

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katrin Kunert, Paul Schäfer (Köln),
Frank Spieth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

– Drucksache 16/3731 –

Posttraumatische Belastungsstörungen von Soldatinnen und Soldaten (Nachfrage zu Bundestagsdrucksache 16/2587)

– Drucksache 16/3731 –

Vorbemerkung der Fragesteller

Aus den Antworten der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 16/2587 ergeben sich weitere Fragen zum Umgang des Bundesministeriums der Verteidigung mit der Erkennung und Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) von Soldatinnen und Soldaten.

1. Wie genau ist die Versorgung von Soldatinnen und Soldaten mit posttraumatischen Belastungsstörungen in Deutschland organisiert?

Soldatinnen und Soldaten mit PTBS wenden sich zunächst an den für sie zuständigen Truppenarzt, der sie dann in einer Fachärztlichen Untersuchungsstelle eines Bundeswehrkrankenhauses ambulant vorstellt oder unmittelbar stationär einweist. Die Behandlung erfolgt entweder ambulant oder stationär in den Bundeswehreinrichtungen bzw. ambulant bei niedergelassenen Psychotherapeuten oder stationär in psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen zivilen Kliniken.

2. An welchen Standorten werden die PTBS-Betroffenen behandelt?

Die stationäre Behandlung von PTBS-Betroffenen wird mit Schwerpunkt im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg durchgeführt, darüber hinaus existieren Behandlungskapazitäten im Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz sowie in den Bundeswehrkrankenhäusern Berlin und Ulm.

3. Nach welchen Kriterien werden die Soldatinnen und Soldaten zur Betreuung auf entsprechende Standorte verteilt?

Die Verteilung der Patienten erfolgt unter Berücksichtigung der Behandlungsindikationen und der persönlichen Wünsche der Soldaten. Länger dauernde stationäre Therapien werden jedoch derzeit überwiegend im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg durchgeführt.

4. Welchen Stand hat die Implementierung des „Psychosozialen Netzwerkes“ auf Standortebene erreicht, und welche weiteren Maßnahmen sind in welchem Zeitraum geplant?

Ausgangspunkt der Überlegungen zu den Psychosozialen Netzwerken war die Erkenntnis, dass manche Soldatinnen und Soldaten, die an den Folgen eines Psychotraumas leiden, in den institutionellen Strukturen der Hilfe und Versorgung (i. d. R. „Komm-Angebote“) u. a. wegen Furcht vor Stigmatisierung nur schwer zu erreichen sind. Daher sollen die Hilfs- und Unterstützungsangebote so glaubwürdig und niederschwellig wie möglich angeboten werden und mit einem Netz der Hilfe möglichst viele Betroffene und deren Angehörige erreichen und in verstärkter Kooperation des qualifizierten Fachpersonals die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher psychosozialer Maßnahmen verbessern. Dies kann insbesondere gelingen, wenn der Sanitätsdienst mit dem Sozialdienst, dem Psychologischen Dienst und der Militärseelsorge vor Ort Soldatinnen und Soldaten im Sinne eines Netzwerkes zur Unterstützung der Soldatinnen und Soldaten und der Vorgesetzten zusammenarbeitet. Das Netzwerk vereint die verschiedenen Fachkompetenzen am Standort vor Ort und reflektiert damit die lokalen Bedingungen, Einflüsse und Bedürfnisse und verbessert durch die verstärkte Kooperation die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher psychosozialer Maßnahmen. Für die Zusammenarbeit im Psychosozialen Netzwerk sind inzwischen Leitlinien entwickelt und in den verschiedenen Fachgebieten verteilt worden. Die Netzwerke bilden sich derzeit flächendeckend an den Standorten und nehmen die Arbeit auf.

5. Welches Personal steht derzeit an den jeweiligen Standorten für die Behandlung der von posttraumatischen Belastungsstörungen Betroffenen zur Verfügung (bitte aufgeschlüsselt nach Standort und Qualifikation des Personals)?

Die derzeit gültige STAN (Stärke- und Ausrüstungsnachweisung = Organisationsgrundlage) sieht an den Bundeswehrkrankenhäusern Hamburg, Berlin und Ulm in den Abteilungen Neurologie und Psychiatrie jeweils insgesamt sechs Fachärzte, am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz sieben Fachärzte, sowie je zwei (zivile) klinische Psychologen an den Bundeswehrkrankenhäusern Hamburg und Berlin und drei (zivile) klinische Psychologen am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz und dem Bundeswehrkrankenhaus Ulm vor.

