen. Verwundung – Trauma – Tod im Einsatz“, Landesverteidigungsakademie 29.10.2009

DI Peter Kaiser

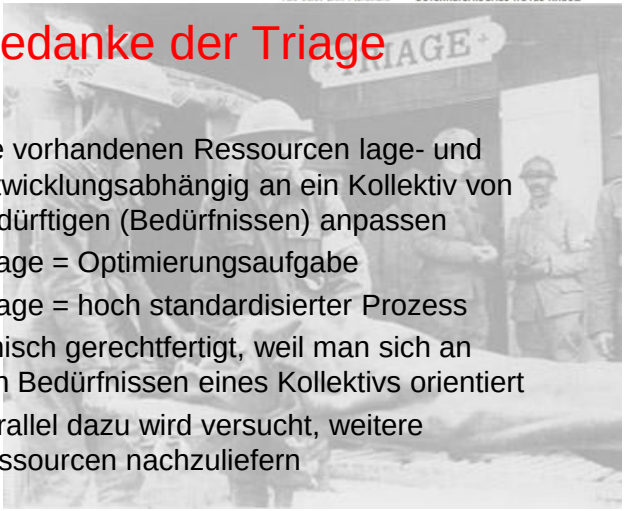
Aus Liebe zum Menschen. ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Grundgedanke der Triage

- Triage = Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips, nämlich die Verknüpfung von
  - Minimalprinzip (Rationalisierung): Ein bestimmtes Ziel mit möglichst wenig Mitteln erreichen.
  - Maximalprinzip (Nutzenmaximierung): Mit gegebenen Mitteln möglichst großen Nutzen erzielen.

Aus Liebe zum Menschen. ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Grundgedanke der Triage



- Die vorhandenen Ressourcen lage- und entwicklungsabhängig an ein Kollektiv von Bedürftigen (Bedürfnissen) anpassen
- Triage = Optimierungsaufgabe
- Triage = hoch standardisierter Prozess
- Ethisch gerechtfertigt, weil man sich an den Bedürfnissen eines Kollektivs orientiert
- Parallel dazu wird versucht, weitere Ressourcen nachzuliefern

Aus Liebe zum Menschen. ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Grundsätze des Roten Kreuzes

- Unparteilichkeit: Handeln nach den Maßgaben der Not – in einer nicht diskriminierenden Art und Weise
- Die Grundsätze verlangen, dass Triageentscheidungen auf Basis hoher Standardisierung erfolgen
- Dadurch Minimierung von persönlichen (empathischen) Entscheidungsprozessen



Aus Liebe zum Menschen. ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Unausweichlichkeit und Problematik der Triage

- Knappheit der Ressourcen
- Entscheidungen führen zum Tod von Betroffenen, um andere zu retten
- Schuldgefühle
- PTSD

- Abhilfe: hohe Standardisierung sowie Einsatzkräftenachsorge (SvE – Peersystem)



Alternativen zur derzeitigen Form der Triage

- First come, first serve?
- Frauen und Kinder zuerst (Titanicprinzip)?
- Je jünger, desto besser?

- NEIN…



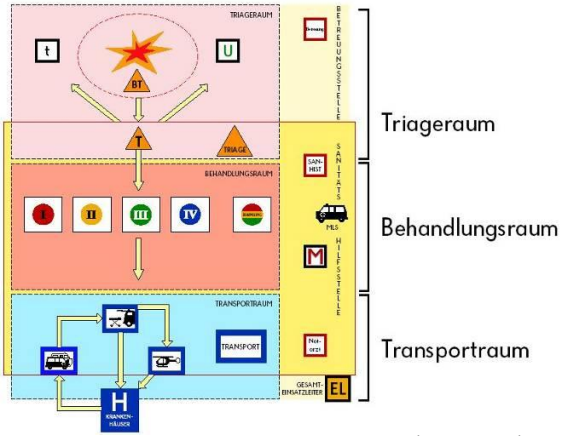
Triagesystem in Österreich

- Im Rahmen der Sanitätshilfsstellen werden zumindest drei Triageentscheidungen getroffen:
  - Priorität der Bergung (Bergetriage)
  - Priorität der Behandlung (Triagestelle)
  - Priorität des Transportes (Behandlungsstellen)
  - ggf. Änderungen der Behandlungs- oder Transportpriorität (Behandlungsstellen)

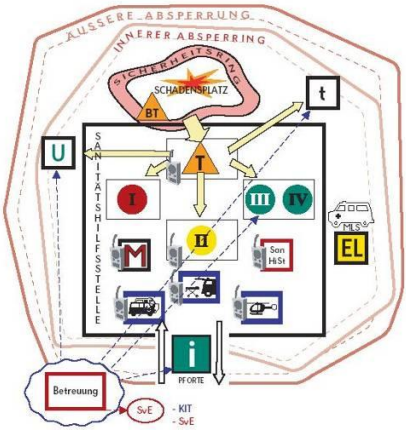
Triagestufen in Österreich

- Priorität der Bergung: gekennzeichnet (dringende Bergung)
  ungekennzeichnet (niedrigere Priorität)
- Priorität der Behandlung: I Sofortbehandlung
  II dringende Behandlung
  III spätere (ambulante) Behandlung
  IV betreuende (abwartende) Behandlung
- Priorität des Transportes: A hohe Priorität, rascher Transport
  B niedrige Priorität, späterer Transport

Triage in Österreich



Psychosoziale Betreuung



Andere Triagesysteme

- STaRT-Schema: Simple Triage and Rapid Treatment
- JumpSTaRT: STaRT für Kinder
- mSTaRT: modifiziertes STaRT
- BASIC-Schema: Blutung, Atemwege, Schock, Immobilisation nach der Klassifikation

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

- Rückfragen:

Dipl.-Ing. Peter Kaiser
Stv. Bundesrettungskommand
peter.kaiser@roteskreuz.at

Together for humanity

Siegmund LINDER

Wie geht man mit Verwundung und Verstümmelung um?

Meine Aufgabe im Rehabilitationszentrum Weißer Hof ist es, vor allem Verbrannte und amputierte Personen nach einem Unfall in ihr neues Leben zu begleiten, ihnen beizustehen, wenn sie sich von ihrem alten Leben verabschieden und neue Pläne, neue Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen für ihr neues Leben erarbeiten müssen.



Bild 1

Wie gehen nun Betroffene mit Verwundung und Verstümmelung um? Ich möchte diese Frage in drei Fragen aufspalten, nämlich:

- Was haben meine PatientInnen psychisch zu verarbeiten?
- Wie können sie es verarbeiten?
- Und: Was brauchen sie dazu?

Zunächst zur ersten Frage:

Was muss von den Betroffenen psychisch verarbeitet werden? Was ist eigentlich belastend?

Aber machen wir es nicht zu theoretisch, gehen Sie von Ihren eigenen Gefühlen aus. Wie würde es Ihnen gehen, wenn Sie nach einem Unfall so aus einem längeren künstlichen Koma aufwachen (siehe Bild 2 auf Seite 46)? Diese Person könnten Sie sein. Versuchen Sie, sich nicht sofort professionell zu distanzieren. Versuchen Sie, das Foto auf sich wirken zu lassen und

versuchen Sie kurz sich vorzustellen, wie es Ihnen ginge, wenn Sie sich selbst so im Spiegel sehen würden.
Vielleicht würden Sie sich vor sich selbst schrecken oder ekeln, sich fremd in Ihrer eigenen Haut fühlen, einsam und in sich selbst eingesperrt. Vielleicht würden Sie sich fragen, ob Sie so jemals wieder jemandem anderen unter die Augen treten könnten, ob Sie sich so Ihrem Partner, Kindern, der Öffentlichkeit zeigen können. Wahrscheinlich würden Sie sich auch schutzlos, emotional dünnhäutig und ausgeliefert fühlen.
Dieses Foto zeigt augenscheinlich: Bleibende sichtbare körperliche Veränderungen bedeuten eine Krise im Leben eines Menschen, die sein Selbstkonzept grundsätzlich in Frage stellt!

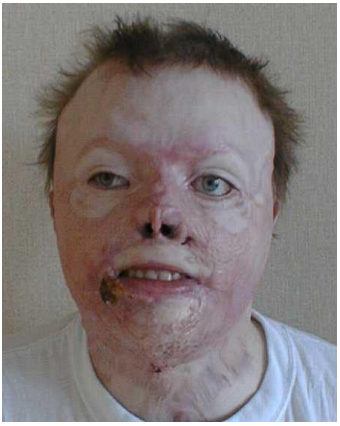


Bild 2

Wie Sie selbst an ihrer Reaktion auf dieses Foto merken, ist die Herausforderung für Brandopfer an ihre psychische Verarbeitungskraft, besonders wenn das Gesicht betroffen ist, noch viel größer als bei amputierten Personen.
Die menschliche Haut stellt eine besondere Grenzzone dar. Ihre Unversehrtheit trägt zum Gefühl persönlicher Integrität und Ich-Identität bei. Aussehen, Gestalt und eine makellose Haut sind zentrale Signalfaktoren zwischenmenschlicher Kommunikation. Im Hinblick auf diese Funktion sind Brandverletzte in extremer Weise betroffen. Körpergefühl und Körperschema sind nicht nur in physischer Hinsicht verändert. Massive Schamgefühle, Ängste vor gesellschaftlicher Stigmatisierung und Ausgrenzung, verbunden mit der Angst, auch vom Partner und dem unmittelbaren Umfeld nicht mehr geliebt und akzeptiert zu werden, belasten den Prozess der Krankheitsverarbeitung. Die Gefahr des Auftretens psychischer Störungen ist nach solch einer Grenzsituation deutlich erhöht.

Als durchgehende Erfahrung fällt auf, dass es schwer ist, mit Schwerbrandverletzten in einen wirklichen inneren Kontakt zu kommen; es scheint, als ob sie sich in sich selbst zurückgezogen hätten, ihre Kontaktgrenze nach innen verlagert hätten.

Sie scheinen einen Schnitt durch ihr körperliches Selbst gemacht zu haben, wobei sie die verbrannte Haut gewissermaßen als nicht zu sich gehörig betrachten.

Dieser Rückzug in ein inneres Schneckenhaus ist auch völlig verständlich. Wenn wir davon ausgehen, dass das Erleben unseres Körpers auch das Erleben unseres Selbst ist, so ist klar, dass bei stärkeren Verbrennungen der **großen äußeren Wunde auch eine große innere, seelische Wunde** entspricht.

Aber auch wenn die Verstümmelung nicht so massiv sein sollte, ist Ihr Selbstwert als Mann oder Frau in Frage gestellt. Das wird je nach Persönlichkeit verschieden sein, aber stellen Sie sich vor, Sie haben von sich die Erfahrung, ein attraktiver Mann oder eine attraktive Frau zu sein. Das macht ein bestimmtes Lebensgefühl aus, das Gefühl gut und selbstbewusst in der Welt zu stehen; die Menschen wenden sich Ihnen eher zu, Sie haben einen sicheren Platz in sozialen Situationen.
Und plötzlich ist das anders, Sie fallen auf wegen einer Verstümmelung, eines andersartigen Aussehens, eines andersartigen Ganges (Amputation), die Menschen werfen einen verunsicherten Blick auf Sie und wenden sich dann eher von Ihnen ab.
Seien wir doch ehrlich, „Gesunde“ begegnen verstümmelten Menschen zunächst doch sehr oft mit Schock und Ekel! Man will solche Menschen nicht sehen, sie laufen den herrschenden Vorstellungen von Ästhetik völlig zuwider, mobilisieren innere Angst davor, selbst einmal so aussehen zu können, selbst einmal einen Unfall oder eine Krankheit zu erleiden, die einen so aussehen lassen könnte.

Aber gehen wir noch einen Schritt zurück. Meine Patienten und Patientinnen haben ja fast alle einen meist dramatischen Unfall und dabei einen Unfallschock erlitten. Sie sind aus heiterem Himmel mitten in ein ganz persönliches Kriegserlebnis hineingeschleudert worden. Ihre innere Annahme, in einer geordneten, kontrollierbaren Welt zu leben und einen festen Platz in dieser zu haben, ist weg. Die Illusion der Beherrschbarkeit des Lebens ist zerplatzt!
Als Folge davon leiden ca. 30 % der Unfallverletzten an einem Posttraumatischen Belastungssyndrom, was ihnen die Bearbeitung der an sich schon sehr belastenden Situation noch zusätzlich erschwert.

Eine zusätzliche, möglicherweise den gesamten Rehabilitationsprozess begleitende Belastung stellen für viele PatientInnen Schmerzen dar, bei Amputierten insbesondere Phantomschmerzen.
Und starke „Schmerzen essen Seele auf“, kosten enorme innere Energie, erhöhen den Angstlevel der PatientInnen und begünstigen das Auftreten von Depressionen.

Sehr einfach lässt sich die innere Struktur der psychischen Belastung von Betroffenen mit Hilfe des **Identitätskonzepts von Petzold** zusammenfassen. Nach ihm ruht unsere Identität als Mensch auf folgenden **5 Säulen:**

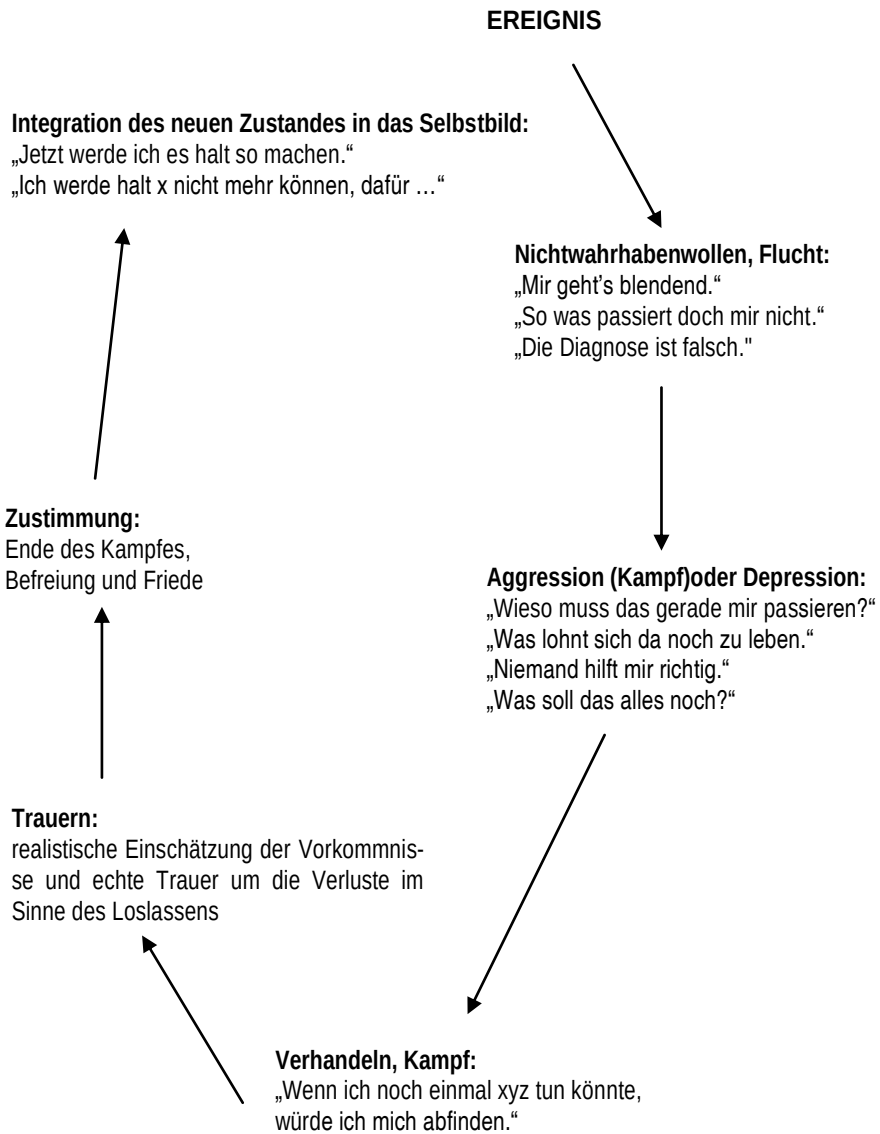
- Leiblichkeit
- Soziales Netz
- Arbeit und Leistung
- Materielle Sicherheit
- Werte und Normen

Auf einem einzigen Blick ist erkennbar, dass bei Menschen mit Verwundungen und Verstümmelungen alle diese Säulen entweder eingestürzt oder stark beschädigt sind, oder sie sind zumindest gefährdet.

Wie versuchen nun Menschen nach solchen Schicksalsschlägen diese Herausforderung zu bewältigen?

Die psychische Verarbeitung solch massiver Attacken auf die Identität verläuft prototypisch in verschiedenen Phasen. Zu ihrer übersichtlichen Darstellung verwende ich hier das Phasenmodell von Kübler-Ross, die es ursprünglich aus ihrer Arbeit mit Sterbenden heraus entwickelt hat.

Folgender Verlauf einer (geglückten) Verarbeitung ist typisch, ganz gleich um welche Krise es sich auch immer handelt (schlechte Schulnote, Krankheit, neuer Beruf, Tod):


EREIGNIS
Nichtwahrhabenwollen, Flucht:
„Mir geht's blendend."
„So was passiert doch mir nicht."
„Die Diagnose ist falsch."
Aggression (Kampf)oder Depression:
„Wieso muss das gerade mir passieren?"
„Was lohnt sich da noch zu leben."
„Niemand hilft mir richtig."
„Was soll das alles noch?"
Verhandeln, Kampf:
„Wenn ich noch einmal xyz tun könnte,
würde ich mich abfinden."
Trauern:
realistische Einschätzung der Vorkommnisse und echte Trauer um die Verluste im Sinne des Loslassens
Zustimmung:
Ende des Kampfes,
Befreiung und Friede
Integration des neuen Zustandes in das Selbstbild:
„Jetzt werde ich es halt so machen."
„Ich werde halt x nicht mehr können, dafür …"

Was heißt eigentlich Bewältigung in diesem Zusammenhang?

Es ist der Einbau des traumatischen Ereignisses in die Kontinuität des Lebens notwendig; es stellt zwar eine Bruchstelle im Lebensablauf dar, hat aber auch ein Vorher und Nachher. Gelungene Verarbeitung heißt, dass das Trauma und seine Folgen zwar einen sehr wichtigen Platz in der Collage des individuellen Lebens haben, sie aber nicht völlig bestimmen und alle Lebensereignisse überstrahlen und entwerten.
Als Betroffene/r muss ich eine neue innere Haltung zu den Gegebenheiten/Problemen der neuen Situation erarbeiten, ich muss sie neu bewerten, ihnen möglicherweise auch einen neuen Sinn geben. Die innere Haltung offenbart sich in einem inneren Monolog, der uns dauernd begleitet, in dem wir eben uns selbst kommentieren und bewerten. Dieser innere Monolog muss den neuen Gegebenheiten angepasst werden.

Oder im wissenschaftlichen Sprachgebrauch: Krankheitsverarbeitung ist das Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit mehr psychisch (emotional, kognitiv) oder durch zielgerichtetes Verhalten und Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten (Heim 1988, S. 9).

Menschen können sich in einer solchen krisenhaften Situation aber selbstverständlich nicht immer problemlöseorientiert, geradlinig und zielbewusst verhalten. Wie bei allen Menschen können auch bei ihnen in der Extremsituation Schwächen und Verhaltensauffälligkeiten sichtbar werden. Kaum ein Patient kann das Trauma einfach hinnehmen, fast jeder wehrt sich gegen das Unerträgliche. Die psychischen Abwehrmaßnahmen sind meist unbewusst und damit oft „unvernünftig".

Solche „unvernünftigen", neurotischen Verarbeitungsmuster sind (hier der Kürze wegen nur kursorisch angeführt):

- **Regression**
  Die Schwere der Verletzung und die damit einhergehende Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit machen den Patienten körperlich einem Kleinkind ähnlich. Die psychische Anpassung an diese außergewöhnlichen Umstände fördert das Auftreten von sogenannten **regressiven Tendenzen**, das heißt, dass möglicherweise „kindlichere" Verhaltensweisen auftreten können, die der psychischen Reife des Patienten nicht entsprechen.

- **Vorwurfshaltungen**
  Verletzungen werden oft als „Strafe“ empfunden. Dies kann zu einer Vorwurfshaltung führen, wobei – da die „Schuld“ nicht immer bei sich zu finden ist – jemand gesucht wird, dem man Vorwürfe machen kann. Oft ist es das Pflegepersonal, dem Nachlässigkeit, Unachtsamkeit etc. vorgeworfen wird, oft der Arzt, der Kostenträger oder einfach „die Gesellschaft“.

- **Verleugnung** der Schwere der Einschränkungen und (auch psychischen) Folgen der Behinderung
  Ein Problem kann auch bei besonders gut „angepassten“ Patienten auftreten, die sich immer „richtig“ verhalten, wie besessen trainieren, die Rehabilitation geradezu als sportliche Herausforderung ansehen. Ein Teil von ihnen nimmt zwar die Verletzung und ihre Folgen rational zur Kenntnis, nicht aber die seelischen Folgen einer so tiefgreifenden körperlichen Veränderung. Um die frustrierenden und traurigen Aspekte ihres „Behindertenlebens“ nicht spüren zu müssen, errichten sie eine Art Scheinwelt, in der sie weiterleben können wie bisher. So laufen sie aber Gefahr, den Kontakt zur Realität zu verlieren und innerlich immer mehr zu erstarren. Oder aber dieses Scheingebäude fällt einmal unter dem Druck der Realität in sich zusammen, und es bleibt nur tiefe Verzweiflung über.

- Es kann sein, dass der Patient sich tief innen nicht vorstellen kann, mit dieser Behinderung weiterzuleben. Resignation und Depressivität führen oft zu **Widerständen gegen aktive Behandlung**; der Patient verweigert die Mitarbeit.

- **Depression**
  Eine Zeit lang reagieren die Patienten meist mit einer depressiven Stimmung auf das Geschehene. Eine mit therapeutischer Hilfe durchgestandene **reaktive Depression** kann sich auf den gesamten Verarbeitungsprozess positiv auswirken. Das straffe Rehabilitationsprogramm gibt dem Patienten aber häufig soviel Außenantrieb vor, dass ein echter depressiver Rückzug verhindert wird. Eine „echte“ Depression wird oft auch verhindert, da das medizinische Team Niedergeschlagenheit, Pessimismus etc. ungünstiger aufnimmt als positive Verhaltensweisen; das heißt, der Patient glaubt, nicht depressiv sein zu dürfen. So macht sich die Depression häufig in verstellter, verdeckter Form bemerkbar

und zeigt sich dann zum Beispiel in Form von Vorwürfen, Widerständen, Fehlverhaltensweisen etc.

- **Psychosomatische Störungen**
  Als körperlicher Ausdruck einer verdrängten Depression kann es auch zum Auftreten von **psychosomatischen Störungen** kommen, wobei sich nicht ausgesprochene und nicht aussprechbare Gefühle von Angst, Enttäuschung etc. körperlich bemerkbar machen (müssen). Auch scheinbar gut angepasste Patienten werden oft krank, haben Wundheilungsstörungen, verstärkten Phantomschmerz usw.

- **Destruktives Verhalten**
  Es sind aber auch Abwehrmaßnahmen mit meist destruktivem Charakter erkennbar, die sich in Fehlverhaltensweisen wie Über- und Unterernährung, exzessives Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuss, Nachlässigkeit in der Pflege etc. äußern.

- Jeder Mensch wehrt sich auch gegen das Schicksal einer lebenslänglichen Beeinträchtigung. Es kann hier so auch **aggressives Verhalten** auftreten, wenn sich die Ohnmacht eines Patienten – der sich ja weniger als jemand außerhalb eines Rehabilitationszentrums von psychischen Schwierigkeiten befreien kann – verzweifelt Luft macht.

- Beobachtet werden kann aber auch **egozentrisches Verhalten**; die Rehabilitation kostet den Patienten so viel Kraft, dass oft keine mehr für andere Menschen und deren Probleme überbleibt.

- Auch überwunden geglaubte Probleme können wieder auftreten, wenn zum Beispiel ein aus der Kindheit oder Pubertät stammendes Minderwertigkeitsgefühl, das im Erwachsenenleben – vielleicht durch Erfolg im Beruf – zurückgedrängt wurde, durch die Behinderung plötzlich wieder akut wird.

Eine zeitliche Abgrenzung des Auftretens dieser Reaktionsformen erscheint kaum möglich; sie können während der verschiedenen Phasen der Rehabilitation, aber auch lange nach Beendigung des Aufenthaltes im Rehabilitationszentrum beobachtet werden. Auf sie folgt dann meist ein langsamer Verarbeitungsvorgang, die Ablösung von dem, was war, die Aussöhnung mit der Realität und mit sich selbst, also das, was S. Freud als „Trauerarbeit“ bezeichnete.

Die psychische Verarbeitung einer solchen Krise hängt selbstverständlich stark von der **prämorbiden Persönlichkeit** ab, aber auch davon, ob jemand schon ähnliche Situationen bewältigt hat oder solche aus der unmittelbaren sozialen Umgebung kennt.
Besonders schwer tun sich narzisstische und zwängliche Menschen:
Narzisstische Prinzen oder Prinzessinnen können nicht glauben, dass ihnen so etwas passiert, dass das Schicksal ihnen so etwas schicken kann. Bei ihnen ist die Kränkung durch Verstümmelung noch größer.
Bei zwänglichen Menschen wiederum ist Hauptmerkmal ihrer Persönlichkeit eine große Angst vor den Unsicherheiten des Lebens. Sie haben deshalb auch große Ängste vor Veränderungen, besonders vor so großen wie Amputationen und Verbrennungen und können sich schwer flexibel an die neue Situation anpassen. Wobei ich hier Zwänglichkeit nicht als Krankheit, sondern als Charaktereigenschaft meine (anankastische Persönlichkeit).

