

Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

Sektion Medizinische Psychologie
Leiter: Prof. Dr. Harald C. Traue

Die Auslandseinsätze von Sanitätsoffizieren:
Belastungsmomente und deren Verarbeitung
aus Sicht der Betroffenen.
Katalogisierung, Kategorisierung und Copinganalyse
auf Basis einer qualitativen Befragung von
Ärzten des Bundeswehrkrankenhauses Ulm.

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.

vorgelegt von:

Thurid Schmid geb. Frank
Ostfildern
2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Harald C. Traue

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Franziska Lamott

Tag der Promotion: 9. Juni 2011

Meinen Kameraden

INHALTSVERZEICHNIS

Inhalt	Seite
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	
1 EINLEITUNG	1
1.1 Die Entwicklung zur Einsatzarmee	1
1.2 Stand der Forschung	2
1.3 Fragestellung	9
2 MATERIAL UND METHODEN	10
2.1 Testinterviews	10
2.2 Studienteilnehmer	11
2.3 Erhebungsmethode	12
2.4 Auswertungsmethode	13
2.5 Gütekriterien	22
3 ERGEBNISSE	28
3.1 Vom Kode zur Kodefamilie: Skizzierte Belastungen	29
3.2 Von der Kodefamilie zur Hauptkategorie: zentrale Aussagen	42
3.3 Die Ergebnisse im Detail	44
3.3.1 Sozialhygiene	44
3.3.2 Operationalisierung	68
3.3.3 Chancen	105
3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	125
4 DISKUSSION	127
4.1 Ergebnisse	127
4.2 Die Personalentwicklung in der Sanität	147
4.3 Das Konzept der Inneren Führung	148

4.4	Methodische Limitierung	150
5	ZUSAMMENFASSUNG	151
6	LITERATURVERZEICHNIS	153
	ANHANG	157
Anhang A:	Identität der Interviewpartner	158
Anhang B:	Leitfaden	161
Anhang C:	Kodeliste mit Häufigkeiten	168
Anhang D:	Familienhäufigkeiten	192
Anhang E:	Tabellenverzeichnis	195
Anhang F:	Abbildungsverzeichnis	197

In der folgenden Ausarbeitung wird bei Personen und Gruppen aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form angeführt. Soweit aus dem Kontext nichts anderes hervorgeht, ist immer auch die weibliche Form impliziert.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
AN	Anästhesie
ATALANTA	Anti-Piraterie-Mission vor der Küste Somalias
ATLAS.ti	Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache - Textinterpretation. In dieser Studie verwendetes Programm zur computerunterstützten qualitativen Forschung
AUG	Augenheilkunde
Ausb.	Ausbildung
AVZ	Auslandsverwendungszuschlag
BAT	Beweglicher Arzt Trupp; militärische Einheit der Bundeswehr zur notfallmedizinischen Erstversorgung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
Bw	Bundeswehr
Ch	Chirurgie
Derma	Dermatologie
EUFOR	European Union Force (Bosnien-Herzegowina; seit 2.12.2004 unter Kommando der EU)
EUFOR	European Union Force RD Congo (Juni – November 2006)
FA	Facharzt
FLAZ	Feldlazarett
HilfsOrg	Hilfsorganisation
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
i.d.R.	in der Regel
i.e.	irgendein(e/r)
IFOR	Implementation Force (Kroatien, NATO-Mandat 05.12.1995 - 20.12.1996, Ablösung von SFOR)
IN	Innere Medizin
INTERFET	International Force East-Timor (September 1999 – Februar 2000)
Internat.	international

IP	Interviewpartner
ISAF	International Security Assistance Force (Einsatz in Afghanistan, Beginn 22.12.2001)
Kap.	Kapitel
KFOR	Kosovo-Force (NATO-Mandat, Beteiligung der Bundeswehr seit 12.6.1999)
LAB	Laboratoriumsmedizin
LTB	Landtransportbegleitung
med.	medizinisch
NCh	Neurochirurgie
NuP	Neurologie und Psychiatrie
OEF	Operation Enduring Freedom
Ortho	Orthopädie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PRT	Provincial Reconstruction Team
RAD	Radiologie
SanOffz	Sanitätsoffizier
SaZ	Soldat auf Zeit
SFOR	Stabilisation Force (Bosnien-Herzegowina, vormals IFOR, NATO-Mandat 20.12.1996 – 02.12.2004, Ablösung von EUFOR)
Tab.	Tabelle
UNIFIL	United Nations Interim Force in Lebanon (Beginn 1978)
UNOMIG	United Nations Observer Mission in Georgia (August 1993 – Juni 2009)
UNOSOM	United Nations Operation in Somalia (April 1992 – März 1995)
UNTAC	United Nations Transitional Authority in Cambodia (Mai 1992 – November 1993)
Uro	Urologie
ZQ	Zusatzqualifikationen

1 **Einleitung**

„Ärzteflucht bei der Bundeswehr“ (Robbe 2009) - mit dem Jahresbericht des Wehrbeauftragten Reinhold Robbe wurde 2008 ein Phänomen präsent, dessen Hintergründe sich schon zwei Jahre zuvor im Rahmen dieser Studie ankündigten: die Identifikationsschwierigkeiten von Sanitätsoffizieren mit ihrer Funktion als integraler Bestandteil einer Einsatzarmee.

1.1 **Die Entwicklung zur Einsatzarmee**

Nach dem Zerfall der bipolaren Weltordnung und dem Aufkommen regionaler, interethnischer und asymmetrischer Konflikte hat sich ein Paradigmenwechsel in der Aufgabenstellung und damit verbunden im Selbstverständnis der Bundeswehr vollzogen: von einer reinen Verteidigungs- hin zu einer Interventionsarmee. Mit der grundlegenden strukturellen Neuorientierung und der verfassungsrechtlichen Legitimierung von Auslandseinsätzen auch in Friedenszeiten im Jahr 1994 (Wölflé 2005) waren damit die Voraussetzungen geschaffen für die inzwischen zahlreichen Missionen außerhalb des Territoriums der Bundesrepublik.

Waren vor der Wende humanitäre Hilfeleistungen in Katastrophengebieten die einzige, unter den Soldaten beliebte sowie sozial honorierte Form extraterritorialer Aktionen, so änderte sich mit der Distanz nicht nur die Frequenz, sondern auch die Qualität der Einsätze: Durch seine Funktion als Notfallversorger wird der Sanitätsbereich zum unverzichtbaren Bestandteil militärischer Aktionen. In der öffentlichen Diskussion wird ein Zwiespalt zwischen dem kurativen Auftrag des Arztes und der zwar mittelbaren, aber aktiven Unterstützung von Kampfhandlungen zunehmend thematisiert, den auch die Betroffenen nicht verdrängen können.

„In welchen Zwängen steckt eine Medizin, die Leben rettet und Leiden lindert und die zugleich zu einem maßgeblichen Bestandteil des militärischen Apparates geworden ist? Die dafür sorgt, dass die Kämpfer nach erfolgreicher Operation wieder in den Krieg ziehen können?“ (Rischke 2009)

Die Auseinandersetzung des Sanitätsoffiziers mit den Kontradiktoren „idealtypisches Berufsethos“ und „Funktionsträger innerhalb einer Einsatzarmee“ wird verschärft und überlagert von bundeswehrintern induzierten Belastungen – insbesondere die als unzureichend empfundene Fürsorge und Honorierung. Dies in Verbindung mit lukrativen Alternativen außerhalb der Bundeswehr erklärt das von Robbe thematisierte Problem der Ärzteabwanderung aus der Bundeswehr. Da die Diskrepanz zwischen der kurativen Intention des Arztes und der im Kampfeinsatz auch gegenteiligen des Soldaten bereits im Rahmen des Assessments für den Sanitätsoffiziers*anwärter* thematisiert wird, stellt sich die Frage, inwiefern Inhalte und Verfahren dieser Aufklärung den veränderten Anforderungen an Sanitätsoffiziere gerecht werden.

1.2 Stand der Forschung

1.2.1 Belastungen und Reaktionen der Soldaten allgemein

Für diese neuen Herausforderungen und die daraus resultierenden Belastungen für *alle* Soldaten fehlte der Bundeswehr zu Beginn der „neuen multilateralen Sicherheitsarchitektur“ (Kinkel 1994) jede Erfahrung. Eine erste Reaktion auf diese Lücken war die Entlehnung der Erkenntnisse anderer Nationen, v. a. der des angloamerikanischen Raumes in Interventionen fernab humanitärer Hilfe. Dieses Konzept konnte das Vakuum an Wissen, welche psychischen Herausforderungen auf die zukünftige deutsche Einsatzarmee zukommen würden, teilweise füllen. Zwischen dem 09.11.1989 und 11.09.2001 – zwei Daten, die dringend Antwort auf das künftige sicherheitspolitische Denken und Handeln verlangten - waren zahlreiche Untersuchungen im Entstehen. Beispielhaft sei hier die Studie von Hoge et al. aus dem Jahr 2004 angeführt, nach der jeder achte aus dem Irak heimkehrende US-Soldat unter gravierenden psychischen Problemen sowie jeder dritte aus Afghanistan und dem Irak zurückkehrende unter Depressionen, Angstzuständen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung – der Extremform einer psychischen Belastungsreaktion – leidet.

In der Folge wurden emotionale, biologische, situative, intra- sowie interpersonale Belastungsfaktoren und die psychischen Konsequenzen von Auslandseinsätzen erstmals Gegenstand aktueller nationaler Forschung. War bereits 1997 für Weisaeth evident, dass deutsche Soldaten nach UN-Einsätzen bis zu 45 % allgemeine psychische Auswirkungen und bis zu 8 % einsatzbedingte Belastungsstörungen aufwiesen, konnte mit wachsender Einsatzerfahrung in den folgenden Jahren ein allgemeines Risiko für psychische Traumatisierung ermittelt werden, dass sich auf bis zu 16 % belaufen kann (Bering et al. 2003b; Rizo et al. 2005).

Voraussetzung für eine psychische Reaktion stellt ein subjektiv als traumatisierend empfundenes Ereignis dar, dessen Häufigkeit in einer 2006 anhand einer Stichprobe von über 1400 KFOR- und SFOR-Soldaten in Kriseneinsätzen auf dem Balkan durchgeführten Studie 22 % betrug (Bering 2006).

Betrachtet man das gleichfalls hohe Risiko, von einem solchen Ereignis betroffen zu sein *und* traumatisiert zu werden, überrascht der 2007 von Hauffa et al. erhobene Prozentsatz von 19,5 % von 118 ISAF-Bundeswehrsoldaten mit klinisch relevanter depressiver Symptomatik nach ihrem Afghanistaneinsatz nicht.

So kann der Wehrbeauftragte 2008 bei der Zahl der traumatisiert aus einem Auslandseinsatz zurückgekehrten Soldaten einen Anstieg „[...] von 83 im Jahre 2006 über 149 in 2007 bis auf 245 im Berichtsjahr, das heißt um das Dreifache [...]“ (Jahresbericht des Wehrbeauftragten 2008, S. 46) berichten und Biesold 2008 über die stattliche Anzahl von 1500 Soldaten, die aufgrund verschiedener psychischer Beeinträchtigungen nach Auslandseinsätzen innerhalb der vergangenen zehn Jahre behandelt wurden; nach Gipfeln zu Beginn des Kosovo- und des Afghanistaneinsatzes besteht demnach nun ein steady state von 100 Fällen einer posttraumatischen Belastungsstörung pro Jahr – eine hohe Dunkelzifferrate aufgrund sozialer Unerwünschtheit wird unterstellt.

1.2.2 Belastungen und Reaktionen des Einsatzunterstützungspersonals

Seit dem 16. Mai 1993 sind deutsche Soldaten im internationalen Militäreinsatz (Flecher 2007). Das Resümee der wissenschaftlichen Diskussion zum Zeitpunkt des Beginns der vorliegenden Arbeit zeigt anschaulich, dass neben der Legitimationskrise der Bundeswehr auch die posttraumatischen Belastungsstörungen der Soldaten Thema der Forschung waren und es bis heute sind. Die Gruppe der Sanitätsoffiziere wurde explizit nur aus der Perspektive einer fachgerechten Diagnostik und Behandlung seelischer Störungen gesehen (Ortmeyer 2009), nicht als Objekt der Forschung. Da mit den spezifischen Anforderungen an eine Einsatzkraft auch deren Belastungen spezifisch sind, können die bisherigen Forschungsergebnisse nicht verallgemeinert und auf Sanitätsoffiziere angewendet werden. Daher scheint es angebracht, den „status quo“ der sanitätsdienstlichen Belastungssituation festzustellen.

Ein schwieriges Unterfangen; genießen Belastungsmomente deutscher Soldaten im allgemeinen erst im Zuge einer Exazerbation der Einsatzsituation im Laufe der letzten Jahre verstärktes öffentliches wie wissenschaftliches Interesse, blieb die psychische Traumatisierung von Sanitätsoffizieren – der Truppen begleitenden Ärzte – bisher weitgehend unerforscht. Dies stellt kein bundeswehrspezifisches Phänomen dar; die Arbeits- und Belastungssituation von Ärzten, die sich nach einer deutschen Studie (Kesebom 2007) aus der Kombination von ärztlichem Berufsethos und hoher Auslastung ergibt und zu persönlicher Vernachlässigung sowie einem hohen spezifischen Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung führt, stößt allgemein nur selten auf wissenschaftliches Interesse (Stern 1996).

Jerg-Bretzke et al. evaluierte im Jahr 2007 die Faktorenstruktur des Burnout anhand einer gemischten Stichprobe von Ärzten *und* Soldaten und stellte damit diese beiden Gruppen erstmalig einander gegenüber – eine für die vorliegende Arbeit interessante Konstellation, ermöglicht sie doch eine Differenzierung der beiden Berufsgruppen und damit sozialen Rollen, die der Sanitätsoffizier in persona repräsentiert. Das Risiko für das Auftreten eines Burnout korreliert demnach bei zivilen wie militärischen Kräften mit Alter, Rang und subjektiver Gesundheit; einer der

signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen ergibt sich interessanterweise aus den zwar höheren Werten der Ärzte auf der Skala der allgemeinen Depersonalisation, jedoch geringeren Abstumpfung im Patientenkontakt als die Gruppe der Soldaten im Umgang mit ihren Kameraden.

Die Literatur (Biesold 2009) verweist jedoch auch auf die spezifischen medizinethischen Konflikte, denen Ärzte bei der Bundeswehr im Auslandseinsatz ausgeliefert sind. Demnach bilden der Hippokratische Eid – das in Worte gefasste Berufsethos der internationalen Ärzteschaft – mit der Deklaration der Gleichheit aller Patienten und das Leitbild des Sanitätsdienstes der Bundeswehr mit dem zentralen Auftrag der medizinischen Versorgung von Soldaten konträre Pole, wenn im Einsatz einheimische mit militärischen Patienten um die begrenzte medizinische Versorgung konkurrieren. Dies lässt vermuten, dass die professionellen zusammen mit den einsatzspezifischen Belastungen den Anspruch an die emotionale Stabilität der Bundeswehrärzte potenzieren, dem vor allem junge Ärzte im Zwiespalt zwischen Anspruch und eigener erfahrungsmäßiger und kognitiver Ressource nicht gewachsen sind.

Eine Vorstellung von den für das Einsatz unterstützende Personal allgemein relevanten Stressoren liefert eine österreichische Untersuchung zu Belastungs- und Bewältigungsstrategien von Angehörigen des Österreichischen Roten Kreuzes während humanitären Hilfseinsätzen (Schönherr 2003), in der sich strukturelle, klimatische und persönliche Rahmenbedingungen, die Organisations- und Informationspolitik sowie die subjektiv empfundene Fürsorge als vorrangig herauskristallisierten. Diese Faktoren sind auch bei Sanitätsoffizieren vorstellbar, sehen sie sich doch neben der Überbeanspruchung im Inland und denselben mittelbaren Stressoren zusätzlich mit dem Auftrag der fachfremden Notfallversorgung sowie militärischer Anforderungen konfrontiert – in beiden Bereichen verfügen sie meist über wenig Routine.

1.2.3 Primäre und sekundäre Prävention

Im bundeswehrinternen Umgang mit Belastung durch Auslandseinsätze findet keine Differenzierung nach Aufgabengebieten statt. Zu einem einheitlichen Vor- und

Nachbereitungskonzept für alle Einsatzkräfte kann jedoch nach einer Untersuchung der Ludwig-Maximilians-Universität München zu Prävention im Einsatz von Feuerwehrkräften (Krüsmann et al. 2006) nicht geraten werden. Primäre Prävention sollte demnach zeitlich wie auch inhaltlich auf die Anforderungen des jeweiligen Aufgabengebietes eingehen, auch die Nachsorge sollte langfristig und nicht ereignisbezogen in die Nachbereitung integriert werden, da einmalige Gruppensitzungen derzeit keine signifikante Verbesserung der Situation psychisch Traumatisierter zeige und „...es [...] nach den vorliegenden Ergebnissen nicht Einsätze [sind], die nach objektivierbaren Kriterien als potentiell traumatisierend beschrieben und für eine Indikation von Nachsorge formuliert werden, die zum Auftreten Trauma bedingter Belastung beitragen, sondern Einsätze, die eher mit dem Auftreten negativer Kognitionen wie Schuldgefühle in Zusammenhang stehen.“ (Krüsmann et al. 2006, S. 27)

Die Betrachtung von Ressourcen, belastendem Ereignis und Tätigkeitsfeld des Betroffenen sind daher für dessen Einschleusung in eine adäquate Behandlung unabdingbar, ohne dass diese Faktoren verlässliche Kategorien zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit bilden; daher müsse in der Vorbereitung nach Risikopotential differenziert werden, die Nachbereitung jedoch flächendeckend für alle über einen längeren zeitlichen Verlauf in den Arbeitsalltag integriert werden. Eine Differenzierung je nach Phase des Auslandseinsatzes und damit nach Bedarf des Soldaten findet in der Bundeswehr offensichtlich statt; es werde zu verschiedenen Phasen eines Auslandseinsatzes – davor, währenddessen und danach – unterstützend eingegriffen (Biesold 2008).

Den allgemeinen Risikofaktoren für die Ausbildung psychischer Probleme wie Labilität des sozialen Backgrounds und der eigenen Persönlichkeit, mangelnde Identifikation mit dem Einsatzauftrag sowie fehlender Honorierung durch die Umwelt könne vor allem mit guter Vorbereitung durch Trainieren von Bewältigungsstrategien und Herausbilden von Schutzfaktoren begegnet werden (Biesold 2008). In diesen Rahmen habe man psychologische Schulungen der Soldaten in der Vorbereitung, ein Team von Psychiatern, Psychologen und psychologisch ausgebildeten Kameraden aus den eigenen Reihen - den so genannten *Peers* - während der Einsätze und mehrtägige Gruppenseminare zur Aufarbeitung der Einsatzerlebnisse im Anschluss integriert. Stark traumatisierte Rückkehrer werden in spezialisier-

ten bundeswehrinternen Einrichtungen oder psychosomatischen Rehabilitationskliniken mit zivilmilitärischer Kooperation aufgefangen, deren Programm individuell auf die Bedürfnisse ihrer Patienten abgestimmt wird (Schubmann u. Uechritz 2006). Auf die bereits erwähnten mittelbaren Einsatzstressoren vor allem familiärpersönlicher Natur wird mit Hilfestellungen von Seiten so genannter *Familienbetreuungszentren* eingegangen (Wendl 2006).

1.2.4 Methodische Ansätze

Die Untersuchung von Stress- und Belastungsmomenten bei Sanitätsoffizieren erschien schon im Rahmen der Verantwortung und Fürsorge unabdingbar. Den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildete jedoch die ausführliche Pilotstudie zur Belastung von Heeresfliegern durch Auslandseinsätze (Jerg-Bretzke u. Traue 2004). Mittels voll standardisierter Fragebögen wurden hierbei die Themenbereiche Burnout, Stress, emotionale Befindlichkeit, posttraumatische Belastung, Bewältigungsstrategien und Gesundheit zu verschiedenen Zeitpunkten des Auslandseinsatzes – davor, währenddessen und danach – erfragt. Diese Studie produzierte in den Kategorien Depression und posttraumatische Belastungsstörung unerwartet niedrige Werte; hohe Häufigkeitswerte bestimmter Belastungsvariablen wie z. B. „*unruhiger Schlaf*“ legten jedoch die Vermutung nahe, diese Ergebnisse könnten sozialer Erwünschtheit geschuldet sein.