6. Ist eine zeitnahe Aufstockung speziell dafür ausgebildeter Psychologen vorgesehen?

Trotz einer Reduzierung des Streitkräfteumfangs von 340 000 auf zukünftig 252 500 Soldaten und der Auflösung von drei der acht Bundeswehrkrankenhäuser erfolgt eine Fortschreibung des derzeitigen Gesamtumfangs von 14 klinischen Psychologen. Zusätzlich wird im Bereich Sanitätsführungskommando und im Kommando Schnelle Eingreifkräfte Sanitätsdienst je ein Dienstposten Psychologe für truppenpsychologische Aufgaben eingerichtet werden.

7. In welchem Umfang plant die Bundeswehr den Ausbau des bisherigen Schwerpunktes am Bundeswehrkrankenhaus in Hamburg?

Im Zuge der Transformation der Bundeswehrkrankenhäuser wird mit Einnahme der neuen STAN ab 2007 u. a. organisatorisch die Fächertrennung der bisher gemeinsamen Abteilungen Neurologie und Psychiatrie in zwei getrennte Abteilungen Neurologie einerseits und Psychiatrie und Psychotherapie andererseits vollzogen. Am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg sieht die derzeit gültige (alte) STAN insgesamt sechs Fachärzte in der gesamten Abteilung Neurologie und Psychiatrie sowie zwei (zivile) klinische Psychologen vor. In der neuen STAN werden in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie sechs Fachärzte Psychiater und insgesamt vier klinische Psychologen (drei zivile und ein militärischer Dienstposten) ausgebracht sein.

8. Wie viele Patienten betreut ein Therapeut der Bundeswehr?

Hat sich dieses Verhältnis Patient – Therapeut in den letzten 10 Jahren verändert?

Die Zahl der Patienten, die ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut in den Bundeswehrkrankenhäusern betreut, richtet sich fallbezogen nach den Anforderungen. Es hat sich in den letzten zehn Jahren insofern eine Veränderung ergeben, als bis zum Beginn der Auslandseinsätze in den Bundeswehrkrankenhäusern überwiegend gutachterliche bzw. diagnostische Aufgaben, z. B. im Rahmen von Tauglichkeitsbeurteilungen, wahrzunehmen waren und seit Beginn der Auslandseinsätze vermehrt auch therapeutische Fragestellungen anfallen.

9. Werden die Betroffenen auch von Ärzten außerhalb der Bundeswehr versorgt?

Wenn ja, in welchen Fällen?

Es erfolgt auch eine Versorgung durch Ärzte außerhalb der Bundeswehr. Dies kann aus Kapazitätsgründen der Fall sein oder wenn die Entfernung zwischen Heimat- und Behandlungsort unzumutbar groß ist. Außerdem kommt es vor, dass Soldaten selbst die Behandlung außerhalb der Bundeswehr wünschen, weil sie wegen der Art ihrer Traumatisierung krankheitsbedingte Schwierigkeiten haben, sich von Sanitätsoffizieren (Arzt) behandeln zu lassen.

10. Wie erfolgt die Zusammenarbeit mit zivilen Ärzten?

Die Zusammenarbeit mit zivilen Ärzten erfolgt formal auf dem Überweisungsweg. Inhaltlich bestehen seit Jahren Kontakte zwischen den Bundeswehrkrankenhäusern und niedergelassenen zivilen Therapeuten und psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Kliniken. Im Bedarfsfall werden zivile Kliniken über spezifische militärische Besonderheiten, die für die Therapie von Soldatinnen und Soldaten von Bedeutung sein könnten, informiert.

11. Wie hoch sind die jährlichen Kosten der Bundeswehr für die Versorgung von Soldatinnen und Soldaten mit posttraumatischen Belastungsstörungen?

Die Kosten für die Behandlung von aktiven Soldatinnen und Soldaten werden im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung abgedeckt. Eine statistische Aufschlüsselung der anfallenden Kosten für PTBS wird nicht vorgenommen.