Und nun zum dritten Teil der Frage:

Was brauchen Menschen mit so schweren Verwundungen und Verstümmelungen zur Bewältigung?

Kurz gesagt: Stabilisierung! (siehe 5 Säulen der Identität!).

körperlich:
- medizinische Behandlung nach höchstem Standard, auch adäquate medikamentöse
- Schmerzbehandlung
- Training
- Hilfsmittel – Kompressionsanzug, Prothese etc.
- adäquate Pflege der Haut/des Stumpfes (wobei auch hier die emotionale Seite der Pflege nicht vernachlässigt werden darf – liebevolle Zuwendung gibt neues Selbstwertgefühl/Ekel geht zurück, mein verstümmelter Körper wird angenommen, d. h**. ich werde angenommen!)**
- Rehabilitations-Training hilft durch (mehr oder weniger) sanftes Hinführen zu neuem Umgang mit Körper, Selbstakzeptanz

emotional/sozial:
Die Beziehung zum eigenen Körper/zum eigenen Selbst ist schwer gestört, die Liebe zum eigenen Körper ist gestört.

Was hilft da? Das Erleben von echten, empathischen, liebevollen Beziehungen! **Beziehung und Liebe**, so pathetisch das klingen mag, sind die wahren Heiler.
Auch für uns Betreuer, für Freunde und Angehörige ist der (Wieder-)Aufbau der persönlichen Beziehung das Um und Auf zur Bewältigung des eigenen Schocks/Ekels. Wenn ich mich wieder in der Lage sehe, mein Gegenüber als fühlendes menschliches Wesen wahrzunehmen, werde ich die möglicherweise stark verunstaltete äußere Hülle in den Hintergrund treten lassen können.

Weil Beziehung und Liebe so wichtige Faktoren für die Genesung der Betroffenen sind, ist die Einbeziehung der Familie, der Partner und Freunde in den Rehabilitationsprozess von entscheidender Bedeutung für eine gelungene Verarbeitung. Die soziale Umgebung der Opfer ist ja auch mitbetroffen und auch sie braucht Unterstützung und Hilfe, zumal deren Umgang mit der neuen Situation ja auch wieder unmittelbar auf die PatientInnen zurückwirkt und sie in ihrer Verarbeitung unterstützen, aber auch behindern kann (Angehörigendilemma).

Das Rehabilitationszentrum als Ganzes ist nicht nur eine Trainingsstätte, sondern eine emotionale Heimat, die Zuwendung, Zuversicht vermittelt. Das Rehabilitationsteam transportiert indirekt Botschaften mit, wie: Wir trauen Ihnen das zu; wir glauben an Sie; wir halten Sie für so wertvoll, dass wir unsere Zeit, unseren persönlichen Einsatz und auch viel Geld aufbringen, um Ihnen zu einem wieder halbwegs lebenswerten Leben zu verhelfen. So bietet der Aufenthalt im Rehabilitationszentrum gleichzeitig auch Integration, Austausch, einen sicheren emotionalen Rahmen. Der alltägliche Trainingsplan zeigt Zuversicht, Hoffnung auf ein gutes Gelingen, er ist eine Aktivität gegen Depression.

Neben der emotionalen und sozialen Unterstützung durch Angehörige und RZ-Personal ist im Falle von Soldaten auch eine solche durch die Kameraden, aber auch durch Heeresleitung bis hin zur Anerkennung durch den Staat als Ganzes absolut essentiell für die psychische Genesung.

kognitiv:
durch (Psycho-)Edukation, Information über Prozesse der Verarbeitung, aber auch banale Information über Abläufe der Rehabilitation (Bedeutung der klaren Auskunft über Prothese und Ablauf der Prothesenanpassung)

immer mit Hervorhebung der Chancen und Möglichkeiten, Geschichten über Verläufe, andere Patienten als Beispiele.

Die Psychotherapeutisch/Psychologische Betreuung setzt an allen diesen Punkten an:

In erster Linie bin ich als Psychologe, aber einfach auch als Mensch gefragt, der eine echte, authentische und liebevolle Beziehung anbietet. Nur dann kann ich die PatientInnen durch die Phasen der psychischen Verarbeitung mit allen Abwehrmechanismen psychotherapeutisch begleiten und hilfreich für sie in ihrer Bewältigungsarbeit sein.
Zu den inhaltlichen Schwerpunkten meiner Arbeit hier nur einige Schlaglichter:

- Möglichkeit der persönlichen Aussprache, des offenen, vorbehaltlosen Ansprechens aller psychischen Fragen
- Aufarbeitung der bisherigen (Lebens-)Geschichte der Betroffenen, damit Ressourcen, aber auch alte Traumata bzw. Belastungen sichtbar und behandelbar werden
- Aufarbeitung bisheriger Unfall- und Krankheitserfahrungen
- Unterstützung der meist gestörten Fähigkeit zum (Wieder-)Aufbau von persönlichen Beziehungen, zum offensiven, positiven Zugehen auf andere Menschen bis hin zu einem **sozialen Kompetenztraining** (wobei die Rehabilitation als Ganzes ein Üben von sozialen Copingstrategien darstellt)
- **Schmerzbewältigungstraining**

Auf die psychotherapeutische **Behandlung von PTBS** (Posttraumatischen Belastungsstörungen) möchte ich hier nicht ausführlich eingehen, da ich annehme, dass dieses Thema in einem der anderen Beiträge in dieser Veröffentlichung wohl ausführlicher behandelt wird.
Nur einige Eckpunkte in der Arbeit mit PTBS-PatientInnen:

- stabile, echte, authentische Beziehung aufbauen
- Ruhe, Sicherheit geben
- Psychoedukation/Information; Aufklärung, dass Verhalten normal ist
- EMDR/Suggestion
- mentales Training/Phantasiereisen
- Entspannungstechniken

Neben allen spezifischen Antworten auf ihre Frage: „Wie geht man mit Verstümmelung und Verwundung um?“ möchte ich noch einmal auf den Kern kommen:
Letztlich helfen solch schwer in ihrer Identität getroffenen Menschen nur stabile, sichere und liebevolle Beziehungen.

Literatur

Heim, E.: Coping und Adaptivität. Gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping? Pschother Psychosom MedPsych 1988, 38(2), S. 8-18.

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart, Kreuz-Verlag, 1992.

Petzold, Hilarion Gottfried: Integrative Therapie, 3 Bände, Paderborn, Junfermann-Verlag, 1993.

Christian LANGER

Mit Belastungen umgehen können

Nach Schätzungen des Department of Veteran Affairs leiden mehr als 300.000 amerikanische Soldaten nach ihrem Afghanistan-Einsatz an einer psychischen Erkrankung; ihre Suizidrate ist seit den Aufzeichnungen von 1980 mit 260 Toten (2008) die mit Abstand höchste; insgesamt sind mehr als 1300 Soldaten in Afghanistan bisher gefallen. 40 deutsche Soldaten ließen am Hindukusch ihr Leben, eine enorme Steigerung der Erkrankungen an einer Posttraumatischen Belastungsstörung von 55 Soldaten 2006 bis weit mehr als 200 im Jahr 2008 musste registriert werden, und 2009 wurde bereits Mitte des Jahres die Anzahl von 152 erreicht. Innerhalb von zwei Jahren kam es also zu einer Vervierfachung dieser Form der Erkrankung.

Das österreichische Bundesheer führt seit mehr als fünf Jahrzehnten Friedenseinsätze durch, egal ob unter der Fahne der EU, der UNO, der OSZE etc. Mehr als 80.000 Soldaten trugen zu einer weltweiten Reputation bei. Bisher sind auf österreichischer Seite 49 Soldaten ums Leben gekommen.

Entsprechend den Petersberg-Aufgaben ist davon auszugehen, dass auch das ÖBH zukünftig vermehrt an friedensschaffenden Operationen teilnehmen wird, womit Themen wie Verwundung, Tod und Trauma nicht nur für die Soldaten und die militärische Führung einer aktuellen Auseinandersetzung bedürfen; auch die Politik und Gesellschaft muss sich der Konsequenzen stellen. So ist zum Beispiel die derzeitige politische Maßnahme innerhalb der deutschen Bundeswehr höchst umstritten, dass Soldaten nach einem Einsatz mit einer begutachteten physischen oder psychischen Invalidität von mehr als 50 % einen Anspruch auf einen fixen Arbeitsplatz in der Bundeswehr haben.

Um sich all diesen Herausforderungen effizient stellen zu können, bedarf es neben einer großen Anstrengung der Militärpsychologie auch einer interdisziplinären Herangehensweise, in der die Militärmedizin genauso einen wesentlichen Beitrag leisten kann wie zum Beispiel auch die Militärseelsorge. Geht es doch nicht nur um die medizinische Versorgung beispielsweise von Minen- oder Schusswaffenopfern, um den Einsatz von psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmethoden und Techniken, sondern auch um Fragen nach dem Sinn, der Würde, der Achtung, der Wertschätzung, der Solidarität etc., denen vielfach über einen pastoralen Zugang besser begegnet werden kann.

Einen besonderen Anspruch der professionellen Unterstützung erfordern die Situationen, in denen Soldaten das subjektive Gefühl haben, mit einer Situation, in der sich Hilflosigkeit und Ohnmacht breit machen, nicht mehr zurande kommen zu können und bestimmte Annahmen sowie Werte plötzlich keine Gültigkeit mehr zu haben scheinen. So ist die Welt nicht mehr verstehbar, nichts mehr kontrollierbar, nichts mehr sinnvoll, das eigene Selbst ist nicht mehr wertvoll. In solchen Fällen wird von einer akuten Traumatisierung gesprochen, die in weiterer Folge der Ausgangspunkt für eine Posttraumatische Belastungsstörung sein kann.

Seitens der Militärpsychologie wird seit Jahren versucht, auf allen Ebenen der Prävention tätig zu werden, um damit die Einsatzbereitschaft und Einsatzfähigkeit der Soldaten nicht nur herzustellen, sondern auch zu erhalten und im Bedarfsfall auch wiederherzustellen. Der Aufbau der notfallpsychologischen Versorgung mit Notfallpsychologen und einem flächendeckenden Netz an psychologischen Ersthelfern (Peers), die Errichtung und Betreibung des Helpline-Services seit 1995, die Implementierung der Arbeitspsychologie, der Truppenpsychologie, die Ausbildung zu Mediatoren und Psychotherapeuten und schließlich die Institutionalisierung des Kompetenzzentrums für Stressmanagement und Psychotraumatologie begegnen den Erfordernissen einer seriösen psychologischen Prävention sehr umfassend.

Es muss jedenfalls für alle modernen Armeen, aber auch für viele Einsatzorganisationen wie dem Bundesministerium für Inneres, dem Roten Kreuz etc. ein bewusster Bestandteil ihrer Tätigkeit sein, dass Tod, Verwundung und Trauma allgegenwärtig sind. Dabei obliegt es den Einsatzorganisationen, dass sie innerhalb ihres eigenen Systems dafür Sorge tragen, bei Tod, Verwundung und Trauma die bestmöglichen Vorkehrungen getroffen zu haben,

um mit diesen Belastungen umgehen zu können. Dies ist eine grundlegende Frage der Glaubwürdigkeit, des Vertrauens und der Sicherheit für die Einsatzkräfte.

Oswald KLINGLER

Das Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement – Konzept und Stand der Realisierung

1. Hintergrund

Im zivilen wie im militärischen Bereich lässt sich seit einigen Jahren ein wahrer Boom in der Etablierung von so genannten Traumazentren erkennen. Vermutlich ist es das Zusammenwirken von unterschiedlichen Ursachen, auf welche diese Entwicklung zurückgeführt werden kann.

Einen besonderen Impuls hat das Interesse an der Psychotraumatologie vor etwa 20 Jahren dadurch erfahren, dass die Posttraumatische Belastungsstörung (vergl. Tabelle 1) durch die Amerikanische Gesellschaft für Psychiatrie (vergl. Saß et al., 2003) und die Weltgesundheitsorganisation (vergl. Dilling et al., 1991) als ein eigenes Störungsbild beschrieben wurde. Damit wurde diese Störung Gegenstand einer Fülle von Forschungsarbeiten und einer erhöhten Aufmerksamkeit durch die Öffentlichkeit.

Auch für den militärischen Bereich hat in den letzten Jahren die Forschung zu den psychischen Folgen von Einsatzbelastungen sehr an Umfang zugenommen. Zunehmend wird erkannt, dass psychische Störungen bei Soldaten in mindestens dem gleichen Ausmaß wie körperliche Störungen zu einer Minderung der Einsatzbereitschaft und Verwendbarkeit führen und in der Folge die Organisation und das gesamte soziale System erheblich belasten können.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Saß et al., 2003.

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
   1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltete.
   2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen …

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
   1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können …
   2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis ...
   3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten) ...
   4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
   5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
   1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
   2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
   3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
3) Konzentrationsschwierigkeiten,
4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

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

Bestimme, ob:
Akut: Wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern.
Chronisch: Wenn die Symptome mehr als drei Monate andauern.

Bestimme, ob:
Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Belastungs-Folge-Störungen bei Soldaten bestehen allerdings einige Unsicherheiten. Bei vielen Studien bleibt unklar, ob die festgestellten Störungen tatsächlich mit dem Einsatz zu tun haben oder vielleicht auch oder ausschließlich das Ergebnis früherer Traumatisierungen sind. Neuere Analysen (z. B. Gahm et al., 2007) zeigen, dass bei Soldaten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und/oder Depression, welche professionelle Hilfe aufsuchen, neben den Einsatzerfahrungen auch frühere Traumen für die Entwicklung der Störung verantwortlich sind. In einer Psychotherapiestudie (Schnurr et al., 2007) lagen bei 285 Soldatinnen

mit Posttraumatischer Belastungsstörung nur bei 25 Prozent Traumen durch den Kampfeinsatz vor, aber bei 93 Prozent sexuelle Traumen, welche von 72 Prozent der Soldatinnen im Rahmen des Militärdienstes erlebt wurden.

Nach Yarvis (2008) kann das Vorhandensein von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Soldatinnen und Soldaten, die an Kampfeinsätzen, friedenserhaltenden Einsätzen oder Katastropheneinsätzen teilgenommen haben, auf etwa 10 bis 20 Prozent geschätzt werden. Entsprechend ließ sich auch bei etwa 17 Prozent von 1877 pensionierten Veteranen der kanadischen Streitkräfte das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung feststellen (Yarvis, 2008). Nach Yarvis (2008) lagen zusätzlich bei etwa 12 Prozent der Veteranen Störungen vor, bei denen nur zwei der drei Kriterien B, C und D der PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) erfüllt waren (vergl. Abbildung 1). Diese Störungen wurden „Subthreshold Post Traumatic Stress Disorder" genannt, durch die ebenfalls starke Beeinträchtigungen gegeben sind. Würde man andere Störungen mit einbeziehen, die ebenfalls die Folge außergewöhnlicher Belastungen sein könnten, beispielsweise Depression, Angststörungen und Substanzmissbrauch, dann käme man auf eine noch deutlich größere Häufigkeit von Belastungs-Folgestörungen.

Die bei Yarvis (2008) angegebenen Häufigkeiten könnten allerdings auch eine Überschätzung darstellen. Die Untersuchung wurde bei pensionierten Soldaten gemacht und es ist unklar, wie groß unter diesen der Anteil ist, die gerade wegen des Vorhandenseins psychischer Störungen pensioniert wurden.

Überraschend niedrige Häufigkeiten von Belastungs-Folgestörungen fanden sich in einer Untersuchung von Hauffa et al. (2007) an 118 einsatzerfahrenen Soldaten der Deutschen Bundeswehr, die zwischen Januar und August 2005 in Afghanistan eingesetzt waren. 41 Prozent der Soldaten gaben traumatische Erfahrungen während ihres Einsatzes an, welcher von etwa 19 Prozent als das bislang schlimmste Erlebnis eingestuft wurde. Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Angststörungen lagen jedoch deutlich seltener vor als bei amerikanischen Veteranen und teilweise sogar seltener als innerhalb der Normalbevölkerung. Das kann wohl kaum allein an der geringen Einsatzbelastung und an der guten Auswahl und Ausbildung der deutschen Soldaten liegen. Da die Untersuchung direkt bei der Truppe durchgeführt wurde, scheint nicht so unwahrscheinlich, dass bei den gemachten Angaben auch Ängste vor dienstlichen oder sozialen Nachteilen eine Rolle gespielt haben.

Insgesamt dürften die Häufigkeitsangaben betreffend Belastungs-Folgestörungen bei Soldatinnen und Soldaten somit sehr von der Art der untersuchten Störungen, von Merkmalen der untersuchten Personen und der Qualität der Untersuchungsmethoden abhängen. Unabhängig von den absolut zu erwartenden Häufigkeiten muss aber mit einem Ansteigen der Einsätze und somit mit einer Zunahme von Belastungs-Folgestörungen gerechnet werden. Dem wurde vom Österreichischen Bundesheer dadurch Rechnung getragen, dass Planstellen für den Bereich Psychotraumatologie und Stressmanagement geschaffen wurden.

2. Auftrag/Ziele

Implizite Aufträge erfolgten in Form von entsprechenden Stellenbesetzungen und Arbeitsplatzbeschreibungen. Explizite Aufträge in Form von Erlässen fehlen. So ist es die Aufgabe des Behandlungszentrums seine Aufgaben und Ziele vorläufig selbst zu definieren.

Das Zentrum für Stressmanagement und Psychotraumatologie am Sanitätszentrum West in Innsbruck hat die Aufgabe, für alle Angehörigen des Bundesheeres, welche im Rahmen ihrer Dienstausübung durch besondere Belastungen unmittelbar oder mittelbar psychische Folgeschäden erlitten haben, eine optimale psychologische und psychotherapeutische Behandlung sicherzustellen, mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden beruflichen, sozialen und emotionalen Rehabilitation.

Die Behandlung erfolgt unter möglichst konsequenter Nutzung der vorhandenen Ergebnisse der empirischen Forschung und einer systematischen Begleitevaluation und hat den innerhalb der Trägerorganisation des Österreichischen Bundesheeres auftretenden Bedarf möglichst effizient abzudecken.

3. Arbeitsplätze

Die Behandlungseinrichtung hat ihren Sitz in Innsbruck und untersteht dem Kommando des Sanitätszentrums West des Österreichischen Bundesheeres. Sie steht unter der Leitung eines Klinischen Psychologen, dem als Mitarbeiter ein weiterer Psychologe/eine Psychologin und zwei psychologische Fachkräfte zur Seite stehen. Beide PsychologInnen sind auch PsychotherapeutInnen mit einer verhaltenstherapeutischen Grundausbildung und umfassenden Weiterbildungen im Bereich der Behandlung psychotraumatischer

Störungen. Die psychologischen Fachkräfte haben eine nach einem Curriculum des Heerespsychologischen Dienstes des Österreichischen Bundesheeres durchgeführte Ausbildung absolviert und erhalten eine kontinuierliche Supervision und Weiterbildung.

4. Patienten/Klienten

4.1. Diagnostische Aufnahmekriterien

Am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement werden Personen behandelt, die an psychischen Zuständen leiden, die zeitlich und inhaltlich klar identifizierbaren belastenden Ereignissen oder Erfahrungen zuzuordnen sind. Unter diese Definition fallen nicht nur die „akute Belastungsstörung“ und die „Posttraumatische Belastungsstörung“ nach ICD(International Classification of Diseases)-10 (Dilling et al., 1991) und DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-IV (Saß et al., 2003), sondern auch „Anpassungsstörungen“ nach DSM-IV (Saß et al., 2003), „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ und „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ nach ICD-10 (Dilling et al., 1991). Auch andere Störungen, etwa Ängste, emotionale Störungen, Zwänge oder Süchte, wären in diesem Rahmen zu behandeln, dann wenn sie als Folge spezifischer identifizierbarer Belastungen angesehen werden können.

Ein Ausschluss wegen zusätzlicher Probleme – Komorbiditäten – erfolgt nicht grundsätzlich in Abhängigkeit von spezifischen Diagnosen. Hier sind die entscheidenden Kriterien, ob PatientInnen ausreichend motiviert sind, zu einem Behandlungserfolg beizutragen, ausreichend in der Lage sind, von einer Behandlung zu profitieren, und ob die Behandlung mit keiner Gefährdung der körperlichen oder psychischen Gesundheit der PatientInnen verbunden ist. Zwar muss die Erfüllung dieser Kriterien bei bestimmten Problemen, etwa Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeiten oder auch körperlichen Erkrankungen, in Frage gestellt werden. Über einen Ausschluss von der Behandlung wäre allerdings nicht nach dem Bestehen spezifischer Diagnosen zu entscheiden, sondern von Fall zu Fall nach sorgfältiger Prüfung der Ressourcen der PatientInnen und der Möglichkeiten, die Behandlung innerhalb der gegebenen Rahmenbedingung an seine/ihre Bedürfnisse anzupassen.

4.2. Institutionale Aufnahmekriterien

Das Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement soll bevorzugt Angehörigen des Bundesheeres zur Verfügung stehen. In Zeiten, in denen nur eine geringfügige Auslastung gegeben ist, soll die Einrichtung allerdings auch anderen Personen offen stehen, bevorzugt Reservisten und Angehörigen anderer Einsatzorganisationen. Der Nutzen für die Behandlungseinrichtung würde dabei – abgesehen von den möglichen Einnahmen durch Behandlungsbeiträge – zumindest darin bestehen, dass vielfältigere praktische Erfahrungen gewonnen werden können und die Bildung ausreichend großer Behandlungsgruppen eher gewährleistet ist. Nach einem gestuften Vergabesystem für die verfügbaren Behandlungsplätze sollen für Bundesheerangehörige allerdings immer ausreichende Kapazitäten sichergestellt werden.

4.3. Motivationale Aufnahmekriterien

Die Behandlung kann grundsätzlich nur freiwillig erfolgen. Sie erfordert eine ausreichende Konsequenz und Bereitschaft, sich auch mit belastenden Erfahrungen auseinanderzusetzen. Im Sinne der möglichst effizienten Abdeckung des gegebenen Bedarfes sollten die Kapazitäten des Zentrums nicht durch unzureichend motivierte PatientInnen blockiert werden. Aus diesem Grund erfordert die Aufnahme einer Patientin/Klientin in die Behandlung auch die Unterzeichnung einer entsprechenden Bereitschaftserklärung.

5. Eingangsuntersuchungen

5.1. Psychologische Eingangsuntersuchung

Die Durchführung einer Eingangsuntersuchung am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement hat lediglich die Voraussetzung, dass durch einen Arzt oder Klinischen Psychologen des Österreichischen Bundesheeres ein Verdacht einer entsprechenden Behandlungsindikation und einer entsprechenden Behandlungsbereitschaft beim Betroffenen vorliegt. Eine Empfehlung oder Überweisung an die Einrichtung ist nicht an die Bedingung geknüpft, dass das Bestehen aller Behandlungsvoraussetzungen geprüft wurde. Dies ist somit auch nicht entscheidend für die Aufnahme an das Kompetenzzentrum. Die Entscheidung über die Aufnahme in eine Behandlung wäre erst nach eingehender Untersuchung möglichst behandlungsnahe am Kompetenzzentrum fällig, in Abhängigkeit von den genannten diagnostischen, institutionalen und motivationalen Kriterien.

5.2. Ärztliche Eingangsuntersuchung

Eine Behandlung am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement sollte grundsätzlich nicht ohne Durchführung einer ärztlichen Untersuchung erfolgen. Von dieser wird vornehmlich die Beantwortung der Fragen erwartet, ob durch die vorgesehene psychotherapeutische Behandlung innerhalb des vorgesehenen Settings schädliche oder gefährliche Folgen zu erwarten wären und ob der Erfolg einer solchen Behandlung durch spezifische medizinische Probleme wesentlich beeinträchtigt werden kann. Diese Fragen wären in sinnvoller Weise einerseits durch einen Allgemeinmediziner oder Facharzt für Innere Medizin (z. B. betreffend Herz-Kreislauferkrankungen, andere allgemeinmedizinische Probleme, die besondere Vorsicht oder besondere Maßnahmen erfordern) und andererseits durch einen Facharzt für Psychiatrie (z. B. betreffend Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung, einer Exazerbation psychotischer Störungen, dissoziative Störungen, Beeinträchtigungen durch Substanzmissbrauch) abzuklären.

6. Behandlungssettings

6.1 Ambulantes Behandlungssetting:

Für KlientInnen/PatientInnen aus Großraum Innsbruck mit flexibel gestalteten Behandlungsplänen.

6.2 Tagesklinisches Behandlungssetting:

Ein tagesklinisches Behandlungssetting mit einer geblockten Intensivbehandlung wäre für alle auswärtigen PatientInnen/KlientInnen vorgesehen und grundsätzlich einem ambulanten Behandlungssetting vorzuziehen. Für die Organisation des Aufenthaltes der PatientInnen/KlientInnen wären die folgenden Modelle denkbar:

a. Variante „Dienstauftrag“: Die Dienstbehörde erteilt einen Auftrag zur Durchführung einer Dienstreise nach Innsbruck mit Bezug einer amtlichen Unterkunft zur Durchführung der vom Dienstnehmer/der Dienstnehmerin als PatientIn/KlientIn beantragten und von einem Arzt verschriebenen und vom Leiter des Traumazentrums befürworteten Behandlung. Eine etwaiger Krankenstand des/der Betroffenen wäre durch den Arzt für die Dauer der Behandlung zu unterbrechen.
b. Variante „stationär“: Auf Grundlage einer vom Leiter des Traumazentrums und von einem Arzt des Sanitätszentrums befürworteten Behandlung erfolgt eine stationäre Aufnahme am Militärspital, eventuell in

Belegbetten des Konsiliarpsychiaters, mit pauschal zu erteilenden therapeutisch erforderlichen Freigängen tagsüber, abends und zum Wochenende.