Da dieser Störfaktor mit voll standardisierten Instrumentarien nie vollständig ausgeräumt werden kann, erschienen offene Gespräche, die tiefere Dimensionen als Fragebögen erfassen und zusätzlich ein Nachfragen erlauben, als viel versprechende Option. Die Gruppe der Sanitätsoffiziere im Zentrum des Forschungsinteresses bot sich zudem als differenziertes, soziale Zusammenhänge beobachtendes und vertrauensbildendes „Expertengremium“ an, auch Belastungen und Copingstrategien ihrer Kameraden, die sie im Einsatz begleiten und behandeln, zu erörtern. Der Anspruch an die Studie bestand daher in einer kombinierten Erfassung von Belastungs- sowie Kompensationsmechanismen von Sanitätsoffizieren und in bestimmten Themenbereichen auch von ihren Kameraden, indem die Ärzte ihre persönlichen Belastungen katalogisieren und zudem die Äußerungen anderer

Soldaten in o. g. Pilotstudie durch ihre persönlichen Beobachtungen evaluieren sollten. Da zudem die Möglichkeit einer Kombination von Sichtweisen verschiedener Professionen im Einsatz mit einer von Fachspezialisten festgelegten Relevanzverteilung genutzt werden sollte, konnte den Bundeswehrärzten mit ihrer schon beruflich bedingten Fähigkeit, eigene Gedanken präzise zu artikulieren, nur eine qualitative Methodik gerecht werden.

1.3 Fragestellung

Diese Studie soll anhand halbstandardisierter, leitfadengestützter Interviews Aufschluss über die grundlegenden Belastungen von Sanitätsoffizieren der deutschen Bundeswehr geben:

1. *Welche Persönlichkeitsstruktur kennzeichnet Sanitätsoffiziere und inwieweit beeinflusst diese die ursprüngliche Verpflichtungsmotivation und die Einstellung zur Einsatzarmee?*
2. *Welcher Art von Belastungen sind Sanitätsoffiziere ausgesetzt und von welchen Ressourcen profitieren sie?*
Welche Stressoren sind für ein Verlassen der Bundeswehr verantwortlich bzw. welche Ressourcen animieren zur Verlängerung?

Ziel soll eine basisnahe Katalogisierung von Belastungen und Ressourcen dieses Berufsfeldes sein, keine Verifizierung extern und im Vorhinein generierter Hypothesen. Die Ergebnisse sollen für Öffentlichkeit und Bundeswehr ein realistisches Bild der Beanspruchung von Sanitätsoffizieren zeichnen.

2 Material und Methoden

In der Konzeption eines Fragebogens, der die Belastungen von Sanitätsoffizieren durch Auslandseinsätze erschöpfend erfassen soll, ohne dass der Verfasser über eigene Einsatzerfahrung verfügt oder Literatur zu diesem Thema existiert, lag die eigentliche Herausforderung. Eine Katalogisierung von Belastungen über die Beschreibungen von Experten mit hohem Differenzierungs- und Artikulationsniveau schien damit am besten mit Hilfe eines halbstrukturierten, Leitfaden orientierten Interviews als Hypothesen generierendes Verfahren erreichbar.

Allerdings war damit ein nicht unbeachtlicher Aufwand verbunden, zum einen für den Interviewer, der die Gesprächspartner vermitteln, die Unterhaltungen aufzeichnen und zur Auswertung transkribieren muss, zum anderen für die Ärzte, deren Alltag selten eine Auszeit für ein Interview zulässt. Die Größe der Stichprobe wurde daher zunächst auf unter zehn festgesetzt, um in Form einer Einzelfallstudie wenige Sanitätsoffiziere als „Prototypen“ ihrer Berufsgruppe zu ausgeführten Eckpunkten detailliert zu befragen. Die qualitative Befragung kleiner Stichproben hatte sich schon in Studien aus zumindest ähnlichem Themenkreis wie in bereits erwähnter Untersuchung zu Belastungen und Bewältigungsstrategien von zivilen Einsatzkräften im Auslandseinsatz (Schönherr 2003) bewährt, um vorab bestehende Interessensaspekte mit unerwarteten in Form eines Leitfadens als halboffenes Gesprächsinstrument kombiniert zu erfragen. Die Relevanz der Themen – auch der des vorab bestehenden Leitfadens – wird hier während der Einzelbefragung und im Verlauf von den Interviewpartnern festgelegt, nicht wie im Fall von geschlossenen Erhebungsmethoden vom Forscherkreis.

Im Folgenden wird dieses Vorgehen detailliert beschrieben.

2.1 Testinterviews

Ein erster Leitfadenentwurf entstand durch systematische Auflistung und Verknüpfung von potentiellen Belastungsursachen, ohne dass deren Vollständigkeit und Relevanz aus den o. g. Gründen bekannt war. Zur Validierung wurden deshalb zunächst zwei Testinterviews durchgeführt. In den jeweiligen Abschlussgesprächen gaben die Interviewpartner keine unbesprochenen und für sie erwähnens-

werten Themengebiete und Problembereiche an, wodurch der Leitfaden in seiner Fassung bestätigt wurde; er ist in Anhang B zu finden.

2.2 Studienteilnehmer

Als ideale Stichprobe für die Untersuchung der Belastungsmomente von Sanitäts-offizieren stellten sich die Angehörigen eines Bundeswehrkrankenhauses dar, da in diesen die höchste Ärztedichte innerhalb eines militärischen Verbundes vorliegt und damit alle potentiellen Interviewpartner unter ähnlichen Rahmenbedingungen arbeiten; aus Erwägungen wie Größe des Hauses und logistischer Handhabbarkeit der Durchführung bot sich das Bundeswehrkrankenhaus Ulm an. Als Stichprobe kamen prinzipiell alle zu dieser Zeit dort tätigen Ärzte in Betracht; Einschlusskriterien waren die Verpflichtung bei der Bundeswehr, die Approbation als Humanmediziner und das Vorweisen von mindestens einem Einsatz, mögliche Ausschlusskriterien die persönliche Bekanntschaft mit dem Interviewer, um der Gefahr sozial erwünschter Antworten vorzubeugen, oder die Verweigerung eines potentiellen Kandidaten. Die Freiwilligkeit einer Interviewteilnahme war unabdingbar, da die Studie die Probanden aufgrund des Forschungsgegenstandes in einen Konflikt mit dem Dienstherrn bringen konnte; zudem herrschte Misstrauen, dass die Führung öffentliche Kritik an der Bundeswehr durch eigene Leute sanktionieren könnte. Diese Konstellation machte eine freiwillige Teilnahme unter strikter Wahrung der Anonymität ebenso unabdingbar wie eine statistische Stichprobenauswahl unmöglich. So folgte die Bekanntmachung der Studie über den Dienstweg von der Genehmigung durch das Bundesverteidigungsministerium und die militärische Krankenhausleitung über die einzelnen Abteilungsleiter, bis sie im Rahmen der ärztlichen Abteilungsbesprechungen an den potentielle Teilnehmerpool – die Sanitätsoffiziere - herangeführt wurde; in diesem Zuge fanden nur dann Terminvereinbarungen für Interviews statt, wenn Ärzte von sich aus darum baten, ansonsten wurden diese aus Gründen der Anonymität telefonisch kontaktiert. Der Befragungsort konnte von den Teilnehmern frei gewählt werden, in allen Fällen wurde jedoch aus logistischen Erwägungen das Bundeswehrkrankenhaus präferiert (Lamnek 2005). Somit rekrutieren sich alle Interviewpartner aus der Gruppe der Sanitätsoffiziere aller humanmedizinischen Abteilungen, die im Interviewzeit-

raum 11/06 – 04/07 im Bundeswehrkrankenhaus anzutreffen waren, Einsatzerfahrung vorweisen konnten und bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Nach der Vorstellung der Studie in allen relevanten Fachabteilungen meldeten sich immer mehr Ärzte des Bundeswehrkrankenhauses Ulm freiwillig zur Teilnahme, und so wurde das ursprüngliche Konzept der geringen Fallzahl auf eine für qualitative Untersuchungen beträchtliche von 52 Sanitätsoffizieren erweitert.

Qualitätseinbußen durch die Ausweitung der Studie konnten durch intensive Ausschöpfung des riesigen Datenmaterials verhindert werden; die Möglichkeit der gegenseitigen Kontrolle von Einzelaussagen, des Vergleichs von Belastungen und einer Priorisierung erwies sich vielmehr als vorteilhaft gegenüber der ursprünglich begrenzten Teilnehmerzahl.

In Anhang A sind die statistischen Merkmale der Teilnehmer aufgelistet.

2.3 Erhebungsmethode

Die bisher vorliegenden Untersuchungen zu dem komplexen Sachverhalt der Belastungen der Soldaten im Auslandseinsatz sind überwiegend quantitativer Natur auf Basis geschlossener Fragestellungen und standardisierter Antwortmöglichkeiten. Dieses methodische Vorgehen hat den Vorteil, mit fallbezogen relativ geringem Aufwand für Befragung und Auswertung quantitativ gewichtete Problemfelder und Ursachenhinweise zu erhalten. Dieser Vorteil ist mit zwei wesentlichen Nachteilen verknüpft: Zum einen muss eine ausreichend große Anzahl an Interviewpartnern vorhanden sein, um statistisch signifikante Ergebnisse zu erhalten, zum anderen lässt die geschlossene Fragestellung und standardisierte Antwortführung wenig Freiräume für Hinweise auf bisher im Fragekatalog noch unbedachte Problemfelder und –ursachen (Lamnek 2005). Damit war ein solches Konzept für unsere Studie insbesondere aufgrund der dürftigen ex-ante-Informationenlage nicht geeignet. Daher war der qualitativen Methodik der Vorzug zu geben, die dem Interviewten als Experte gegenüber dem Interviewer den Stellenwert einräumt, der zu einer solchen Ersterfassung benötigt wird. Das halbstandardisierte, Leitfaden orientierte qualitative Interview ermöglichte es, in einem persönlichen Gespräch mit den Betroffenen von diesen selbst Hypothesen generieren zu lassen. Daher wurde auch auf eine vollstandardisierte Interviewform verzichtet, ohne dabei der

Gefahr der Strukturlosigkeit zu unterliegen, wie dies bei nicht standardisierten Verfahren wie dem narrativen Interview drohen würde (Lamnek 2005).

Die Einzelgespräche gliederten sich in zwei Teile, die fließend ineinander übergingen: zunächst wurden die Interviewpartner in einem für die gewählte Interviewmethode relativ standardisierten Teil nach Personalien und relevanten Fakten wie zum Beispiel der Einsatzzahl, den Einsatzorten o. ä. befragt (Teil A und B, s. Anhang B); diese Phase ermöglichte es den beiden Gesprächspartnern, miteinander „warm“ zu werden, bevor im darauf folgenden Teil die Gesprächsasymmetrie in Richtung des Interviewten verschoben wurde (Teil B bis H, s. Anhang B). In einer zwanglosen Unterhaltung wurden die Teilnehmer dazu angehalten, Faktoren der Einsatzbelastung Preis zu geben; dabei fungierten die einzelnen Leitfadenspunkte lediglich Struktur gebend als Stichworte, zu denen sich konnotativ auf verschiedenste Weise geäußert werden konnte. Diese Individualität und auch die Tatsache, dass ein solcher Leitfaden einem Entwicklungsprozess durch Forscher und Studienteilnehmer unterliegt, der bei einer Erhebungszeitspanne von einem halben Jahr nicht zu umgehen und auch erwünscht ist, verlieh jedem Interview einzigartigen Charakter. Die einzelnen Gespräche dauerten zwischen 20 Minuten und zweieinhalb Stunden und wurden auf Tonträger aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Die Interviews einschließlich der Folgeschritte wurden ausschließlich von der Verfasserin dieser Dissertation durchgeführt. In der Auswertungsphase wurden einzelne Durchführungsschritte und Ergebnisse einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeitsüberprüfung in einer qualitativ geschulten Studiengruppe unterzogen.

2.4 Auswertungsmethode

2.4.1 Analysephasen: Einführung

Eine weitere logistisch/technische Herausforderung der Studie lag darin, sich im Materialumfang von - in transkribierter Form - 1209 A4-Seiten Übersicht zu verschaffen, um überhaupt eine Auswertung möglich zu machen. Hierzu eignete sich die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring mit dem „Ziel [...], das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben,

durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch *Abbild des Grundmaterials* ist“ (Mayring 2007). Die schrittweise Abstraktion der zunächst sehr textnahen Einheiten verlief nach einem bestimmten vorab festgelegten Schema (Abb. 1). Dieses Regel geleitete Vorgehen dient zudem Validitätszwecken in der qualitativen Analyse (s. Kapitel 2.5.2).

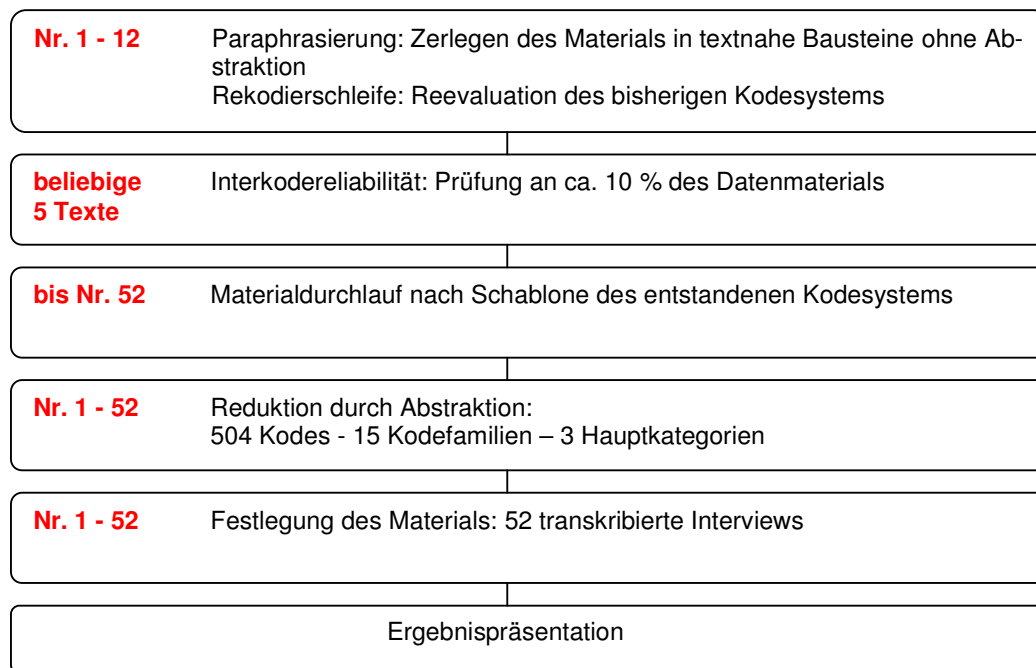


Abb. 1: Auswertungsschema in Anlehnung an die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Ziel dieses Ablaufmodells ist die Entwicklung eines Kategoriensystems, das auf einzelne Analyseeinheiten baut und die es vor Beginn der Analyse festzulegen gilt. In dieser Studie stellt der Kode die kleinste Einheit und den ersten Analyseschritt dar. Mayring beschreibt seine Analyseeinheiten als Bausteine der Kategorie: „Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Testteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann. Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann. Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.“ (Mayring 2003, S. 53) Der hier verwandte abstrakte Begriff der Kategorie wurde innerhalb dieser Studie wie folgt in vier verschiedene Ebenen unterteilt (Abb. 2).

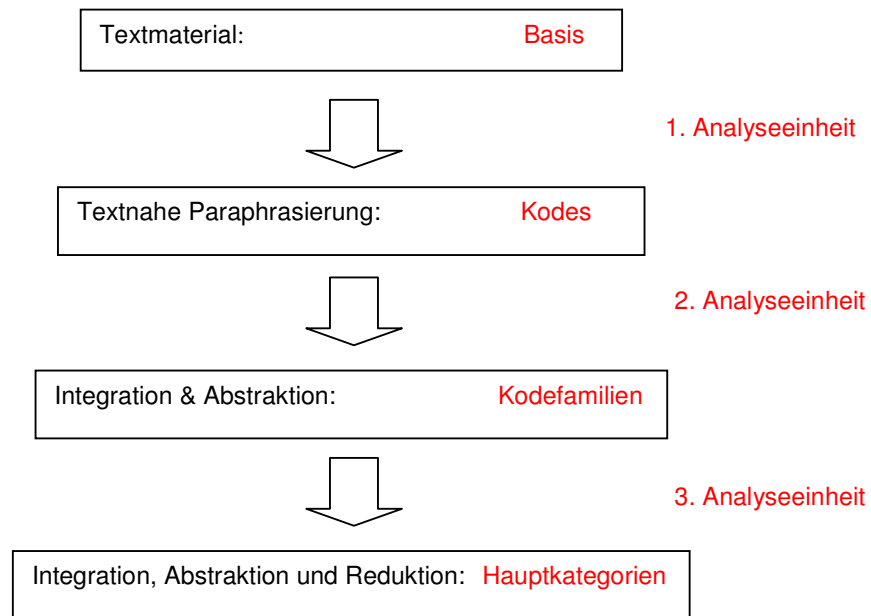


Abb. 2: Die Analyseeinheiten in der konkreten Auswertung

Damit stellt die Kategorie hier die höchste Abstraktionsstufe im Analyseprozess dar. Im Folgenden werden die einzelnen Auswertungsschritte detailliert vorgestellt.

2.4.2 Erste Analysephase: Induktives Kodieren bis zur Sättigung

Ziel des ersten Abstraktionsschrittes war es, minimal abstrahierte und maximal reduzierte Textexzerpte mit exemplarischer Aussagekraft zu bilden. Induktion und Theorienbildung aus dem Material heraus verpflichteten zur Beachtung jedes erwähnten Themenbereichs in weniger reduzierender wie paraphrasierender Art und Weise. Orientiert an der Priorität der inhaltlichen Aussagekraft unabhängig von quantitativer Ausprägung wurden auch Themenbereiche in das Kodesystem aufgenommen, die nur vereinzelt genannt wurden. Nach derartiger Bearbeitung von 12 Interviews hatten sich in der hohen Materialdichte thematische Schnittmengen gebildet, die eine Priorisierung bestimmter Problemfelder vermuten ließen, so dass an dieser Stelle eine Rekodierungsschleife zur Reduktion der Kodes durch Umformulierung, Verallgemeinerung, Abstraktion und Integration angesetzt wurde. Konsequenz dieser Einarbeitungsphase waren allgemeine Kodierregeln, die als

Vorlage mit notwendiger Erweiterung während der Analyse verwendet und im Zuge der Rekodierung auf Einhaltung rücküberprüft wurden (Abb. 3).

<u>Allgemeine Kodierregeln</u> I. Inhaltlich 1. Kodiert werden alle Belastungen, die der Interviewpartner als solche angibt, unabhängig davon, ob sie etwas mit den Auslandseinsätzen zu tun haben oder nicht. 2. Zur Vergleichbarkeit werden als Auslandseinsätze nur Kriseneinsätze kodiert, keine Manöver oder Übungen im Ausland; in diesem Zusammenhang erwähnte Belastungen werden trotzdem kodiert, da es allgemeine Belastungen herauszufiltern gilt. 3. Bei unklaren Kodierungen werden Memos mit diesen Codes verlinkt, um auch für einen Zweitkodierer Verständnis zu schaffen. 4. Die Codes erstrecken sich über die gesamte Textstelle, deren Inhalt durch die Kodierung repräsentiert wird, um den Kontext zu wahren und ihm gerecht zu werden. 5. Der Interviewpartner darf sich innerhalb eines Themengebietes positiv wie negativ dazu äußern und muss sich nicht für eine Wertungsrichtung entscheiden. II. Formal 1. Ein Kode wird innerhalb eines Interviews nur einmal vergeben, alle weiteren Erwähnungen werden mit dem Kode verlinkt; so wird die statistische Auswertung der Codevergaben nicht durch Mehrfachnennungen innerhalb desselben Interviews verzerrt, ohne dass letztere verloren gehen. 2. Einsatzorte als Codes werden ebenfalls innerhalb eines Interviews nur einmal kodiert; sollte ein Interviewpartner einen Einsatzort aber mehrfach erwähnen, weil er mehrfach dort war, werden die Mehrfachnennungen ebenfalls mit der Erstnennung verlinkt, bei der Einsatzzahl jedoch gilt jede Nennung des Einsatzortes auch als einzelner Einsatz.
--

Abb. 3: Allgemeine Kodierregeln zur eindeutigen Zuordnung der Codes zu Textstellen sowie zur eigenen und fremden Überprüfbarkeit der Kodierung

Die theoretische Grundlage dieses Vorgehens bildet die Strukturierung qualitativer Inhaltsanalysen nach Mayring, deren erster Schritt die Festlegung „*grundsätzlicher Strukturierungsdimensionen*“ und deren theoretische Rechtfertigung anhand der Fragestellung darstellt (Mayring 2007, S. 83). Ergänzend hierzu präzisieren spezifische Kodierregeln den Anwendungsbereich jedes einzelnen Codes, worauf in Kapitel 2.4.4.1 näher eingegangen wird.