Aktive und ehemalige Soldatinnen und Soldaten erhalten bei einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung Versorgungsleistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz. Eine spezielle Erfassung der Versorgungsleistungen, die aufgrund einer PTBS gewährt werden, erfolgt nicht.

12. Geht das Bundesministerium der Verteidigung von einer steigenden Zahl von Fällen posttraumatischer Belastungsstörungen aus?

Existieren hierzu Prognosen, wie sich die Zahl der Betroffenen in den nächsten Jahren entwickeln wird (wenn ja, bitte die Zahlen benennen)?

Die zukünftige Entwicklung der Zahl von Fällen posttraumatischer Belastungsstörungen hängt von einer Reihe von Faktoren ab. Art, Umfang und Qualität der Einsätze der Bundeswehr spielen eine Rolle, ebenso z. B. die Erfolge von Präventions-, aber auch Aufklärungsmaßnahmen mit dem (erhofften) Ergebnis, dass sich mehr Betroffene in Betreuung bzw. Behandlung begeben. Daher sind seriöse Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Fallzahlen nicht möglich.

13. Gibt es Überlegungen, ein nationales militärisches Zentrum zur Erforschung posttraumatischer Belastungsstörungen einzurichten?

Nein.

14. Gibt es Studien oder Erkenntnisse über die Dunkelziffer der von posttraumatischen Belastungsstörungen Betroffenen, die sich nicht zur medizinischen Betreuung melden?

Nein.

15. Wenn nein, hat die Bundesregierung die Absicht eine Studie zu diesem Problemfeld in Auftrag zu geben?

Dies wird derzeit geprüft.

16. Wenn ja, welche Einsatzgebiete sollen im Rahmen solcher Studien berücksichtigt werden?

Auf die Antwort zur Frage 15 wird verwiesen.

17. Wie viele Fälle posttraumatischer Belastungsstörungen wurden bislang bei Soldatinnen und Soldaten im laufenden Jahr 2006 registriert?

Soldatinnen und Soldaten, die wegen PTBS in Bundeswehrkrankenhäusern untersucht und/oder behandelt worden sind, werden in einer halbjährlich aktua-

lisierten Statistik erfasst. Demnach wurden im 1. Halbjahr 2006 insgesamt 44 Soldatinnen und Soldaten wegen einer PTBS untersucht und/oder behandelt.

18. Wie viele ehemalige Soldatinnen und Soldaten, die an Einsätzen teilgenommen haben, haben aufgrund der Anschreiben der Bundeswehr nach Ende der Wehrübung das Betreuungsangebot der Bundeswehr wahrgenommen?

Von insgesamt 9 500 (aktuell erfassbarer Stand: Juli 2006) persönlich angeschriebenen ehemaligen Soldatinnen und Soldaten haben sich ca. 15 an die vorgesehenen Ansprechstellen gewandt.

19. Wie viele der wegen posttraumatischer Belastungsstörungen behandelten Soldatinnen und Soldaten wurden seit 2001 anschließend befördert?

Eine derartige Statistik wird nicht erhoben. Die Beförderung von Soldatinnen und Soldaten richtet sich nach dem Grundsatz „Eignung, Leistung und Befähigung“. Wenn bestehende gesundheitliche Einschränkungen oder deren Folgen diesem Grundsatz nicht entgegenstehen, können Soldatinnen und Soldaten befördert werden.

20. Wird im Rahmen von Einsatzvorbereitungen – z. B. bei psychologischen Ausbildungs- und Trainingsmaßnahmen – dafür geschultes medizinisches Fachpersonal hinzugezogen?