Die Behandlung im tagesklinischen Setting (Varianten „stationär“ oder „Dienstauftrag“) beinhaltet in Abhängigkeit von der Problemstellung einen ersten Behandlungsblock mit drei bis vier Wochen (Intensivbehandlung), nach etwa ein bis zwei Wochen Unterbrechung weitere ein bis zwei Wochen (erste Stützungsbehandlung) und nach weiteren drei bis fünf Wochen eine weitere Woche (zweite Stützungsbehandlung). Die Behandlungsdauer wird somit fünf bis sieben Behandlungswochen über einen Zeitraum von neun bis vierzehn Kalenderwochen umfassen.

Die Durchführung der Behandlung erfolgt nach vorgegebenen Wochenplänen, wobei innerhalb von einer Behandlungswoche folgende Behandlungen vorgesehen sind:

- Einzeltherapie, drei Einheiten, insgesamt 240 Minuten,
- Gruppentherapie, zwei Einheiten, insgesamt 240 Minuten,
- Biofeedback und Konfrontation in Einzelbehandlung, zwei Einheiten, insgesamt 120 bis 180 Minuten,
- Genussvolle Bewegung in Gruppen, zwei Einheiten, insgesamt 240 bis 360 Minuten,
- Genussvolle Freizeit in Gruppen, eine Einheit, 180 bis 360 Minuten.

7. Spezifische Behandlungsmethoden

Die Entscheidung für spezifische Behandlungsmethoden orientiert sich weitestgehend an der gegebenen empirischen Evidenz, nach der verhaltenstherapeutischen Methoden und „Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing“ (EMDR) der Vorzug zu geben ist (Bisson et al., 2007; NICE, 2005). Da sich nach einer Analyse von Therapiestudien bei Soldaten und Soldatinnen gewisse Vorteile des EMDR zeigten (Klingler, 2009), stellt diese Methode den wesentlichsten Behandlungsschwerpunkt dar, der in den psychotherapeutischen Einzelbehandlungen zu realisieren ist. Mit EMDR kann bei einfachen Posttraumatischen Belastungsstörungen nach acht bis zwölf Sitzungen mit mindestens 60 Prozent Remissionen (definiert als fehlende Diagnose) gerechnet werden.

In der Gruppenbehandlung sollen Ressourcen- und Bewältigungs-orientierte stützende Verfahren Anwendung finden, die in diesem Setting gegenüber den Trauma-fokussierenden Verfahren eindeutig zu bevorzugen sind (Klingler, 2009). Diese Behandlungen sollen durch eine Biofeedback-unterstützte Konfrontation ergänzt werden, zu deren Effizienz lediglich eine randomisierte Studie vorliegt, diese aber mit sehr ermutigenden Ergebnissen (Peniston & Kulkosky, 1991). Den Behandlungselementen „genussvolle Bewegung" und „genussvolle Freizeit", deren Wirksamkeit bei Trauma- und Belastungsstörungen noch nicht systematisch überprüft wurde, kommt in erster Linie eine tagesstrukturierende und ressourcenorientierende Funktion zu.

8. Begleitevaluation

Um die Behandlungsmethoden sukzessive verbessern zu können, ist eine systematische Begleitevaluation vorgesehen. Diese sollte möglichst gültige, verfälschungsfreie Ergebnisse liefern und

a. von externen Untersuchern, wie Untersuchungsärzten, Praktikanten, durchgeführt werden,
b. bevorzugt unter Anwendung von Selbstbeurteilungsverfahren erfolgen,
c. auch objektive Daten einbeziehen, etwa Krankenstandstage, Medikamenteneinnahme, und katamnestische Ergebnisse aus schriftlichen oder fernmündlichen Befragungen sechs und zwölf Monate nach Abschluss der Behandlung.

9. Stand der Realisierung

Bisher konnten am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement erst wenige einzelne Klienten/Patienten als Notfälle behandelt werden – das allerdings mit einem erfreulichen Ergebnis. Die Aufnahme eines Vollbetriebes bedarf noch einer weiteren Abklärung organisatorischer und rechtlicher Fragen durch die Dienstbehörde.

10. Literatur

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S.: Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder, in: British Journal of Psychiatry 2007, 190, 97-104.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Bern, Hans Huber, 1991.

Gahm, G. A., Lucenko, B. E., Retzlaff, P. & Fukuda, S.: Relative impact of adverse events and screened symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among active duty soldiers seeking mental health care, in: Journal of Clinical Psychology 2007, 63(3), 199-211.

Klingler, O. J.: Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Soldaten und Soldatinnen – eine Untersuchung der empirischen Grundlagen, in: Zweites Österreichisches Symposion für Psychologie im Militär. Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie 4/2009, Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Wien 2009.

NICE (National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence): Post-traumatic stress disorder, National Clinical Practice Guideline, Number 26. The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, London, Leicester 2005.

Peniston, E. G. & Kulkosky, P. J.: Alpha-theta brainwave neuro-feedback therapy for Vietnam veterans with combat-related post-traumatic stress disorder, in: Medical Psychotherapy 1991, 4, 47-60.

Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR, Göttingen, Hogrefe, 2003.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K. et al.: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women. A randomized controlled trial, in: Journal of the American Medical Association 2007, 297, 820-830.

Yarvis, J.: Substhreshold post traumatic stress disorder: A comparison of veterans with different levels of traumatic stress, Saarbücken, Verlag Dr. Müller, 2008.

11. Weitere Informationen

OR Dr. Oswald J. Klingler
Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement
Sanitätszentrum West
Köldererstraße 4
6020 Innsbruck

050201/6025475
oswald.klingler@chello.at

Elisabeth SCHNEIDER, Manfred KRAMPL

Hilfe für traumatisierte Einsatzkräfte

Einleitung

Einsatzkräfte sind in ihrem Berufsalltag auch mit den Schattenseiten des Lebens und der Gesellschaft konfrontiert: mit menschlichem Leid, Gewalt, Verletzung und Tod.

Sehr oft wird der Umgang mit diesen Schattenseiten als zum Job gehörig abgetan; das müsse man als Einsatzkraft „eben aushalten", und wer dies nicht tut, der sei für diesen Beruf nicht geeignet.

Diese Meinung, auch als „John-Wayne-Syndrom" bezeichnet, war lange vorherrschend und ist zum Teil heute noch im Selbst- und Berufsbild einiger Kolleginnen und Kollegen, aber auch in der Gesellschaft verankert.

Die Erkenntnis, dass auch Einsatzkräfte eine gezielte Unterstützung in ihrem schwierigen Beruf benötigen, ergab sich nicht zuletzt durch die Ergebnisse mehrerer Studien über die Posttraumatische Belastungsstörung. So richtig in Schwung kam diese Forschung erst in den 1980er Jahren. Bis heute folgten zahlreiche Studien, die immer wieder von massiven Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften berichten.

In den 1980er-Jahren entwickelte Jeffrey T. Mitchell, selbst Feuerwehrmann, in den USA Interventionen für Einsatzkräfte nach belastenden Ereignissen, die als Critical Incident Stress Management (CISM) bekannt wurden. Mitchell hatte nicht zuletzt aufgrund eigener Erlebnisse und Reaktionen erkannt, dass auch für Einsatzkräfte eine Unterstützung bei der Stressverarbeitung nach schwierigen Einsätzen unabdingbar ist.

Immer mehr erkannte man, dass „Professionalität“ nicht nur bedeutet, sich mit den äußeren Anforderungen des Berufes auseinanderzusetzen, also Fähigkeiten, Techniken, Wissen zu erwerben, sondern dass die Auseinandersetzung mit den inneren Anforderungen, mit sich und seinen Bedürfnissen sowie dem eigenen Umgang mit belastenden Situationen ebenso wichtig ist, um fit und einsatzfähig zu bleiben.

Belastungen im Einsatz

In den letzten Jahren richtete sich die öffentliche Aufmerksamkeit mehr und mehr auf die Belastungen, denen Einsatzkräfte bei der Verrichtung ihrer Aufgaben immer wieder ausgesetzt sind. Dazu trugen nicht zuletzt „Großschadensereignisse“ wie der ICE-Unfall im deutschen Eschede im Jahr 1998 oder das Seilbahnunglück von Kaprun zweieinhalb Jahre später bei. Auch im Zusammenhang mit Schusswaffengebräuchen der Polizei, im Zuge derer Menschen getötet oder verletzt werden, wird immer öfter die Frage nach der Bedeutung eines solchen Ereignisses für die involvierten Beamten gestellt.

Betrachtet man die Aufgaben von Einsatzkräften genauer, so kann man eine ganze Bandbreite an „belastenden Ereignissen“ erkennen. Bei einer Befragung über die stärksten Belastungssituationen im Polizeiberuf wurden Unglücke mit Kindern, Unglück eines Kollegen, das Überbringen von Todesnachrichten sowie durch den Beruf bedingte private Probleme und der Gebrauch der Schusswaffe als „Top Five“ genannt (Steinbauer, 2002).

Krampl (2004) fand in seiner Dissertation bei allen untersuchten Einsatzkräften von Feuerwehr, Exekutive und Rettung bei jeweils rund einem Drittel Beeinträchtigungen durch traumatische Ereignisse, die neben den klassischen Traumareaktionen auch zur Ausbildung von Chronischem Stress sowie zu einer Verringerung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung führten. Dadurch kommt es zu teilweise massiven psychischen und physischen Folgewirkungen ebenso wie zu einer Veränderung der Grundwertannahmen und einer verstärkten Unsicherheit im Einsatz sowie gegenüber den Kollegen.

Zusätzliche Belastungen durch ein schlechtes Arbeitsklima und schlechte Arbeitsbedingungen können dieses Empfinden, sowie die Anfälligkeit für Belastungsstörungen noch verstärken.

Der Trauma-Begriff

Wie ist nun ein so genanntes traumatisches Ereignis definiert? In den USA und Europa gibt es unterschiedliche diagnostische Manuale für psychische Erkrankungen und Störungen. Das Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft DSM IV (APA 1998) definiert das traumatische Ereignis als eines, bei dem folgende Kriterien vorhanden waren:

„Eine Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. *die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten* ***und***
2. *die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen." ...*

Nach dem ICD-10, dem Manual der WHO, ist die Definiton etwas weiter gefasst:

„ ... ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde."

Fischer et al. (1999) gehen in Bezug auf das Trauma von einem Diskrepanzerleben bezüglich der Situation und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen aus. Die betroffene Person sieht sich nicht in der Lage, die Situation mit ihren Ressourcen zu bewältigen, wobei dieses Empfinden subjektiv ist und letztlich mit Gefühlen wie Hilflosigkeit und schutzlosem Ausgeliefertsein einhergeht. So ein Erleben erschüttert das Selbst- und Weltverständnis, das die Person im Laufe ihres Lebens erworben hat, nachhaltig!

Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata

Jeder Mensch konstruiert sich in seiner inneren Welt Theorien und Modelle, die auch durch die eigene Erfahrung und Sozialisation geprägt werden. Diese Modelle enthalten Annahmen über uns und unsere Umwelt, wie

beispielsweise der grundsätzliche Glaube an eine mehr oder weniger „wohlwollende“ Welt, in der Unglücke zwar passieren, aber nicht in unserer unmittelbaren Umwelt. Weiters ist es eine (illusionäre) Grundannahme, dass alles, was in der Welt geschieht, einen gewissen Sinnzusammenhang hat, somit gerecht und kontrollierbar ist. Eine gewisse positive Verzerrung in der Selbsteinschätzung bestätigt viele Menschen in der Meinung, dass sie Positives verdienen (Janoff-Bulmann, 1989). Diese Annahmen sind in gewisser Weise illusionär und stellen eine Übergeneralisierung dar. Zum Beispiel gehen wir grundsätzlich davon aus, dass wir eine längere Fahrt mit dem Auto unbeschadet überstehen, trotz des Wissens, dass Autofahren gefährlich ist und viele Menschen dabei ums Leben kommen. Auch ist es leichter zu erklären und zu verstehen, wenn ein Alkoholisierter gegen einen Baum fährt und verstirbt, als wenn ein unschuldiges Kind bei einem Verkehrsunfall ums Leben kommt. Der Tod von Kindern, die schutzbedürftig und „unschuldig“ sind, die für unsere Zukunft stehen, ist mit dem Glauben an eine gerechte Welt nicht vereinbar.

Diese Grundannahmen sind zur Bewältigung des Alltages da und bleiben daher auch meist unhinterfragt – solange sie „funktionieren“. Im Falle einer traumatischen Erfahrung werden sie jedoch plötzlich herausgefordert – der Mensch erkennt, dass die Welt nicht immer gerecht ist, er selbst oder seine Lieben nicht unverwundbar, gewisse Situationen nicht kontrollierbar sind! Er erlebt „Hilflosigkeit, Entsetzen und Furcht“.

Auch Einsatzkräfte verfügen trotz oder gerade wegen all der Stressoren und Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, über derartige Grundannahmen, die vor einer ständigen Konfrontation mit ihrer eigenen Verwundbarkeit schützen und die Einsatzfähigkeit aufrechterhalten (Andreatta, 2005; Krampl, 2004). So glauben sie in der Regel daran – und müssen dies auch tun –, dass sie stressreichen und belastenden Einsatzsituationen gewachsen und aufgrund ihrer Erfahrung und ihrer Ausbildung handlungsfähig sind; dass sie in der Lage sind, anderen zu helfen, aber ebenso dass sie sich auf ihre Kollegen, auf die Technik verlassen können.

Schließlich können Einsatzkräfte aufgrund ihrer Berufserfahrung oft emotional bewegende Erlebnisse aus einer gewissen professionellen Distanz sehen, sozusagen „rationalisieren“, um ein „Mitleiden“ zu vermeiden. Andere Mechanismen, die Einsatzkräfte vor einer Belastungsüberflutung schützen, sind ihr Berufsjargon sowie schwarzer Humor – beide helfen ebenfalls, sich

von Belastungen zu distanzieren, diese bis zu einem gewissen Grad zu versachlichen und nicht zu nahe an sich heranzulassen.

Im Berufsalltag kann es jedoch wie schon eingangs erwähnt auch zu Situationen kommen, in denen selbst die erfahrenste Einsatzkraft an ihre Grenzen stößt und die oben beschriebenen Schutzmechanismen versagen.

Klassische Situationen sind Tod, Verletzung und Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, der Tod oder die Verletzung eines Kollegen, die Benützung der Dienstwaffe in einer Bedrohungssituation – weil damit immer auch ein Stück des Glaubens an die eigene „Unverwundbarkeit" verloren geht. Auch Großschadensereignisse bringen für viele Einsatzkräfte aufgrund der Anzahl der Opfer und ihrer Angehörigen, des Medieninteresses, der damit verbundenen „Bedeutungshaftigkeit" sowie Unbegreifbarkeit, und nicht zuletzt wegen der oft physisch schwierigen Einsatzbedingungen eine große psychische Belastung mit sich.

Sehr belastend werden auch Situationen empfunden, in denen man sich hilflos fühlte – diese Erfahrung widerspricht ebenfalls der Grundannahme eines Helfers –, nicht helfen konnte, sich überfordert fühlte oder seine „professionelle emotionale Distanz" nicht aufrecht erhalten konnte, weil beispielsweise eine Identifikation mit den Opfern die „Rationalisierung" zum Kippen brachte.

Viele Einsatzsituationen bewirken zudem eine Verstärkung des Stressempfindens: beispielsweise extreme Sinneseindrücke oder sehr bizarre Situationen, wie die „gepfählte Braut", die J. Mitchell in einem seiner Einsätze als Feuerwehrmann erlebt hatte; oder Kontakte mit Hinterbliebenen, die emotional sehr fordernd sind und bei den Helfern oft ein Gefühl von Überforderung und Hilflosigkeit auslösen. Generell werden alle „negativen" Gefühle wie Ohnmacht, Schuld oder Angst, die in so einer Situation auftauchen, als belastend erlebt, ebenso wie starke physische Belastungen durch anstrengende und körperlich schwere Arbeit, den Zeit- und Erfolgsdruck während eines Großeinsatzes, wodurch oft auch ein Mangel an Pausen entsteht, den die eingesetzten Kräfte durch den Einsatzstress oft gar nicht bemerken.

Auch Konflikte in der Einsatzorganisation oder unter Kollegen können einen massiven zusätzlichen Stress darstellen, ebenso empfundene Ungerechtigkeiten oder Vorwürfe an die Einsatzkräfte, zum Beispiel durch die Medien.

Manchmal ist es daher notwendig, eine Neuintegration der ins Wanken geratenen Grundannahmen anzustoßen – dass man trotz beruflicher Höchstleistung und Engagements Leid nicht immer verhindern, man nicht jedes Leben retten kann, auch die Technik nicht immer funktioniert. Das heißt jedoch nicht, dass die Grundannahmen falsch sind, sondern lediglich, dass sie leicht verändert werden müssen.

Reaktionen während eines potenziell traumatischen Ereignisses

Während eines stark belastenden Ereignisses werden von Betroffenen oft folgende Phänomene beschrieben, die als „Dissoziationen" (Abspaltungen des Erlebens") bezeichnet werden:

- Beeinträchtigungen der Wahrnehmung (z.B. Verzerrungen im visuellen oder akustischen Bereich, des Zeitempfindens usw.)
- Derealisationserlebnisse
- Depersonalisationserlebnisse
- Emotionale Taubheit - gefühllos
- Dissoziative Amnesie

Die Beeinträchtigung der Wahrnehmung ist ein häufig beschriebenes Phänomen: der „Tunnelblick", bei dem die visuelle Wahrnehmung gleichsam auf die Gefahrenquelle fokussiert sein kann, aber auch eine verlangsamte Wahrnehmung, d.h. dass Ereignisse wie in Zeitlupe erlebt werden. Ebenso kann aber auch der gegenteilige Effekt auftreten, und das Erleben läuft im Zeitraffer ab. Im akustischen Bereich wird manchmal von Verzerrungen berichtet, die beispielsweise einen einzelnen Schuss wie eine Detonation erklingen lassen – oder aber, dass dieser überhaupt nicht wahrgenommen wird, ebenso wenig wie die Zurufe anderer Kollegen. Immer wieder berichten Polizeibeamte nach einem Schusswaffengebrauch, dass sie nicht angeben können, wie oft sie selbst oder Kollegen geschossen hätten.
Die beschriebenen Wahrnehmungsveränderungen können alle fünf Sinne betreffen, entweder in Form einer „Überkonzentration" oder in der Art, dass die Wahrnehmung gleichsam „ausgeschaltet" wird; sie können damit als Schutzmechanismen wirken (z.B. durch das Zeitlupenempfinden subjektiv „mehr" Zeit zum Handeln zu gewinnen), aber auch Ursache für Probleme sein.

Derealisation bedeutet, dass der Betroffene die Situation als nicht real empfindet, sich fühlt „wie in einem Film". Der Vorteil dieser Empfindung besteht

darin, das Ereignis emotional auf Abstand halten zu können, anstatt davon überwältigt zu werden.

Ähnlich hilft die Depersonalisation (das Erleben einer „Ich-Spaltung“: die Betroffenen empfinden es gleichsam als „Heraussteigen“ aus dem eigenen Körper, um sich selbst und das Geschehens mit Abstand zu beobachten) dabei, sich emotional und physisch vom Geschehen, dem Schmerz, der Demütigung zu distanzieren. Beschrieben wird dieses Phänomen sehr oft im Zusammenhang mit Missbrauch, schwerer Vergewaltigung oder Folter.

Das Erleben emotionaler Taubheit ist für die Betroffenen oft erschreckend, da sie die Gefühllosigkeit in einer sehr belastenden Situation bei sich selbst als Abgestumpftheit und Abgebrühtheit interpretieren. Hier ist Erklärung wichtig!

In Hochstresssituationen kann es schließlich auch zu „Erinnerungslücken“ kommen, da gewisse Inhalte – anders als beim Verdrängen – nie abgespeichert wurden. Hier besteht eine große Gefahr von Konstruktionen, insbesondere dann, wenn der Betroffene sich genötigt sieht, eine „ganze“ und schlüssige Geschichte parat haben zu müssen.

Andere mögliche Reaktionen, die in einer massiven Stresssituation auftreten können, sind Übererregtheit, also massive Nervosität und starke Emotionen, Desorganisiertheit in Form von Verwirrung und mangelnder Strukturiertheit, Erstarrung, wenn der Betroffene komplett überwältigt wird, sowie Hilflosigkeits- und Angstgefühle oder Fluchttendenzen.

Reaktionen nach einem potenziell traumatischen Ereignis

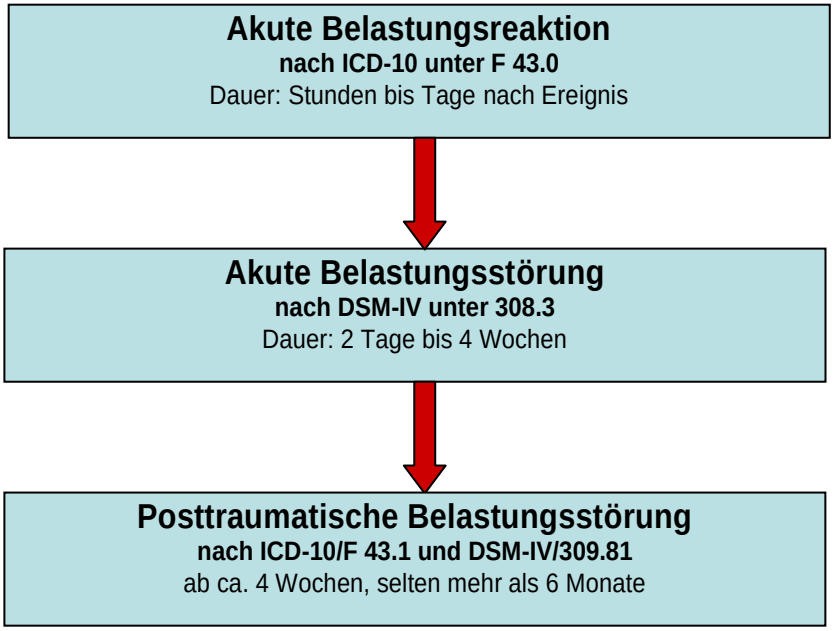
Die klassischen Reaktionen nach einem Ereignis sind

1. Wiedererleben der Situation in Form von eindringlichen und belastenden Erinnerungen, Bildern, Träumen, Flashbacks, … (vgl. auch DSM IV),
2. Vermeidungsverhalten (Vermeiden von Reizen, Situationen, Gedanken, etc., die an das Ereignis erinnern),
3. Erregbarkeit, die sich vor allem in Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Konzentrations- und Vigilanzproblemen zeigt.

Gerade die Vermeidung stellt oft ein Problem in Bezug auf Betreuungsmaßnahmen dar, wenn die Betroffenen nicht bereit sind über das Erlebte zu

sprechen und jegliches Angebot ablehnen. Die absolute Nicht-Beschäftigung mit dem Trauma kann jedoch die kognitive Verarbeitung des Geschehens erschweren.

Ob sich eine kurz- oder längerfristige Belastungsreaktion bzw. -störung ausbildet, hängt u.a. von zusätzlichen Risikofaktoren sozialer, persönlicher und dienstlicher Art ab; je nach verwendetem Diagnosemanual sind in Abhängigkeit von einem gewissen Zeitfenster folgende Möglichkeiten gegeben:



Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gilt, im Gegensatz zur Akuten Belastungsreaktion oder auch -störung, als klinisches Störungsbild, das mit einer Manifestation der Reaktionen bzw. einem deutlich verzögerten zeitlichen Auftreten einhergeht. Das Erleben einer traumatischen Situation muss also noch keineswegs eine PTBS nach sich ziehen. Im Rahmen der Untersuchung von Krampl (2004) zeigten 12,1 % der untersuchten Polizeibeamten die Vollausbildung einer Belastungsstörung (PTBS), „beeinträchtigt“ (im Sinne einer subsyndromalen Belastungsstörung) waren 39,7 %.

Zudem steigt mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung auch der Chronische Stress.

Risiko- und Schutzfaktoren

Traumatische oder sehr belastende Erlebnisse lassen sich in der Arbeit von Einsatzkräften nicht verhindern. Die Unterstützungsmaßnahmen, die viele Organisationen ihren Bediensteten nach derartigen Einsätzen anbieten, sollen helfen, die Auswirkungen dieser Eindrücke abzumildern und die Betroffenen bei der Verarbeitung zu unterstützen. Dabei sollte jedoch nicht übersehen werden, dass das Hauptaugenmerk meist sehr stark auf die Maßnahmen der Nachsorge gerichtet wird, und weniger auf die primäre Prävention (Hallenberger, 2006). Unter diesem Begriff sind im Gegensatz zu den oben genannten Interventionen im Bereich der sekundären (und zum Teil auch tertiären) Interventionen Vorsorgemaßnahmen zu verstehen, die Krisen möglichst überhaupt im Vorfeld abfangen und die Betroffenen gegen schädliche Einflüsse immunisieren sollen. Darunter sind neben Maßnahmen der Personalselektion und -platzierung – also die richtigen Mitarbeiter auszuwählen und sie auch mit geeigneten Funktionen und Aufgaben zu betrauen – alle außerhalb der Person liegenden Einflüsse wie gesellschaftlich-politische Rahmenbedingungen, Bedingungen der beruflichen Umwelt sowie familiäres und soziales Netz zu verstehen. Die Auswirkungen von Faktoren wie „gesellschaftliche Anerkennung als Opfer/Überlebender“ im Sinne von Achtung vor dem Erlebten untersuchten Maercker und Müller (2003) und kamen zu dem Schluss, dass dieses Konstrukt einen Schutzfaktor in Bezug auf die Entwicklung bzw. das Ausmaß posttraumatischer Symptomatik darstellt.