2.4.3 Zweite Analysephase: Selektives Kodieren nach dem Codesystem

Nach der Rekodierungsschleife wurde das bestehende Codesystem auf jedes weitere Interview angewandt und im Falle neuer Aspekte um Codes erweitert bis zum Sättigungspunkt nach 32 Interviews, an dem zur Kodierung der Interviews das

gebildete Codesystem ausreichte und kein neuer Code mehr gebildet werden musste. An dieser Stelle wurden die bestehenden Codes zur Schablone für die restlichen Texte ohne Neubildung von Codes. Im Falle von dennoch neuen Aspekten wurden die speziellen Anwendungsregeln der Codes entsprechend erweitert. Mit Abschluss des Codesystems zählte dieses 504 Codes. Diese im Vergleich zur Arbeit bis zum Sättigungspunkt doch eher deduktive Methode darf nicht verwechselt werden mit der deduktiven Kategorienbildung nach Mayring, nach der „das Auswertungsinstrument durch theoretische Überlegungen“ bestimmt wird (Mayring 2007, S. 74). Es wird lediglich ein Kategoriensystem, das induktiv aus Basismaterial entwickelt wurde, auf weitere Interviews angewandt, die unter denselben Bedingungen erstellt worden waren.

2.4.4 Hierarchisierung des Codesystems unter Verwendung des Computerprogramms ATLAS.ti: Kodegruppen, Kodefamilien, Hauptkategorien

Um o. g. Auswertungsvorgänge materiell überhaupt durchführen zu können, wurde nach einem Computerprogramm gesucht, das dem Untersucher das Material in ein überschaubares Format überführt. Die Wahl fiel auf das Programm ATLAS.ti (Muhr 1997), das sich in der Analyse qualitativen Materials in Form der qualitativen Inhaltsanalyse v. a. an der Idee der „Grounded Theory“ (Glaser u. Strauss 2005) orientiert, ohne ihr ausschließlich verpflichtet zu sein, was sie für unsere Auswertung prädestinierte. In diesem Programm bestehen mit den Codes und den Kodefamilien zwei große Abstraktionsebenen. Zunächst wurden die Transkripte in Codes gefasst und diese dann thematisch gruppiert; damit konnte Übersicht über die Themenausschöpfung gewonnen werden. Diese Kodegruppen gliedern den Stoff in verschiedene Themenbereiche, ordnen diese jedoch noch nicht in übergeordnete Sinnzusammenhänge ein, weshalb sie als Vereinfachung, nicht aber als Abstraktion gelten dürfen. Dies stellt die vornehmlichste Aufgabe der Kodefamilien dar, für die sich aus 504 Codes und 43 Kodegruppen 11 übergreifende Phänomene ergaben, die die Situation der Sanitätsoffiziere am treffendsten beschreiben. Aufgrund des umfassenden Datenmaterials reichten die Kodefamilien als abschließende Abstraktionsebene nicht aus, was die Bildung von 3 Hauptkategorien

aus 11 Kodefamilien außerhalb des PC-Programms notwendig machte. Diese Abstraktion wird im Ergebnisteil inhaltlich aufgearbeitet.

Neben der übersichtlichen Gestaltung des Inhaltes schafft ATLAS.ti durch die hier implementierten Kodier-, Memorier- und Zitiermöglichkeiten und damit ständiger Dokumentation der einzelnen Schritte Transparenz als ein wichtiges Validitätskriterium in der qualitative Analyse.

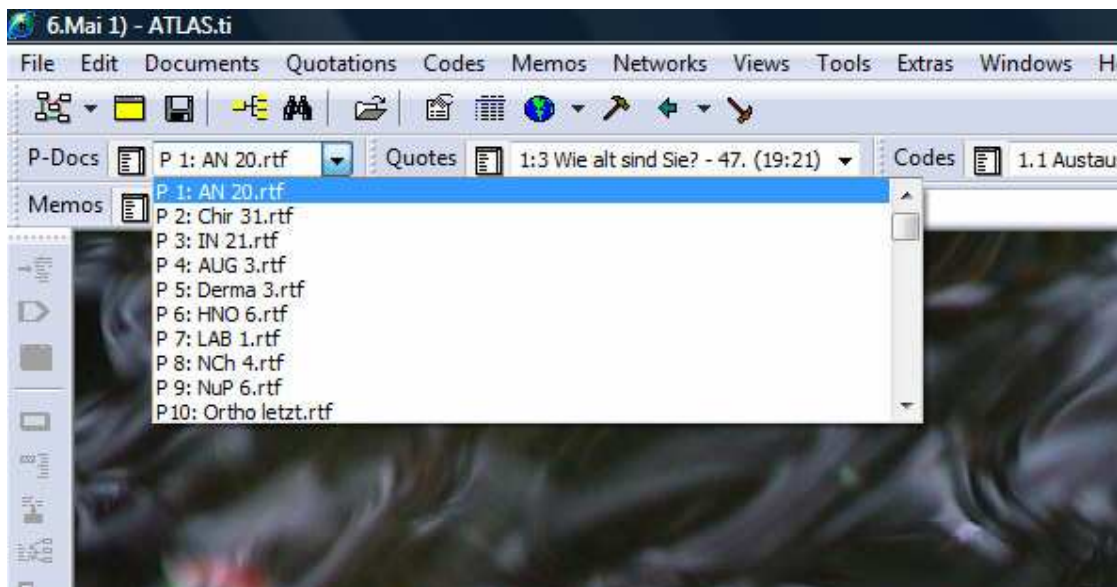
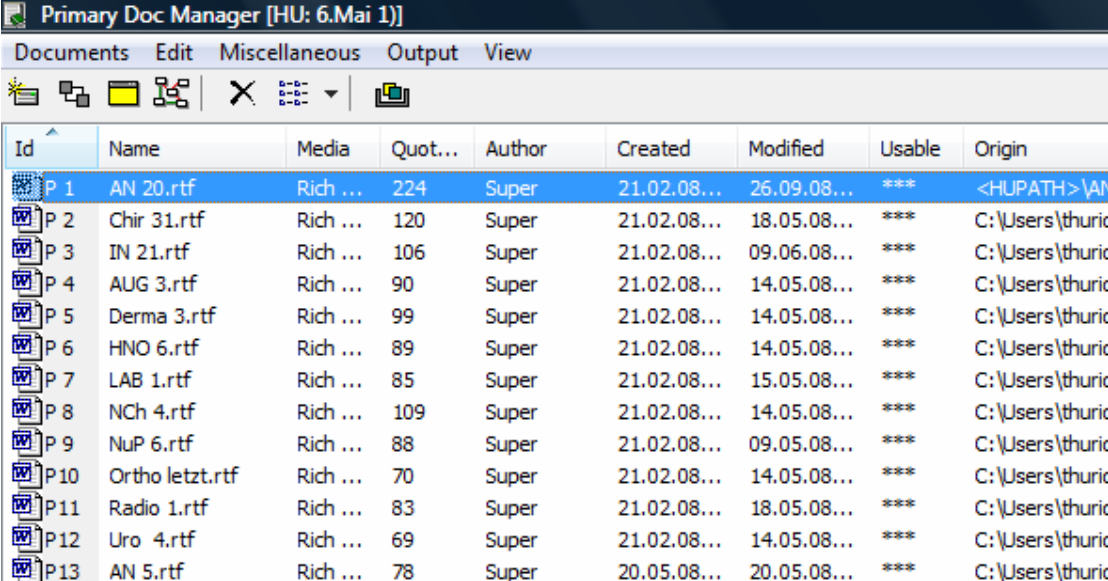


Abb. 4: Darstellung der Hermeneutic Unit 6. Mai 1) – alle erarbeiteten Daten (Kodes, Memos, Kategorien) zu den Texten P1 bis P 52 sind Teil davon und auf einen Blick verfügbar.

Den zentralen Arbeitsrahmen bildet die hermeneutische Einheit (Abb. 4), die neben dem Textmaterial die programmspezifischen Auswertungsteile wie Kodes, Memos, Kodefamilien und Zitate enthält; sie bildet den großen Bezugsrahmen der Theoriegenerierung in der Sammlung allen Ursprungs- wie Auswertungsmaterials.



Primary Doc Manager [HU: 6.Mai 1]

Documents Edit Miscellaneous Output View

Icons: [New] [Open] [Save] [Print] [Find] [Filter] [Export] [Import]

Id	Name	Media	Quot...	Author	Created	Modified	Usable	Origin
P 1	AN 20.rtf	Rich ...	224	Super	21.02.08...	26.09.08...	***	<HUPATH>\AN
P 2	Chir 31.rtf	Rich ...	120	Super	21.02.08...	18.05.08...	***	C:\Users\thuric
P 3	IN 21.rtf	Rich ...	106	Super	21.02.08...	09.06.08...	***	C:\Users\thuric
P 4	AUG 3.rtf	Rich ...	90	Super	21.02.08...	14.05.08...	***	C:\Users\thuric
P 5	Derma 3.rtf	Rich ...	99	Super	21.02.08...	14.05.08...	***	C:\Users\thuric
P 6	HNO 6.rtf	Rich ...	89	Super	21.02.08...	14.05.08...	***	C:\Users\thuric
P 7	LAB 1.rtf	Rich ...	85	Super	21.02.08...	15.05.08...	***	C:\Users\thuric
P 8	NCh 4.rtf	Rich ...	109	Super	21.02.08...	14.05.08...	***	C:\Users\thuric
P 9	NuP 6.rtf	Rich ...	88	Super	21.02.08...	09.05.08...	***	C:\Users\thuric
P10	Ortho letzt.rtf	Rich ...	70	Super	21.02.08...	14.05.08...	***	C:\Users\thuric
P11	Radio 1.rtf	Rich ...	83	Super	21.02.08...	18.05.08...	***	C:\Users\thuric
P12	Uro 4.rtf	Rich ...	69	Super	21.02.08...	14.05.08...	***	C:\Users\thuric
P13	AN 5.rtf	Rich ...	78	Super	20.05.08...	20.05.08...	***	C:\Users\thuric

Abb. 5: „Primary Doc Manager“ als Bearbeitungsdatei, in die alle Interviews eingespeist und von dort aus geöffnet und bearbeitet werden können.

Innerhalb der „Hermeneutic Unit“ als Zielspeicherort und Arbeitsbereich konnten in den „Primary Doc Manager“ (Abb. 5) die Interviews als „Primary Documents“ P1-P52 in Form von Rich-Text-Format- Dateien (rtf) eingespeist und zur Bearbeitung z. B. im Rahmen einer Kodierung geöffnet werden. Die Informationsleiste zeigt neben der Identifikation als „Primary Document“ („P1“, „P2“) den anonymisierten Namen des Interviewpartners an („AN 30“, „Chir 1“), den Dateityp („Rich Text Format“) und die Zahl der markierten Zitate innerhalb des Interviews („Quotations“).

Quotation Manager [HU: 6.Mai 1]							
Quotations Edit Miscellaneous Output View							
Id	Name	Size	Start	De...	Author	Created	Modified
1:3	Wie alt sind Sie? - 47.	3	19	1	Super	21.02.08...	21.02.08...
1:4	Sie sind männlich... - Ja...	3	23	1	Super	21.02.08...	21.02.08...
1:5	Familienstand? - Verheiratet, ..	3	27	1	Super	21.02.08...	21.02.08...
1:6	2 Kinder, Dienstgrad? - Oberfe..	3	31	1	Super	21.02.08...	21.02.08...
1:7	Oberfeldarzt, Berufssoldat? - ..	3	35	1	Super	21.02.08...	21.02.08...
1:8	Fachgebiet Anästhesie? - Anäst..	2	39	1	Super	21.02.08...	21.02.08...
<1:9	Ahm...eine besondere Funktion ha..	3	42	2	Super	21.02.08...	21.02.08...
<1:...	Anästhesist mit Zusatzbezeichn..	1	44	2	Super	21.02.08...	21.02.08...
>1:...	Und was Sie noch für die Ausla..	7	46	1	Super	21.02.08...	21.02.08...
>1:...	Besondere Ausbildungen haben S..	3	62	2	Super	21.02.08...	05.05.08...
1:15	Also 8. Insgesamt 600 Tage. Fa..	1	72	1	Super	22.02.08...	18.04.08...
1:18	Dann war Ihr längster Einsatz.....	3	74	1	Super	22.02.08...	22.02.08...
1:26	Gibt es die Möglichkeit, dass ..	7	101	1	Super	22.02.08...	04.05.08...

Abb. 6: Die Bearbeitungsebene für die Zitate: der „Quotation Manager“

Ebenso wie für die Interviews, die „Primary Documents“, wird auch für die Zitate – die „Quotations“ – eine Bearbeitungsebene bereitgestellt (Abb. 6). Besonders wichtig ist die Häufigkeit der Verknüpfung der Kodierung innerhalb eines Interviews, die unter „Density“ („De...“) notiert wurde, da dies die Relevanz des jeweiligen Codes innerhalb der einzelnen Interviews unterstreicht.

Code Manager [HU: 6.Mai 1]					
Codes Edit Miscellaneous Output View					
Name	Gr...	De...	Author	Created	Modified
1.1 Austausch über Belastungsempfin...	15	0	Super	10.03.08...	06.09.08...
1.2 Hoffnung, dass die Studie Transp...	44	0	Super	18.04.08...	18.07.08...
1.3 Zweifel an der Durchschlagkraft d...	16	0	Super	21.04.08...	22.08.08...
10. 1. 1 Anschlägen/Unruhen persönlic...	18	0	Super	26.02.08...	19.08.08...
10. 1. 2 Anschlägen/Unruhen schon ein...	11	0	Super	13.04.08...	21.08.08...
10. 2. 1 Beteiligung an der Opferversor...	24	0	Super	21.04.08...	19.08.08...
10. 2. 1. 1 Opferversorgung allgemein n...	16	0	Super	26.02.08...	21.08.08...
10. 2. 1. 2 Involvierung in Unruhen/Opf...	14	0	Super	26.02.08...	21.08.08...
10. 2. 1. 3. 1 Belastung, die von der Opf...	4	0	Super	21.04.08...	21.08.08...
10. 2. 1. 3. 2 Opferversorgung allgemei...	9	0	Super	07.05.08...	06.09.08...
10. 2. 2 Keine persönliche Erfahrung mi...	3	0	Super	19.03.08...	19.08.08...
10. 3 Persönlicher Einsatz nicht bei jed...	2	0	Super	16.03.08...	06.09.08...
11. 1. 1 Gesundheitszustand im Einsatz...	26	0	Super	19.03.08...	22.08.08...

Abb. 7: Der „Kode Manager“ als Verwaltungsinstrument für die verfassten Codes

Der „Kode Manager“ (Abb. 7) stellt den für die Auswertung zentralen Arbeitsordner dar. Hier werden alle Codes, die aus dem Text durch Paraphrasierung, Selektion und Abstraktion entstanden sind, gesammelt und mit Hilfe von Memos erklärt, welche spezifische Anwendungsregeln der einzelnen Codes auf den Text und damit die bereits erwähnten *spezifischen* Kodierregeln darstellen; zur Einhaltung der Gütekriterien wurden die Codes ebenso textnah wie ausführlich in ihrer Anwendung formuliert. Im „Kode Manager“ ist für jeden Code die Häufigkeit seiner Anwendung *auf* sowie seiner Verknüpfung *mit* Textstellen aufgeführt („Grounded“ und „Density“). Wie bereits erwähnt, wurde zur Erfassung der durchschnittlichen Bedeutung der Codes ein solcher nur einmal innerhalb eines Interviews vergeben, jedoch mehrfach verlinkt mit weiteren passenden Textstellen, womit der vertikalen Beanspruchung einzelner Codes innerhalb eines Interviews Rechnung getragen wurde. Eine Gruppierung der Codes wurde durch numerische Gliederung erreicht.

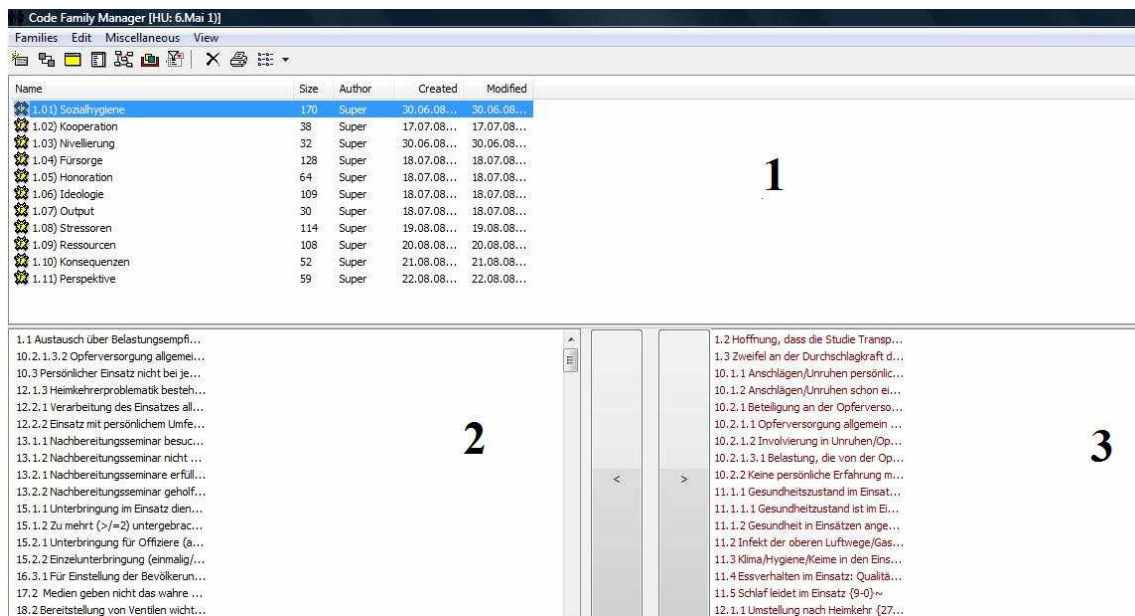


Abb. 8: Der „Family Manager“ zur Erstellung von Kodefamilien aus Codes (aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde eine geringere Schriftqualität in Kauf genommen)

Die Kodefamilien (Abb. 8) entstehen aus den aus der Kodeliste (Feld 3) ausgewählten Codes (Feld 2), die zur entsprechenden Familie gehören (Feld 1).

2.5 Gütekriterien

2.5.1 Einführung

In der quantitativen Forschung wird die Methodik nach Objektivität und „*inwieweit sie den Gütekriterien Gültigkeit (Validität), Zuverlässigkeit (Reliabilität), Generalisierbarkeit und Repräsentativität genügen*“ (Lamnek 2005, S. 145) beurteilt. Dieser Anspruch führte in der Vergangenheit oft dazu, die qualitative Methodik, die sich den klassischen Validitäts- und Reliabilitätskontrollen entzieht, als unwissenschaftlich zu bezeichnen. Dem setzte die qualitative (Sozial-)Forschung ihren Anspruch entgegen, „*aufgrund der ausdrücklichen Orientierung an der empirischen sozialen Welt, wie sie sich für die Untersuchten darstellt, zu zuverlässigeren und damit gültigeren Ergebnissen zu gelangen*“ (Lamnek 2005, S. 145) als auf quantitativem Wege. In diesem Zuge widmeten sich immer mehr qualitative Sozialwissenschaftler der offenen Flanke zwischen Reliabilität und Validität, indem nach einem Regelgerüst in der qualitativen Sozialforschung gesucht wurde, um diese vom Vorwurf der Willkür zu entlasten. Im Rahmen dieser Überlegungen entstanden so zwei verschiedene Strömungen: diejenige der Messung qualitativer Forschung mit quantitativen Gütekriterien und diejenige der Weiterentwicklung quantitativen Regelwerks für qualitative Zwecke. Diese Studie soll beidem standhalten.