Dem Fachkonzept „Medizinisch-Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr“ entsprechend, ist die einsatzvorbereitende Ausbildung der Angehörigen der Streitkräfte vielschichtig und wird auch durch unterschiedliche Ebenen wahrgenommen. Eine wesentliche Rolle dabei spielen die Truppenärzte, die Truppenpsychologen und die Militärgeistlichen. Fachlich geschultes Hilfspersonal (Peer) wird außerdem in die Ausbildung einbezogen. Fachärzte aus dem Bereich der Neurologie/Psychiatrie werden in der Multiplikatoren-Ausbildung eingesetzt. Das Personal, das die einsatzvorbereitende Ausbildung durchführt, ist entweder durch seine grundsätzliche Ausbildung befähigt, zum Thema „posttraumatische Belastungsstörungen“ vorzutragen oder wird mit Lehrgängen darauf gezielt vorbereitet (z. B. im Rahmen des Einweisungslehrgangs für Sanitätsoffiziere und des Lehrgangs „Stressbewältigung“ an der Sanitätsakademie der Bundeswehr oder der Vorbereitungslehrgänge am Zentrum Innere Führung in Koblenz). Bereits in der Ausbildung zum „Helfer im Sanitätsdienst“, die streitkräfteweit im Rahmen der Allgemeinen Grundausbildung durchlaufen wird, unterrichten die Truppenärzte das Thema „Stress“. Durch den Generalinspekteur der Bundeswehr wurde das Konzept zur „Einsatzvorbereitenden Ausbildung zur Konfliktverhütung und Krisenbewältigung“ streitkräftegemeinsam vorgegeben. In den Bausteinen Basisausbildung, Aufbauausbildung, Führerausbildung und Zusatzausbildung sind jeweils unterschiedliche Anteile durch besonders geschultes Fachpersonal vorgesehen. Darüber hinaus werden für bestimmtes Schlüsselpersonal im Einsatzverband weitergehende Seminare/Fortbildungen an der Führungsakademie der Bundeswehr in Hamburg oder dem Zentrum Innere Führung in Koblenz angeboten. Diese Maßnahmen werden unter Beteiligung von Ärzten und Truppenpsychologen durchgeführt.

21. Wenn ja, wie viel medizinisch geschultes Fachpersonal begleitet eine Soldatin bzw. einen Soldaten während der genannten Einsatzvorbereitungen?

Eine generelle Aussage zur Zahl des die Einsatzvorbereitung begleitenden Fachpersonals lässt sich nicht treffen. Sie liegt in der Verantwortung der Dienststelle, die die Einsatzvorbereitung durchführt. Lediglich die Einbindung des Truppenarztes ist im Rahmen der streitkräfteweit harmonisierten Ausbildung obligatorisch. Ihm kommt die zentrale Bedeutung bei der Vermittlung von Kenntnissen zur Stresserkennung und -bewältigung zu. Die darüber hinausgehende Beteiligung weiterer Experten wird empfohlen. Nach hiesiger Einschätzung werden die Peers in vielen Ausbildungsstätten einbezogen. Die Truppenpsychologinnen/Truppenpsychologen stehen grundsätzlich allen Soldatinnen und Soldaten auch während der einsatzvorbereitenden Ausbildung bei speziellen Fragen und/oder Problemen zur Verfügung. Eine konkrete personenbezogene Begleitung von Soldatinnen und Soldaten ist während der Einsatzvorbereitung nicht vorgesehen. Diese findet regelmäßig erst im Rahmen der einsatznachbereitenden Seminare statt.

22. Was heißt konkret in der Antwort der Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 16/2587 in der Antwort auf Frage 9 „Die Maßnahmen konzentrieren sich vor dem Einsatz auf eine möglichst realitätsnahe Ausbildung“?

Die einsatzvorbereitende Ausbildung für Konfliktverhütung und Krisenbewältigung wird als Führer- und Truppenausbildung in Einheiten und Ausbildungseinrichtungen der Teilstreitkräfte/militärischen Organisationsbereiche durchgeführt. Darüber hinaus findet Führeraus- und -weiterbildung am Zentrum Innere Führung oder, in Abstimmung mit dem Zentrum Innere Führung, an einer Einrichtung der Teilstreitkräfte/militärischen Organisationsbereiche mit den Themenschwerpunkten „Menschenführung unter Belastung“, „Umgang mit Verwundung, Verletzung und Tod“, „Entführung, Geiselnahme und Gefangenschaft“ sowie „Interkulturelle Handlungskompetenz“ statt. Alle Maßnahmen der einsatzbezogenen Ausbildung fußen dabei ebenso wie die Maßnahmen der Betreuung und Fürsorge auf einem präventiven Ansatz. Die an der Einsatzrealität orientierte Ausbildung (z. B. Deeskalation bei Unruhen) ist essentieller Teil dieser präventiven Maßnahmen, da sie die Soldatinnen und Soldaten in die Lage versetzt, in (kritischen) Einsatzsituationen angemessen zu reagieren.