Aus persönlicher Erfahrung im Zusammenhang mit der Betreuung und Beratung von Polizistinnen und Polizisten nach belastenden Einsätzen kann der Einfluss dieser Faktoren nur unterstrichen werden. Der Umgang mit den Betroffenen innerhalb der eigenen Organisation durch Vorgesetzte, aber auch die Kollegenschaft wirkt sich oft sehr direkt und nachhaltig auf das Befinden aus. Der „Geist einer Organisation“, also ihre Werte und Normen, spiegeln sich in ihrem Umgang mit Krisensituationen wider – „Das muss ein Polizist aushalten, sonst ist er im falschen Beruf“, „Es dürfen keine Fehler passieren“. Wenn dann doch ein Fehler passiert (sei es ein tatsächlicher oder eine aufgrund der situativen Umstände unvermeidbare Reaktion, die zum Fehler hochstilisiert wird) oder ein Kollege es eben „nicht aushält“, herrscht oft Unsicherheit – die nicht selten der Betroffene als „Verursacher“

der Problematik abbekommt: man geht ihm aus dem Weg oder legt ihm sogar Steine in denselben, der Umgangston ist plötzlich befangen, manchmal auch schroff und wenig einfühlsam. Dahinter steht nicht zuletzt auch eine Überforderung im Umgang mit belasteten Kollegen, die vom Betroffenen selbst jedoch als sehr unangenehm erlebt wird und sein Gefühl des „Alleinseins" mit seinen Problemen noch verstärkt.
Ebenfalls belastend wirkt sich auf die Betroffenen eine extrem negative und einseitige Medienberichterstattung in Form einer „Hetzjagd" aus, in deren Zentrum sie sich plötzlich wiederfinden – eine Situation, die nicht zuletzt das eigene Gerechtigkeitsempfinden massiv verletzt und Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins wachruft.

Zudem ist ein gutes, stabiles soziales Netz in Krisensituationen von Bedeutung: Familie, Freunde, in weiterer Folge auch Kollegen, die dem Betroffenen beistehen und ihn emotional auffangen. Soziale Unterstützung hilft – so sie auch als solche wahrgenommen und angenommen werden kann. Oftmals ist es daher nötig, auch die Familie in Unterstützungsmaßnahmen einzubinden, da ihr eine verantwortungsvolle Aufgabe bei der Begleitung des Angehörigen durch eine schwierige Phase zukommt, und dadurch auch sie selbst und das ganze „System" belastet sind.

Schließlich trägt auch die Person selbst Merkmale in sich, die in einer Wechselwirkung das Risiko, eine akute oder posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, erhöhen oder vermindern. Eine interessante Fragestellung in diesem Zusammenhang ist, inwieweit einschlägige Vorerfahrungen einen Risiko- oder einen Schutzfaktor darstellen. Ist es für die Verarbeitung eines schweren Verkehrsunfalles mit toten Jugendlichen hilfreich, Ähnliches schon erlebt zu haben? Kann man sich an derartige Belastungen „gewöhnen" und sie mit der Zeit leichter wegstecken? Die Gefahr im letzteren Fall liegt zweifelsohne in einer gewissen emotionalen Abstumpfung, die die Betroffenen nicht nur selbst als befremdlich wahrnehmen, sondern mit der sie auch in ihrem Umfeld auf wenig Verständnis stoßen. Einen wichtigen Faktor stellt jedenfalls die Verarbeitung der Situation dar – so schließt Hallenberger (2006), dass mangelnde Vorerfahrung einen Risikofaktor darstellt, spezifische Vorerfahrung jedoch nur dann schützt, wenn die Erfahrungen des vorher Erlebten entsprechend verarbeitet wurden. Ein automatisches „Gewöhnen" an stark stressende Situationen findet demnach nicht statt.

Ein Modell, das in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben sollte, ist jenes der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1987). Dieser stellte

Überlegungen an, was uns hilft auch unter stressreichen Bedingungen gesund zu bleiben. Der „Kohärenzsinn“, eines der Kernstücke seines Konzeptes, drückt eine Grundorientierung hinsichtlich eines tiefgreifenden und dauerhaften Gefühls der Zuversicht und des Vertrauens aus sowie einer Wahrnehmung der Welt als zusammenhängend und sinnvoll. Er umfasst im Wesentlichen drei Komponenten, die in einem wechselseitigen dynamischen Zusammenhang stehen:

- Verstehbarkeit als die Fähigkeit, Ereignisse oder Entwicklungen als strukturiert, erklärbar, vorhersehbar erkennen zu können (kognitiver Anteil);
- Vertrauen in Handhabbarkeit, Bewältigbarkeit von Situationen – d.h. das Ausmaß, in dem eine Person Ressourcen wahrnimmt, um damit die gestellten Anforderungen bewältigen zu können;
- Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit bezeichnet das Ausmaß, in dem eine Person das Leben als sinnvoll empfindet und die an sie gestellten Anforderungen zumindest teilweise auch als Herausforderungen betrachtet.

Alle drei Komponenten sind für eine erfolgreiche Bewältigung wesentlich; Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzsinn empfinden sich als handlungsfähig und es gelingt ihnen, angemessene Ressourcen zu aktivieren und auf Anforderungen zu reagieren, während ein schwach ausgeprägter Kohärenzsinn dazu führt, dass Menschen sich hilflos und ausgeliefert fühlen (vgl. Andreatta, 2006).

Ein anderer Bereich der primären Prävention ist die Psychoedukation, also die Vermittlung von Wissen zu kritischen Ereignissen und deren Bewältigung. Inwieweit diesen Themen in einer Organisation Raum gegeben wird, hängt mit dem schon zitierten „Geist“ derselben und ihrer Einstellung zu psychologischer Unterstützung zusammen.
Auch der Erwerb von Kontrolle und Bewältigungskompetenzen in Form möglichst realitätsnaher Einsatztrainings ist von großer Bedeutung, da in Hochstresssituationen auf gut gelerntes, automatisiertes Verhalten zurückgegriffen wird. Auch wenn sich gewisse Aspekte nicht trainieren und vorwegnehmen lassen – je besser benötigte Fertigkeiten wie beispielsweise das Waffenhandling beherrscht werden und je sicherer der Ausführende in der Handhabung ist, desto weniger entsteht zusätzlicher Stress. Gut trainierte Fertigkeiten belasten zudem den „Arbeitsspeicher“ des Menschen weniger, und da dieser ohnehin limitiert ist, steht somit in Stresssituationen mehr

Restkapazität für andere Informationsströme zur Verfügung (vgl. Ungerer & Ungerer, 2008).

Schließlich können im Vorfeld auch verschiedene Techniken zur bewussten Entspannung oder zur problemlösungsorientierten Selbstinstruktionen erlernt und geübt werden.

Hilfe für traumatisierte Einsatzkräfte

In Einsatzkräfteorganisationen sind „Peer-Modelle" sehr häufig, also eine Unterstützung von Kollegen für Kollegen. Der Vorteil von Peers als Erstansprechpartner ist, dass sie die Arbeit des Betroffenen sowie deren Rahmenbedingungen kennen und verstehen, die gleiche „Sprache" sprechen (Berufsjargon), und auf dieser Grundlage auch die Normalität von Reaktionen gut vermitteln können. Zudem ist es – im Vergleich zu einem Gespräch mit Psychologen – verhältnismäßig niederschwellig.

CISM (Critical Incident Sress Management) und SvE[1]

Die Grundidee der CISM-Maßnahmen ist es, Einsatzkräften möglichst bald nach einem belastenden Ereignis Unterstützung zukommen zu lassen. In vielen Fällen kann diese durch sogenannte „Peers", also speziell geschulte KollegInnen aus der eigenen Organisation, geleistet werden.

Ursprünglich war das mittlerweile etwas in Verruf geratene „Debriefing" (CISD) die einzige beschriebene Maßnahme, aufgrund der Erfahrungen wurden schließlich jedoch mehrere Interventionsformen in das CISM-„Gesamtpaket" verpackt.

Ziele der CISM-Maßnahmen sind vor allem das Normalisieren und Stabilisieren, das strukturierte Durchbesprechen des Einsatzes, das letztlich auch einen Gesamtüberblick für alle Beteiligten bringen soll. Schließlich ist es förderlich, die positiven Aspekte wie den Gruppenzusammenhalt, die Bewältigbarkeit des Einsatzes hervorzuheben und die Schutzmechanismen soweit möglich zu reaktivieren.

[1] In Deutschland wird der Begriff SBE (Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen) verwendet; beim Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK) ist die Bezeichnung SvE (Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen) üblich.

Die einzelnen CISM-Maßnahmen, wie sie auch vom ÖRK angewendet werden, sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

- ***Vorbereitungsmaßnahmen*** – in diesen Bereich fallen alle Schulungs- sowie Trainingsmaßnahmen, die u.a. auch über Stress, Stressreaktionen, Grundlagen der Psychotraumatologie sowie über die in einer Organisation vorhandenen Unterstützungsangebote informieren sollen. Das Trainieren und intensive Üben von Handlungsabläufen und Fertigkeiten ist ebenfalls ein wichtiger Faktor.
- ***SAFE-R-Modell (Einzelgespräch)*** – Dieses läuft in der Regel in fünf Phasen ab (aus dem Englischen übersetzt):
    - Stabilisieren (Struktur geben)
    - Anerkennen (Exploration)
    - Erleichtern (Facilitate) des Verstehens (Durcharbeiten)
    - Ermutigung zu Handlungen und positiven Bewältigungsversuchen
    - Wiederermächtigung (ggfs. Weitervermittlung)
- ***On-Scene-Support*** (Einsatzbegleitende Maßnahmen) – manchmal kann es bei sehr lang andauernden Einsätzen oder Großschadensereignissen, die außerhalb der Routine liegen, zu massiven Belastungen kommen, die durch vor Ort anwesende Peers durch einzelne Maßnahmen abgefedert werden können; dazu zählen zum Beispiel das stille „Zur-Verfügung-Stehen“ und das Angebot von Unterstützung, kurze Einzelgespräche, die Beratung der Einsatzleitung oder Ähnliches. Wichtig ist dabei, dass die Einsatzkräfte nicht aus der Arbeit gerissen und zur Inanspruchnahme von Maßnahmen genötigt werden, der Peer aber ein Auge auf die Mannschaft wirft und etwaige Veränderungen in der Stimmung oder Belastbarkeit erkennt und auffängt.
- ***Demobilisation*** (Einsatzabschluss) – wird zum Beispiel nach einem größeren Einsatz vor Dienstende durchgeführt; alle beteiligten Kräfte werden noch einmal versammelt und ihnen werden kurz relevante Informationen übermittelt, beispielsweise über mögliche Stressreaktionen und Bewältigungsstrategien.
- ***Defusing*** (Kurzbesprechung) – diese Gruppenmaßnahme wird bald nach Einsatzende (in der Regel noch vor dem Nachhausegehen) durchgeführt und dient dem Dampf-Ablassen (Explorationsphase), aber auch der Information und Normalisierung. Sie wird meist in kleinen Gruppen von Peers durchgeführt.
- ***Debriefing*** (Nachbesprechung) – das CISD wird immer von einer psychosozialen Fachkraft geleitet und sollte die Linderung oder Auflösung

vorhandener Belastungen bewirken; es sollte in einem gewissen Zeitabstand nach dem Ereignis erfolgen und nicht zu früh angesetzt werden und geht in seinen sieben Phasen emotional wesentlich mehr in die Tiefe als das Defusing.

Die bekannteste Intervention, das psychologische Debriefing, ist zwischenzeitlich auch die umstrittenste. Untersuchungen zeigten, dass das Debriefing im besten Fall keine Wirkung, im schlechtesten Fall einen negativen Effekt auf die Entwicklung einer PTBS hat (eine Übersicht geben z.B. Clemens & Lüdke, 2000).
Trotzdem wird sie in der Regel von den Einsatzkräften als positiv erlebt („Honeymoon-Phänomen"). Die positiven Anteile scheinen demnach der psychoedukative Effekt sowie eine Förderung des Gruppenzusammenhaltes zu sein.

Oftmals kann der Gedanke, eine Herausforderung bewältigt zu haben, gemeinsam als Team einen schwierigen Einsatz erlebt und gemeistert zu haben oder einfach die Erfahrung, dass das Leben seine Höhen und Tiefen hat und man Selbstverständliches wieder mehr schätzen lernen sollte, einen positiven Lernaspekt haben.

Negativ wirken sich hingegen die mögliche Überschwemmung mit traumatischen Eindrücken und das Aufschaukeln negativer Aspekte in der Gruppe aus.

Zudem entwickelt nicht jede Person, nicht jede Einsatzkraft ein Trauma, nicht jedes Traumaopfer entwickelt eine PTBS: Nach psychotraumatologischen Erkenntnissen können Personen, die belastenden Ereignissen von mittlerem bis hohem Schweregrad ausgesetzt waren, in folgende drei Gruppen unterteilt werden (vgl. Clemens & Lüdke, 2000):

- **Selbsterholungsgruppe:** Jene Gruppe von Traumaopfern, die das Trauma mit dem natürlichen Verlauf des Verarbeitungsprozesses, mit eigenen Ressourcen und mit der Zeit ohne bleibende Beeinträchtigungen verarbeiten.
- **Wechselgruppe:** Jene Traumaopfer, die das Trauma – ähnlich den „Selbsterholern" – im natürlichen Verarbeitungsprozess bewältigen, wenn keine weiteren Störfaktoren hinzukommen. Treten solche auf (wie z. B. negative Konsequenzen durch den Arbeitgeber, familiäre/soziale

Belastungen, Retraumatisierungen etc.), kann diese Gruppe hin zur Risikogruppe kippen.
- **Risikogruppe:** Jene Betroffenen, die ein hohes Risiko einer chronischen PTBS haben.

Auch wenn ein Gespräch über das belastende Ereignis von vielen Opfern eines Traumas als hilfreich und entlastend erlebt wird, schlagen die Autoren vor, dass durch Berücksichtigung der entsprechenden Traumaopfergruppen die Effektivität des Debriefings gesteigert werden kann: „Ausgehend vom Konzept des zielgruppenorientierten Debriefings (ZGOD) muss zwischen Maßnahmen unterschieden werden, die für alle drei Gruppen hilfreich bzw. unbedenklich sind, und solchen, die für die eine Gruppe hilfreich sind, für die andere jedoch nicht. Das Debriefing muss sich dann an der Bedürfnislage der einzelnen Traumaopfergruppen orientieren“ (Clemens & Lüdke, 2000, 5).

Generell ist zu beobachten, dass immer mehr von allzu starren Debriefing-Strukturen abgegangen wird und der Trend mehr in Richtung einer „bedürfnisorientierten“ Unterstützung geht, die verstärkt auf die Bedürfnisse der Traumaopfer eingeht und Rücksicht nimmt.

Unterstützungsangebote in der österreichischen Sicherheitsexekutive

In der österreichischen Sicherheitsexekutive gibt es ebenfalls ein Peer-Modell, das in seinen Anfängen Mitte der 1990er-Jahre hauptsächlich Betreuungen nach dem Schusswaffengebrauch umfasste („Post Shooting“), in den letzten Jahren jedoch ein wesentlich umfangreicheres Unterstützungsangebot für die Exekutivbediensteten (EB) zur Verfügung stellt. Im Jahr 2006 wurde dieser Tatsache auch durch den neuen Projektnamen „Peer Support“ Rechnung getragen.

Beispiele für belastende Situationen im Polizeidienst sind ganz allgemein
- **gefährliche Situationen** (z.B. Schusswaffengebrauch, Bedrohungslage, ...),
- **emotional sehr belastende Situationen** (z.B. Tod und/oder Verletzung von Kindern und Jugendlichen, Suizide, …),
- **Situationen, in denen die eigene Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt wurde** (z.B. Unfall).

Gespräche werden vom Peer Support angeboten, wenn EB selbst einer massiven Gefährdungslage ausgesetzt waren, *ohne* dass sie selbst oder

andere verletzt wurden, wenn sie selbst bzw. andere im Zuge eines Einsatzes oder einer Amtshandlung (AH) verletzt wurden, wenn KollegInnen oder andere Beteiligte getötet wurden oder wenn eine AH oder ein Einsatz unter besonders schwierigen oder belastenden Umständen geführt werden musste.

Zudem wird eine – supervisionsartige – Aufarbeitung eines Einsatzgeschehens in der Gruppe dann dringend angeraten, wenn es sich um ein Ereignis handelt,

- bei dem die Folgen schwerwiegend sind (z.B. Tod eines Beteiligten),
- zu erwarten ist, dass es zu einer rechtlichen Prüfung des Einsatzgeschehens kommt und dieses
- auf großes öffentliches und mediales Interesse stoßen wird,
- sowie bei Großschadensereignissen.

Die Gespräche sind vertraulich und erfolgen immer auf freiwilliger Basis. Die Verständigung eines Peers kann über die Landes- bzw. Bezirksleitzentralen erfolgen, über Vorgesetzte oder Kollegen, ebenso kann der Betroffene selbst – ohne Dienstweg und direkt – einen Betreuer kontaktieren. In vielen Fällen werden die Peers jedoch in Eigeninitiative aktiv und treten, wenn sie von einer belastenden Amtshandlung Kenntnis erlangen, direkt an die KollegInnen heran.

Die reflexive Aufarbeitung des Tsunami-Einsatzes

Ein anderer Weg wurde im Zusammenhang mit der Tsunami-Katastrophe vom 26.12.2004 in Südostasien eingeschlagen (Krampl, 2007). Damals war die österreichische Exekutive sowohl im In- als auch im Ausland im Einsatz, der sich über viele Wochen und Monate hinzog und nicht zuletzt aufgrund des Ausmaßes der Katastrophe, aber auch wegen der schwierigen Rahmenbedingungen eine einzigartige Erfahrung darstellte. Um der Komplexität und Einzigartigkeit dieses Einsatzes auch in der Aufarbeitung gerecht zu werden, wurden neben einsatzbegleitenden Maßnahmen und einer „Demobilisation“ (Abholung am Flughafen) mehrere Nachbesprechungen in Seminarform für die am Einsatz beteiligten Kräfte angeboten. Diese fanden in externen Seminarhotels statt, da anzunehmen war, dass eine Atmosphäre fernab des Dienstbetriebes für einen vertrauensvollen Austausch förderlich ist. Die Nachbesprechung dauerte vier Halbtage, aufgeteilt auf drei Tage. Die TeilnehmerInnen an diesen Seminaren hatten während des Einsatzes die unterschiedlichsten Aufgabengebiete inne (In-/Ausland, Post- und Ante-

Mortem-Bereich, Go-Team etc.), d.h. die Gruppenzusammensetzung war bewusst inhomogen, um die Erfahrungen möglichst vieler Einsatzbereiche miteinzubeziehen und somit ein besseres Gesamtbild vermitteln zu können.
Der offizielle Teil beinhaltete die gemeinsame Aufarbeitung der Problemstellungen vor, während und nach dem Einsatz sowie eine Zusammenfassung und das Herausarbeiten positiver Aspekte am letzten Halbtag. Spezielle Fragestellungen wie beispielsweise das Überbringen von Todesnachrichten wurden bei Bedarf ebenfalls besprochen. Neben den Erfahrungen der TeilnehmerInnen wurden auch Inputs durch das aus Psychologen und Peers bestehende Trainerteam gegeben.
Der inoffizielle Teil bestand aus zwei Abenden, die – auf freiwilliger Basis – gemeinsam in lockerer Atmosphäre verbracht wurden. Neben der Möglichkeit eines intensiveren Austausches unter den Teilnehmern konnten auch mit den anwesenden Psychologen und Peers vertrauliche Einzelgespräche geführt werden.
Die Ziele der Aufarbeitung waren einerseits psychoedukative Gesichtspunkte bezüglich Einsatzstress, Stressreaktionen und Bewältigungsmöglichkeiten sowie arbeits- und organisationspsychologische Aspekte (z.B. Motivation, Lerneffekte, Teambildung etc.). Zudem sollte durch die Integration der gemachten Erfahrungen eine Transfereffizienz erreicht und eine maladaptive Verarbeitung verhindert werden.

Durch diese intensive und komplexe Form der Aufarbeitung konnte ein Gesamtbild des Einsatzes hergestellt und durch das Kennenlernen und den Austausch mit KollegInnen aus anderen Einsatzbereichen auch mehr Verständnis für gewisse Problemstellungen gewonnen werden, die sich bei einem so großen Einsatz nicht vermeiden lassen.
Es gelang, die positiven Eindrücke des Einsatzgeschehens in den Vordergrund zu stellen, das Team- und Zusammengehörigkeitsgefühl zu stärken und die Motivation für künftige Einsätze zu fördern.
Die Form der Aufarbeitung selbst wurde von allen Beteiligten auch als Anerkennung und Wertschätzung für ihre Leistung erlebt.

Ausklang

Die Akzeptanz und Annahme hat sich in den letzten Jahren nach eigener Wahrnehmung stark gebessert. Das Peer-Support-Team und die MitarbeiterInnen des Psychologischen Dienstes der Sicherheitsakademie arbeiten verstärkt daran, das Projekt im Rahmen von Informationsveranstaltungen,

der Homepage und von Artikeln in internen Zeitschriften allen Kolleginnen und Kollegen näherzubringen.

Zudem wird seit dem Herbst des Vorjahres auch verstärkt Supervision mit externen Fachkräften angeboten, derzeit noch als Pilotversuch in drei Bundesländern. Zusammen mit der Exekutiv-Seelsorge und der Personalentwicklung im Landespolizeikommando Wien gibt es somit entsprechende psychosoziale Angebote für unterschiedliche Problem- und Fragestellungen für PolizistInnen.

Die über viele Jahrzehnte sozialisierte Kultur einer Organisation im Umgang mit den Belastungen ihrer MitarbeiterInnen kann allerdings nicht von einem Tag auf den anderen aufgebrochen und verändert werden. Hier braucht es Zeit, Geduld und immer wieder Information und Aufklärung über die Bedeutung einzelner Maßnahmen auf den Ebenen der primären, sekundären und tertiären Prävention.

Vieles hat sich in den letzten Jahren in diesem Bereich getan und entwickelt, vieles ist noch zu tun, um Einsatzkräften das Gefühl zu vermitteln, dass sie bei der Verrichtung ihres schwierigen Berufes nicht alleine gelassen werden, und um ihnen auch die Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie ihre beruflichen Belastungen professionell aufarbeiten können – ohne dabei ihre notwendigen psychischen Schutzmechanismen zu gefährden.

Literatur

Andreatta, M. P.: Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata, Kröning, Asanger Verlag, 2006.

Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health, San Francisco, Joessey-Bass, 1987.

BM.I-Erlass GZ BMI-SI1000/0074-SIAK-PD/2007.

Clemens, K., Lüdke, Ch.: Debriefing – werden die Opfer geschädigt? Überlegungen zu einem zielgruppenorientierten Vorgehen. Psychotraumatologie 2000 (5).

Fischer, G., Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie, München-Basel, UTB-Verlag, 1999.

Hallenberger, F.: Primäre Prävention für kritische Ereignisse, Polizei & Wissenschaft, 2/2006.

Janoff-Bulman, R.: Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma, New York, Free Press, 1992.

Krampl, M.: Ursachen und Auswirkungen von Stress- und Belastungsstörungen nach belastenden Einsätzen bei Einsatzkräften, Dissertation, Universität Innsbruck 2004.

Krampl, M., Schneider, E.: Die reflexive Aufarbeitung des Tsunami-Einsatzes beim österreichischen Desaster Victim Identification Team (DVI). ZPPM (Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin), Jg. 5, 2007, Heft 3.

Maercker, A., Müller, J.: Societal Acknowledgement as a Victim or Survivor: A Scale to Measure a Recovery Factor of PTSD, Universität Zürich 2003 (Manuskript).

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (Gebundene Ausgabe), Göttingen, Hogrefe-Verlag, 1998.

Schönherr, Ch., Juen, B., Brauchle, G., Beck, T., Kratzer, D. (Hg.): Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften, Innsbruck, STUDIA Universitätsverlag, 2005.

Steinbauer, M.: Stress im Polizeiberuf. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien 2002.

Ungerer, D., Ungerer, J.: Lebensgefährliche Situationen als polizeiliche Herausforderungen, Frankfurt, Verlag für Polizeiwissenschaft, 2008.

Erich HITZ

Glaube und Trauma

Kann christlicher Glaube Hilfen für Traumatisierte bieten?

Das Trauma als tiefes Loch

Traumatische Erfahrungen sind Bestandteile des Menschseins. Der Mensch verdankt zwar seine beherrschende Position im Tierreich seiner außergewöhnlichen Anpassungsfähigkeit, war aber trotzdem während der gesamten Evolution schrecklichen Ereignissen ausgesetzt. Die einen haben sich mit Flexibilität und Kreativität an furchtbare Lebensereignisse angepasst, andere blieben jedoch auf die traumatische Erfahrung fixiert. Untersuchungen zeigen, dass oft ganze Gesellschaften, die massive Traumatisierungen erlitten hatten, annähernd ähnlichen Mustern der Anpassung und der Desintegration folgten (vgl. Van der Kolk, McFarlane: Trauma – ein schwarzes Loch, Paderborn 2000, S. 27).

Die Beschäftigung mit den Auswirkungen traumatischer Ereignisse hat in letzter Zeit stark zugenommen. So ist es auch für die Pastoral wichtig geworden, sich mit der Frage nach den Möglichkeiten einer menschengerechten Seelsorge im Hinblick auf diese Seite des Menschseins zu beschäftigen.

Trotz der menschlichen Fähigkeit, zu überleben und sich anzupassen, „können traumatische Erlebnisse das psychologische, physiologische und soziale Gleichgewicht eines Menschen in solchen Maße verändern, dass die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis alle anderen Erfahrungen überschattet

und die Gegenwart stark beeinträchtigt“ (Van der Kolk, McFarlane: Trauma – ein schwarzes Loch, S. 27).