2.5.2 Gütekriterien aus der quantitativen Forschung

2.5.2.1 Validität

Validität (Gültigkeit) beschreibt in der wissenschaftlichen Methodik, „*ob das gemessen wird, was gemessen werden sollte*“ (Schweizer 2005, S. 127 ff). Es „*geht um Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit und Bestätigbarkeit.*“ (Lamnek 2005, S. 161) Im Folgenden wird tabellarisch aufgeführt, inwieweit die Studie dem jeweiligen formalen Anspruch gerecht wurde.

Tab. 1: Die verschiedenen Entitäten der Validität in der qualitativen Sozialforschung und deren Entsprechung in vorliegender Studie

Ökologische Validierung (Forschung im sozialen Umfeld)	Ort des Interviews ist Ort der Arbeitsstelle (BwK Ulm)
Kommunikative Validierung (Konfrontation mit Ergebnissen)	- Konfrontation der IPs mit Aussagen der Vorgänger - Verarbeitung des Feedbacks im Leitfaden
Prozedurale Validierung (Güte durch Arbeitsprozess)	- Gesprächsasymetrie, Feedback von IPs und Forschern - Genaue Aufzeichnung, Transkription und Dokumentation
Triangulation (unterschiedliche Betrachtung)	Forschertriangulation durch Diskussion im qualitativen Doktorandenseminar während der Analyse

2.5.2.2 Reliabilität

Unter der Reliabilität (Zuverlässigkeit) wird die *„Stabilität und Genauigkeit der Messung sowie der Konstanz der Messbedingungen“* (Mörtl 2005, S. 53) verstanden. Da die klassischen, in der quantitativen Forschung verwandten Reliabilitätskriterien wie der Parallel-Test und die Konsistenz bei qualitativem Material aufgrund der Einzigartigkeit jeder Untersuchungseinheit zu keinem sinnvollen Ergebnis führen kann, wurde für diese Studie über die Möglichkeit der Interkoderreliabilität nachgedacht, bei der ein zweiter Forscher, der gerade soweit ins Kodiersystem eingearbeitet werden soll, dass er handwerklich versiert arbeiten, aber keine zu starke Einsicht in die laufende Studie hat, für eine bestimmte Fallzahl eine eigene Kodierungsschleife durchführt und somit die Ergebnisse des Erstuntersuchers überprüft. In diesem Fall wäre im Vorhinein festgelegt worden, dass eine geringe Übereinstimmung der Kodezuteilung nicht zu einer wissenschaftlichen Abwertung oder gar Beendigung der Studie führen, sondern ganz nach der berechtigten Kritik Ritserts interpretiert werden sollte: *„ Je differenzierter und umfangreicher das Kategoriensystem, desto schwieriger ist es, eine hohe Zuverlässigkeit der Resultate zu erzielen, obwohl gleichzeitig die inhaltliche Aussagekraft einer Untersuchung steigen kann.“* (Ritsert 1972, S. 38) Denn nicht nur der hier angesprochene Umfang des Kategoriensystems – 503 Codes in flexibler Anwendung - lässt die Qualität einer Zweitkodierung mit notwendigerweise nur beschränkter Information zu Studie und PC- Programm in Frage stellen, sondern auch die verschiedenartige Interpretation des zu kodierenden Rohmaterials: die Lern- und Erinnerungseffekte des Durchführenden im Laufe der Erhebung und Kodierung sowie die durch die

Erfahrung bewirkte intraindividuelle Veränderung beim Umgang mit den Daten führen nicht zwangsläufig zu verzerrender Subjektivität, als viel mehr zu maximaler Ausschöpfung des Datenmaterials aufgrund der detaillierten Differenzierungsfähigkeit des Forschers, der auch Durchführer der Erhebung war.

In Anbetracht dieses Phänomens wurde von einer Reliabilitätsüberprüfung, deren Ergebnis von vornherein keinen Einfluss auf Fortlauf und Gehalt der Studie hat, Abstand genommen. Stattdessen wurden die konkreten Inhalte bis zum Konsens im Rahmen einer qualitativ geschulten und mit dem Programm ALTAS.ti vertrauten Studiengruppe diskutiert, was zudem den Anforderungen der Objektivität entgegenkommt.

2.5.2.3 Objektivität

Die v. a. in der Psychologie gebildeten drei Ebenen der Objektivität lassen sich prinzipiell auch auf qualitatives Material, nicht aber auf diese Studie anwenden:

- | | |
|--|--|
| <u>1. Durchführungsobjektivität:</u> | Die Durchführung der Untersuchung hat keinen Einfluss auf das Untersuchungsergebnis. Dies kann eine vollstandardisierte Studie, nicht aber eine halbstandardisierte leisten. |
| <u>2. Auswertungsobjektivität:</u> | Sie ist immer dann gegeben, wenn mehrere Untersucher mit denselben Hilfsmitteln zu denselben Ergebnissen kommen. Da diese Studie eine intensive Beschäftigung mit dem Material erforderte, die ein Kontrollforscher nicht haben kann und darf, fiel auch dieses Kriterium weg. |
| <u>3. Interpretationsobjektivität:</u> | Dies betrifft die Objektivität des letzten Schrittes, der Interpretation des Datenmaterials durch ver- |

schiedene Forscher mit demselben Ergebnis.
Wie in Punkt 2. bereits erläutert, kann dies in
einer solchen Studie nicht abgebildet werden.

Die Objektivität wurde in dieser Studie gewahrt, indem induktiv subjektive Phänomene aufgenommen, analysiert und danach durch Komparation generalisiert wurden; zudem wurde der Transparenz der Theorienbildung durch Dokumentation jedes einzelnen Analyseschrittes bis zur Generalisierung und damit dem qualitativen Objektivitätsbegriff gerecht: *„Der Objektivitätsbegriff qualitativer Sozialforschung ist im Wesentlichen emergentistisch: Objektivität entsteht aus der Subjektivität der Interaktionspartner durch die Analyse. Die qualitative Sozialforschung hat insofern einen intersubjektiven Objektivitätsbegriff, als man sich von der Subjektivität durch Generalisierung lösen möchte. Der Objektivitätsbegriff der qualitativen Sozialforschung ist dialektisch, weil einerseits die Subjektivität be- und gewahrt wird, andererseits diese aber durch die Lösung vom Subjekt aufgehoben wird. Objektivität wird vor allem dadurch erzielt, dass die Relevanz vom untersuchten Subjekt bestimmt wird.“* (Lamnek 2005, S. 180) Dem wurde durch die textnahe, induktive Analyse Rechnung getragen.

2.5.2.4 Repräsentativität und Generalisierbarkeit

Anstelle statistischer Repräsentativität und Generalisierung geht es in der qualitativen Sozialforschung eher um Repräsentanz und Generalisierbarkeit auf der Grundlage abstrahierender Typenbildung – das für die Forschungsthematik Typische soll durch realitätsgerechte Erhebung und Abstraktion herausgefunden werden. Die Belastung von Sanitätsoffizieren schien am trefflichsten an jedem Individuum und seinen Erfahrungen beschreibbar zu sein; durch Kode- und Kategorienbildung gelang eine Typisierung und auf dieser Abstraktionsstufe die Generalisierung.

2.5.2.5 Auswahl der Stichprobe

Ziel der Populationsauswahl war es, Individuen mit dem für die untersuchte Thematik ähnlichen Erlebnissen auszuwählen, um im Ergebnis möglichst viele Gemeinsamkeiten herausfiltern zu können, die Grundlage des geplanten „Belastungskatalogs“ werden sollten. Damit schien die Auswahl mittels „Theoretical Sampling“ am ehesten mit den Ansprüchen an diese Studie vereinbar, bei dem je nach Heterogenität des Pools ähnliche oder unterschiedliche Ergebnisse stehen:

„[...] Die Minimierung von Unterschieden erhöht die Wahrscheinlichkeit, ähnliche Daten zu einem bestimmten Thema oder einer bestimmten Kategorie zu finden und dadurch deren theoretische Relevanz zu bestätigen. Durch die Maximierung von Unterschieden wird dahingegen die Wahrscheinlichkeit erhöht, Heterogenität und Varianz im Untersuchungsfeld abzubilden.“ (Lamnek 2005, S. 191) Die in einem Militärkrankenhaus beschäftigten Ärzte dürften zwar im Bereich der Ausbildung ähnliche, in ihren Erfahrungen jedoch unterschiedlichste Qualitäten erlebt haben, wodurch sich die Teilnehmer dieser Studie notwendigerweise durch Differenzen in jedwedem Bereich auszeichnen. Mit dem qualitativen Interesse an Belastungen von Sanitätsoffizieren ohne Bedeutung der quantitativen Ausprägung stellt diese Tatsache die Möglichkeit einer maximalen thematischen Ausschöpfung dar und prädestinierte das Bundeswehrkrankenhaus und die dort beschäftigten Sanitätsoffiziere für diese Untersuchung. Die Größe der Stichprobe lässt sich während der Untersuchung je nach inhaltlicher Sättigung verändern; war die Teilnehmerzahl in der ursprünglichen Planung als Einzelfallstudie auf ca. 10 Interviewpartner begrenzt, wurde sie aufgrund der enormen Resonanz aus der Reihe der Sanitätsoffiziere auf 52 im Rahmen der nun groß angelegten Pilotstudie erweitert. Darin tritt ein zentrales Merkmal der Objektivität von Studien zu Tage: die Relevanzbestimmung der Thematik durch das Subjekt selbst.

2.5.3 Gütekriterien für qualitative Sozialforschung

Da sich diese Studie vor allem in der Analysephase mit der qualitativen Inhaltsanalyse stark an Mayring orientiert, sollen auch dessen Maßstäbe der Gütemessung angelegt werden. Da Mayring die für quantitative Forschung typischen Pa-

parameter wie Reliabilität und Validität für qualitative Methoden nicht für viel versprechend hält, entwickelte er sechs Gütekriterien, an denen qualitative Sozialforschung in ihrer wissenschaftlichen Qualität messbar gemacht werden kann und an die sich in dieser Studie gehalten wurde (Tab. 2).

Tab.2: Die Gütekriterien qualitativer Daten nach Mayring (Lamnek 2005, S. 146 ff) und deren Entsprechung in vorliegender Studie

<u>1. Verfahrensdokumentation:</u> präzise schrittweise Dokumentation des Forschungsprozesses	- Erhebung: Leitfaden, Tonbänder und Transkripte als schrittweise Dokumentation - Analyse: detaillierte Dokumentation in ATLAS.ti
<u>2. Argumentative Interpretationsabsicherung</u> Dokumentation der Interpretationen zum intersubjektiven Nachvollzug	- allgemeine und spezifische Kodierregeln - allgemeine wie spezifische Memos - Übersicht von Text und Kodierung im Vergleich
<u>3. Regelgeleitetheit</u> Schrittweises, sequenzielles Vorgehen	- s. Analyseprozess in Kap. 2.4.2
<u>4. Nähe zum Gegenstand:</u> Zentrale Bedeutung des Subjekts in seinem Lebensraum mit seinen Interessen und Relevanzsystemen	- Inhalt der Befragung: Berufszufriedenheit - Ort der Befragung: gewohntes Umfeld - Instrument der Befragung wird der Artikulationsfähigkeit der Befragten gerecht
<u>5. Kommunikative Validierung:</u> Rückkoppelung der Interpretationen an die Befragten	- Konfrontation mit Aussagen von Kollegen - Validierung des Leitfadens durch jeden Befragten
<u>6. Triangulation</u> Verschiedene Zugriffsweisen gleichen sich gegenseitig durch Stärken bzw. Schwächen aus und produzieren ein relativ objektives und intersubjektiv gültiges Endergebnis.	s. Kap. 2.5.1.1

3 Ergebnisse

Die Analyse der 52 Interviews ergab insgesamt 503 Kodes mit im Gesamtmaterial 5374 Nennungen. Dabei wurde im Vorhinein auf eine Selektion verzichtet und in Form einer Katalogisierung jede Schilderung einer Belastung einem Kode zugeordnet, auch wenn ein Zusammenhang mit Einsätzen nicht sofort erkennbar war. Diese Vorgehensweise war einerseits erforderlich, um die Zuordnung von Belastungen zu Ursachen durch die Sanitätsoffiziere selbst treffen zu lassen, zum anderen, um im Zuge der weiteren Recherche auch Belastungen identifizieren zu können, die nur auf den ersten Blick nicht auf das Einsatzengagement zurückzuführen waren. Abbildung 9 soll einen Einblick in den Charakter der textnahen Kodierung gewähren. Die Codierungen am rechten Rand der Interviewausschnitte aus dem Programm „ATLAS.ti“ können im Einzelfall aus Platzgründen nur unvollständig dargestellt werden. Im Gegensatz zu Abb. 9 steht dann das Interview im Vordergrund, nicht seine Kodierungen.

AN 20

Dann würde ich jetzt zu Beginn mal gerne wissen, was Sie gedacht haben, als Sie von der Studie gehört haben - halten Sie so was für sinnvoll?

- Ja. Für sinnvoll und es wäre natürlich auch interessant, ein Feedback zu bekommen, wie denn das andere sehen, wie denn die Belastung aller ist, weil ich denk, die Anästhesie und Chirurgie ist mit die am meisten belastete. Und ich meine, es gibt ja durchaus Abteilungen im Bundeswehrkrankenhaus, da kommen wir ja vielleicht noch dazu, oder in der Bundeswehr, die deutlich weniger belastet sind.

Ja, ja.

- Und das hat ja auch durchaus Konsequenzen für die Berufswahl der jüngeren Kollegen. Sie werden sich sehr wohl überlegen, was Sie machen wollen, und dafür ist es natürlich schon interessant, was das Feedback ist aus der Studie heraus. Also mich würde da schon interessieren, wie Sie das auswerten und was dann... also ob es dann auch was bewirkt, ja, für die Bundeswehr. Deshalb find ich es interessant, deshalb mach ich auch mit. Wichtig ist ja, dass es anonym ist, weil das Problem ist ja, dass ich diese Bundeswehr sehr lange schon kenne und mir nicht so sicher bin, ob da auch wirklich alles anonymisiert dann bleibt.

Nein, das ist die Grundlage dieser Sache, sonst kann ich keine qualitative Studie machen. Also darauf sind wir beide angewiesen.

1.1 Austausch über Belastungsempfinden mit Kollegen

1.2 Hoffnung, dass die Studie Transparenz in die aktuelle Einsatzbelastung

1.3 Zweifel an der Durchschlagkraft der Studie aufgrund der Teilnehmer

Anonymität

Abb. 9: Kodierung eines Interviews

Die Herangehensweise an die Auswertung wird im Folgenden in ihren einzelnen Schritten demonstriert.

3.1 Vom Kode zur Kodefamilie: Skizzierte Belastungen

Aus dem erwähnten Kodesystem, das explizit in Anhang C aufgeführt ist, entstanden zunächst 11 Kodefamilien, die aus den noch sehr textnahen Kodes übergreifende Problemfelder konstruierten. Tabelle 3 präsentiert die 11 Familien, die als übergeordnete Abstraktionsstufe zu den Einzelkodes gelten dürfen; unter Anhang D sind die Verbindungen zwischen Interviewpartnern und Kodefamilien aufgeführt.

Tab. 3: Die quantitative Relevanz der Kodefamilien

Kodefamilie	Anzahl der Kodes	Anzahl der Zitate
Sozialhygiene	170	1354
Fürsorge	128	831
Stressoren	114	881
Ideologie	109	724
Ressourcen	108	1025
Honorierung	64	433
Perspektive	59	479
Konsequenzen	52	392
Kooperation	38	286
Nivellierung	32	230
Output	30	268

Die Anzahl der Kodes und der „Quotations“, der Zitate, stellen zwei voneinander unabhängige Merkmale dar, wodurch die Interviewpartner die einzelnen Themenfelder in Form der Kodefamilien priorisieren. Deren Relevanz wird durch die Zahl der einen Kode bildenden Textstellen deutlich: zwar wird jeder Kode nur einmal pro Interview vergeben und jede weitere geeignete Textstelle innerhalb desselben

Interviews nur noch mit diesem Kode verlinkt, die Zahl der Zitate umfasst jedoch codierte wie verlinkte Textstellen und damit die Gesamtnennungen. Die Kodennennungen zeigen dagegen, wie viele Befragte sich zum Thema eines Kodes geäußert haben. Hier ist die Gleichsetzung von Nennungen und Interviewpartnern erlaubt, da die verlinkten Textstellen nicht miteinbezogen werden; dies spiegelt im Gegensatz zu den Zitaten ein durchschnittliches Stimmungsbild aller Befragten wider, ohne dass Mehrfachnennungen innerhalb eines Interviews Verzerrungen hervorrufen können. Die Reihenfolge der Kodefamilien orientiert sich deshalb an den Kodennennungen. Im Folgenden sollen die einzelnen Kodefamilien in ihrer inhaltlichen Bedeutung kurz vorgestellt und mit *Beispielen* visualisiert werden. Dafür wurden von den auf elf Kodefamilien aufgeteilten 503 Kodes ca. 130 nach folgenden Kriterien beispielhaft ausgewählt:

1. Kodes mit den häufigsten Nennungen und damit quantitativer Priorisierung des entsprechenden Themenbereichs
2. Kodes, die trotz nur vereinzelter Nennungen das Themengebiet qualitativ besonders eindrücklich repräsentieren
3. Kodes mit eindeutiger Aussage

Letztgenannter Punkt bedarf dahingehend einer Präzisierung, dass zwar alle Kodes eindeutig formuliert sind, aber durch Vernetzung mit anderen Kodes desselben Interviews in ihrem Sinngehalt verändert und damit ihres beispielhaften Charakters beraubt werden können. Dieses Phänomen soll anhand der Telekommunikation im Einsatzland verdeutlicht werden. In der Kodefamilie „Fürsorge“ nimmt ein Teilbereich die Bereitstellung von (Tele-) Kommunikationsmöglichkeiten durch die Bundeswehr ein, der folgende Kodes zur Qualität des Kommunikationsmittels Telefon beinhaltet:

- 31.1.2.1 KOMMUNIKATION NACH HAUSE HAT GUT/OFT FUNKTIONIERT (TELEFON) (N = 37)
- 31.1.2.2 TELEFONIEREN HAT NICHT GUT/OFT FUNKTIONIERT (N = 7)

Das Verhältnis 37 : 7 suggeriert, dass im Bereich der Telekommunikation eine erfolgreiche Belastungsprävention betrieben wird. Diese Interpretation wird durch den Kode relativiert:

31.1.2.4 PRIVATANBIETER ALS TELEFONIER-/INTERNETMÖGLICHKEIT SEHR TEUER (N = 16)

87,5 % derer, die mit der technischen Qualität der Telekommunikationsmöglichkeiten zufrieden waren, gaben gleichwohl an, dass sie deren Kosten für zu hoch halten. Damit stellen Mängel in der Telekommunikation sehr wohl einen signifikanten Stressor dar, und zwar nicht unter dem Aspekt der Technik, sondern unter dem der Kosten für die Nutzer, was erst durch die Vernetzung der o. g. Kodes zutage tritt. Daher erfolgen Explikation der Kodes und Konzeptionalisierung zu den Hauptkategorien ebenfalls im Ergebnisteil.

Im Folgenden werden die Kodefamilien mit beispielhaften, für sie repräsentativen Kodes in Form einer Ergebnispräsentation aufgezeigt. Dabei wird die Relevanz jeder Kodefamilie zunächst anhand ihrer Daten vorgestellt: die Anzahl der vergebenen Kodes, die zur Kodefamilie gehören, der Gesamtzitate („*Quotations*“), die thematisch dieser Kodefamilie zuzuordnen sind sowie der Interviewpartner, die sich in ihrem Interview thematisch zu dieser Kodefamilie geäußert haben. Die Kodes wurden bewusst in ihrer ursprünglichen Form in den Worten der Interviewpartner belassen, um die Authentizität zu wahren.

3.1.1 Sozialhygiene

- Kodes: 170
- Quotations: 1354
- Interviewpartner: 52

Sozialhygiene erfasst jeden Kode, der sich auf die Interaktion zwischen Individuen und deren Folge für den Einsatzauftrag bezieht. Im Wesentlichen geht es also um den sozialen Umgang unter Kameraden, mit der eigenen Familie, Freunden, Einheimischen sowie mit Institutionen im In- und Ausland.

Tab. 4: Die Kodes innerhalb der Kodefamilie „Sozialhygiene“ bilden den sozialen Bereich ab.

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Familiärer Rückhalt					
Eigene nahe Verwandtschaft bringt Verständnis dafür auf, dass die Einsätze zum Beruf gehören	n = 16	30,8 %	Familie ist vor allem besorgt	n = 15	28,8 %
Rückhalt der Familie/Verwandten/des Partners sehr wichtig	n = 30	57,7 %			
Partnerschaft					
Je gefestigter eine Partnerschaft, desto weniger Beziehungsprobleme gibt es im Einsatz	n = 10	19,2 %	Alterskorrelation: Je jünger die Soldaten/ihre Partner/ihre Familie, desto mehr Probleme im Einsatz	n = 13	25 %
			Einsatzzeitkorrelation bei Beziehungsproblemen	n = 16	30,8 %
Belastung durch Kinder					
			Einsatz und kleine Kinder: für alle Beteiligten eine schwierige Situation	n = 17	32,7 %
			Je größer die Kinder zum Einsatzzeitpunkt sind/je mehr daran gewöhnt, desto ruhiger ist man im Einsatz	n = 13	25 %
Kameradschaft					
Kameradschaft nach kurzer Zeit intensiv, einzigartig (jeder weiß, dass man aufeinander angewiesen ist)	n = 37	71,2 %	Permanenter/einziger Kontakt zu Kameraden über LANGE ZEIT: kein Entkommen, man MUSS sich verstehen	n = 27	51,9 %
Kontakt zu Einheimischen					
Kontakt war sehr angenehm und sollte verstärkt werden	n = 15	28,8 %	Kontakt zu Zivilisten unangenehm/nicht gesucht → Distanz durch jahrelange Erfahrung	n = 12	23,1 %
Internationale Interaktion					
Kontakt zu anderen Nationen vorhanden	n = 21	40,4 %			
Kontakt/Kooperation mit lokalen medizinischen Einrichtungen	n = 22	42,3 %			
Guten Kontakt/ Kooperation zum/mit zivilen Aufbaupersonal	n = 3	5,8 %	Kritisch gegenüber zivilen Hilfsorganisationen: viel Administration, wenig Output, konzeptloses Helfersyndrom	n = 3	5,8 %

3.1.2 Fürsorge

- Kodes: 128
- Quotations: 563
- Interviewpartner: 52

Darunter werden Kodes gefasst, die die Fürsorge als zentrale Forderung an die politische wie militärische Führung, aber auch an die deutsche Bevölkerung sowie die Medienlandschaft als Ausdruck vorbehaltloser Rückendeckung der involvierten Soldaten unabhängig von der Einstellung zu den Einsätzen beinhalten.

Tab. 5: Fürsorge spielt in jedem Arbeits- und Lebensbereich von Sanitätsoffizieren eine Rolle.

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Einplanung					
Einplanung für den Einsatz: rechtzeitig	n = 36	69,2 %	Einplanung nicht rechtzeitig	n = 17	32,7 %
Teilnahme an Vorausbildungen					
An Vorausbildungen teilgenommen	n = 23	44,2 %	BW schickt Leute auch ohne die erforderliche Ausbildung in den Einsatz ⇒ Verantwortung dafür liegt trotzdem beim jeweiligen Soldaten, keine Rückendeckung zu erwarten, wenn etwas schief geht	n = 15	28,8 %
			Schnellbleiche statt normaler Vorausbildung aufgrund Zeitdruck	n = 3	5,8 %
Lagerkonzept					
Neue Lager (Masar, Kunduz) infrastrukturell, sicherheitstechnisch und hygienisch von Anfang an anders konzipiert als die ersten Lager	n = 14	26,9 %	Lager in Afghanistan: unsicher, taktisch ungünstige Lage	n = 17	32,7 %
			Lager auf dem Balkan: unsicher, taktisch ungünstige Lage	n = 21	40,4 %
Medizinisches Material					
Medizinische Ausrüstung ist hervorragend	n = 16	30,8 %	Relevantes medizinisches Material ist nicht bester Standard: Versorgungsengpässe bei Ersatzteillieferung entstehen, sind permanent funktionsuntüchtig, liegen nicht vollständig vor ⇒ Pfusch am Patienten	n = 19	36,5 %
Militärisches Material					
Militärisches Material (Schutzausrüstung, Fahrzeuge) war ausreichend zum sicher fühlen	n = 21	40,4 %	Militärische Ausstattung qualitativ und quantitativ unzureichend ⇒ nicht sicher gefühlt	n = 11	21,2 %
Absicherung					
Information über soziale Absicherung/Versicherung im Einsatz gut	n = 1	1,9 %	Schlechte Absicherung bei Verletzung/Tod im Einsatz	n = 5	9,6 %
			Zeitsoldaten schlechter abgesichert als Berufssoldaten: keine Aufklärung darüber, keine Hilfestellung	n = 6	11,5 %

3.1.3 Stressoren & Ressourcen

- Kodes 114 - Quotations 881 - Interviewpartner 52	- Kodes 108 - Quotations 1025 - Interviewpartner 52
Einbezogen werden alle negativen Einflüsse auf das psychische und physische Wohlbefinden im Einsatz.	Unterstützende Faktoren bei der Überwindung der Stressoren sind Teil dieser Kodefamilie.
Da Stressor oder Ressource personen- und/oder kontextabhängig ist, werden diese beiden Familien in einer Gegenüberstellung präsentiert.	

Tab. 6: Stressoren und Ressourcen stellen bereichsübergreifende, subjektiv gefärbte Faktoren dar.

Ressourcen	n	% von 52	Stressoren	n	% von 52
Professionelle Befriedigung					
Behandlung von Zivilisten erfüllt einen mit Stolz: persönlich gutes Gefühl, Dankbarkeit der Bevölkerung (keine Dienstleistung, sondern Wunder)	n = 16	30,8 %	Zivilisten, die im Lager medizinisch vorgestellt werden, sind nicht die Hilfsbedürftigen, sondern die, die politisch wie finanziell am meisten wiegen	n = 12	23,1 %
Konfrontation mit in BRD nicht mehr vorkommenden Krankheiten: fachlich spannend, herausfordernd, befriedigend (mit einfachsten Mitteln helfen)	n = 14	26,9 %	Humanitäre Hilfsleistung von Führung missbraucht, Helfersyndrom der zivilen Hilfskräfte ⇒ Sanität und die Truppe unter Druck	n = 7	13,5 %
Spektrum im Einsatz anders als bei Inlandstätigkeit: Alter (Kinderbehandlung) und Fachrichtung (letzte Instanz)	n = 14	26,9 %	Fehlende Langzeitbetreuung und geringe Patientenzahl lassen die Behandlung von Zivilisten nicht immer sinnvoll erscheinen	n = 12	23,1 %
Einsätze eignen sich zum Festigen der Fähigkeiten (mehr Zeit, Medizin ist Hilfe statt Dienstleistung)	n = 9	17,3 %	Als Assistent bringt die Einsatzfähigkeit keinen Fortschritt für die Fachweiterbildung	n = 8	15,4 %
Opferversorgung					
Opferversorgung nicht traumatisierend, eher Teil des Jobs und manchmal heiß ersehnt	n = 16	30,8 %	Involvierung in Unruhen/Opferversorgung ist traumatisierend in i.e. Form	n = 14	26,9 %
Hohlzeiten					
Einsatzalltag entspannend, raus aus Alltagstrott	n = 16	30,8 %	Zeitspannen, in denen nichts passiert, sind groß und unbefriedigend	n = 15	28,8 %
Rolle des Arztes im Einsatz: wenig fachliche/ militärische Herausforderung, einsatzbereit für den Notfall -> ist auch so gewollt und in Ordnung so	n = 22	42,3 %	Switchen zwischen verschiedenen Aktivierungszuständen sehr belastend (Leerlauf-Notfall) ⇒ Gefahr des Aktionismus	n = 4	7,7 %
Präsenz der Sanität bildet psychologisches Backup für die Truppe und die Nöte der Zivilbevölkerung	n = 2	3,8 %	Nichtstun im Inland vs. daheim ist Chaos (beruflich/privat) ⇒ Ohnmachtsgefühl	n = 10	19,2 %
Organisatorische Rahmenbedingungen					
Bürokratie im Einsatz rudimentär, sehr befriedigend (häufig neuere Einsatzorte)	n = 8	15,4 %	Bürokratie im Einsatz perfektioniert, Abenteuercharakter geht verloren, (ältere Einsatzorte)	n = 13	25 %

3.1.4 Ideologie

- Kodes: 109
- Quotations: 724
- Interviewpartner: 52

Codierte Textstellen, die sich mit den Beweggründen für die Verpflichtung und damit dem subjektiven Bezugsrahmen des einzelnen Sanitätsoffiziers beschäftigen, sind dieser Kodefamilie zugeordnet.

Tab. 7: Ideale mit Einfluss auf vergangene wie zukünftige Einstellungen und Entscheidungen

+	n	% 52	von	-	n	% 52	von
Verpflichtungsintention							
Finanzielle Unabhängigkeit als Selbständigkeit waren mit entscheidend für Berufswahl	n = 10	19,2 %		SanOA-Laufbahn finanziell motiviert, um überhaupt studieren zu können	n = 10	19,2 %	
Reiz der Kombination Arzt-Offizier war Grund für Berufswahl	n = 25	48,1 %		Entscheidung aus jugendlicher Unsicherheit getroffen	n = 3	5,8 %	
				BW als eine Möglichkeit, Studienplatz zu bekommen	n = 6	11,5 %	
				BW als eine Möglichkeit, sicheren Job zu bekommen	n = 4	7,7 %	
Hineingeschlittert in die BW überhaupt	n = 4	7,7 %		Weg in die BW über Wehrdienst/Vordienstzeit	n = 15	28,8 %	
				Soldaten oder Beamten in der Familie	n = 8	15,4 %	
Entwicklung zur Einsatzarmee							
Entwicklung zu Einsatzarmee prinzipiell interessant: außer- gewöhnliche Erfahrungen und Sinngebung	n = 25	48,1 %		Sinnhaftigkeit der neuen Einsätze nicht immer vorhanden, hätte damals beeinflusst, tut es auch jetzt	n = 9	17,3 %	
Der Afghanistan- Einsatz							
Afghanistaneinsatz sinnvoll (formal oder faktisch)	n = 7	13,5 %		Keine Identifikation mit Afghanistaneinsatz (formal oder faktisch)	n = 11	21,2 %	
Die Balkan- Einsätze							
Identifikation mit den Balkaneinsätzen (formal und faktisch)	n = 7	13,5 %		Keine Identifikation mit Balkaneinsätzen (Konzept oder Auftrag)	n = 3	5,8 %	
Identifikation mit dem formalen Auftrag der Balkaneinsätze	n = 4	7,7 %		Anfangs erfolgreiches Balkankonzept veränderungswürdig (Rückzug)	n = 14	26,9 %	
Die humanitären Einsätze							
Identifikation mit humanitären oder MedEvac-Einsätzen: sinnvoll, hochmotivierend, machbar!	n = 5	9,6 %					
Der Kongo- Einsatz							
				Keine Identifikation mit Kongoeinsatz unter vorliegenden Voraussetzungen	n = 6	11,5 %	
Hintergründe der Einsätze							
Mitgegangen (verpflichtet), mitgegangen (Pflicht zum Gehorsam) ⇒ moralische Rechtfertigung vor sich selbst möglich	n = 19	36,5 %		Klare weltpolitische Interessen als Einsatzgrundlage ⇒ BRD weder Mittel noch Erfahrung ⇒ Todesopfer für Macht und Wohlstand	n = 14	26,9 %	
BW als Instrument zur Durchsetzung weltpolitischer Interessen o. k., aber offenes Bekenntnis dazu: Berufsarmee!!	n = 6	11,5 %		Keine Identifikation mit einer Politik, die die BW instrumentalisiert ⇒ Missbrauch, Demotivation	n = 5	9,6 %	

3.1.5 Honorierung

- Kodes: 64
- Quotations: 433
- Interviewpartner: 52

Diese Familie umfasst alle Kodes, die sich mit dem Feedback von außen befassen, das die Sanitätsoffiziere für ihre Arbeit empfangen, und dessen Einfluss auf die Arbeitsmotivation.

Tab. 8: Die Honorierung stellt sich als eine stark vernachlässigte Ressource dar.

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Karriere					
Einsatzengagement führt zur beruflichen Förderung	n = 12	23,1 %	Einsatzengagement führt zu keiner beruflichen Förderung	n = 35	67,3 %
Einsatzengagement gehört zum Beruf, wer nicht teilnimmt, hat Nachteile	n = 23	44,2 %	Einsatzengagement führt zu Ausbildungsnachteilen	n = 10	19,2 %
			Einsätze müssen noch mehr mit Aufstieg verknüpft werden	n = 12	23,1 %
Finanzielle Anerkennung					
Einsatz finanziell ausreichend honoriert	n = 14	26,9 %	Auslandsverwendungszuschlag für Ärzte uninteressant: zivile Nebentätigkeiten im Inland sind um einiges lukrativer ⇒ finanzieller Verlust	n = 35	67,3 %
			Niedrige Entlohnung der Einsätze demotiviert vor und in den Einsätzen	n = 7	13,5 %
Ideelle Anerkennung					
Einsatzengagement muss von Bevölkerung mitgetragen und honoriert werden	n = 13	25 %	Einstellung/Kritik der Bevölkerung zu Einsätzen tangiert persönliche Einstellung nicht	n = 25	48,1 %
Bevölkerung darf Kritik an Einsätzen üben, findet persönlich ebenfalls statt	n = 9	17,3 %	Medien betreiben verantwortungslosen Journalismus: Hochpuschen zur Auflagensteigerung	n = 11	21,2 %
			Anreiz für den Einsatz: wenn nicht finanziell (unrealistisch!), dann ideell (z. B. für jeden Einsatztag einen Tag früher in Rente oder Karriereaufstieg)	n = 12	23,1 %
			Einsatz ist kein Urlaub, sondern mit großem inneren Stress verbunden ⇒ in einsatzbelasteten Abteilungen nichts besonderes, wird gering geschätzt ⇒ sehr unbefriedigend	n = 7	13,5 %
			Anerkennung für die Arbeit im Einsatz erhalten nur diejenigen mit den repräsentativsten Aufgabengebieten (Orden, Recreation Day)	n = 3	5,8 %
			Sonderurlaubsregelung für Dauerdienst im Einsatz sehr knitterig gehandhabt, unverständlich	n = 4	7,7 %

3.1.6 Perspektive

- Kodes: 59
- Quotations: 479
- Interviewpartner: 52

Alle Kodes mit Thematisierung der beruflichen wie persönlich-privaten Perspektive, gerade hinsichtlich der Risiken- (Verschärfung der Gefährdungslage) und Nutzenabwägung (finanzielle wie berufliche Honorierung) sind Bestandteil dieser Kodefamilie.

Tab. 9: Die Zukunft in der Bundeswehr mit Blick auf Einsätze, Karriere und familiäre Vereinbarkeit

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Hierarchisches System					
Mit gegangen (verpflichtet), mit gehen (Pflicht, Dinge mit zu tragen, hinter denen man nicht steht.) ⇒ moralische Rechtfertigung vor sich selbst möglich	n = 19	36,5 %	Klare weltpolitische Interessen sind Grundlage mancher Einsätze ⇒ BRD will mitspielen ohne Mittel und Erfahrung ⇒ Todesopfer für Macht und Wohlstand	n = 14	26,9 %
Jeder muss die Interventionen für sich selbst tragbar machen, als Arzt folgt man nur seinen Patienten (Soldaten)	n = 14	26,9 %	Einsätze sind Krieg, das muss jedem klar sein, also bekannt gemacht werden	n = 7	13,5 %
Legitim, dass die BW ein Instrument zur Durchsetzung weltpolitischer Interessen ist, es muss nur offen artikuliert werden: Berufsarmee!!	n = 6	11,5 %	Identifikation mit einer Politik, die die BW instrumentalisiert, nicht gegeben, man fühlt sich missbraucht: nachvollziehbarer humanistischer Sinn nötig, um diese Gefahren auf sich zu nehmen	n = 5	9,6 %
Einsatzmotivation					
Einsatzmotivation: Abstand von Alltagsproblemen (dienstlich, privat)	n = 4	7,7 %	Motivation in den Einsätzen: Überleben	n = 1	1,9 %
Einsatzmotivation: Erfahrungen im medizinisch-militärischen Bereich zu sammeln	n = 7	13,5 %	Sinnhaftigkeit der neuen Einsätze nicht immer vorhanden, hätte damalige Entscheidung beeinflusst und beeinflusst auch jetzige Entscheidung	n = 9	17,3 %
Motivation in den Einsätzen: Arbeit ordentlich verrichten, Völker verständigend eingreifen	n = 12	23,1 %	Berufswahl nicht weiter vertretbar aufgrund der Einsätze und mangelnder Perspektive	n = 7	13,5 %
Karriere vs. Sicherheit					
Entscheidung für die Bundeswehr damals/heute: soziale Sicherheit	n = 11	21,2 %	Karriere ab Facharzt unmöglich ⇒ Attraktivität sinkt	n = 10	19,2 %
Arbeitsmotivation nicht finanziell, sondern durch abwechslungsreichen Job, den man je nach Belastbarkeit verändern kann	n = 6	11,5 %	Arbeitsmotivation gedämpft durch Abbau des Faches oder schleppende Ausbildung	n = 3	5,8 %
Entscheidung für BS: Identifikation mit der Perspektive	n = 5	9,6 %			

3.1.7 Konsequenzen

- Kodes: 52
- Quotations: 392
- Interviewpartner: 52

Die Folgen, die sich aus dem intensiven Einsatzengagement für die Persönlichkeit des Individuums und dessen Umfeld ergeben, werden in dieser Kodefamilie behandelt.

Tab. 10: Die berufliche Beanspruchung und ihre Konsequenzen psychischer, physischer wie sozialer Natur

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Psychische Gefährdung					
Opferversorgung nicht traumatisierend, Teil des Jobs, heiß ersehnt	n = 16	30,8 %	Involvierung in Unruhen/ Opferversorgung ist traumatisierend in i.e. Form	n = 14	26,9 %
			Notfalldienst im Einsatz anders als daheim: Gefahr vor Augen, Opfer bekannt	n = 9	17,3 %
			Switchen zwischen verschiedenen Aktivierungszuständen sehr belastend (Leerlauf vs. Notfall)		
			Nichtstun im Inland vs. daheim ist Chaos(beruflich/privat) ⇒ Ohnmachtsgefühl		
Auslieferung verschiedener Belastungen, Arrangierung (Apathie/Humor/Optimismus)	n = 15	28,8 %	Belastungszyklus im Einsatz: Euphorie, Frustration, Ernüchterung, Zwischentief, Endspurt	n = 7	13,5 %
			Sport und Alkohol als Ventile von allen stark genutzt	n = 19	36,5 %
Physische Gefährdung					
Anschlägen/Unruhen persönlich noch nie unmittelbar ausgesetzt	n = 18	34,6 %	Anschlägen/Unruhen schon einmal unmittelbar ausgesetzt mit persönlichem Bedrohungsgefühl	n = 11	21,2 %
			Sicherheitslage angespannt: erhöhte Sicherheitsvorkehrungen, Bedrohungsgefühl	n = 35	67,3 %
Lageralarm/hohe militärische Aktivität/kritische Sicherheitslage: lockerer Umgang damit	n = 18	34,6 %	Lageralarm mit kritischer Sicherheitslage: persönliche Beunruhigung, Unwohlsein, Halten an die Anweisungen	n = 13	25 %
Unsicherheitsgefühl am Anfang am größten, verliert sich im Laufe der Zeit	n = 6	11,5 %	Unsicherheitsgefühl/ Belastung am größten in Afghanistan	n = 14	26,9 %
Gesundheitszustand im Einsatz gut	n = 26	50 %	Gesundheit in Einsätzen angeschlagen (Pneumonie, Gastroenteritis, Psychosen)	n = 9	17,3 %
Partnerschaft					
Trennung während des Einsatzes kann auch langjährige Partnerschaft auffrischen	n = 6	11,5 %	Auseinanderleben in der Partnerschaft kann Folge von vielen Einsätzen sein	n = 4	7,7 %
Belastung der Familie					
Alltagstätigkeit mit hoher Abwesenheit verbunden, Familie selbständig	n = 5	9,6 %	Familie so an Einsätze gewohnt, dass sie sich keine Sorgen mehr macht ⇒ verletzend	n = 2	3,8 %
			Heimkehrerproblematik besteht: Verschiedene Erlebnishorizonte, Rollenverlust	n = 8	15,4 %

3.1.8 Kooperation

- Kodes: 8
- Quotations: 252
- Interviewpartner: 52

Die Kodes beziehen sich auf die Zusammenarbeit des einzelnen Sanitätsoffiziers mit den verschiedenen bürokratischen Organisationen.