So beschreibt auch Judith Hermann in ihrem Buch über traumatische Erfahrungen die Auswirkung traumatischer Ereignisse folgendermaßen:

> *„Traumatische Ereignisse erschüttern zwischenmenschliche Beziehungen in den Grundfesten. Sie zersetzen die Bindungen an Familie, Freunde, Partner und Nachbarn, sie zerstören das Selbstbild, das im Verhältnis zu anderen entsteht und aufrechterhalten wird. Sie untergraben das Wertesystem, das der menschlichen Erfahrung Sinn verleiht. Sie unterminieren das Vertrauen des Opfers in eine natürliche oder göttliche Ordnung und stoßen es in eine existentielle Krise. .... Traumatische Ereignisse wirken sich nicht nur direkt auf die psychischen Strukturen aus, sondern ebenso auf Bindungen und Wertvorstellungen, die die einzelnen mit der Gemeinschaft verknüpfen. …. Im Augenblick der Angst wenden sich die Opfer spontan an die Quelle, die ihnen zuerst Trost und Schutz bot. Verwundete Soldaten und vergewaltigte Frauen schreien nach ihren Müttern oder nach Gott. Bleibt dieser Schrei unbeantwortet, ist das Urvertrauen zerstört. Traumatisierte fühlen sich extrem verlassen, allein und ausgestoßen aus dem lebenserhaltenden Rahmen von menschlicher und göttlicher Fürsorge und Schutz. Nach dem traumatischen Ereignis beherrscht das Gefühl der Entfremdung und Nichtzugehörigkeit jede Beziehung, von engen familiären Bindungen bis zu eher abstrakten Bindungen an gesellschaftliche und religiöse Gemeinschaften. Ist das Vertrauen zerstört, haben viele Traumatisierte das Gefühl, eher zu den Toten als zu den Lebenden zu gehören.“*
> (Hermann, Paderborn 2006, S. 77-78)

Aus dieser Situation heraus ergibt sich für die Pastoral die notwendige Aufgabe, neue Wege des Verstehens zu suchen. Daraus müssen dann Möglichkeiten der Hilfe und Begleitung aus dem christlichen Glauben heraus entwickelt werden.

Trauma und spirituelle Fragen

McFarlane und van der Kolk weisen darauf hin, dass eine Kernfunktion menschlicher Gesellschaft in der Bereitstellung von Traditionen, Institutionen und Wertesystemen bestehe, die ihre Mitglieder dagegen schützen, durch belastende Erfahrungen überwältigt zu werden. Religion hat „angesichts der

erschreckenden Wirklichkeit für ein Gefühl der Sinnhaftigkeit zu sorgen, indem das Leiden in einen größeren Kontext gesetzt und Betonung darauf gelegt wird, dass über Generationen, Zeit und Raum hinweg das Leiden eine allgemeine menschliche Erfahrung darstellt. Daher kann die Religion den Menschen dabei eine Hilfe sein, ihr Eingemauertsein in ihr individuelles Leid zu überwinden" (McFarlane, Van der Kolk: Trauma und seine Herausforderung an die Gesellschaft, Paderborn 2000, S. 48).

Das Erleben eines Traumas führt so auch an spirituelle Fragen heran. Ausgelöst wird dies durch Erschütterung der Selbstverständlichkeit des In-der-Welt-Seins, durch Konfrontation mit dem Bösen und dem Leid, durch Sensibilitätserhöhung und durch Suche nach Rettung und Erlösung. Dadurch ergibt sich speziell auch die Sinnfrage. Wenn man sich für die Auslöser des Leidens von Traumatisierten interessiert, dann wird man, wie Van der Kolk und McFarlane in „Traumatic Stress" ausführen,

> *„… unausweichlich mit Themen der Unmenschlichkeit zwischen Menschen, Lieblosigkeit und Gefühllosigkeit, mangelnder Verantwortlichkeit, Manipulation und fehlender Hilfeleistung konfrontiert. Kurz gesagt konfrontiert einen die Untersuchung des Traumas mit den besten und den schlechtesten Seiten der menschlichen Natur, und es kann gar nicht ausbleiben, dass sie bei den Beteiligten eine beträchtliche Bandbreite an intensiven persönlichen Reaktionen hervorruft."*
> (Van der Kolk, McFarlane: Trauma – ein schwarzes Loch, S. 30)

Damit gelangen wir zur Sinnfrage. „Warum habe gerade ich überlebt?" und „Warum hat es gerade mich erwischt?" sind für Überlebende von Unglücksfällen jeder Art die häufigsten, schwierigsten und blockierenden Sinnfragen. Sie stellen die Betroffenen oft vor eine unsichtbare Mauer, durch die es anscheinend kein Weiterkommen gibt.

Was kann nun Glaube und Religion in solchen Lebenssituationen zur Hilfe für Traumatisierte beitragen? Allgemein können Glaube und Religion durch Zeremonien hilfreich sein. „Gebete, Musik und Bilder verstärken angesichts wiederholten Bedrohtseins durch Katastrophen und Kriege das Durchhaltevermögen. … Die Bedeutung von Zeremonien kommt sowohl in weltlichen Gedenkfeiern als auch in religiösen Ritualen zum Tragen. Denkmäler und Gedenkstätten für die gefallenen Soldaten und die öffentlich zum Ausdruck gebrachte Dankbarkeit für jene Menschen, die ihr Leben im Krieg geopfert haben, vermitteln den Trauernden und Traumatisierten das Gefühl, dass das

Sterben bzw. Leiden wenigstens einen Sinn erfüllt hat. Was das Fehlen eines solchen Gedenkens als eines notwendigen Teils des Heilungsprozesses bedeuten kann, hat sich nur allzu deutlich am Beispiel des häufig feindseligen oder gleichgültigen Empfangs der heimkehrenden Vietnamveteranen gezeigt“ (Turner, McFarlane, Van der Kolk: Der therapeutische Rahmen, S. 387).

Helfende Kräfte im Glauben entdecken

Die Thematik von Glaube und Trauma ist erst in jüngster Zeit im pastoralen Bereich aufgegriffen worden. Dadurch ist die pastorale Fachliteratur noch relativ klein. Das derzeit verfügbare Wissen stammt von Menschen, die in der pastoralen Trauerbegleitung, der Notfallseelsorge bzw. in der Begleitung Traumatisierter arbeiten.

Welche heilsamen Kräfte sind trotzdem im Bereich von Glaube und Religion allgemein für die Begleitung Traumatisierter entdeckbar und damit nutzbar? Im Grundprinzip geht es dabei um das emotionale Nachvollziehen bestimmter in den religiösen Texten ausgedrückten Erfahrungen. Dadurch soll spürbar werden, dass Glaube und Religion auch für mich Quellen der Kraft in posttraumatischen Lebenssituationen sein können.

Welche Erfahrungen sind dabei hilfreich?

Da sich Glaube wesentlich im emotionalen Bereich des Menschen ereignet, spielen Erfahrungen eine wesentliche Rolle. Dabei kommt einigen „Grunderfahrungen“ bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse eine große Bedeutung zu.

1. Anderen eine Last sein dürfen

Um erste Schritte zur positiven Veränderung machen zu können, ist es wichtig, sich selbst bewusst zu machen, dass man ein Anrecht auf Hilfe und Unterstützung hat. Viele haben dabei ein schlechtes Gewissen bzw. sie schämen sich, diese „Hilflosigkeit“ zuzugeben. Es bedeutet jedoch kein persönliches Versagen oder keine persönliche Schwäche, nicht allein zurechtzukommen. Gerade Rede- oder Denkweisen der heutigen Zeit und Gesellschaft wie „Der Tüchtige hilft sich selbst“, „Männer weinen nicht“ oder „Hilf dir selbst, dann hilft dir Gott“ und Ähnliches sind ein Hindernis bzw. eine Last, weil sie es als minderwertig darstellen, auf die Hilfe anderer

angewiesen zu sein. Sie suggerieren also, man sei nichts mehr wert, man sei zumindest Mensch zweiter Klasse. Wer aber will das schon sein?

Leider wird die Angst, Schwäche zuzugeben, durch unsere Gesellschaft, wo nur möglichst gute Präsentation bzw. Leistung zählen, gefördert. Erfolg und hohes Ansehen in der Öffentlichkeit bilden den Maßstab für „Gewinner" oder „Verlierer". Dies wiederum verstärkt den Selbstzweifel und die Minderwertigkeitsgefühle derer, die nicht mithalten können (vgl. Faulde, C.: Wenn frühe Wunden schmerzen, S.56 ff).

Es ist darum eine Hilfe für die eigene innere Stabilität, sich diesem Denken zu entziehen zu versuchen und bewusst andere Maßstäbe anzustreben. Eine Möglichkeit dazu bildet der Galaterbrief (Gal 6, 2): *„Einer trage des anderen Last".* Dadurch wird nämlich deutlich ausgedrückt, dass wir eine Last sein dürfen, sonst gäbe es ja nichts zu tragen und die Anweisung wäre damit sinnlos. Damit haben wir aber auch ein Recht auf Unterstützung, wenn wir schwach sind. Gott verlangt also von niemandem, dass er seine Last allein trägt.

2. Sich fallen lassen können

Der Beginn eines Weges der positiven Veränderung bringt es mit sich, dass wir das Bild von Tüchtigkeit, das wir gerne nach außen darstellen, nicht mehr aufrechterhalten können – auch vor uns selbst. Unser Bild von uns selbst beginnt sich zu verändern, und wir müssen unser Leben und Verhalten diesem neuen Bild anzupassen versuchen. Das heißt, wir müssen von manchem loslassen, was uns bisher wichtig war bzw. was wir nach außen hin vertreten haben. Vor allem bedeutet dies aber eine Trennung von der Selbstsicherheit durch Kontrolle und Management unseres Lebens.

Loslassen ist jedoch mit Angst verbunden. Es ist vor allem die Angst, ins Leere zu fallen bzw. vernichtet zu werden, wenn wir unsere Hände öffnen und unseren bisherigen Halt aufgeben.

Was kann uns von dieser Angst, die uns am Loslassen hindert, befreien? Worauf es beim Loslassen ankommt, versucht die Erzählung über den Trapezkünstler zu beschreiben:

> *Ein Trapezkünstler wurde gefragt, wie er es schaffe, nach einem Salto in der Luft die Hände seines Partners zu ergreifen. Er antwortete, dass er*

nichts anderes tue, als die Hände auszustrecken, denn es komme alles auf den Fänger an.
(Faulde, a.a.O., S.63)

Beim Trapezkünstler ist das Loslassen also getragen vom Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Partners. Erst wenn ich mich auf den Partner verlassen kann (oder zumindest fest davon überzeugt bin), kann ich mich ihm auch vertrauensvoll anvertrauen, kann ich mich auf ihn einlassen.

Solch ein zuverlässiger Partner wird uns im Lukasevangelium (Lk 4, 18-19) in der Person Jesu so vorgestellt:

„Der Geist des Herrn ruht auf mir; denn der Herr hat mich gesalbt. Er hat mich gesandt, damit ich den Armen eine gute Nachricht bringe; damit ich den Gefangenen die Entlassung verkünde und den Blinden das Augenlicht; damit ich die Zerschlagenen in Freiheit setze und ein Gnadenjahr des Herrn ausrufe."

Die Menschentypen, die Lukas hier schildert, sind eigentlich Menschen, die durch ganz bestimmte Lebenssituationen arg mitgenommen wurden (vgl.: „arm", „gefangen/befangen", „blind", „zerschlagen/fertig"), damit quasi „traumatisiert" sind. Die dazu geschilderten Verhaltensweisen der Hilfe (vgl.: „gute Nachricht", „Entlassung", „Augenlicht", „Freiheit") jedoch sollen zeigen, dass hier durch Jesus Auswege aus diesen Lebenssituationen ermöglicht werden sollen.

3. Liebevoll mit sich selbst umgehen können

„Neben der Beziehung zu anderen Menschen ist bei Traumatisierten meist auch die Beziehung zu sich selbst gestört. Deshalb ist es für die Heilung wichtig, ein liebevolles und fürsorgliches Verhältnis zu sich selbst zu entwickeln" (Faulde, a.a.O., S. 64).

Wir haben zwar im Matthäusevangelium im christlichen Hauptgebot den klaren Hinweis *„…und du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst"* (Mt 22,37), aber für viele von klein auf christlich geprägte Menschen ist das mit Zweifeln verbunden, weil sie Angst haben, egoistisch zu handeln, wenn sie auch an sich selbst denken.

Wie kann also eine Selbstliebe, ein auch Auf-sich-selbst-Schauen, aussehen, die nicht egoistisch ist?

Christliche Liebe ist immer von zwei Merkmalen gekennzeichnet: zum einen von der Haltung der Wertschätzung und Achtung und zum anderen von einem Handeln, das auf Wohlergehen eines Menschen ausgerichtet ist. Für die Selbstliebe bedeutet dies ein Bemühen um Achtung und Wertschätzung gegenüber sich selbst, die ja durch eine Traumatisierung geschädigt wurden, und das Bestreben, das falsche Selbstbild, das durch die Traumatisierung entstanden ist, zu korrigieren zu beginnen.

Dass dies nur mit Hilfe und Unterstützung durch Andere möglich ist, ist durch die Art der Entstehung unseres Selbstwertgefühles bedingt. Unser Selbstwertgefühl wird nämlich durch die Sicht, die andere für uns bedeutende Menschen von uns haben, geprägt. Ebenso durch unseren Vergleich mit anderen, durch unsere Beobachtungen an uns selbst und durch das Maß, in dem wir unser Leben als mit den eigenen Ansprüchen übereinstimmend erleben.

Hinterfragen eines Urteiles über uns, Überprüfen eines Vergleiches mit anderen, Überlegen des Eindruckes der Selbstwahrnehmung sowie Auseinandersetzung mit unseren Lebensansprüchen erfordert zur Weitung der Sicht aber die Hilfe durch andere. Bernhard von Clairvaux drückt es so aus:

> *„Wie aber kannst du voll und echt Mensch sein, wenn du dich selbst verloren hast? Auch du bist ein Mensch. Damit deine Menschlichkeit allumfassend und vollkommen sein kann, musst du also nicht nur für die andern, sondern auch für dich ein aufmerksames Herz haben. … Warum solltest einzig du selbst nichts von dir haben?“*
> (Brief an Papst Eugen III.)

4. Bilder heilender Liebe erleben dürfen

Der Prozess positiver Veränderung kann weiters durch Entstehung einer größeren Nähe zu den eigenen Emotionen unterstützt werden. Diesen wichtigen Vorgang zeigt Verena Kast durch Arbeit mit Bildern, Imaginationen und Symbolen in der Arbeit mit Traumatisierten.

Imaginationsübungen, die heute in der Therapie verwendet werden, greifen oft sehr alte religiöse oder kulturelle Traditionen auf. Solche speziellen Symbole für inneres Wachstum sind auch in der Bibel auffindbar. So findet sich in Psalm 1 das Bild des Baumes, der an Wasserbächen gepflanzt ist, Frucht bringt und dessen Blätter nicht welken (Ps 1, 1-3). Das Bild vermittelt die Hoffnung, dass auch wir ein solcher Baum sein können.

Andere imaginative Übungen, die verwendet werden, sind darauf ausgerichtet, „innere Helfer" zu finden, die Trost und Halt geben, indem sie ein Bild der liebevollen Zuwendung erleben lassen. Durch diese Erfahrung der Zuwendung wird die Heilung von durch Traumatisierung Verletzten unterstützt. Im Bereich der christlichen Botschaft ist dies z. B. das theologische Bild der Engel. In ähnliche Richtung geht die Vorstellung der Schutzpatrone als die persönlichen Fürbitter bei Gott.

Auch die Symbole des christlichen Glaubens sind Zeugnisse über heilende und befreiende Begegnungen mit einem liebenden Du. Durch die hier überlieferten Lebenserfahrungen wird eingeladen, sich auf die vielfältige Weise des „Ich-bin-da" und damit auf liebende Fürsorge einzulassen.

Besonders hilfreich sind auch verschiedene „Bilder", die in biblischen Texten verwendet werden, und die Zuwendung ausdrücken sollen. Dies drückt vor allem auch Jesaja aus, wenn er davon spricht, dass Gott uns *„auf seine Hand gezeichnet"* hat (Jes 49, 16). Für die liebende Zuwendung Gottes gibt es weitere Bilder, die eine sehr zärtliche Liebe, vergleichbar mit der Mutterliebe, zeigen. So spricht z. B. der Prophet Hosea davon, dass Gott wie eine liebende Mutter handelt: *„… ich war wie einer, der einen Säugling an seine Wange hebt. Ich beugte mich zu ihm und gab ihm zu essen."* (Hos 11, 4). Ein weiteres sehr altes Bild für die Fürsorge Gottes wird von Jesus im Matthäusevangelium aufgegriffen, wenn er über Jerusalem sagt*: „Wie oft wollte ich deine Kinder um mich sammeln, so wie eine Henne ihre Küken unter ihre Flügel nimmt, aber ihr habt mich nicht gewollt."* (Mt 23, 37).

Wir dürfen uns also Gott anvertrauen und brauchen trotz unserer Schwäche und Hilflosigkeit keine Angst zu haben. Er ist der sich uns auf verschiedene Art zuwendende Gott, der Kraft schenken will, damit wir die Wege der positiven Veränderungen hin zum Leben gehen können.

Richtige Liebe, d. h. dem Betroffenen dienliche Liebe, hat neben den Aspekten des Schutzes und der Fürsorglichkeit auch den Aspekt der persönlichen Entfaltung. Ein Bild, das zeigt, dass Gottes Liebe auch auf Wachstum und Autonomie ausgerichtet ist, findet sich im Buch Deuteronomium (Dtn 32, 11): Gott ist *„… wie der Adler, der sein Nest beschützt und über seinen Jungen schwebt, der seine Schwingen ausbreitet und ein Junges ergreift und es flügelschlagend davon trägt."* Dieses Bild vermittelt die Hoffnung, dass wir aufgefangen werden. Es ist gleichzeitig eine Aufforderung, unsere Kräfte zu entdecken. Dies ist zwar mit Angst und Mühe verbunden, doch zeigt es auch

ein Ziel: Größe und Freiheit zu erlangen, um sein Leben wieder selbständig gestalten zu können.

Sinn und Hoffnung finden

Menschen, die eine Traumatisierung erlebt haben, sind auf der Suche nach Sinn und Hoffnung. Diese Suche „ist ein wesentlicher Aspekt bei dem Versuch traumatisierter Menschen, mit ihren Gefühlen der Hilflosigkeit und Verletzlichkeit fertig zu werden“ (Turner u.a., a.a.O., S. 386). Es geht dabei also um die „Wichtigkeit des Wiederaufbaues eines Gefühls von Sinnhaftigkeit bei Menschen, deren Annahmen über die Welt zerstört worden sind und sich um die Bilder einer traumatischen Erfahrung rekonstruiert haben“ (Turner u.a., ebd.).

In der Erinnerung an die Leiderfahrungen durch traumatische Erlebnisse entsteht bei Betroffenen die Sehnsucht nach einem besseren Leben. Diese Sehnsucht gibt die Kraft, sich mit den traumatischen Erlebnissen auseinanderzusetzen und auf wichtige Fragen eine Antwort zu finden.

1. Nach dem Sinn des Leidens fragen

Wenn wir uns mit den Folgen traumatischer Erfahrungen beschäftigen, stellt sich irgendwann die Frage nach dem „Warum?“. Wer an Gott glaubt, richtet diese Frage auch an Gott und will wissen, warum er so viel Leid auf der Welt zulässt. Wie verträgt sich das mit einem guten Schöpfergott? (Vgl. Faulde, a.a.O., S. 151). Dabei gibt es verschiedene theologische Denkmodelle. Die Frage nach dem Sinn des Leidens kann in zwei Richtungen gehen: einerseits Suche nach der Ursache des Leidens, andererseits Suche nach dem Ziel für das Leid.

Die erste Richtung der Deutung nach dem Prinzip der Ursache sieht bei Traumatisierungen, die durch Menschen verursacht wurden, die menschliche Schuld als Auslöser. Es gibt aber auch theologische Vorstellungen, die das Leid als Preis der Freiheit des Menschen deuten (vgl. Adam und Eva, Kain und Abel: Dtn 1-4).

Die zweite Richtung der Deutung mit der Blickrichtung auf den Sinn von Leid ist durch zwei weitere theologische Denkmodelle geprägt. Das eine sieht den Sinn des Leides in der Strafe für begangenes Unrecht, das andere als Prüfung für den Menschen und damit als Bewährung, nach der er seinen Lohn erhalten wird. Eine weitere Abwandlung des Denkmodells der

Bewährung ist der Gedanke der Läuterung, wie er uns im Bild vom Schmelzofen im Buch der Weisheit (Weish 3, 6) begegnet.
Ein ganzes Buch des Alten Testamentes, das Buch Ijob, ist der Auseinandersetzung mit den Denkmodellen von Strafe oder Prüfung gewidmet (vgl. Ijob 4, 7 – Strafe, Ijob 5, 17 – Prüfung). Ijob widersetzt sich jedoch diesen Erklärungsversuchen und weigert sich, sein Leid als sinnvoll zu akzeptieren. Er beansprucht sogar von Gott die Änderung seiner leidvollen Lage. Gott hört die Klage Ijobs und ergreift für ihn Partei. Er zeigt: „Ich bin da!" Diese Anteilnahme und dieser Beistand helfen Ijob durchzuhalten und nicht im Leid unterzugehen.

Nur von einem Betroffenen selbst kann beurteilt werden, ob sich in dessen Leid auch etwas für ihn Gutes zeigt. Positive Auswirkungen von Leiderfahrungen bei Betroffenen werden allerdings auch in der pastoralen Fachliteratur berichtet: Leid kann u. a. den Blick für die Zerbrechlichkeit des menschlichen Glückes schärfen, kann das Einfühlungsvermögen für andere erhöhen, kann auch die Bedeutung von Durchhaltevermögen und Geduld bewusst machen.

Leiderfahrung kann aber auch für andere Menschen positive Folgen vermitteln. So kann u. a. eine lange Kette falscher Verhaltensmuster dadurch vielleicht unterbrochen oder abgeschwächt werden, so kann die Verantwortung für unser Handeln neu bewusst werden, so kann die Hilfsbedürftigkeit des Menschen neu sehen gelernt werden. Leid jedoch generell als „Lehrer" aufzufassen, widerspricht dem biblischen Gottesbild. In einem solchen Fall würde Gott auf einen sadistischen Lehrmeister reduziert, der nichts mehr mit dem liebenden Vater der Bibel zu tun hätte.

Es gibt allerdings auch Leid, das zu groß ist, um ausgeglichen zu werden und um zu innerem Wachstum verhelfen zu können. Traumatische Leiderfahrungen fallen in jene Kategorie des Leides, für das sich kein Gewinn und kein Nutzen aufweisen lässt. In diesen Formen des Leides gibt es nur eine Möglichkeit, um daran nicht zu Grunde zu gehen: Erfahrung von SOLIDARITÄT. Die christliche Antwort ist in diesem Fall die Erfahrbarkeit menschlicher NÄHE, die zum Trost durch menschliche ANWESENHEIT wird.

Die Frage nach dem Sinn des Leidens bleibt, speziell für traumatisierte Menschen, letztlich ungelöst. Auch theologische Überlegungen helfen einem Traumatisierten nicht, den Sinn seines Leidens zu verstehen (vgl. Ijob). Die Antwort Gottes auf die Situation des Ijob zeigt jedoch einen Weg, Leid

ertragen und bewältigen zu können: wenn wir im Leid NÄHE durch Gott und durch Mitmenschen erfahren können.

2. Im Leben Sinn erfahren

Die ungelöste Frage nach dem Sinn des Leides bedeutet jedoch nicht den Verzicht auf Sinn. Stellt man die Frage anders, kann man trotzdem auch Sinn im Leben Traumatisierter finden. Die Frage muss allerdings anders lauten: „Welchen Sinn hat mein Leben?" bzw. „Wo kann ich in meinem Leben Sinn finden?" Die Problematik wird also nicht vom Leid, sondern vom Leben her gesehen.

Es geht also eigentlich um die Frage nach dem Wert des Lebens. Häufig wird dieser Wert über Fähigkeiten, Gesundheit, Wohlstand, Karriere, Erfolg und Ähnliches definiert. Dies alles ist jedoch immer wieder gefährdet. Hat ein Leben dann also keinen Sinn bzw. Wert mehr, wenn diese Bestimmungsmerkmale wegfallen?

Christlicher Glaube sieht den Sinn des Lebens in der Liebe, die wir in unserem Leben verwirklichen. Dazu hat jeder Möglichkeiten, der eine mehr, der andere weniger. Die Bedeutung dieser Verwirklichung spricht auch Paulus im ersten Korintherbrief (1Kor 13, 1-2) an*: „… habe aber die Liebe nicht, so wäre ich nichts."* Er verweist dabei auf die Kraft der Liebe, die menschlichem Tun erst Fülle und Tiefe gibt.

So klar nach christlicher Überzeugung der Sinn des Lebens ist, so schwer ist es jedoch herauszufinden, was dies für das jeweils persönliche Leben bedeutet. Zwei Bibelstellen können dabei Mut machen. Die eine ist im Matthäusevangelium das Gleichnis von den Arbeitern im Weinberg (Mt 20, 1-16). Dieses weist darauf hin, dass es nicht darauf ankommt, wann oder wie lange wir etwas tun, sondern dass wir dann etwas tun, wenn uns dies erkennbar wird. Die andere ist im Markusevangelium die Erzählung von der Witwe vor dem Opferkasten (Mk 12, 41-44). Dadurch wird gezeigt, dass nur unsere eigenen Möglichkeiten der Maßstab sind, wie viel bzw. was wir tun müssen. Nur danach können wir handeln, da wir ansonsten Dinge anpeilen, die von vorne herein zum Scheitern verurteilt sind, da sie unsere Ressourcen übersteigen.