Tab. 11: Die Zusammenarbeit mit bundeswehreigenen, zivilen und einheimischen Institutionen

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Militärische Strukturen					
Bürokratie/Aufgabenspektrum in neuen Einsatzstandorten sehr rudimentär ⇒ befriedigend	n = 8	15,4 %	Bürokratie an altem Standort auf die Spitze getrieben ⇒ Abenteuercharakter verloren	n = 13	25 %
			Bürokratie bei humanitärem Hilfseinsatz zu hoch, Kapazität in Versorgung stecken!	n = 2	3,8 %
			Wege müssen kurz gehalten werden (bis jetzt nur inoffiziell)	n = 9	17,3 %
			Kommunikation zwischen Sanität und verschiedenen Stäben von gegenseitigem Unverständnis geprägt	n = 9	17,3 %
			Stabsriege blockiert klinische Medizin, Abläufe wie Opfer-evakuierung dadurch erschwert	n = 7	13,5 %
Ziviler Aufbau					
Kooperation mit zivilem Aufbaupersonal	n = 3	5,8 %	Kritisch gegenüber zivilen Hilfsorganisationen (viel Administration, wenig Output, konzeptloses Helfersyndrom)	n = 3	5,8 %
Kooperation mit lokalen medizinischen Einrichtungen	n = 22	42,3 %			
Internationaler Austausch					
Kontakt zu anderen Nationen vorhanden	n = 21	40,4 %			

3.1.9 Nivellierung

- Kodes: 32
- Quotations: 230
- Interviewpartner: 52

Diese Kodefamilie umfasst den großen Themenkomplex der „Gleichmacherei“ aller Soldaten durch die Bundeswehr in seiner polarisierenden Wirkung.

Tab. 12: Die Negierung von Unterschieden durch die Bundeswehr und deren Folgen

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Vorausbildung					
Einmalige Teilnahme an Vorausbildungen sinnvoll, mehr in Klinikalltag nicht vertretbar	n = 15	28,8 %	Vorausbildung sollte getrennt vorgenommen werden - je nach Aufgabengebiet im Einsatz	n = 9	17,3 %
Einsatzalltag					
Mit mehr Personen untergebracht; kein Problem	n = 28	53,8 %	Unterbringung im Einsatz dienstgrad- und altersunabhängig mit mehr Personen auf der Stube ⇒ problematisch	n = 10	19,2 %
Unterbringung für Offiziere in Ordnung	n = 16	30,8 %	Frage der Aufgabe im Einsatz: Massenunterbringung im Einsatz ist dienstlich nicht praktikabel bei 24 Std. Dienst	n = 7	13,5 %
Einzelunterbringung	n = 19	36,5 %	Gleichmacherei im Lagerleben bei Unterbringung und Betreuungseinrichtungen: Je älter, desto weniger akzeptabel (klare Altersabhängigkeit)	n = 11	21,2 %
			Rückzugsmöglichkeiten der Soldaten im Lager sehr wichtig: Rückzug in die Individualität; Rückzug zu seinesgleichen (Offzheim fehlt)	n = 29	55,8 %
Nachbereitung					
Nachbereitungsseminar gehalten, Einsätze zu verarbeiten	n = 4	7,7 %	Nachbereitungsseminare erfüllen nicht ihre Aufgabe: Trennung nach Dienstgradgruppen oder Aufgabebereichen nötig	n = 6	11,5 %
Bezahlung					
Für Unteroffiziere lohnen sich die Einsätze ⇒ anderes Grundgehalt	n = 14	26,9 %	Auslandsverwendungszuschlag für Ärzte uninteressant: Zivile Nebentätigkeiten im Inland sind um einiges lukrativer ⇒ finanzieller Verlust	n = 35	67,3 %

3.1.10 Output

- Kodes: 30
- Quotations: 286
- Interviewpartner: 52

Hierunter wird zusammengefasst, was die Arbeit in einer Einsatzarmee sowie die Auslandseinsätze an sich dem einzelnen Sanitätsoffizier an persönlichem Benefit ermöglichen.

Tab. 13: Berufliche wie persönliche Befriedigung durch Auslandseinsätze

+	n	% von 52	-	n	% von 52
Professionelle Befriedigung					
Behandlung von Zivilisten erfüllt einen mit Stolz: Persönlich gutes Gefühl, Dankbarkeit der Bevölkerung (Arzt kein Dienstleister, sondern Wunderheiler)	n = 16	30,8 %	Zivilisten, die im Lager medizinisch vorgestellt werden, sind nicht die Hilfsbedürftigen, sondern die, die politisch wie finanziell am meisten wiegen	n = 12	23,1 %
Konfrontation mit in BRD nicht mehr vorkommenden Krankheiten: Fachlich spannend, herausfordernd, befriedigend (mit einfachsten Mitteln helfen)	n = 14	26,9 %	Humanitäre Hilfsleistung missbraucht; Führung lässt einen im Stich; Helfersyndrom der zivilen Hilfskräfte ⇒ Sanität und die Truppe unter Druck	n = 7	13,5 %
Spektrum im Einsatz anders als bei Inlandstätigkeit: Alter (Kinderbehandlung) und Fachrichtung (letzte Instanz)	n = 14	26,9 %	Fehlende Langzeitbetreuung und geringe Patientenzahl lassen die Behandlung von Zivilisten nicht immer sinnvoll erscheinen	n = 12	23,1 %
Fachliche/ militärische Herausforderung					
Einsätze eignen sich zum Festigen der Fähigkeiten (mehr Zeit, Medizin ist Hilfe statt Dienstleistung)	n = 9	17,3 %	Als Assistent bringt die Einsatzstätigkeit keinen Fortschritt für die Fachweiterbildung	n = 8	15,4 %
Fachärzte: durch leitende Funktion und strenge Hierarchie größeren Entscheidungsspielraum als im Inland („letzte Wiese“)	n = 18	34,6 %	Fachärzte: keine größere Entscheidungskompetenz	n = 5	9,6 %
Opferversorgung					
Opferversorgung allgemein nicht traumatisierend, viel mehr Teil des Jobs und daher manchmal sogar heiß ersehnt	n = 16	30,8 %	Involvierung in Unruhen/ Opferversorgung ist traumatisierend in irgendeiner Form	n = 14	26,9 %
Opferversorgung allgemein: sehr motivierte und konzentrierte Arbeitsweise (Tunnelblick)	n = 9	17,3 %			

3.2 Von der Kodefamilie zur Hauptkategorie: zentrale Aussagen

Bei der Durchsicht der Kodefamilien fällt auf, dass sie sich von den textnahen Codes (siehe Anhang B) als eine erste Abstraktions- und Integrationsebene abheben, den Konzeptualisierungsprozess jedoch nicht abschließen. Dies liegt zum einen in der enormen Datenmenge begründet, deren Details bis zur höchsten Abstraktionsebene erhalten werden sollten; dies kann in einem solchen Umfang aus Gründen der Übersicht nur durch schrittweise Reduktion verwirklicht werden. Zudem verbietet die Aufgabenstellung - Katalogisierung im Sinne einer Hypothesengenerierung ohne vorgefertigtes Gedankenkonstrukt - eine solch eingeschränkte Sichtweise auf das Material. Somit stellen die Kodefamilien nach Reduktion und Paraphrasierung des Textmaterials durch die Codierung in 503 Codes einen notwendigen Zwischenschritt in der Kategorisierung dar, der allerdings die einzige Abstraktionsmöglichkeit im PC-Programm ATLAS.ti darstellt; der abschließende Schritt von 11 Kodefamilien zu 3 Hauptkategorien fand außerhalb des Programms statt und ergab themenübergreifende Prozesse mit höchster Relevanz für die befragten Sanitätsoffiziere (Abb. 10).

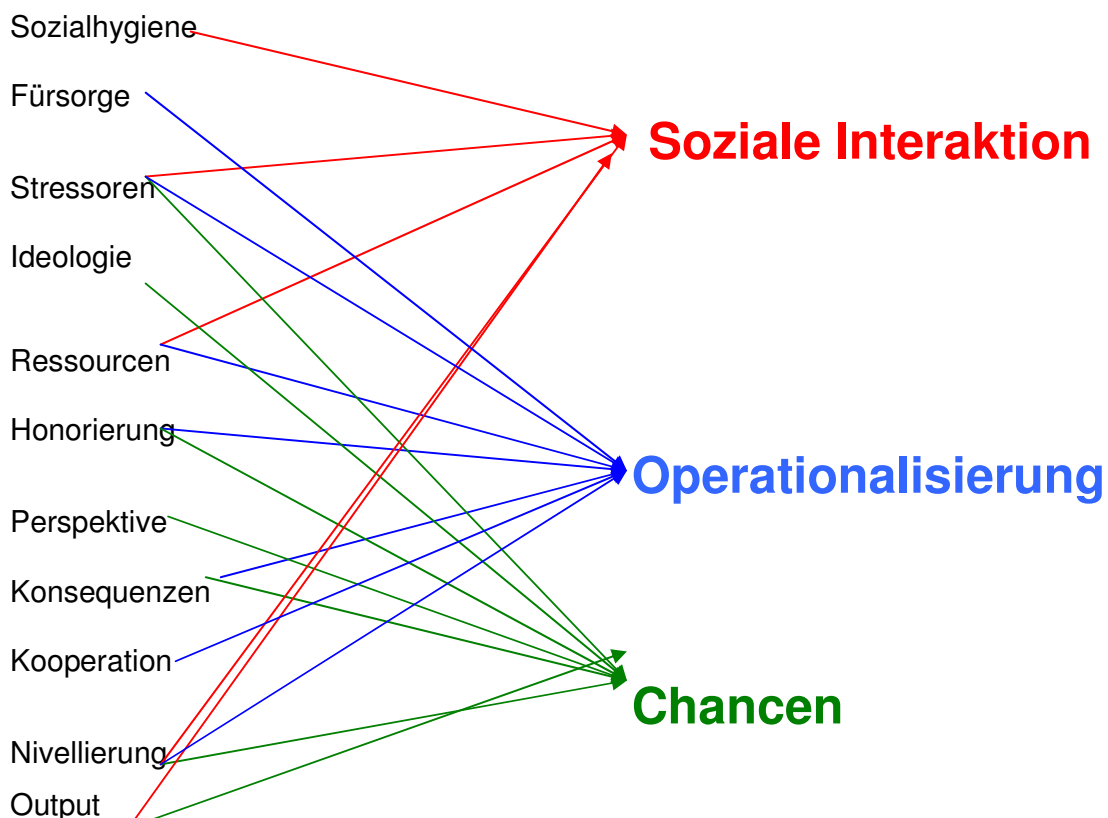


Abb. 10: Durch Reduktion, Integration und Abstraktion erstellte Hauptkategorien

3.2.1 Soziale Interaktion

Bei dieser Hauptkategorie richtet sich das Augenmerk auf die verschiedenen sozialen Parallelwelten, in denen der Sanitätsoffizier lebt und zwischen denen er situativ wechselt, jeweils im Kontext der Einsatzbelastungen und ihrer Stressoren und Ressourcen. Ziel dieser Analyse ist die Ursachenforschung für positive wie negative Dynamik im jeweiligen sozialen System – dies entfaltet sich in den Bereichen Persönlichkeit, Familien- und Bekanntschaftsverhältnisse im In- und Ausland bei den Befragten und deren Familien - und welche Konsequenzen aus dem Verhalten der Organisation „Bundeswehr“ als Arbeitgeber im jeweiligen sozialen System erkennbar sind. Damit soll auch der Frage nachgegangen werden, inwiefern ggf. Persönlichkeit oder Familie einen konstruktiven Umgang mit der *Einsatzarmee* chancenlos erscheinen lassen, oder wie die Bundeswehr regulierend oder verschärfend auf bestehende soziale Konflikte einwirkt.

3.2.2 Operationalisierung

Diese Hauptkategorie analysiert den Umsetzungsprozess des Einsatzauftrags, insbesondere auch den Aspekt der Menschenführung in der Bundeswehr unter den behindernden Rahmenbedingungen militärformalistischer Hierarchien und organisatorischer Zwänge.

3.2.3 Chancen

Unter der Begrifflichkeit „Chancen“ werden die Stressoren und Ressourcen identifiziert und analysiert, deren Ursprung in der Einschätzung der beruflichen Perspektiven der Sanitätsoffiziere zu finden ist; der Untersuchungsraum umfasst auch die Beobachtung und Wertung von Veränderungen der persönlichen Ideale, Zielsetzungen und Erwartungen zwischen Eintritts- und Interviewzeitpunkt. Hierbei stellen Sozialisation und Erziehung wichtige Vergleichsmomente dar, da sie Charakter und Ideal bildende Funktion besitzen und damit die Berufswahl wesentlich beeinflussen.

3.3 Die Ergebnisse im Detail

Die Ergebnisse hinter diesen 3 Hauptkategorien werden nun detailliert vorgestellt und in den Bedeutungszusammenhang eingeordnet.

3.3.1 Soziale Interaktion

Zunächst soll das soziale Leben eines Sanitätsoffiziers untersucht werden. Dieses gestalten hauptsächlich

1. der Arbeitsplatz (zum Interviewzeitpunkt das Bundeswehrkrankenhaus Ulm),
2. die Familie,
3. die Freunde.

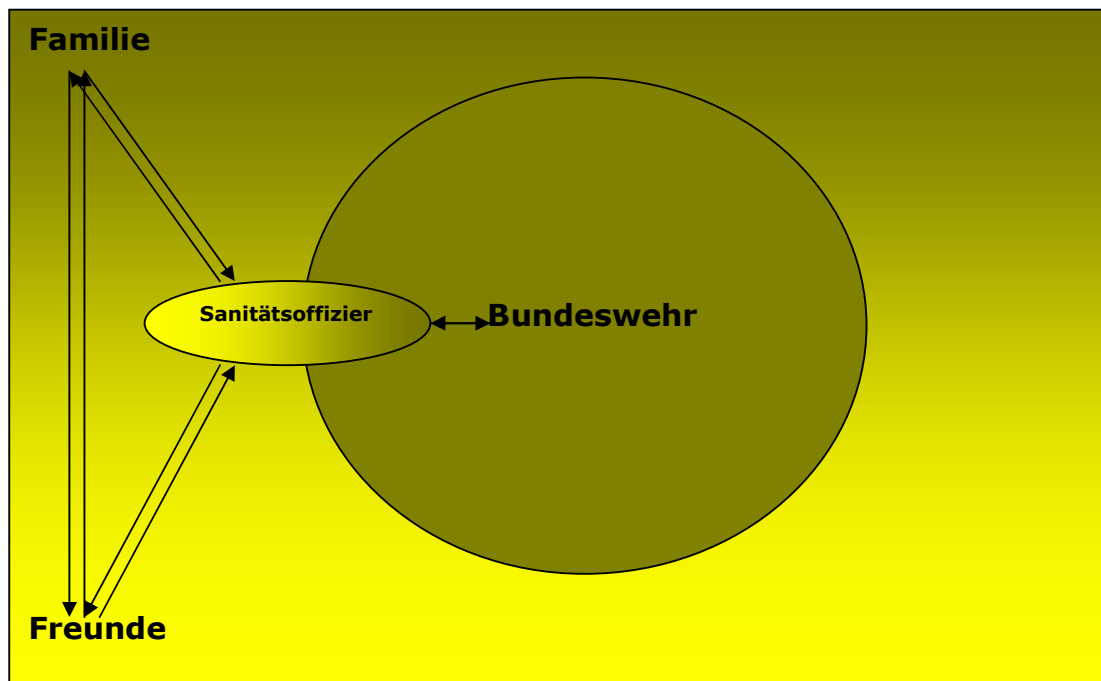


Abb. 11: Die „Sozialhygiene“ als Deskription sozialer Integration und Rollendefinition des Sanitätsoffiziers innerhalb der koexistierenden Systeme Bundeswehr, Familie und Freundeskreis.

Jedes dieser sozialen Systeme weist dem Sanitätsoffizier eine vom Inhalt und vom Status her jeweils andere Rolle zu, in die er situativ eintaucht – als Elternteil, Partner, Kamerad/Kollege oder als Arzt; ihre Koexistenz besteht auch im Einsatz. Die sozialen Systeme, Rollenstatus und Rollenerwartungen interagieren, sie prägen sich gegenseitig, gegebenenfalls konkurrieren sie auch. Die bundeswehrspezifischen sozialen Verhaltensweisen und Rollenidentitäten sind deshalb im Kontext von Sozialisation und Erziehung zu werten.

3.3.1.1 Die Bedeutung sozialen Backgrounds

Zunächst gilt es festzustellen, in welchen privaten Lebensverhältnissen sich die Sanitätsoffiziere befinden (Tab. 14).

Tab. 14: Die Erfassung des Familienstandes der Sanitätsoffiziere zum Interviewzeitpunkt. Die Daten der Gesamtbefragten stellen den Bezugspunkt dar und sind hervorgehoben.

	IP* (n=52)	AN* (n=10)	Ch* (n=17)	Orth* (n=3)	Uro* (n=3)	HNO* (n=3)	NCh* (n=1)	Derma* (n=1)	AUG* (n=2)	RAD* (n=2)	LAB* (n=1)	NuP* (n=1)	IN* (n=8)
Personalien													
mittleres Alter (in Jahren)	39	40	34	32	40	36	36	38	40	32	46	48	38
Geschlecht (M/W) in %	81/19	90/10	94/6	100/0	100/0	67/33	100/0	100/0	100/0	50/50	100/0	100/0	25/75
Familienstand in %													
- verheiratet, ältere Kinder	23	30	18	0	33	33	0	0	50	0	0	100	13
- verheiratet, junge Kinder	37	40	47	33	33	0	0	100	0	0	100	0	38
- verheiratet, keine Kinder	15	0	12	33	33	0	0	0	50	0	0	0	38
- unverheiratet, keine Kinder	25	30	18	33	0	67	100	0	0	100	0	0	13

* IP=Interviewpartner; AN=Anästhesie; Ch=Chirurgie; Orth=Orthopädie; Uro=Urologie; HNO=Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde; NCh=Neurochirurgie; Derma=Dermatologie; AUG=Augenheilkunde; RAD=Radiologie; LAB=Labormedizin; NuP=Neurologie und Psychiatrie; IN=Innere Medizin

Die beiden erst genannten Merkmale – Alter und Geschlecht – stellen die Stichprobe als eine ausgesprochen junge Männergruppe dar, unter die sich nur vereinzelt Frauen und Ältere gesellen. Die Ursachenforschung darüber erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt.

Dieses Wissen kann jedoch bei der Interpretation der folgenden Aussagen über den Familienstand der Teilnehmer hilfreich sein. Mit **75 %** ist der Großteil der Sanitätsoffiziere verheiratet, über die Hälfte hat Kinder (**59,6 %**), meist noch jüngeren Alters. Direkt nach der Gruppe der verheirateten jungen Eltern folgt diejenige der Unverheirateten (ledig/geschieden); von den 13 unverheirateten Interviewpartnern waren 2 Teilnehmer geschieden, davon einer ein Elternteil und 11 Sanitätsoffiziere fest liiert - ledige Väter oder Mütter gab es in der Stichprobe nicht. Auf die Gruppe der Unverheirateten muss daher besonderes Augenmerk gelegt werden, um die Vereinbarkeit von Einsatzarmee und Partnerschaft zu prüfen (Abb. 12).

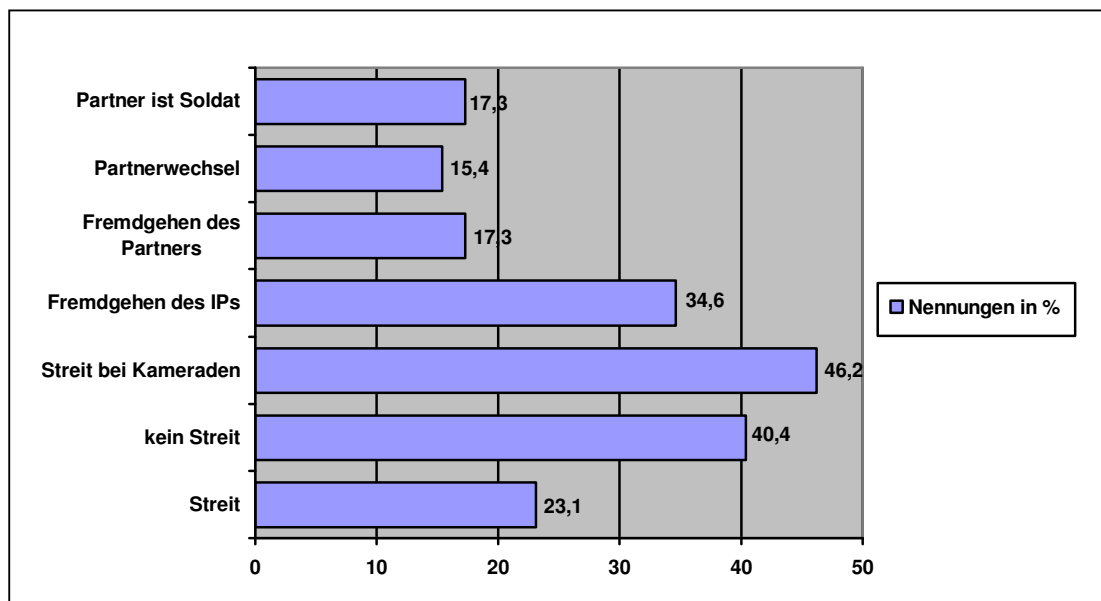


Abb. 12: Die Visualisierung des Konfliktfeldes „Partnerschaft“ der befragten Sanitätsoffiziere im Hinblick auf die Auslandseinsätze (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Die Intimität dieses Themenbereichs erschwert dessen Analyse, die über die Ergebnisdarstellung hinaus erläutert werden muss. Grundsätzlich scheint ein ähnliches soziales Umfeld beider Partner (d. h. militärische Strukturen) eine wichtige Voraussetzung für die psychische Gesundheit des Sanitätsoffiziers im Einsatz darzustellen; diejenigen mit einem Partnerwechsel zwischen den Einsätzen erinnern sich zur Hälfte an Konflikte innerhalb der eigenen Partnerschaft während oder aufgrund des Einsatzes („Streit“), weshalb ebenso viele den Wechsel zu ei-

nem Sanitätsoffizier als Partner aufgrund des entgegengebrachten Verständnisses für den eigenen Beruf angeben.

Wendet man sich den Befragten ohne partnerschaftliche Konflikte während oder aufgrund der Einsätze zu, konnten sie solche Partnerkonflikte aber zu **80 %** bei Kameraden beobachteten („*Streit bei Kameraden*“). Die Frage nach Fremdbeobachtung wurde derjenigen nach persönlichen Erfahrungen direkt nachgeschaltet, um denjenigen, die solch intime Informationen über ihr Privatleben nicht unmittelbar preisgeben wollten, die Möglichkeit zu geben, sich zur Beziehungsproblematik durch Projektion eigener Erlebnisse auf Dritte zu äußern.

Die Problematik des Fremdgehens scheint unter den Sanitätsoffizieren vor allem auf Seiten des Partners zu Hause zu bestehen („*Fremdgehen bei Partner*“) – von denjenigen, die dies bezeugten, betonten knapp **90 %** ihre eigene Abneigung gegenüber Fremdgehen im Einsatz („*kein Fremdgehen*“).

Vergleicht man vor diesem Hintergrund den Familienstand von Sanitätsoffizieren mit dem der „zivilen“ deutschen Bevölkerung (Statista 2008) mit demselben Durchschnittsalter (Altersgruppe 30-40 Jahre), so fallen einige Differenzen auf (Abb. 13).

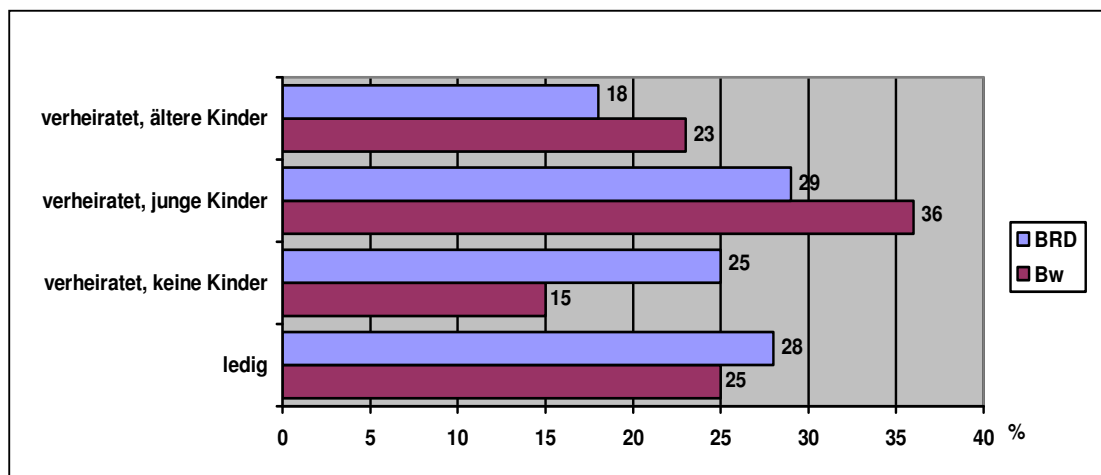


Abb. 13: Der Familienstand der interviewten Sanitätsoffiziere („Bw“) im bundesdeutschen Vergleich („BRD“) mit der entsprechenden Altersgruppe (30-40 Jahre)

Unter der Gruppe der Ledigen besteht nur ein marginaler Unterschied zwischen dem gesamtdeutschen und dem Schnitt der Sanitätsoffiziere. Allerdings muss der im Vergleich mit den anderen Gruppen sehr hohe Anteil unverheirateter Soldaten relativiert werden: wie bereits erwähnt, lebten **85 %** der Unverheirateten in einer festen Partnerschaft. Der hohe Anteil der Unverheirateten ist also nicht Ausdruck einer Vernachlässigung sozialer Beziehungen aufgrund eines Berufs, der längerfristige Bindungen unmöglich macht; vielmehr zeigt der hohe Anteil fester Partnerschaften die Bindungsbereitschaft der Sanitätsoffiziere. In der Vergleichsgruppe lebte nur knapp 1/3 in einer Partnerschaft.

Der geringere Anteil an verheirateten kinderlosen Paaren unter Sanitätsoffizieren passt in dieses Bild angesichts der Tatsache, dass sie - in fester Partnerschaft lebend – diese regelmäßig zur Familiengründung gesetzlich geltend machen. Die Unterschiede zwischen Sanitätsoffizieren und der bundesdeutschen Bevölkerung im Altersbereich von 30 bis 40 Jahren bestehen demnach in der Bindungsbereitschaft der Soldaten, die seltener allein stehend, dafür häufiger ledig sind, aber in fester Partnerschaft leben, und in der Bereitschaft zur Familiengründung, die unter den Sanitätsoffizieren nach Eheschließung deutlich stärker vorhanden ist. Eine Ursache hierfür wird in Abbildung 14 genannt.

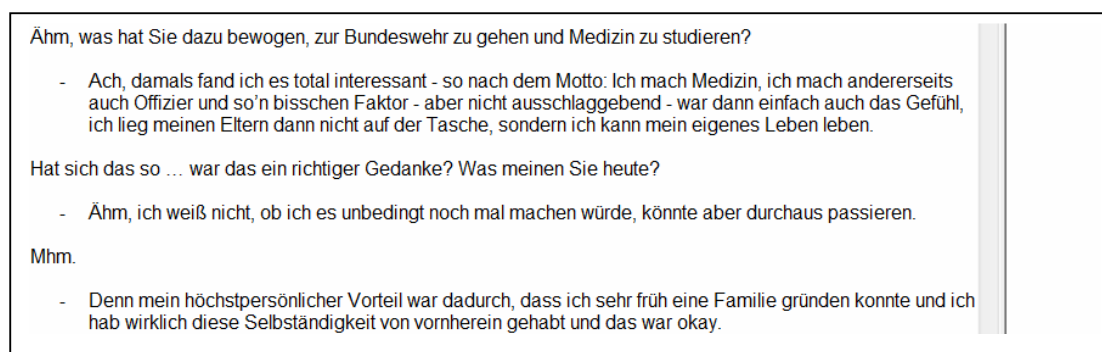


Abb. 14: Finanzielle Unabhängigkeit als Chance der Sanitätsoffiziere für eine frühzeitige Familiengründung (Interviewausschnitt)

Die frühe finanzielle Selbständigkeit wie auch die räumliche Trennung nimmt der „Urfamilie“ – Vater und Mutter – ihren Einfluss (s. Abb. 15).

Mhm. Gab es denn in Ihrer Familie wegen dem Einsatz schon Konflikte? Also zum Beispiel, dass Sie in bestimmten Situationen nicht da sein konnten oder die Bundeswehr durch ihre Bürokratie bestimmte Kontakte nicht herstellen konnte?

- Nö.

Gar nichts? Also das hat gut geklappt?

- Das hat eigentlich immer gut geklappt, das konnten wir vorbereiten, und wie gesagt, meine Kinder waren in einem Alter, wo da keine problematischen, schwierigen Entscheidungen anfielen, da ist meine Frau auch...muss man sagen sehr bestimmend da und kommt mit der Situation auch sehr gut zurecht, sodass sie da also nicht so viel Hilfe brauchte, wir sind eigentlich schon immer ohne Hilfe der Eltern aufgewachsen, ohne ihre und ohne meine, wir waren schon immer sehr früh sehr eigenständig, weil Schwiegervater/Schwiegermutter sind sehr früh gestorben beziehungsweise Schwiegermutter hatten wir 10 Jahre noch bei uns gepflegt, zu den Kindern dazu, und meine Eltern sind sehr früh gestorben und sind auch 600km weg gewesen, sodass man also sofort mit der Heirat, und das war ja schon mit 21 Jahren den Kontakt mit den Eltern gar nicht mehr so hatte. Wir waren also schon immer darauf angewiesen, selbst die Dinge zu regeln und zu machen. Und das gab eigentlich kein Problem.

Abb. 15: Frühe finanzielle Eigenständigkeit und frühe Familiengründung beschleunigen die Loslösung vom Elternhaus (Interviewausschnitt).

Frühe Selbständigkeit der jungen Familie birgt zum einen die Chance, den familiären Alltag schon vor den Auslandseinsätzen so eingespielt zu haben, dass währenddessen der Wegfall eines Partners überbrückt werden kann. Sollte dieser Zustand die Daheimgebliebenen aber zur Inanspruchnahme von externer Hilfe zwingen, so wird diese eher im Freundes- als im Verwandtenkreis gesucht – oder beim Arbeitgeber, der Bundeswehr (Kap. 3.3.1.1.3).

3.3.1.1.1 Rolle als Ehemann/Ehefrau und Versorger/-In

Die Rolle der Sanitätsoffiziere hängt zunächst von der jeweiligen Lebensphase ab. Der allein stehende Sanitätsoffizier bestreitet die für die Auslandseinsätze unkomplizierteste Lebensform (Abb. 16), da außerhalb der Urfamilie, gegenüber der die Verantwortlichkeit als „Kind“ eingeschränkt wahrgenommen wird, keine soziale Verpflichtung besteht; allerdings fällt der hohe Stellenwert des Freundeskreises als Familienersatz auf (s. Kapitel 3.4.1.1.3).

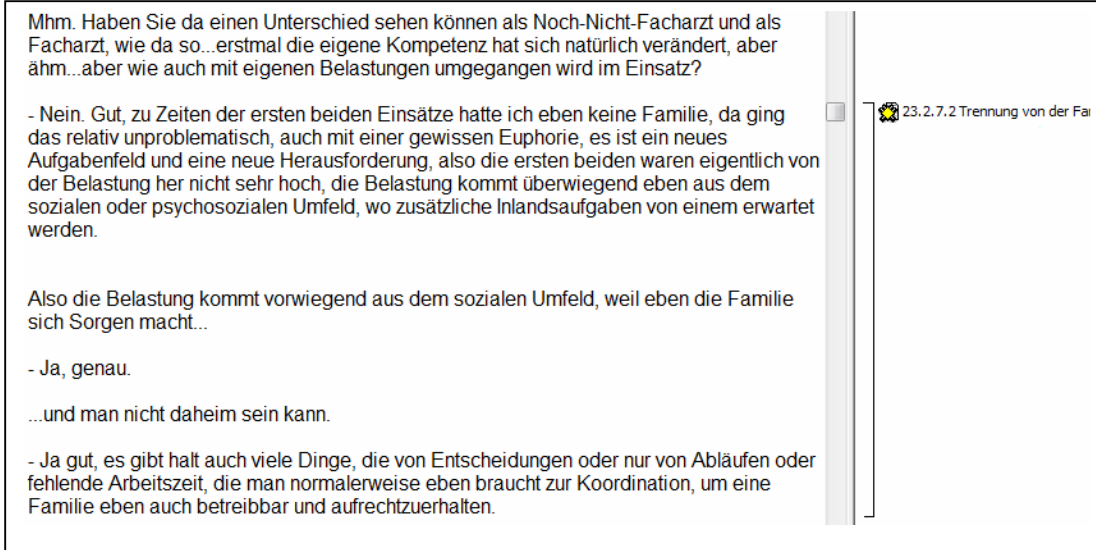


Abb. 16: Mit der Familie halten Belastungen Einzug in das „Abenteuer“ Einsatz (Interviewausschnitt).

Die Familie als Belastungsfaktor während des Einsatzes scheint auf den ersten Blick im Widerspruch zur bereits erwähnten Bereitschaft zur partnerschaftlichen Bindung und Familiengründung der Sanitätsoffiziere zu stehen. Den Eindruck, Beziehungen bzw. Familien erhöhten per se den Einsatzstress, bestätigen **25 % (n = 13 von 52)** der Interviewpartner, die die Trennung von der Familie als Hauptbelastungsmoment angaben. Dies spiegelt sich auch im Codesystem wieder: während die Schilderungen über familienbedingte Stressoren 19 Codes hervorbrachten, findet man nur 12 Codes, aus denen die Familie als Ressource für den Einsatzleistenden hervorgeht.

Die Bemühungen seitens der Sanitätsoffiziere um emotionale Schadensbegrenzung innerhalb der Familie werden fast ebenso oft als Stressor genannt wie belastende Aspekte der familiären Bindung im Einsatz – Ressourcen durch die Familie werden überhaupt nicht erwähnt. In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, dass Partnerschaft und Familiengründung teilweise bereits vor dem ersten Einsatz bestehen; bei einer solchen Kollision von Privatleben und Beruf greift bei einigen wenigen der Idealismus, der ursprünglich hinter ihrer Verpflichtung stand (Abb. 17).

Und das war dann eine Frage der Konsequenz, man kann natürlich nur die Rosinen wollen, und den Rest ablehnen, das ist die eine Geschichte, und das andere Stehen zur Bundeswehr ist nur ein Teil des ganzen. Ich fühle mich als kleines Wassertröpfchen im geschichtlichen Strom, den wir miterleben. Und mein Land hat mir so viel gegeben, dass ich denke, dass ich meinem Land oder den Menschen, die in diesem Land leben, oder der Gesellschaft, wie immer Sie das nennen, auch was zurückgeben sollte, zumal ich körperlich, geistig und so weiter dazu in der Lage bin. Das macht sich kein Mensch bewusst, ich bin, genauso wie Sie, im kontinuierlichen tiefen Frieden ohne äußerliche Bedrohung aufgewachsen. Ohne materielle Not. Ich konnte meine Kinder in eine sichere Welt setzen, ich konnte meine ganze Ausbildung machen und ich kann das heute weitergeben. Schauen Sie doch mal durch die Welt, in wie vielen Ländern das geht!

Mhm, ja.

- Und das ist so ein Gesamtpaket.

Abb. 17: Idealismus als Ressource in der Sanitätsoffizierslaufbahn (Interviewausschnitt)

Inwieweit die Familie daheim allein zurecht kommt, hängt maßgeblich von der Rollenaufteilung im Alltag ab; sind die Bereiche Haushalt und Job strikt getrennt und jeder für einen zuständig – der Sanitätsoffizier zwangsläufig für den Job, unabhängig vom Geschlecht –, besteht während des Auslandseinsatzes keine Veränderung des Status quo, da der häusliche Bereich dem Partner überlassen bleibt.

Besteht allerdings eine Aufteilung der häuslichen Pflichten auf beide Partner – zum Beispiel aufgrund beidseitiger Berufstätigkeit –, muss während des Einsatzes der zurückgebliebene Partner den gesamten häuslichen Bereich übernehmen, gegebenenfalls also zusätzlich zu seiner Berufstätigkeit.

Betrachtet man die durchschnittlichen Gegebenheiten unserer Studie, so ist der Großteil der Lebens- oder Ehepartner weiblich und kein Soldat; dass damit keine Garantie für ganztägliche Rundum-Betreuung für Kinder, Haushalt und Verwaltungsgeschäfte verbunden ist, zeigt die Entwicklung von Erwerbstätigkeit innerhalb moderner Partnerschaften (Abb. 18).

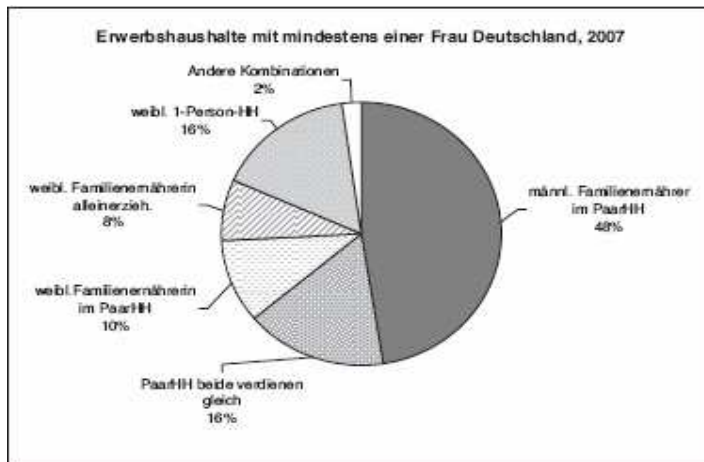


Abb. 18: Verteilung der Erwerbstätigkeit auf die Geschlechter in der Bundesrepublik (Quelle: SOEP 2009).

Ist der Partner männlich oder ebenfalls SoldatIn, vereinfacht dies die Situation der Arbeitsteilung nicht; vielmehr ist der Mann häufig immer noch und der Soldat aufgrund seiner Verpflichtung und nur wenigen Teilzeitstellen notwendigerweise FamilienernährerIn. Diese zunehmende Gleichberechtigung in der Berufsentwicklung beider Partner führt zu Engpässen während der Auslandseinsätze, wie sie in Abb. 16 beschrieben werden. Diese Problematik sehen **36,5 % (n = 19 von 52)** der Interviewpartner; sie verweisen in diesem Zusammenhang aber auch auf die ausgesprochene Selbständigkeit des Partners (Abb. 19).

Und für Ihre Frau?