Es ist also wichtig zu sehen, was trotz aller Einschränkungen gelingt und weswegen wir deshalb stolz darauf sein können. Damit wird auch wieder Sinn erlebbar, weil unser Leben ja trotzdem zu etwas gut ist. Dies wiederum

stärkt die Hoffnung, trotz aller oft erlebten Hilflosigkeit etwas bewirken zu können.

Zusammenfassung

Die Bewältigung traumatischer Erfahrungen ist ein schwieriger und langwieriger Prozess. Er umfasst nicht nur körperliche und psychische Aspekte, sondern hat auch eine geistig-spirituelle Seite. Christlicher Glaube kann den therapeutischen Prozess unterstützen und ergänzen. Christliche Aussagen über Sinn, Heil und Hoffnung sind ein unterstützender Beitrag zur Heilung Traumatisierter.

Es wird eine wichtige Aufgabe der Pastoral der nächsten Zeit (vielleicht auch des Instituts für Religion und Frieden?) sein, diese Wege und Möglichkeiten pastoraler Begleitung und Hilfe für Traumatisierte aufzuarbeiten, entsprechende Methoden der pastoralen Betreuung zu entwickeln, wenn sie ihren diakonalen Grundauftrag den Bedürfnissen und Sehnsüchten des heutigen Menschen entsprechend erfüllen möchte. Mögen uns deswegen immer wieder zwei Stellen im Lukasevangelium Impuls und Richtschnur sein: das Gleichnis Jesu vom barmherzigen Samariter (Lk 10, 25-37) und die Aussage Jesu über die Zeichen der Zeit (Lk 12, 54-57).

Quellen

Faulde, C.: Wenn frühe Wunden schmerzen. Mainz 2002, ISBN 3-7867-2366-0.

Herman, J. : Die Narben der Gewalt. Paderborn 2006, ISBN 3-87387-525-8.

McFarlane, A. C., Van der Kolk, B. A.: Trauma und seine Herausforderung an die Gesellschaft. In: Van der Kolk u.a. (Hg.): Traumatic Stress, S. 47-69.

Turner, S. W., McFarlane, A. C., Van der Kolk, B. A.: Der therapeutische Rahmen und neue Entwicklungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Van der Kolk u.a. (Hg.): Traumatic Stress, S. 371-392.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C.: Trauma – ein schwarzes Loch. In: Van der Kolk u.a. (Hg.): Traumatic Stress, S. 27-45.

Van der Kolk, B .A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (Hg.), Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze, Paderborn 2000, ISBN 3-87387-384-1.

Erich LEHNER

Sterben und Tod in moderner Gesellschaft

„To die in dignity und character“ (zitiert nach Höfler 2009) hat die englische Sozialarbeiterin, Krankenschwester, Ärztin und Gründerin der Hospizbewegung Cicely Saunders als Zielsetzung der Hospize formuliert. Diese Zielsetzung setzt unmittelbar bei der Individualität und den Bedürfnissen von Betroffenen an. Die Orientierung an der Individualität und den Bedürfnissen zu organisieren und dadurch für alle, die es brauchen, zu ermöglichen, stellt jedoch eine große gesellschaftliche Herausforderung dar. Die zentralen Fragen sind: Wie, wo und unter welchen Bedingungen sterben gegenwärtig Menschen? Wie müssen deshalb Gesundheits- und Sozialsysteme konzipiert werden, damit sie auf die individuellen Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen antworten können? Diese Arbeit fokussiert die erste Frage und möchte den Blick für die Veränderungen von Rahmenbedingungen, unter denen Menschen heute ihr Leben zu Ende bringen, schärfen.

Eine der fundamentalsten Ursachen für das veränderte Selbstgefühl im Leben gegenwärtiger Menschen ist die gewaltig gestiegene Lebenserwartung. Sie hat sich seit Ende des 19. Jahrhunderts in industrialisierten Gesellschaften nahezu verdoppelt. In erster Linie haben verbesserte Lebensverhältnisse dazu geführt, dass die in früheren Zeiten allzeit drohenden Infektionsgefahren drastisch verringert wurden und dass sich die Lebenszeit vermehrt hat. Dieser Prozess umfasst in Europa drei Phasen. Vor dem 18. Jahrhundert kam es aufgrund von Pest und Hungerseuchen zu einer sehr hohen und schwankenden Sterblichkeit. Die Lebenserwartung lag bei der Geburt zwischen 20 und 40 Jahren. In der Zeit des 18. und des 19. Jahrhunderts nahm die Sterblichkeit durch das Zurückdrängen der Infektionskrankheiten ab, die Lebenserwartung stieg von ca. 30 auf 50 Jahre. Um

1880 setzte dann eine Übergangszeit, die „epidemiologische Transition“, ein. In ihrem Verlauf wurden Infektionskrankheiten vollkommen in den Hintergrund gedrängt und allmählich durch chronische und degenerative Erkrankungen ersetzt – ein Prozess, der bis heute anhält (Imhof, 1981, 198 ff; Streckeisen, 2001, 23 ff). Konkret haben drei Faktorenbündel zu diesen verbesserten Lebensverhältnissen beigetragen. Naturwissenschaftliches Wissen und höhere hygienische und medizinische Standards haben bewirkt, dass Seuchen und Säuglingssterblichkeit in modernen Gesellschaften nahezu ausgerottet wurden. Verbesserte und gesicherte Existenzbedingungen sowie die Abnahme von Kriegen haben die Bedrohungen des Lebens weiter drastisch reduziert und dazu geführt, dass man mit einer erwartbaren Lebenszeit rechnen konnte. Schließlich haben sich auch medizinisch-technische und pharmazeutische Erkenntnisse auf die Sterblichkeitsverhältnisse im 20. Jahrhundert ausgewirkt (Müller, 2005, 35).

Die verlängerte Lebenszeit zeigt große Auswirkungen auf die veränderten Sterblichkeitsverhältnisse der Gegenwart. „Wir leben eben länger, und wir sterben länger“ (Heller, 2000, 17). Die verlängerte Lebenszeit steht in enger Verbindung mit veränderten Todesursachen. In früheren Zeiten führten vor allem die von außen (>exogen<) das Leben bedrohende Trias “Pest, Hunger und Krieg” zum Tod, deren Kennzeichen es war, dass sie rasch tötete. Die Pest hatte beispielsweise eine Inkubationszeit von ein bis fünf Tagen, in unbehandelten Fällen trat der Tod fast immer innerhalb einer halben Woche ein. Demgegenüber sind es heute vor allem von innen (>endogen<) wirksame Todesursachen: Herz- und Kreislauferkrankungen, verschiedene Formen von Krebs und degenerative Leiden (Imhof, 1988, 94f). Kennzeichen dieser Krankheiten ist, dass sie erst nach einem länger andauernden Prozess des Leidens zum Tod führen. „Wir werden heute in ganz anderer Weise als unsere Vorfahren dazu gezwungen, Sterben als einen Prozess aufzufassen, uns damit auseinanderzusetzen, physisch und psychisch, wochen-, monate-, oft jahrelang“ (Imhof, 1988, 95).

Ein großer Schrecken der Trias „Pest, Hunger und Krieg” war ihre Unberechenbarkeit. Sie konnte alle in jedem Lebensalter treffen. Der Satz des Ackermann aus Böhmen: „Sobald ein Mensch zum Leben kommt, sogleich ist er alt genug zu sterben“, war für die Menschen dieser Zeit alltäglich erfahrbare Realität. Für die Menschen der Gegenwart tritt er über weite Strecken ihres Lebens als erfahrene Realität in den Hintergrund und stellt eher eine philosophisch-spirituelle Reflexion dar. Der Tod in jüngeren Jahren ist selten geworden, dagegen ist etwas Neuartiges eingetreten: „Zum ersten

Mal in der Geschichte unserer Gesellschaft wird Sterben zur eigentlichen Angelegenheit von alten und hochbetagten Menschen“ (Streckeisen, 2001, 29).

Indem sich das Sterben vorrangig in das hohe Alter verlegt hat, wird möglich, dass sich so etwas wie eine Biographie entwickeln kann. Erst wenn der Tod nicht mehr jeden und jede zu jedem Zeitpunkt treffen kann, wird Lebensgestaltung vorhersehbar und „es kann die Vorstellung eines geregelten Lebenszyklus entstehen“ (Streckeisen, 2001, 30). „In Form eines ‚Lebenslaufs‘ wird das individuelle Leben verzeitlicht und sequenzialisiert, d. h. in gesellschaftlich und individuell erwartbare Phasen unterteilt“ (Streckeisen 2001, 31) Erst dadurch wurde es denkbar, „auf das einzelne Individuum zu ‚setzen‘, in einen Menschen zu ‚investieren‘ (z. B. durch eine längere Ausbildung), für sich selber eine Lebens- und Karriereplanung sowie eine Nachfolgeregelung ins Auge zu fassen“ (Streckeisen, 2001, 31). In der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich aufgrund dieser Entwicklungen vor allem auch das dritte Lebensalter verändert. War bis in die sechziger Jahre „das Rentnerdasein eine Art Lebens-Nachschlag, der durch Ruhe und Beschaulichkeit gekennzeichnet war“ (Gronemeyer, 2007, 45), so wurde es sehr bald zu einem Lebensabschnitt, den es aktiv zu gestalten galt. Erfolgreich Altern wurde zur Devise. Erst in jüngster Zeit kam die Tatsache in den Blick, dass dem Alter neben der Aktivität auch die Nähe zum Tod immanent ist. Mittlerweile spricht man von einem vierten Lebensalter. Dieses Lebensalter ist geprägt von Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und Pflege (Gronemeyer, 2007, 45f).

Erst das verlängerte Sterben macht Sterben zu einem „*prozessualen* Vorgang *im* Leben“ (Müller, 2005, 23). Es wird zu einem sozialen Prozess innerhalb des Lebens. Als lebensimmanenter Prozess ist es aber damit auch zu einem Prozess geworden, den es zu gestalten gilt. Sterben stellt zwar eine Grundkonstante des Lebens dar, die weder unmenschlich ist noch einem bestimmten Modell folgt, aber als sozialer Prozess kann es zu einem autonomen, menschenwürdigen und begleiteten Prozess werden oder auch zu einem menschenunwürdigen und isolierten (Müller, 2005, 23).

Der Prozess des Sterbens ist vielschichtig. Sterben kann nicht allein auf den physischen Zusammenfall des Organismus reduziert werden. Klaus Feldmann beschreibt neben dem physischen Tod, der in Krankheit und dem Verlust von Körperfunktionen besteht, noch ein soziales und ein psychisches Sterben. Das soziale Sterben ist in diesen Analysen nicht nur auf die soziale Isolierung Sterbender beschränkt, sondern umfasst vor allem den Verlust

von Status, Rollenmerkmalen und Partizipationsmöglichkeiten. „In modernen Industriegesellschaften existieren verschiedene Formen des Verlustes von Rollen, Positionen, Territorien, Besitz, Informationsquellen und sonstigen Partizipationschancen, die unter dem Begriff des sozialen Sterbens zusammengefasst werden können“ (Feldmann, 2004, 151).[1] Formen sozialen Sterbens sind dem physischen Sterben meist vorgelagert. Sie sind jedoch auch partiell reversibel. Das psychische Sterben steht im Zusammenhang mit sozialen Prozessen und bezieht sich vor allem auf die „erodierenden Elemente hinsichtlich der Konstruktion einer eigenen Identität“ (Müller, 2005, 28). „Schwerwiegende Verluste von Partizipationschancen, wie Einweisung in Gefängnisse, Intensivstationen oder andere totale Institutionen, vorzeitiger Verlust der Familienrolle, erzwungene Emigration, plötzliche Arbeitslosigkeit oder unerwartete Berufsunfähigkeit können schockartig und identitätsstörend wirken. Häufig werden Teile der sozialen und kulturellen Identität absterben. Auch die personale Identität wird meist mit betroffen und psychosomatische Leiden entstehen, d.h. soziales Sterben ist oft mit psychischem Sterben verbunden“ (Feldmann, 2004, 157). Diese Prozesshaftigkeit des Sterbens und ihr Auseinanderfallen in ein physisches, soziales und psychisches Sterben ist ein Kennzeichen unserer Zeit. “Im Gegensatz zu allen früheren Kulturen erleben in modernen Gesellschaften die meisten den langsamen physischen, sozialen und häufig auch psychischen Verfall ihrer Eltern, anderer Bezugspersonen und schließlich der eigenen Person” (Feldmann, 1998, 94).

Der physische Verfall bringt Sterben in Verbindung zur Medizin. Die Erkenntnisse der Medizin und der Gesundheitswissenschaften haben nicht nur dazu beigetragen, das Leben zu verlängern, sondern sie ermöglichen auch den Beginn und das Ende des Lebens hinauszuzögern. Menschliche Gestaltung nimmt so auf die Lebens- und Sterbequalität Einfluss. „Von einem >natürlichen Tod< kann unter diesen Bedingungen kaum mehr die Rede sein, vielmehr kommt es zur kulturellen Überformung dieses Lebensabschnitts durch die Medizin und Krankenversorgung“ (Ewers, Schaeffer, 2005, 9). Dieser Prozess der Medikalisierung des Sterbens wird gleich zu Beginn bei der Frage, wann beginnt das Sterben, offenkundig. Im allgemeinen Verständnis beginnt es dort, wo ein Leben in Verbindung mit einer Erkrankung nach medizinischen Kriterien zu Ende geht. Aber auch im weiteren Verlauf bleiben an der Medizin orientierte Handlungs- und Deutungsmuster bestimmend (Müller, 2005, 30).

[1] Tanja Müller (2005, 28) betont in diesem Kontext, dass der Alterungsprozess nicht per se mit dem sozialen Sterben gleichgesetzt werden darf, auch wenn eine gewisse Parallelität zutreffend sein kann.

Mit der Medikalisierung geht auch eine Institutionalisierung des Sterbens einher. Sie beschreibt den Umstand, dass ein Großteil der Menschen nicht mehr zu Hause, sondern in Institutionen stirbt. 2001 starben in Österreich 55,3 % der Verstorbenen im Spital, 11,6 % in einem Pflegeheim und 27 % zu Hause. 6,3 % der Sterbefälle fallen unter Sonstiges (Quelle: Statistik Austria). Für Deutschland und der Schweiz gibt es parallele Entwicklungen (vgl. Müller, 2005, 42; Streckeisen, 2001, 49ff). Immerhin, beinahe ein Drittel der Sterbenden stirbt zu Hause. Das ist mehr als viele vermuten würden. Dennoch entspricht es bei weitem nicht jener Zahl von Menschen, die den Wunsch haben, zu Hause zu sterben. In der Studie zu Leben und Tod in Thüringen würden 77 % der Befragten, wenn sie es sich aussuchen könnten, am liebsten in der eigenen Wohnung sterben. Analysiert man die Angaben genauer, stellt sich heraus, dass 84 % der Befragten mit häufigem Familienkontakt, aber nur 24 % derer, die keine eigene Familie haben, angeben, zu Hause sterben zu wollen. Dem korrespondiert, dass jüngere Befragte unter 30 Jahren, Verwitwete sowie Ledige deutlich unterdurchschnittlich zu Hause sterben möchten. 87 % wollen beim Sterben Familienangehörige dabei haben, 58 % Freunde, 34 % den Hausarzt, 29 % Pflege, 19 % den Pfarrer. Fast allen ist jedoch bewusst, dass die Realität nicht diesem Wunsch entspricht. Die AutorInnen formulieren deshalb als Fazit: „Der gewünschte Sterbeort ist somit ein Indikator für die soziale Integration, der Auskunft über die Nähe oder Ferne zur eigenen Familie geben kann. Er bestätigt damit erneut, dass es im Zusammenhang mit Vorstellungen zum eigenen Tod sehr stark auf die Familie des Befragten ankommt“ (Dreßel et al., 2002, 39). Im Verlauf von Krankheit oder Sterben kommt es häufig zu oftmaligen Wechsel zwischen Wohnort, Krankenhaus und/oder Pflegeinstitution. Zu Hause sterben ist dann sehr oft nicht möglich. Die Herausforderung besteht darin, wie trotz dieser Umstände familiäre Verbundenheit und Selbstbestimmung gelebt werden können.

Die Reduktion der Sterblichkeit in jüngeren Jahren stellt eine große Errungenschaft dar. Sie bedeutet aber auch, dass das Erleben des Sterbens seltener geworden ist. Bereits in der Mitte des letzten Jahrhunderts wurde darauf hingewiesen, dass es einen durchschnittlichen Zeitraum von zehn bis fünfzehn Jahren gibt, in dem kein Familienmitglied stirbt. „Mit dieser Entfernung des Sterbens und des Sterbenden aus der unmittelbaren Alltagserfahrung wurde auch der selbstverständliche Umgang damit verlernt“ (Heller, 2000, 24). Das Umgehen mit Sterben, Tod und Trauer ist für den Großteil der Menschen keine integrative Lernerfahrung ihrer Sozialisation. Dagegen steht jedoch oft eine überwältigende Präsenz von Tod und Sterben in den

Medien. „Für Kinder, aber auch für die meisten Erwachsenen in den urbanisierten Industriestaaten steht eine über die Medien induzierte Beschäftigung mit dem Tod (Sekundärerfahrung) mit spärlichen *Primärerfahrungen* [H.i.O.] in Konkurrenz“ (Feldmann, 2004, 124). In der Untersuchung in Thüringen gab nur ein Drittel an, konkrete Erfahrungen in der Pflege mit Sterbenden zu haben (Dreßel et al., 2002, 15). Im Zusammenhang mit diesem Erfahrungsverlust steht auch eine gewisse Privatisierung des Sterbens. Sterben, Tod und Trauer sind keine öffentliche Angelegenheit mehr. Der gesellschaftliche Alltag wird nicht unterbrochen, sondern bleibt weitgehend auf das Individuum und seine Umgebung beschränkt (Müller, 2005, 47). Diesem Verlust an ursprünglicher Lernerfahrung entspricht auf der anderen ein Prozess zunehmender „Professionalisierung“, „Pädagogisierung“ und „Therapeutisierung“ (Ewers, Schaeffer, 2005, 9). Es besteht sowohl bei Laien als auch bei Fachleuten ein großes Bedürfnis nach Schulung, Ausbildung und Begleitung (Heller, 2000, 24 ff).

Sterben ist zu einem lebensimmanenten Prozess geworden, den es zu gestalten gilt. Dies birgt jedoch auch Gefahren in sich, auf die Reimer Gronemeyer (2007a, 53ff) kritisch hinweist. Indem Sterben mit Krankheit verbunden ist, stellt sich automatisch die Frage, inwieweit das Individuum für diese Krankheit beispielsweise durch einen ungesunden Lebensstil selbst verantwortlich war. Der Tod kommt dadurch in die Verantwortlichkeit des Individuums. Darüber hinaus ist der letzte Lebensabschnitt zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung geworden. Sterben steht dadurch in der Gefahr, pflegerisch und medizinisch reglementiert und standardisiert zu werden. Man stirbt überall in Europa nach dem gleichen Muster. Dem Individuum, das nun unter dem Zwang steht, auch sein Sterben zu planen, bieten sich zwei Angebote an. Auf der einen Seite der in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und der Schweiz begangene Weg zu Euthanasie bzw. assistiertem Suizid, auf der anderen Seite die Angebote der Palliative Care und Hospizbewegung. „Zu bedenken ist in jeden Fall, dass beide Angebote, die sich immer deutlicher als ein neues Element europäischer Kultur konstituieren, zwei Seiten einer Medaille sind – in denen in gefährlich vergleichbarer Weise das Element der Sterbeplanung in den Vordergrund tritt“ (Gronemeyer, 2007a, 56). Verschärft wird diese Situation durch eine zunehmende Ökonomisierung. Sie fordert auch im Gesundheitsbereich Rationalisierungsprozesse, die auf Effektivität und Effizienz abzielen und die im Falle des Sterbeprozesses sehr schnell die individuellen Bedürfnisse von Schwerkranken und Sterbenden in den Hintergrund drängen können.

Die verbesserten Rahmenbedingungen haben den Menschen in modernen Gesellschaften eine gewaltiges Mehr an Lebenszeit verschafft, mit der jedoch auch eine Verlängerung der Sterbephase verbunden ist. Sie ist zu einem gestaltbaren Lebensabschnitt geworden. Diese Gestaltbarkeit wird zunächst als Aufgabe des Individuums erlebt. Der/die Einzelne und sein/ihr privater familiärer Lebenszusammenhang müssen allein mit dieser Situation fertig werden. Der/die Einzelne und ihre bzw. seine An- und Zugehörigen bedürfen jedoch der gesellschaftlichen Unterstützung in der Bewältigung dieser Situation. Dies sollte jedoch nicht bedeuten, dass Expertensysteme ökonomisch effizient familiäre Strukturen ersetzen und Betroffene so erst recht auf ihrem letzten Weg vereinsamen. Die gesellschaftliche Herausforderung besteht jedoch darin, Betreuungs- und Versorgungssysteme so zu organisieren, dass sie trotz der veränderten Rahmenbedingungen von Sterben und Tod befähigt sind, an der Person orientierte individuelle Betreuung zu ermöglichen.

Literatur

Dreßel, Gudrun; Erdmann, Bernadett; Hausmann, Christopher; Hildenbrand, Bruno; van Oorschot, Birgitt: Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung, Jena 2002, http://www.hospiz-jena.de/pdf/sterben_und_tod.pdf (03.08.2010).

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris: Versorgung am Ende des Lebens – Einführung, in: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege des Menschen in der letzten Phase, Bern 2005, 7-17.

Feldmann, Klaus: Physisches und soziales Sterben, in: Becker, Ulrich; Feldmann, Klaus; Johannsen, Friedrich (Hg.): Sterben und Tod in Europa. Wahrnehmungen, Deutungsmuster, Wandlungen, Neukirchen-Vluyn 1998, 94-107.

Feldmann, Klaus: Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse, Opladen 1997.

Feldmann, Klaus: Tod uns Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick, Heidelberg 2004.

Gronemeyer, Reimer: Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können, Frankfurt a. Main 2007.

Gronemeyer, Reimer (2007a): Von der Lebensplanung zur Sterbeplanung. Eine Perspektive der kritischen Sozialforschung, in: Gehring, Petra; Rölli, Marc; Saborowski, Maxine (Hg.): Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Todes und Sterblichkeitstheorien heute, Darmstadt 2007, 51-59.

Höfler, Anne Elisabeth: *„…dieses Feuer das uns am Kochen hält“*. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care, Vortrag, Kardinal König Haus – Wien, 2009; www.aehoefler.net/VortragKKH_13.10.2009.pdf.

Heller, Andreas: Ambivalenzen des Sterbens heute – Einschätzungen zum gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden, in: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, Freiburg 2000, 2. erw. Aufl.

Imhof, Arthur E.: Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des Lebens, München 1988.

Imhof, Arthur E.: Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben, München 1981.

Müller, Tanja: Begleitetes Sterben als gesellschaftliches Phänomen. Der Sterbeprozess und moderne Sterbebegleitung – Aspekte ambulanter Hospizarbeit, Marburg 2005.

Streckeisen, Ursula: Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie, Opladen 2001.

Michael MIKAS

Psychologische Aspekte des Überbringens von Todesnachrichten

Die Psychologie versucht als Wissenschaft, Grundsätzliches im menschlichen Erleben und Verhalten zu entdecken und daraus Gesetzmäßigkeiten zu entwickeln. So kann man auch beim Überbringen von Todesnachrichten einige Implikationen für die Praxis aus dem theoretischen Wissen ableiten.
Das praktische Vorgehen sollte besonders in einer so schwierigen Situation nicht nur durch die eigene Erfahrung, sondern auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse geleitet sein. Es kann dabei aber keinen Zweifel darüber geben, dass im Sinne des Konstruktivisten Ernst von Glasersfeld immer mehrere theoretische Ansätze viabel – also möglich – sein können und dass somit der hier vorgestellte nur einer von mehreren möglichen ist.

Im Folgenden sollen anhand eines selbst erlebten und betreuten Falles eine Verbindung zu den entsprechenden Theorien hergestellt und daraus Ableitungen für den Alltag entwickelt werden.

Nun der Fall selbst:
Es ist das vorletzte Wochenende vor Weihnachten, Familie F.: Die Mutter, Krankenschwester, 35 Jahre, und ihr 12-jähriger Sohn treffen Vorbereitungen für das bevorstehende Weihnachtsfest. Der Sohn ist für Samstagnachmittag zu einer Geburtstagfeier eingeladen. Der Vater der Familie befindet sich beruflich seit mehreren Wochen im Ausland und wird für das nächste Wochenende zurückerwartet. Am Samstagmorgen wundert sich die Mutter, dass sie den Mann am Handy nicht erreicht. Als sie den Freund und Kollegen ihres Mannes im Ausland anruft und fragt was los ist, legt dieser sofort

wieder auf. Kurze Zeit später – um 9 Uhr morgens – erreicht sie ein Anruf der Firma ihres Mannes. Der Anrufer ersucht sie, sich in zwei Stunden – um 11 Uhr – bei ihr in der Wohnung einfinden zu dürfen.
Für die Frau beginnen nun sehr schwierige Stunden. Sie schwankt zwischen Bangen und Hoffen. Da sie eine Einwanderin ist, gibt es außer ihrer Schwester nur die Familie des Mannes in Österreich. Es handelt sich dabei um die Schwiegereltern (70 bzw. 80 Jahre), einen Schwager und zwei Schwägerinnen. Sie alle sind im Raum versammelt, als um 11 Uhr von einer Abordnung der Firma und einem Psychologen (ich) die Todesnachricht überbracht wird. Der Mann ist am Samstagmorgen beim Versuch, den ortsansässigen Arbeitern zu helfen (um rechtzeitig vor Weihnachten zu Hause zu sein), in eine Starkstromleitung geraten und war sofort tot.

Nun ein kurzer Schwenk zur Theorie:
Stress wird nach verschiedenen Autoren, als Zustand des Körpers definiert, der sich dann einstellt, wenn man eine Situation als für einen selbst wichtig und bedeutend beurteilt und eine entsprechende Lösung aktuell nicht zur Verfügung steht. Besonders schlimm sind hier sehr intensive oder lebensbedrohende Reize, eingeschränkter Handlungsspielraum und wenig oder keine Kommunikationsmöglichkeit. Nun, dass die Todesnachricht über einen geliebten Menschen intensiv ist, kann vorausgesetzt werden, ebenso, dass der Handlungsspielraum eingeschränkt ist, da man als Betroffener nichts tun kann – man kann es nicht rückgängig und ungeschehen machen. Auch die Kommunikationsfähigkeit leidet – insbesondere am Beginn –, da man niemandem mitteilen kann, wie man sich fühlt, und sogar das Gefühl haben kann, niemand könne einem verstehen, man sei völlig einsam. Schließlich zeigen Untersuchungen zum Einfluss von sogenannten Life Events, dass der Tod eines geliebten Angehörigen ganz oben auf der Belastungsskala steht.

Aus diesem Wissen heraus und aus der Befragung von vielen Betroffenen lassen sich nun einige Regeln ableiten:

- **1. Regel: Die Nachricht so schnell und klar wie möglich überbringen – „nicht vor der Tür, aber unmittelbar danach".**

Das war in diesem Fall schwierig, da die Überbringung am Telefon wegen der mangelnden Betreuungsmöglichkeit auszuschließen war, die Frau aber aus dem Verhalten ihrer Umgebung bereits auf das Ereignis schließen konnte.

Ungewissheit erhöht den Stress eindeutig, da die Situation damit völlig unklar ist. Der/Die Betroffene durchläuft sämtliche Phasen:

- Schock, weil etwas Unvorstellbares passiert ist (mit völliger Betäubung),
- Hoffnung, dass es doch nicht so ist, ein Irrtum vorliegt (mit Verleugnung),
- Aggression, weil es nicht passieren hätte müssen/dürfen (auf den Angehörigen und die Firma),
- Depression mit Rückzug.

Diese Phasen können im ständigen Wechsel auftreten, was der Physiologie ziemlich zusetzen kann. Erst dann, wenn die Nachricht überbracht ist und – vorübergehende – Gewissheit möglich ist, kann sich dieser Phasenablauf stabilisieren.

Für den Betreuer ist es besonders wichtig, in dieser Zeit beim Angehörigen zu bleiben und psychisch parallel zu gehen: Nicht abwiegeln, nicht Hoffnung machen und auch keine Vorteile nahelegen. Nur aushalten. Dies ist für alle Beteiligten sicher die schwierigste Phase. Der Klient fällt ins Bodenlose, die Welt, der er gerade noch vertraut hat, ist unberechenbar und grausam geworden. Daraus entsteht die:

- **2. Regel: Dableiben, Zeit haben, aushalten.**

Der Überbringer spürt nun immer mehr den Drang, etwas Positives zu sagen, Hoffnung zu machen. Im konkreten Fall sagte die Frau, sie glaube das nicht: „Woher wollen sie das überhaupt wissen? Sie kommen in meine Wohnung, erzählen mir so grausame Dinge und haben wahrscheinlich keine Beweise dafür." Der Vater des Toten: „Der kann nicht sterben, wer soll in Zukunft meine elektrischen Geräte richten." Die eine Schwester: „Das glaub´ ich einfach nicht, der hat es immer irgendwie geschafft." Die zweite Schwester: „Es ist alles aus …" Der Bruder: „Ich will, dass die Schuldigen gefunden werden. Mein Bruder hat immer auf Sicherheit geachtet!"

In so einer Situation ist es ungeheuer wichtig, nicht in eine „therapeutische Falle" zu steigen und, weil man Hoffnung machen will, die unendliche Trauer nehmen will, auf positive Dinge auszuweichen, irgendwelche Spekulationen über Verwechslungen zu beginnen. Denn in der nächsten Phase kommt genau das: Die Angehörigen wollen wissen, ob er nicht doch leben könnte und ob es nicht ein Irrtum gewesen sein kann.

- **3. Regel: Nicht bagatellisieren, von Vorteilen reden oder Hoffnung auf einen Irrtum machen.**

Ist diese Phase überstanden, versucht der Betroffene wieder Halt durch Informationen zu bekommen. Hier zeigt sich auch, wie wichtig es ist, den Betroffenen keine Beruhigungsmittel zu verabreichen. Die häufig verordneten Tranquillizer dämpfen nämlich nicht allein die Emotionen, sondern das gesamte Zentralnervensystem, d. h. eine für die Zukunft wichtige kognitive (geistige, sprachliche) Verarbeitung wird dadurch unmöglich. Falls medikamentöse Behandlung gewünscht wird, raten erfahrene Psychiater daher zu einem rein die emotionale Speicherung blockierenden leichten Beta-Blocker, der die kognitive Seite überhaupt nicht betrifft.

Nun kann man sich das Stressmodell von Lazarus vergegenwärtigen, der den Verarbeitungsprozess in zwei Phasen teilt:
Erste Phase: Bewertung in „relevant" oder „nicht relevant" und wenn „relevant" (=stressend), dann erfolgt die zweite Phase, die Suche nach Copingstrategien.
Wenn keine Bewältigungsstrategie gefunden wird, da zu wenig Information vorhanden ist, dann kommt es zu einer sehr starken Stressreaktion, deren Zweck es ist, genau diesen Zustand der Ungewissheit zu beenden. Daher sollte der Überbringer auf den dringenden Wunsch nach Information schon entsprechend vorbereitet sein.
Im beschriebenen Fall, waren die Repräsentanten der Firma entsprechend gebrieft worden und konnten so geduldig die detailliertesten Fragen beantworten: Wo ist es geschehen? Wer hat es gesehen? Wie geht es dem Freund? Und warum meldet sich der nicht?

- **4. Regel: Keine Beruhigungsmittel, sondern Informationen geben.**

Schließlich sollte man auch noch für die nächste Phase gewappnet sein – Aggression: „Was ist das für eine miese Firma, die den Angehörigen in den Tod schickt?!"

- **5. Regel: Aggressionen aushalten. Sie gelten der Situation und nicht dem Überbringer.**

Die nächste Phase lässt dann meist auch nicht lange auf sich warten: Depression. Die Psyche ist in ihren Bemühungen, alles wieder gut zu machen, gescheitert, eine Lösungsmöglichkeit ist nicht in Sicht und daher fehlt es plötzlich an der kurz wieder aufgetretenen Hoffnung.
Die Trauer bricht herein, jetzt können die Firmen- und Behördenvertreter sowie alle, die nicht unmittelbar betroffen sind, den Ort verlassen. Jetzt geht das Überbringen in die eigentliche Betreuung über. Der Betreuer bleibt und

wartet geduldig. Vielleicht wechselt man das Zimmer. Es muss nicht viel gesprochen werden. Ziel ist hier, die starken Gefühle der Menschen in Worte zu fassen und als Betreuer alles zu ertragen, was an Leid und Hoffnungslosigkeit über den/die Betroffenen hereinbricht, und zu warten, bis er merkt, dass die Gewissheit des Todes im Bewusstsein der Betroffenen zunehmend greift.

- **6. Regel: Depression aushalten, Gefühle zulassen.**

Nun kann vorsichtig auf die nächsten Stunden und Tage eingegangen werden. Fragen zum Begräbnis des Toten sind zu beantworten oder Fragen zu den Reaktionen der Angehörigen. Ist es normal, dass die Frau ständig weint, der Vater nichts zu sagen hat und die erste Schwester auf den Bruder warten will, denn für sie ist er erst tot, wenn sie ihn gesehen hat?
Oft wollen auch alle sofort wieder funktionieren und haben viel zu hohe Ansprüche an sich selbst. Weinen ist ok, nichts zu sagen zu haben ist auch ok usw.

- **7. Regel: Reaktionen normalisieren.**

Die nächste Hürde für den Betreuer entspringt einer zunehmenden Angst vor Toten. Entgegen der Idee der kollektiven Verleugnung ist es wichtig, alle darin zu bestärken, dass eine Verabschiedung von einer verstorbenen Person für die Zukunft tatsächlich wichtig ist.
Erst durch die Möglichkeit der Verabschiedung wird aus der Vorstellung eine Gewissheit, und durch diese Gewissheit ist wiederum eine Akzeptanz erst möglich.
Eine trügerische Hoffnung wird dadurch verhindert: „Ich habe ihn nie tot gesehen; vielleicht lebt er noch, wurde nur entführt, wollte aussteigen ...“ Ein jahrelanger Warteprozess kann hier verhindert werden, wenn man die Verabschiedung ermöglicht. Bei Absturzopfern ist das oft nur möglich, indem man den Ort des Todes besucht oder am Ufer Blumen ins Wasser wirft. Im gegenständlichen Fall war die Verabschiedung übrigens schwieriger als erwartet. Obwohl der Leichnam des Verstorbenen sehr schnell in Österreich war, konnte die Frau – gebremst durch verschiedene Vorbehalte – erst zwei Tage später am geöffneten Sarg Abschied nehmen. Wie sie später erzählte, war erst dann die schlimme Ungewissheit zu Ende, der Trauerprozess konnte beginnen.

- **8. Regel: Den Abschied ermöglichen.**

Gut wäre es auch, jemanden für die ersten 24 Stunden nach dem Überbringen der Nachricht den Betroffenen zur Seite zu stellen, dem sie vertrauen.

Dies darf keinesfalls der Überbringer selbst sein, da man zwar helfen soll, aber nicht hilflos machen darf. In meinem Fall war die Schwester der Betroffenen sofort bereit, die Nacht bei ihr zu verbringen. Die restliche Familie hatte meine Telefonnummer.

- **9. Regel: Für Begleitung sorgen, erreichbar bleiben.**

Der letzte Punkt betrifft nun wieder den Betreuer, der jetzt selbst alleine gelassen ist. Er ist im Normalfall unzufrieden, hat das Gefühl nicht geholfen zu haben, er hat eine furchtbare Nachricht übermittelt, Menschen zum Weinen gebracht, hat sie aber nicht wieder „repariert". Für ihn ist es wichtig zu wissen, dass er als Überbringer der Todesnachricht eine wichtige Funktion im Trauerprozess der Familie übernommen hat, die nun zu Ende ist. Der Trauerprozess der Familie wird weitergehen und wenn alles normal abläuft, wird man später einmal sagen: „Danke, dass Sie hier gewesen sind. Ein Mensch, dem man vertrauen konnte, bei dem man das Gefühl hatte, man wird verstanden."

- **10. Regel: Sich zurückziehen, wenn man nicht mehr gebraucht wird.**

Insgesamt wird der Trauerprozess von allen Autoren als etwas Normales, zum Leben Gehörendes betrachtet. Moderne Ansätze postulieren dabei einen aktiven Prozess der Bewältigung gegenüber einem, früher angenommenen, passiven Ertragen von Phasen. Ein Berater sollte den Trauernden bei der Bewältigung unterstützen. Das bedeutet, den Betroffenen bei der Akzeptanz der Realität des Todes, bei der Verarbeitung der unterschiedlichen Gefühle, der Neuordnung der Welt ohne den Toten und schließlich bei der Suche nach neuen Sozialkontakten behilflich zu sein.
Pathologisch werden Trauerprozesse durch die Art, die Intensität oder die Dauer, wobei das übliche Trauerjahr oft in Frage gestellt wird, da die Lernprozesse, die im ersten Jahr postuliert werden, nicht dauerhaft sein müssen bzw. noch von Gefühlen überdeckt sein können.

Literatur

Glasersfeld, E.v. : Radikaler Konstruktivismus, Berlin, Suhrkamp Verlag, 1997.

Holmes, T.H. & Rahe, R.H.: The Social Readjustment Scale, in: Filipp S.-H. (Hg.), Kritische Lebensereignisse. München, Beltz Verlag, 2010.

Kast, V.: Zeit der Trauer, Stuttgart, Kreuz-Verlag, 2006.

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden, München, Droemer Knaur, 2001.

Lasogga, F. & Gasch, B.: Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits, Edewecht, Verlag Stumpf & Kossendey, 2002.

Lazarus, R. S.: Emotion and Adaptation, London, Oxford University Press, 1991.

Worden, W. J.: Beratung und Therapie in Trauerfällen, Bern, Huber, 1986.

Benoist GALVAN

Aspects pastoraux et théologiques de la mort d'un soldat au combat

Introduction

Je suis un aumônier encore jeune dans l'aumônerie militaire catholique avec bientôt neuf ans dans l'armée, mais seulement presque sept comme aumônier militaire. J'ai eu la chance de partir régulièrement en opération extérieure, une fois en Bosnie-Herzégovine, trois fois en Côte d'Ivoire et trois fois en Afghanistan. Et, j'ai eu la chance de ne pas avoir à souffrir pendant ces opérations de pertes nombreuses ou encore de blessés graves : En 2004, notre détachement a déploré un mort, un jeune soldat, par accident avec son véhicule lors d'une opération dans le sud du pays ; en 2007, de nouveau un mort en Afghanistan, un sous-officier expérimenté, mort suite à l'explosion d'un véhicule suicide, et cette année, la mort d'un jeune soldat dans une opération de combat dans le cadre d'un bataillon français, déployé en Kapisa (province au nord-est de Kaboul, sous commandement américain). Dans ce dernier cas, il s'agit vraiment d'une mort au combat dans une phase de combat.

Je dois également vous dire quelques mots sur l'organisation des aumôneries militaires en France. En effet, nous avons une existence tout à fait légale et prévue par la loi, mais en même temps, la conception laïque que se fait la République française des relations avec les institutions religieuses nous placent dans une position particulière. Par exemple, cela se traduit par l'absence de grade pour les aumôniers, et donc par notre absence de la chaîne organique, ce qui, du point de vue relationnel, est très bien surtout avec les soldats, mais du point de vue de l'implication dans les fonctions d'aide au commandement, en particulier, peut poser quelques problèmes

parce que l'aumônier n'est pas toujours averti de ce qui se passe dans l'unité. Les textes restent assez flous quant à la place des aumôniers dans le cadre de leur fonction. Ainsi, beaucoup de choses se font grâce aux bonnes relations que les aumôniers entretiennent avec la chaîne de commandement et avec les autres militaires. A contrario, si les relations sont mauvaises ou inexistantes, l'aumônier ne sera pas prévenu ou ne sera pas vraiment inclus dans la boucle qui se met en place lors de certains évènements comme la mort d'un soldat. D'une manière générale, quand un soldat meurt, le commandement est content d'avoir un aumônier sous la main.

Les points que je vais aborder : Aspects pastoraux et théologiques de la mort d'un soldat au combat:

- Avant : bâtir la relation dans l'amitié, la confiance et la compétence.

- Pendant : être présent ; extrême-onction éventuellement ; prier, écouter et prendre en charge l'aspect religieux des cérémonies ; veillée du corps par exemple.

- Après : le devoir de mémoire, continuer la présence et l'écoute, réconforter (donner du sens à la vie, à la mission et à la mort).

Avant la mission

Il me paraît essentiel que l'aumônier, qui est un homme ou une femme de relation, doive bâtir avec ses soldats une relation de confiance. Pour cela, je crois qu'il y a plusieurs moyens. Tout d'abord la forte identification de l'aumônier avec son ou ses unités. En France, en particulier, l'aumônier est très attaché à porter l'uniforme de ses soldats et pas seulement celui d'un service commun à toutes les armées. Les Chefs de Corps, surtout dans l'Armée de Terre, veulent privilégier le départ en mission avec leur aumônier de préférence à un autre quand ils ont la chance d'en avoir un à plein temps et projetable. D'autre part, même si l'aumônerie se justifie principalement lors d'un déploiement loin de ses bases, plus les contacts seront étroits avec les soldats et leur famille, plus le contact en mission sera naturel. C'est en visitant les familles à l'occasion des préparations aux sacrements, en étant présent au grands évènements de la vie du régiment, en participant aux activités d'entraînement d'une manière régulière, en acceptant de passer des moments de détente avec les soldats, en proposant des activités

d'aumônerie (groupes d'enseignement et de réflexion, pèlerinage, messe de garnison etc.), en conseillant avec prudence les chefs sur tel ou tel aspect de la vie des soldats, bref en étant un acteur visible et disponible dans la vie de l'unité militaire qu'il dessert, que l'aumônier crée les bonnes conditions de son ministère en contexte opérationnel. L'aumônier doit d'une certaine façon être le professionnel de sa spécialité, tout en montrant qu'il n'exerce pas un métier au sens où les soldats l'entendent. Sur le plan de la gestion pastorale de l'aumônerie, il me semble qu'une certaine stabilité de l'aumônier est nécessaire : il faut durer un peu dans sa garnison pour pouvoir être identifié comme l'aumônier de ce corps en particulier. J'ai souvent entendu les soldats être heureux de dire : « c'est notre aumônier ». On dit en français « faire parti des meubles ». Ainsi, avec sept ans de présence dans les Chasseurs Alpins (mountains troops), j'ai vu pratiquement tous les jeunes soldats arriver en formation, et les anciens ont presque l'impression que j'ai toujours été là.

Pendant la mission

Pendant la mission, et surtout dans le cas d'un ou plusieurs morts, dans l'armée française, comme dans d'autres armées, je pense, le commandement et les soldats se tournent naturellement vers l'aumônier. Personnellement, je m'attache à partager le plus possible la vie des soldats en mission ; en particulier, celle des combattants, puisqu'ils risquent leur vie dans les patrouilles, les opérations. J'essaye moi-même de les accompagner sur le terrain et régulièrement, je me suis trouvé en première ligne avec eux. Je ne le fais pas par pure bravade du danger, mais pour montrer que le Christ est présent là où nous nous trouvons. J'ai remarqué en lisant des témoignages de différentes guerres, que les aumôniers français avaient toujours recherché cette prise de risque pour s'unir à leurs soldats. Fondamentalement, c'est, je crois, le sens ecclésial de la communion des saints et la communion avec Dieu. Après tout, le Christ n'est-il pas l'Emmanuel, « Dieu avec nous » ? De même, notre Seigneur, appelle ses Apôtres à partager sa vie, à vivre avec lui et quand il les envoie en mission deux par deux, c'est pour demeurer là où ils seront accueillis afin que le message de l'Évangile s'enracine profondément dans le quotidien des gens. Nous ne sommes pas du monde, mais nous sommes bien dans le monde.

Ensuite, ce partage d'expérience permet de se comprendre sans avoir besoin des mots : « Nous avons vécu les mêmes peurs, les mêmes moments intenses d'excitation, les mêmes joies de revenir vivant d'une opération. »

Les soldats vivent des expériences qu'ils ne peuvent pas toujours partager avec leur entourage familial ou leurs amis restés au pays.

En mission, nous sommes les uns sur les autres : nous nous voyons vivre et nous ne pouvons pas facilement dissimuler. On s'observe. L'aumônier doit donc montrer qu'il est une personne de prière. Qu'il porte une dimension surnaturelle, qu'il n'est pas là juste pour une parole humaine, fusse-t-elle de réconfort. Je fais bien attention par exemple que la chapelle, s'il y en a une, soit un lieu agréable, priant, disponible à toute heure, mais aussi, plutôt que de dire mon bréviaire par exemple dans ma chambre, le dire le plus possible dans la chapelle. Voir l'aumônier prier rend crédible le rôle spirituel et la promesse que l'on fait parfois au soldat de prier pour lui.

J'ai toujours pu dire ma messe par exemple, même quand nous passions plusieurs jours sur le terrain. Les soldats m'ont vu souvent installer mon autel de campagne sur un muret, sur une table disponible ou un rebord de fenêtre d'une maison en ruine pour dire la messe. Ils m'ont vu aussi prier mon chapelet pendant les heures d'une patrouille à pied ou encore dire mon bréviaire lors d'une pause. Ils doivent sentir qu'ils sont au cœur de la prière de leur aumônier.

Avoir les compétences requises en opération, signifie aussi être prêt en cas de coup dur. Avoir, c'est évident ce que je dis, le matériel prêt et adapté à la mission. Avoir sur soi, par exemple, l'huile des malades avec le rituel. Je n'ai jamais pris le Saint-Sacrement sur moi, mais je crois que je le ferai lors de mon prochain déploiement en Afghanistan pour les opérations de grandes envergures.

En cas de coup dur, l'aumônier français prend en charge l'aspect religieux des cérémonies en lien avec le commandement et les camarades du soldat. En France, contrairement aux Américains par exemple, il n'y a pas d'intervention de l'aumônier pendant la prise d'armes par laquelle nous rendons les honneurs au défunt, mais j'ai toujours vu la prise en compte, parallèlement à l'aspect militaire, de la dimension spirituelle : veillée du corps avec prières (qui parfois sont œcuméniques), messe ou célébration pour le défunt. En général, il y a une demande des soldats et une forte participation à l'hommage religieux. La même chose se déroule en France avec le retour du corps : Office religieux et cérémonie militaire se succèdent pratiquement dans tous les cas.

Certains camarades aumôniers ont eu aussi à participer à des tâches moins spirituelles, mais en lien avec la mort d'un soldat. Par exemple, un de nos aumôniers était présent en Côte d'Ivoire en 2004 quand une dizaine de soldats français ont été tués lors d'un bombardement aérien. Les vivants se sont immédiatement occupés des blessés, très vite les journalistes sont arrivés et alors à la fois pour préserver la dignité des morts et aussi pour éviter la curiosité et des photos désastreuses pour les familles, l'aumônier s'est mis à rassembler les corps dans une chapelle ardente et à trouver des draps pour les couvrir. Un autre camarade a participé à ramasser les restes humains de plusieurs soldats américains morts par l'explosion de leur véhicule en Afghanistan. Ce n'est pas une tâche facile, elle laisse des traces, mais c'est une manière de montrer qu'on est là dans les moments particulièrement éprouvants.

Après la mort d'un soldat

Après la mort d'un soldat, la vie et la mission continuent. On n'oublie pas, mais le quotidien peut rapidement prendre le dessus. Comme chrétiens, nous savons que la vie ici-bas n'est pas une fin en soi. Nous portons cette espérance de la vie éternelle. Le message chrétien est porteur de sens pour cette vie, il nous aide à affronter le mystère du Mal et de la mort, à vaincre notre peur de la souffrance. Les jeunes Français d'aujourd'hui sont souvent désemparés devant le mystère de la mort. Dans une société de consommation qui recherche en priorité le plaisir immédiat dans l'accumulation des biens matériels et qui les confond avec le bonheur, il n'est pas anormal qu'ils ressentent comme une grande injustice la mort d'un de leurs camarades. L'habitude dans une société démocratique de tout questionner, de ne pas se contenter de la parole de l'autorité, fait que les soldats se posent toujours la question de la vérité de leur engagement dans des pays tel que l'Afghanistan. En conséquence, quand tout va bien la plupart des soldats sont heureux d'être en mission, mais dès que cela va mal certains se questionnent sur l'utilité de la mission et sur la valeur de l'engagement.

Ainsi, l'aumônier peut être celui qui, sans avoir à prendre part au débat politique ou même militaire, peut éclairer la dimension de l'engagement, de la vie donnée, de la valeur de nos actes et de leur conséquence sur la vie au-delà de la mort. Surtout, finalement, nous témoignons de notre foi dans la continuation de la vie malgré la séparation corporelle.

En éclairant de sa foi le sens de la vie et de la mort, l'aumônier participe au devoir de mémoire du soldat décédé. Ce devoir de mémoire permet aux autres soldats de donner du sens à la mort de leur camarade et, au-delà, du sens à la mission. Nous pouvons faire cela par l'écoute auprès de ceux qui ont été les acteurs ou les témoins de l'action et qui ont besoin de s'exprimer. Les Armées françaises commencent seulement à vraiment s'intéresser à l'aspect psychologique d'un engagement dans un contexte de guerre. Ce n'est pas que nous n'ayons pas de psychiatres ou de psychologues ou encore d'assistantes sociales, mais nous les avons en France et pas sur le terrain ou alors très ponctuellement. De toute façon, pour l'instant, il y a généralement une méfiance vis à vis du soutien psychologique. Il existe une peur de passer pour fou ou faible aux yeux de ses camarades et de ses chefs. L'aumônier est souvent une des seules personnes qui peut jouer quotidiennement ce rôle en opération extérieure.

La rencontre avec les familles, quand elles le souhaitent, soit par l'aumônier qui est en base arrière, soit par l'aumônier de retour de mission permet aussi de témoigner de la vie en mission et d'aider les familles dans leur deuil. Les familles veulent comprendre très souvent. Les soldats ont besoin d'exprimer aussi par des gestes concrets la perte de l'un des leurs : ils veulent souvent donner le nom du soldat à un bâtiment représentatif dans leur quartier ou bien faire figurer son nom sur le monument aux morts du régiment par exemple. Ceci n'est pas directement du rôle de l'aumônier, mais je crois qu'il peut encourager les soldats à faire quelque chose. De même, dans la liturgie le nom du camarade mort continue souvent pendant de nombreux jours, voire de nombreuses semaines à alimenter la prière commune de l'assemblée. Aux dates anniversaires, des soldats sont parfois venus me voir pour qu'on ait un moment de prière en mémoire du disparu.

Conclusion

Je vous ai livré quelques réflexions qui viennent de mon expérience des missions extérieures sur des aspects de la gestion par l'aumônier militaire de la mort d'un soldat en opération. Les mêmes réflexions sont pour moi valables et applicables lors de la mort d'un soldat à l'entraînement en France. Dans les troupes de montagnes auxquelles j'appartiens, cela arrive malheureusement chaque année ou presque. Je ne prétends pas avoir la juste réponse et la bonne méthode pastorale. Chaque aumônier avec son expérience et sa personnalité peut développer des façons de faire

différentes dans les détails et l'organisation. Mais, je crois qu'il y a des constantes :

- Les bonnes relations avec les uns et les autres, ce qui signifie pour nous des relations justes : savoir se placer comme quelqu'un qui est à la fois proche par l'existence commune qu'il mène avec ses soldats, mais aussi quelqu'un de fondamentalement différent par le message qu'il porte. À ceux qui me demandent s'il n'y a pas de contradiction entre ma vie de prêtre et mon appartenance à l'institution militaire, je réponds souvent que même le soldat a une âme.
- Être compétent dans son travail parce que c'est cela qu'on attend de tout soldat : qu'il fasse son travail, son devoir ; et donc l'aumônier doit faire de même.
- Être disponible.
- Semer la Parole du Christ dans les moments de tempête, car c'est pour cela que nous sommes envoyés en mission par l'Eglise.
- Prier parce que c'est avant tout Dieu qui est le maître de nos vies.

Giuseppe CHIZZALI

Pastorale und theologische Aspekte bei einem Todesfall eines Soldaten im Einsatz

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten ist das italienische Heer mehrmals in verschiedene Friedenseinsätze im Ausland eingesetzt worden, zum Beispiel in den 90er Jahren in Somalia, 1993 bis 1994 in Mosambik, 1997 bis heute in Albanien, weiters im Kosovo, in Bosnien, im Irak, in Afghanistan und im Libanon. In all diesen Missionen hat es Gefallene gegeben. Einen besonderen Eindruck hinterlassen hat der Terroranschlag vom 12. November 2003 in Nasiriyah mit 17 toten Soldaten und 2 Zivilisten. Ein anderer großer Anschlag auf die italienischen Truppen erfolgte am 17. September 2009 in Kabul mit sechs toten Fallschirmspringern.
In all den Einsätzen der Streitkräfte begleiten die Militärkapläne ihre Soldaten. Wo es möglich ist, gehen die Militärkapläne mit der eigenen Einheit mit.

Die Aufgaben des Militärseelsorgers vor dem Einsatz

Die Soldaten bereiten sich strategisch und physisch auf die Mission vor. In dieser Zeit hat auch der Militärpfarrer die Möglichkeit, sie spirituell und ethisch vorzubereiten. Es besteht vor allem die Aufgabe, den Sinn der Mission unter theologischen, ethischen und christlichen Aspekten zu erläutern.

Der Einsatz wird vor allem zur Erhaltung des Friedens, für die Wiederherstellung des Friedens durchgeführt. Der Staat will für die vom Krieg verfolgte Bevölkerung seinen Beitrag dazu leisten, dass Ordnung und Freiheit wiederhergestellt werden.

Im Katechismus der katholischen Kirche heißt es (Nr. 2304):
„Damit das Menschenleben geachtet wird und sich entfalten kann, muss Friede sein. Friede besteht nicht einfach darin, dass kein Krieg ist; er lässt sich nicht bloß durch das Gleichgewicht der feindlichen Kräfte sichern. Friede auf Erden herrscht nur dann, wenn die persönlichen Güter gesichert sind, die Menschen frei miteinander verkehren können, die Würde der Person und der Völker geachtet und Brüderlichkeiten unter den Menschen gepflegt wird. Der Friede besteht in der ‚Ruhe der Ordnung' (so der heilige Augustinus). Er ist das Werk der Gerechtigkeit und die Wirkung der Liebe."

Und in Nr. 2306 steht:
„Wer auf gewaltsame und blutige Handlungen verzichtet und zur Wahrung und Verteidigung der Menschenrechte Mittel einsetzt, die auch den Schwächsten zur Verfügung stehen, legt Zeugnis ab für die Liebe des Evangeliums, sofern dabei nicht die Rechte und Pflichten der anderen Menschen und der Gesellschaft verletzt werden. Er bezeugt zu Recht, welch schwerwiegende physische und moralische Gefahren der Einsatz gewaltsamer Mittel mit sich bringt, der immer Zerstörung und Tote hinterlässt."

In Nr. 2308 heißt es:
„Jeder Bürger und jeder Regierende ist verpflichtet, sich für die Vermeidung von Kriegen tätig einzusetzen."
Daraufhin folgt ein Zitat aus der Konzilskonstitution Gaudium et Spes 79,4:
„Solange allerdings die Gefahr vom Krieg besteht und solange es noch keine zuständige internationale Autorität gibt, die mit entsprechenden Mitteln ausgestattet ist, kann man, wenn alle Möglichkeiten einer friedlichen Regelung erschöpft sind, einer Regierung das Recht auf sittlich erlaubte Verteidigung nicht absprechen."

Zu Beginn des Einsatzes wird den Soldaten ein kleines Evangelium oder Gebetsbuch mitgegeben.

Die Aufgaben des Militärseelsorgers während des Einsatzes

Es ist sehr wichtig, dass ein Militärpfarrer den Soldaten bzw. Polizisten an den Einsatzort folgt, anwesend ist und dort mit den Soldaten das persönliche Gespräch pflegt. Es ist nicht notwendig, dass große theologische Gespräche geführt werden. Vielmehr ist es wichtig, Anwesenheit zu zeigen und für die Soldaten zur Verfügung zu stehen. Während der Freizeit können zum

Beispiel die Soldaten auf die Sakramente vorbereitet werden. Mit den Soldaten können Güter an die Bevölkerung ausgeteilt werden; dadurch entsteht Kontakt. Die Soldaten helfen sehr gerne, wo sie nur können. Wichtig ist auch der Kontakt mit den Geistlichen und Klöstern vor Ort.

Im Todesfall eines Soldaten

Kommt es **im Einsatzgebiet** zu einem Todesfall, ist es wichtig, den Kameraden des Toten im Gespräch beistehen. Oft treten bei den Soldaten Schuldgefühle auf, so zum Beispiel: „Ich hätte meinen Kameraden besser beschützen können oder müssen." Hier gilt es, die Soldaten von diesem Schuldbewusstsein abzubringen.
Zudem haben die Seelsorger die Aufgabe, noch einmal auf den Sinn und Zweck des Einsatzes hinzuweisen, indem beispielsweise die Worte der Bergpredigt zitiert werden: „Wohl denen die Frieden stiften, denn sie werden Söhne Gottes genannt werden" oder „Wohl denen die hungern und dürsten nach der Gerechtigkeit, denn sie werden satt werden". Das Wort Gottes über die Auferstehung kann die tragischen Momente begleiten.
Zu den weiteren Aufgaben gehört es, mit den Soldaten einen Gottesdienst zu feiern und für den Verstorbenen zu beten. Außerdem gilt es, den Toten oder die Toten auf dem Rückflug in die Heimat zu begleiten.

Bei der Ankunft am Flugplatz **in der Heimat** oder wo auch immer werden die Gefallenen mit Militärehrungen empfangen und die Toten vom Militärbischof oder seinem Stellvertreter gesegnet. Der oder die Toten werden dann zum Aufbahrungsort begleitet. Während die Toten aufgebahrt sind, ist es wichtig, so weit wie möglich anwesend zu sein und vorzubeten. Bei der Totenfeier soll das Gebet der jeweiligen Einheit von einem Soldaten derselben Einheit vorgelesen werden.
Wenn es mehrere Tote zu betrauern gibt, möge jeweils ein Kaplan die Verstorbenen in ihre Heimatdörfer begleiten und dort dann beim Begräbnis anwesend sein. Bei dieser Gelegenheit sollten auch die Verwandten aufgesucht werden.
Im Laufe der darauffolgenden Tage möge in der Kaserne, wo der Soldat Dienst leistete, ein Gottesdienst mit jenen Soldaten gefeiert werden, die nicht an der öffentlichen Todesfeier teilnehmen konnten.
Die Todesfeier darf nicht der letzte Akt für den Verstorbenen und für die Verwandten sein; immer wieder sollen die Verwandte besucht werden, und der Jahrestag des Todes soll mit einem Gottesdienst für den oder die Gefallenen begangen werden.

Jedes Jahr um Allerheiligen wird auch auf den Militärfriedhöfen oder – wenn ein solcher nicht vorhanden ist – an einer Gedenkstätte für die Gefallenen eine Gedenkfeier begangen, beispielsweise in Form eines so genannten Friedensmarsches.

Auslandseinsatz als Dienst am Frieden

Ich möchte meinen Beitrag mit einem Brief des italienischen Militärbischofs Vincenzo Pelvi vom 19. August 2009 an die Soldaten in Afghanistan abschließen. Darin muntert er sie auf und unterstreicht die Wichtigkeit des Einsatzes, indem er schreibt:

„Du bist in Afghanistan, um den Frieden zu schützen und jenen Mut zu machen, die in Frieden leben wollen, und um die Lebensbedingungen der Menschen zu verbessern, auch bei der Wahl des Parlamentes. Du bist vor allem dort, um dich, deine Familie, dein Land und die Menschheit zu verteidigen.
Die Mission in Afghanistan, wie auch jene in den anderen Einsatzgebieten, dient dem Frieden, damit die Stabilität und die Entwicklung wachsen können, auch um uns und den ganzen Westen vor der Gefahr des Terrorismus zu schützen.
Der Friede, die Demokratie und die Einheit zwischen den Völkern sind fundamentale Werte für die Menschheit und für die Kultur.“

Und weiter schreibt Militärbischof Pelvi:

„Wenn wir erkennen, dass wir eine einzige menschliche Familie sind, können wir nichts anderes tun als jenen zu helfen, die in Not sind, damit jedes Menschenleben geschützt wird und die Würde eines jeden Menschen und des ganzen Menschen erhalten bleibt.“

Bericht von der Enquete des Instituts für Religion und Frieden 2009

Am 28. und 29. Oktober 2009 fand in der Landesverteidigungsakademie in Wien die traditionelle Enquete des Instituts für Religion und Frieden statt. Militärbischöfe und leitende Vertreter der katholischen Militärseelsorge aus insgesamt elf Ländern waren auf Einladung von Bischofsvikar Werner Freistetter nach Wien gekommen, um sich mit dem Thema „Nie allein gelassen. Verwundung – Trauma – Tod im Einsatz" auseinanderzusetzen. Diese Thematik betrifft die europäischen Streitkräfte in einem zunehmenden Ausmaß, da im Zuge der Auslandseinsätze wie zum Beispiel im Irak oder in Afghanistan immer mehr Verwundete, Traumatisierte und auch Tote zu beklagen sind. Nicht nur für viele Armeen, sondern auch für die Militärseelsorge stellt diese Entwicklung eine enorme Herausforderung dar.

Im Beisein hochrangiger Offiziere des Österreichischen Bundesheeres, darunter Brigadier Rene Segur-Cabanac, berichteten Militärseelsorger und VertreterInnen verschiedenster Fachrichtungen von ihren Erfahrungen und ihren Expertisen zu Verwundung, Trauma und Tod im militärischen Einsatz.

Zunächst standen die unterschiedlichen Verletzungsarten, hervorgerufen durch Geschoße und verschiedene Minenarten, im Mittelpunkt der Ausführungen von Majorarzt Klaus Wolff, der in der chirurgischen Abteilung des Heeresspitals in Wien tätig ist. Anhand anschaulicher und zum Teil erschütternder Bilder legte er dar, dass die heutigen Geschoße enorme Verletzungen mit sich brächten. Sollten Gliedmaßen betroffen sein, bleibe oftmals nur mehr die Amputation. Minen wiederum würden je nach Art sehr unterschiedliche Verletzungen hervorrufen: Panzerminen sorgten meist für den Tod eines Fahrzeuginsassen, während die zweite Person große Überlebenschancen habe. Antipersonenminen würden meist die Amputation von ein bis zwei Gliedmaßen nach sich ziehen. Besonders tückisch seien heute aber

Clusterbombs, die bei ihrer Explosion in alle Richtungen ausstrahlten und verschiedene, insgesamt oft tödliche Verletzungen verursachten.

Mit dem Problemfeld Triage, d. h. der Prioritätensetzung bei der Bewältigung eines Massenanfalls an Verwundungen, setzte sich Peter Kaiser, zum damaligen Zeitpunkt stellvertretender Bundesrettungskommandant und Leiter der psychosozialen Dienste des Österreichischen Roten Kreuzes, auseinander. Die Triage sei ein hoch standardisierter Prozess, der dem Wirtschaftlichkeitsprinzip entspreche: Es werde versucht, mit möglichst geringen Mitteln ein bestimmtes Ziel und gleichzeitig mit den gegebenen Mitteln möglichst großen Nutzen zu erreichen. Die Triage berge zwar eine gewisse Problematik in sich, da manche Entscheidungen zum Tod der Betroffenen führen können, um andere zu retten; dennoch gebe es keine Alternative. In Österreich würden laut Kaiser bei Sanitätshilfestellen zumindest drei Triageentscheidungen getroffen, und zwar hinsichtlich der Priorität der Bergung, der Behandlung und des Transports.

Siegmund Linder, Psychologe am Rehabilitationszentrum „Weißer Hof" der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) bei Klosterneuburg, ging der Frage nach, wie Verwundete und Verstümmelte mit ihrem Schicksal umgehen. Er wies darauf hin, dass schwere sichtbare Verletzungen, Verbrennungen und Verstümmelungen eine Krise im Leben eines Menschen auslösen, die das Selbstkonzept grundsätzlich in Frage stelle. Hinzukomme, dass die PatientInnen den Unfall bzw. das Kriegserlebnis selbst erst verarbeiten müssen und oft enorme Schmerzen haben. Die Verarbeitung dieser massiven Attacken auf die Identität erfolge in verschiedenen Phasen: Der Flucht („Die Diagnose ist falsch") folgen zunächst Aggression oder Depression, danach der Kampf, dann eine Phase des Trauerns, weiters die Zustimmung und schließlich die Integration des neuen Zustandes in das Selbstbild. Damit diese Verarbeitung, also die Bewältigung von schweren Verwundungen und Verstümmelungen, gelingen könne, brauchten die Betroffenen Stabilisierung auf körperlicher, emotional-sozialer sowie kognitiver Ebene. Die psychotherapeutische und psychologische Betreuung könne einen entscheidenden Beitrag zur Bewältigung leisten. Ganz wichtig für die Betroffenen seien jedoch stabile, sichere und liebevolle Beziehungen.

Der Psychologe und Psychotherapeut Oswald J. Klingler berichtete vom Aufbau eines Kompetenzzentrums für Stressmanagement und Psychotraumatologie beim Österreichischen Bundesheer. Ziel dieser Einrichtung ist es, allen Bundesheerangehörigen psychologische und psychotherapeutische Behandlung zukommen zu lassen, die im Rahmen ihres Dienstes durch

besondere Belastungen psychische Folgeschäden erlitten haben. In Zeiten geringer Auslastung steht sie auch Angehörigen anderer Institutionen offen. Klingler, der das Kompetenzzentrum selbst leitet, ortet ein zunehmendes Interesse in Öffentlichkeit und Forschung an den psychischen Folgen von Einsatzbelastungen, insbesondere an der Posttraumatischen Belastungsstörung. Das hänge mit der Einsicht zusammen, dass diese Störungen Einsatzbereitschaft und Verwendbarkeit mindestens in ebenso großem Ausmaß beeinträchtigen wie körperliche Störungen.

Elisabeth Schneider, Psychologin und Referentin des psychologischen Dienstes der Sicherheitsakademie des Bundesministeriums für Inneres, sprach in ihrem Vortrag einen oftmals nur am Rande wahrgenommenen Bereich an, nämlich die Notwendigkeit der Hilfe für traumatisierte Einsatzkräfte. Nicht selten erleben Helfer für sie traumatische Ereignisse, wenn sie mit tatsächlichem oder drohendem Tod bzw. ernsthaften Verletzungen der eigenen Person oder anderer Personen konfrontiert sind und hierbei ihrer eigenen intensiven Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen begegnen müssen. Übliche Schutzmechanismen, wie das Berufsbild, Rationalisierungen, aber auch schwarzer Humor, versagen oftmals, wenn zum Beispiel Kinder, aber auch Kollegen unter den Betroffenen sind oder wenn die eigene Handlungsfähigkeit stark beeinträchtigt war. Während des traumatischen Ereignisses kommt es zumeist zu Dissoziationen, später zu Wiedererleben, Vermeidungsstrategien und auch zu Angst- und Erregungszuständen. Die Einsatzbegleitung versucht nun mit Vorinformationen wie Schulungen, der eigentlichen Begleitung während des Einsatzes, aber auch der Nachbetreuung die belastenden Situationen für die Helfer verarbeitbar zu halten.

Erich Hitz, Notfallseelsorger und Militärpfarrer an der Militärpfarre 1 beim Militärkommando Niederösterreich, sprach über das Verhältnis von Glaube und Trauma. Die Bewältigung schwerer Traumatisierungen hat nicht nur körperliche und psychische, sondern auch eine geistig-spirituelle Dimension. Religion kann deshalb bei der Begleitung traumatisierter Menschen eine wertvolle Hilfe sein: indem sie Solidarität betont gegenüber einem individualistischen Leistungsdenken, indem sie Vertrauen aufbauen hilft, einen liebevollen Umgang mit sich und anderen fördern kann, Bilder heilender Liebe entdecken lässt und auch im Leiden Sinndimensionen des Lebens über Gesundheit, Wohlstand, Karriere usw. hinaus eröffnet. Dabei bleibt aber die Frage nach dem Sinn des Leidens auch in christlicher Perspektive letztlich ungelöst. Nur die Erfahrung von Solidarität, von menschlicher Nähe und dadurch von Gottes Nähe kann helfen, schwere Traumatisierungen vertrauensvoll zu ertragen.

Der Psychoanalytiker Erich Lehner von der Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik der Universität Klagenfurt skizzierte die gravierenden Veränderungen im Umgang mit Tod und Sterben im Verlauf der letzten Jahrzehnte. Sterben dauert jetzt länger und ist zugleich seltener: Die häufigsten Todesursachen sind nicht mehr Krieg, Seuchen, Hunger oder Infektionskrankheiten, sondern chronische Erkrankungen. Sterben wurde zu einer Angelegenheit vor allem der Alten und betrifft in erster Linie die Kleinfamilie. Es wird zunehmend instrumentalisiert, professionalisiert, ökonomisiert und individuell gestaltbar. Wie die Gesellschaft mit diesen Veränderungen und den damit verbundenen ethischen Herausforderungen umgehen soll, ist vielfach noch völlig offen, so Lehner.

Michael Mikas, Leiter der Fliegerpsychologischen Ambulanz des Heeresspitals in Wien, sprach über die psychologischen Aspekte des Überbringens von Todesnachrichten. Er betonte, dass das praktische Vorgehen in so einer schwierigen Situation neben der eigenen Erfahrung auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse geleitet sein soll. Anhand eines von ihm selbst betreuten Falles stellte er einige wesentliche Regeln dar: Besonders wichtig sei, dass der Betreuer nach der Überbringung der Nachricht beim Angehörigen bleibt, dabei aber nicht bagatellisiert oder falsche Hoffnungen macht, sondern diese schwierigste Phase zusammen mit den Angehörigen durchsteht. Hierbei muss der Betreuer sowohl die oft auftretenden Aggressionen und folgend Depressionen der Angehörigen aushalten. Gerade der Einsatz von Beruhigungsmitteln sollte hier mit viel Bedacht überlegt werden und, falls notwendig, sollten nur Mittel verabreicht werden, die die kognitive Verarbeitung des Geschehenen behindern. Mikas wies aber auch darauf hin, dass der Betreuer selbst Betroffener ist. Vor allem in den späteren Phasen, wenn der Trauerprozess in der Familie selbst weitergeht und er weniger gebraucht wird, stellt sich für ihn oft das Gefühl ein, gar nicht geholfen zu haben.

Von seinen pastoralen Erfahrungen im Einsatz insbesondere bei Extremsituationen berichtete der französische Seelsorger Benoist Galvan, der einem Bataillon Gebirgsjägern zugeordnet ist. Aus seiner Sicht ist es für einen Militärgeistlichen unerlässlich, eine gute und vertrauensvolle Beziehung zur Einheit und zum jeweiligen Kommandanten herzustellen. Während des Einsatzes sei es wichtig, das Leben und soweit möglich das Risiko der ihm anvertrauten Soldaten zu teilen, gleichzeitig aber als gläubiger und betender Soldat wahrnehmbar zu sein. Im Todesfall eines Soldaten sei es bedeutsam, angemessene (religiöse) Riten wie die Totenwache zu vollziehen. Nach solchen tragischen Ereignissen gelte es, die Erinnerung an den verstorbenen

Kameraden zu bewahren sowie der Truppe beizustehen, sie zu begleiten und wenn nötig zu trösten.

Guiseppe Chizzali, Militärseelsorger aus Italien, berichtete von den Erfahrungen mit den ihm anvertrauten Carabinieri unter anderem in Afghanistan. In der Einsatzvorbereitung haben die Militärseelsorger die Möglichkeit, die Soldaten auch spirituell und ethisch auf die zu erwartenden Situationen vorzubereiten. Während des Einsatzes selbst sei es nicht notwendig, große theologische Gespräche zu führen, sondern anwesend zu sein und für Soldaten, die das persönliche Gespräch suchen, als Ansprechpartner verfügbar zu sein. Besonders gefordert sei der Militärseelsorger beispielsweise, wenn Soldaten das Gefühl haben, dass sie einen Kameraden besser beschützen hätten können oder müssen. Chizzali verwies besonders auf einen Brief des italienischen Militärbischofs Vincenzo Pelvi vom August 2009 an die italienischen Soldaten. Darin heißt es: „Wenn wir erkennen, dass wir eine einzige menschliche Familie sind, können wir nichts anders tun als jenen zu helfen, die in Not sind, damit jedes Menschenleben geschützt wird und die Würde eines jeden Menschen und des ganzen Menschen erhalten bleibt."

Autorenverzeichnis

Mons. Giuseppe CHIZZALI, Leitender Seelsorger für die Carabinieri in Trentino-Südtirol

Benoist GALVAN, Seelsorger bei einem Bataillon der Chasseurs Alpins (Gebirgsjäger) der französischen Armee

Militärdekan Mag. Erich HITZ, Militärpfarrer in St. Pölten und ausgebildeter Notfallseelsorger

DI Peter KAISER, derzeit Landesgeschäftsführer des Roten Kreuzes Niederösterreich

Dr. Oswald KLINGLER, Psychologe und Psychotherapeut sowie Leiter des Kompetenzzentrums für Stressmanagement und Psychotraumatologie beim Österreichischen Bundesheer

Dr. Manfred KRAMPL, Psychologe und Referent des psychologischen Dienstes der Sicherheitsakademie des Bundesministeriums für Inneres, Innsbruck

Oberst Mag. Christian LANGER, Leiter des Heerespsychologischen Dienstes im Österreichischen Bundesheer

Dr. Erich LEHNER, Psychoanalytiker und Mitarbeiter der Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik der Fakultät-IFF der Universität Klagenfurt

Dr. Siegmund LINDER, Psychologe am Rehabilitationszentrum „Weißer Hof“ der AUVA bei Klosterneuburg

Mag. Michael MIKAS, Notfallpsychologe sowie Leiter der Fliegerpsychologischen Ambulanz des Heeresspitals in Wien

Elisabeth SCHNEIDER, Psychologin und Referentin des psychologischen Dienstes der Sicherheitsakademie des Bundesministeriums für Inneres

Majorarzt Dr. Klaus WOLFF, Chirurg im Heeresspital Wien und im Zuge zahlreicher internationaler Einsätze

Publikationen des Instituts für Religion und Frieden:

Ethica. Jahrbuch des Instituts für Religion und Frieden

2009: Säkularisierung in Europa – Herausforderungen für die Militärseelsorge
2008: Der Soldat der Zukunft – Ein Kämpfer ohne Seele?
2007: Herausforderungen der Militärseelsorge in Europa
2006: 50 Jahre Seelsorge im Österreichischen Bundesheer. Rückblick – Standort – Perspektiven
2005: Familie und Nation – Tradition und Religion. Was bestimmt heute die moralische Identität des Soldaten?
2004: Sicherheit und Friede als europäische Herausforderung. Der Beitrag christlicher Soldaten im Licht von „Pacem in Terris“
2003: Das ethische Profil des Soldatenvor der Herausforderung einer Kultur des Friedens. Erfahrungen der Militärordinariate Mittel- und Osteuropas
2002: Internationale Einsätze
2000: Solidargemeinschaft Menschheit und humanitäre Intervention – Sicherheits- und Verteidigungspolitik als friedensstiftendes Anliegen

Ethica. Themen

Petrus Bsteh/ Werner Freistetter/ Astrid Ingruber (Hg.): Die Vielfalt der Religionen im Nahen und Mittleren Osten. Dialogkultur und Konfliktpotential an den Ursprüngen (2010)
Gerhard Marchl (Hg.): Die EU auf dem Weg zur Militärmacht? (2010)
Gerhard Dabringer (Hg.): Ethical and Legal Aspects of Unmanned Systems. Interviews (2010)
Werner Freistetter, Christian Wagnsonner: Friede und Militär aus christlicher Sicht I (2010)
Stefan Gugerel, Christian Wagnsonner (Hg.): Astronomie und Gott? (2010)
Werner Freistetter, Christian Wagnsonner (Hg.): Raketen – Weltraum – Ethik (2010)
Werner Freistetter, Bastian Ringo Petrowski, Christian Wagnsonner: Religionen und militärische Einsätze I (2009)

Broschüren und Behelfe

Gerhard Dabringer: Militärroboter. Einführung und ethische Fragestellungen
Christian Wagnsonner: Religion und Gewalt. Ausgewählte Beispiele
Joanne Siegenthaler: Einführung in das humanitäre Völkerrecht. Recht im Krieg
Informationsblätter zu Militär, Religion, Ethik (dt, eng, frz)
Informationsblätter zu Franz Jägerstätter (dt, eng, frz)
Informationsblätter zum Humanitären Völkerrecht (dt, eng, frz)

ISBN: 978-3-902761-07-1