- Mm...für die ist es eigentlich kein Problem, ich hab das Glück, eine relativ selbständige Frau zu haben, die nimmt's wie's kommt. Die ist selbständig.
Also da gibt's keine Diskussionen, warum Sie jetzt in den Einsatz müssen?

- Ne. Ne.

23.2.5.1.2 Keir

Abb. 19: Flexibilität des daheim gebliebenen Partners als Ressource für die Soldaten im Einsatz (Interviewausschnitt)

Unabhängig von der Rollenverteilung besitzt jeder Sanitätsoffizier seine intrafamiliäre Identität, die sich konkret im Verrichten bestimmter Aufgaben niederschlägt. In demselben Maße aber, wie ein selbständiger Partner während des Einsatzes Aufgaben des Abwesenden übernimmt und dadurch für Beruhigung sorgt, nimmt

er dem Heimkehrer seine Rolle bzw. entwertet sie. Je nach Krisenmanagement innerhalb der Familie besteht darin eine Chance oder ein Risiko (Abb. 20).

- Schwierig war's mit kleinen Kindern. Und zwar wegen der Länge des Einsatzes. Und natürlich auch wegen der Trennung und weil man selber auch jünger ist und auch daran knabbert, dass man 2 kleine Kinder daheim hat und die Frau mit dieser Situation auch noch nicht zurecht kommt. Ja. - Weil's neu ist, sie ist ja allein auf einmal. Alleinerziehende Mutter ein halbes Jahr lang, ist so. Muss alles allein machen daheim. Man hatte immer das Gefühl, sie kriegt es nicht geregelt, weil man ja bestimmte Arbeitsteiligkeit daheim hat, und wenn man halt immer bestimmte Sachen macht, und der andere macht's nie, dann hat man halt das Gefühl: O Gott, o Gott, das muss ich jetzt auch noch machen, hoffentlich bring ich das auf die Reihe. Hat auch Sprengpotential. Ist nicht ganz ohne. Nach dem Motto: Das kann ich doch. Ja? Dann kommt man heim, dann hat alles funktioniert. Und dann wundert man sich, wieso alles funktioniert hat, und man ist besonders wichtig und dann kriegt man eine drübergezogen nach dem Motto: Spiel dich nicht so auf, ich hab es das ganze letzte halbe Jahr auch gemacht. Ist schwierig. Das ist aber im Lauf der Zeit nicht mehr das Problem. Das Problem ist im Laufe der Zeit, dass sich diese Beziehung natürlich parallel...parallelisiert. Das ist so. Es wird einem dann auch nicht mehr vorgeworfen, dass man in den Auslandseinsatz geht, sondern nach dem Motto: Naja, du bist ja heuer schon wieder weg. Wann gehst du denn das nächste Mal? Also das ist so ein gewisser...das ist eine Selbstverständlichkeit, die da reinkommt, die einem nicht vorgeworfen wird, die aber unterschwellig schon impliziert, naja, jetzt macht man sich ja mal wieder aus dem Staub und muss mal wieder für 6 Wochen in den Urlaub, weil das realisiert der Partner sehr schnell, dass das sehr entspannend für einen ist so nach dem Motto: Ich hab die ganze Arbeit daheim.	☀ 23.2.1 Einsatz und Partnerschaft: Gr ☀ 23.3.1 Hauptbelasteter ist der P ☀ 12.1.3 Heimkehrerproblematik be ☀ 23.2.7.1.2 Auseinanderleben
---	--

Abb. 20: Die Heimkehrerproblematik (Interviewausschnitt)

Auch die Problematik des konträren Erlebnishorizontes zwischen der Familie, die den Alltag meistert, und dem Sanitätsoffizier, der mit Elend und Gewalt konfrontiert wird, stellt einen hohen Anspruch an einen glaubwürdigen Rollenwechsel zwischen Arzt, Soldat und Familienmitglied (Abb. 21).

- ...ähm...da ist. Zumal ja auch, wie gesagt, was auch häufig diskutiert wird, einfach der Erlebnishorizont, den die beiden Menschen, die für eine lange Zeit auseinanderdivergieren, einfach deutlich anders wird. Während man sich hier immer noch streitet, ob die... ob der Friseur jetzt einen Zentimeter zuviel abgeschnitten hat, und da unten sozusagen man sieht, dass schwerstverbrannte Kinder auf der Straße einfach verrecken, weil sie keiner behandelt, dann sind das einfach 2 Erlebniswelten, das würde ich hier nie erleben, ja, und dann divergieren natürlich einfach diese 2 Erlebniswelten auseinander. Gibt es dann nach Ihrer Rückkunft auch Probleme mit der Familie, dass man äh... - ...nein. Keine? - Das ist sicherlich der Vorteil, dass die Einsätze jetzt nicht ewig, nicht so lang waren, was sicherlich bei 6 Monaten oder längeren Einsätzen eine noch größere Rolle spielt, als wenn es jetzt mal eben nur 10, 12 Wochen sind.	☀ 23.2.7.1.2 Auseinanderleben ☀ 23.1.1 Einsatz und ☀ 23.1.2 Je größer di
---	--

Abb. 21: Verschiedene Erlebnishorizonte der Ehe-/Beziehungspartner während des Einsatzes (Interviewausschnitt)

Erwartungsgemäß gelingt dies nicht immer und lässt gegenseitige Honorierung vermissen: Der Kriegsheimkehrer wird seines Nimbus des Heroischen beraubt, während er gleichzeitig die Leistung des daheim gebliebenen Partners auch nicht würdigt.

Einige Besonderheiten gilt es bei weiblichen Sanitätsoffizieren zu beachten. Da es in diesem Fall eine klassische Rollenaufteilung nie geben kann, innerhalb derer allein die Kriegsteilnahme einer Frau unmöglich wäre, findet hier neben einer gleichberechtigten Partnerschaft im Alltag bezüglich des militärischen Parts ein Rollentausch statt. Dieser stellt an beide Seiten hohe Anforderungen: Die Frau muss bereit sein, traditional geprägte Verantwortungsbereiche wie Kindererziehung für die Zeit des Auslandseinsatzes völlig aus den Händen zu geben, während der Mann zu dem, dass er eine für ihn schutzbedürftige Person in Krisengebiete ziehen lassen muss, für Bereiche verantwortlich ist, die klassischerweise im weiblichen Zuständigkeitsbereich liegen und deren Übernahme durch Männer auch heute noch nicht etabliert ist. Die Bundeswehr zeigt sich diesem ungewohnten Rollenstatus gegenüber wenig sensibel und verschärft eher noch die Situation für den männlichen Partner (Abb. 22).

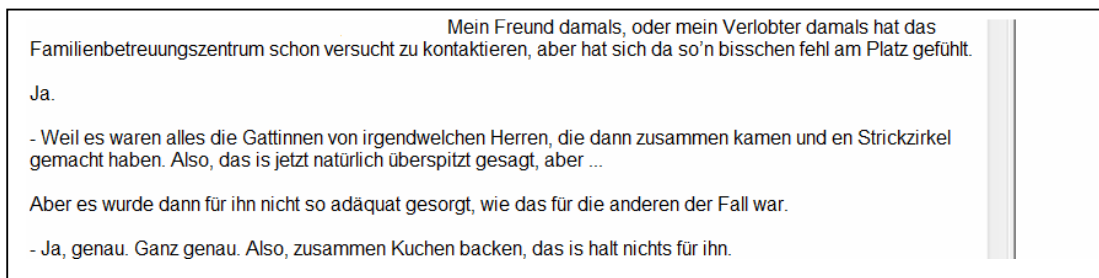


Abb. 22: Der traditionelle Familienentwurf der Bundeswehr (Interviewausschnitt)

3.3.1.1.2 Rolle als Elternteil

Wie bereits im vergangenen Kapitel erwähnt, besteht unter den Sanitätsoffizieren eine besondere Bereitschaft zur Familiengründung; im Schnitt haben die interviewten Sanitätsoffiziere, sofern sie Eltern sind, 2 Kinder (Abb. 23).

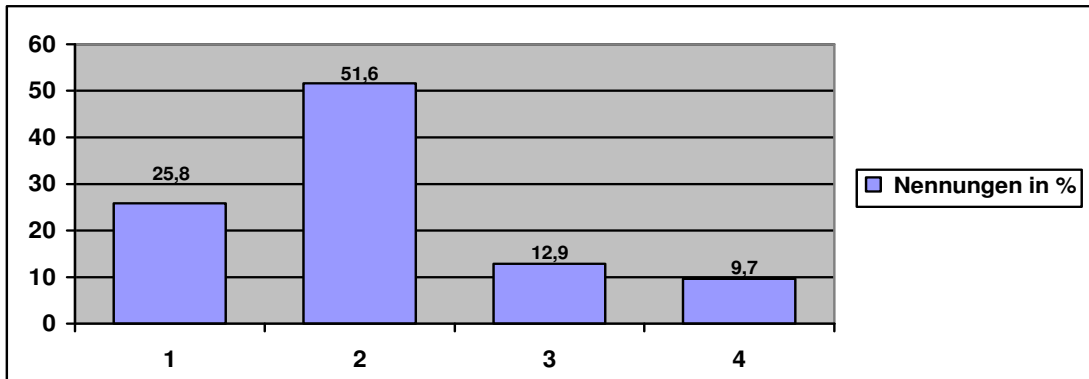


Abb. 23: Durchschnittliche Kinderzahl der Interviewpartner (ohne die kinderlosen; 100 % = 52 Interviewpartner)

Die Tatsache, dass knapp **60 %** der Interviewten Kinder haben, lässt die Untersuchung der Rolle des Sanitätsoffiziers als Elternteil, die Reaktion kleiner Kinder auf seine Abwesenheit und die daraus resultierenden Belastungen oder Ressourcen sinnvoll erscheinen (Abb. 24, 25).

Ähm... das mit dem Umfeld hat mich sehr belastet.
Die Kinder haben wirklich schwierig reagiert, mein Sohn hat, als ich in den ersten Einsatz gegangen bin, wirklich geheult wie ein Schlosshund.

Abb. 24: Belastung „Einsatz“ durch Verarbeitungsschwierigkeiten der Kinder (Interviewausschnitt)

könnte mir vorstellen, dass man ab einem gewissen Alter, vor allem, wenn die Kinder dann größer sind, dass es einfacher ist, also von daher hatte ich Glück, ich glaub diejenigen, wo die Kinder klein sind, die trifft es wirklich hart. Wirklich härter, auch bei den Ärzten, bei den anderen auch, aber auch bei den Ärzten, meine Kinder waren immer schon relativ groß, 2000 waren sie 12 und 10 und die Kinder fanden das immer ganz toll, dass ich da weg bin, also das, was sie mir gesagt habe, sie waren stolz, dass der Papa da im Einsatz ist, mein Sohn wollte mich mal begleiten...

Och....echt? Ah...

- Ob ich keinen brauchen könnte, der mir die Kleider herrichtet oder mein Adjutant oder so,

Abb. 25: Honorierung des Einsatzengagements durch positive Verarbeitung der Kinder (Interviewausschnitt)

Die o. g. Beispiele demonstrieren den Einfluss des familiären Stimmungsbildes auf die Motivation gegenüber den Einsätzen; das Gefühl, für einen humanitären Auf-

trag an fremden Menschen die nächsten Angehörigen im Stich gelassen zu haben, wird der Erfüllung dieses Auftrags nicht zuträglich sein (Abb. 26).

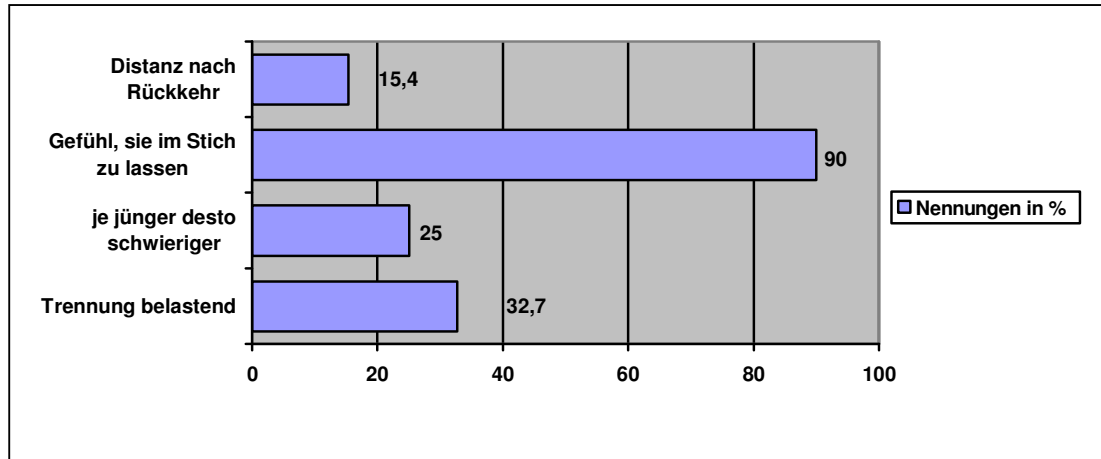


Abb. 26: Belastungsquelle „Kind“ während der Einsätze (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Ebenso, wie eine noch junge Familie i. d. R. zu verstärkter Belastung führt, können ein erfahrener Partner und größere Kinder für Unterstützung der eigenen Motivation und Honorierung sorgen. Mit der Gewöhnung der Familie an die Ausnahme-situation geht ein Rollenverlust des Einsatz übenden Sanitätsoffiziers einher: Der Heimkehrer wird damit konfrontiert, wie sich der soziale Mikrokosmos Familie neu formiert hat, was ein hohes Konfliktpotential birgt. Dieses Phänomen gilt geschlechtsübergreifend für alle Heimkehrer und deren Familien (Abb. 27, 28).

ist eigentlich ein Papa-Kind, das heißt, wenn ihn einer ins Bett bringt, dann bin ich's. Und wenn ihm jemand eine Geschichte vorliest abends bin's auch ich. Aber nach einem halben Jahr Abwesenheit war's eben dann die Mama. Und dann wollte er von mir erstmal gar nichts mehr wissen. Wobei sich das mittlerweile auch wieder eingespielt hat. Damit kommt er jetzt mittlerweile auch besser zurecht, er ist ja jetzt auch größer, und wenn man ihm jetzt vorher sagt, der Papa ist jetzt ein paar Wochen nicht da, dann ist das für ihn okay. Der verhält sich hinterher auch nicht anders, als es vorher war.

Abb. 27: Temporärer Rollenverlust des Sanitätsoffiziers als Vater während des Einsatzzeitraums (Interviewausschnitt)

- Aber es hat sich nicht grob was verändert. Das Einzige, was ich dann auch bemerkte, war, die Kleine hat natürlich als erstes „Papa“ gerufen und nicht „Mama“.

Ja.

- Das hat sich aber gleich wieder geändert, nachdem ich da war, hat sich das wieder umgeschwitten. Man hat... für ihn war es ein Gewinn, auch schön, dass er auch mit der Kleinen noch näher zusammengekommen ist. Mamas haben immer einen Vorteil, und er hatte dadurch eher den Nachteil, und dadurch hat er dann mehr gewonnen, und das fand ich sehr schön. Und zum Anderen muss ich sagen, dadurch, dass wir das hatten, und diese

Abb. 28: Die Trennung von der Mutter während des Auslandsaufenthaltes als Chance für die Familie (Interviewausschnitt)

3.3.1.1.3 Die Bedeutung des Bekanntenkreises

Die Bedeutung von Freunden und Bekannten scheint rein quantitativ nach Nennungen gering, im Moment des Auslandseinsatzes punktuell jedoch sehr groß zu sein (Abb. 29).

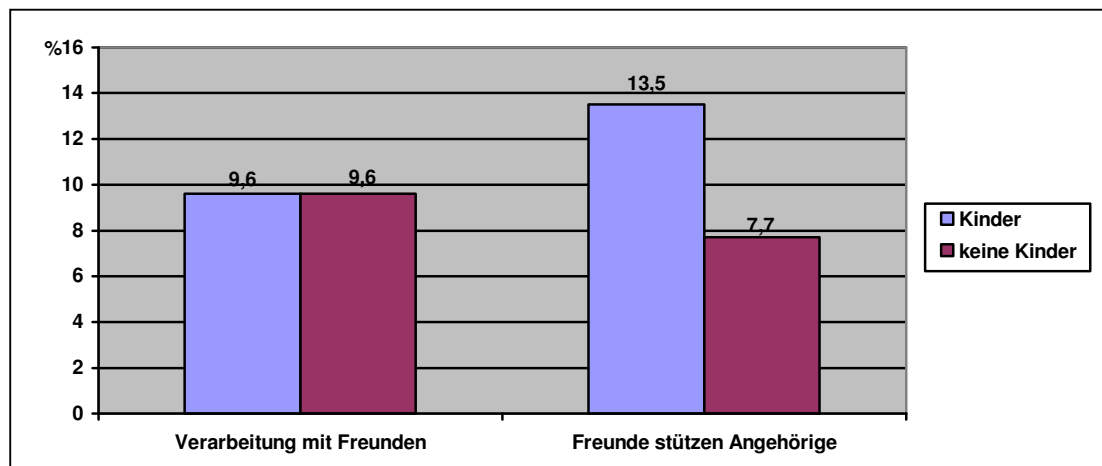


Abb. 29: Die Rolle des Freundeskreises als emotionale Stütze für Sanitätsoffiziere und ihre Familien in Abhängigkeit von den persönlichen Lebensverhältnissen (Anzahl der Nennungen in %, 100 % = 52 Interviewpartner, Differenz von 100 % = keine Aussage)

Die Rolle von Bekannten speist sich vor allem aus der Unterstützung der Familie während des Auslandseinsatzes (Abb. 30); die Verarbeitung der Eindrücke und damit die Beschäftigung mit Freunden zwischen den Einsätzen verläuft für kinderlose Paare, Alleinstehende oder Paare mit Kindern ähnlich.

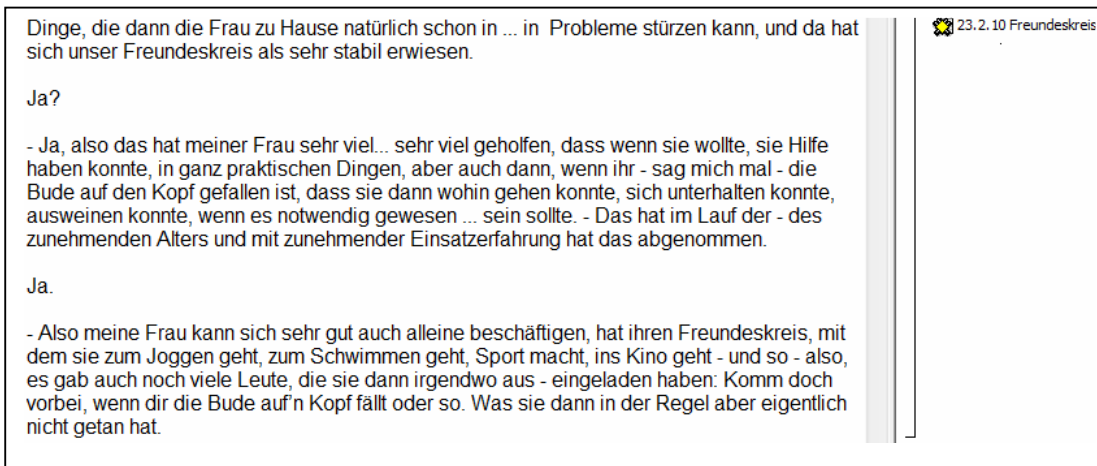


Abb. 30: Die Rolle des Freundeskreises als sozialer Rückzug für die Familie während des Einsatzes (Interviewausschnitt)

3.3.1.2 Kontakte über die Bundeswehr

Nachdem sich die Familie als wichtigster sozialer Bezugspunkt für die Soldaten und der Bekanntenkreis als sozialer Background während der Einsätze herausgestellt haben, werden nun die quantitativ größten Personengruppen, mit denen ein Sanitätsoffizier im Auslandseinsatz in sozialer Interaktion tritt, auf ihre Relevanz als Quelle von Belastungen oder Unterstützung geprüft: die Kameraden, die Soldaten anderer Nationen, das zivile Aufbaupersonal und die einheimische Bevölkerung.

3.3.1.2.1 Kontakt zu Kameraden

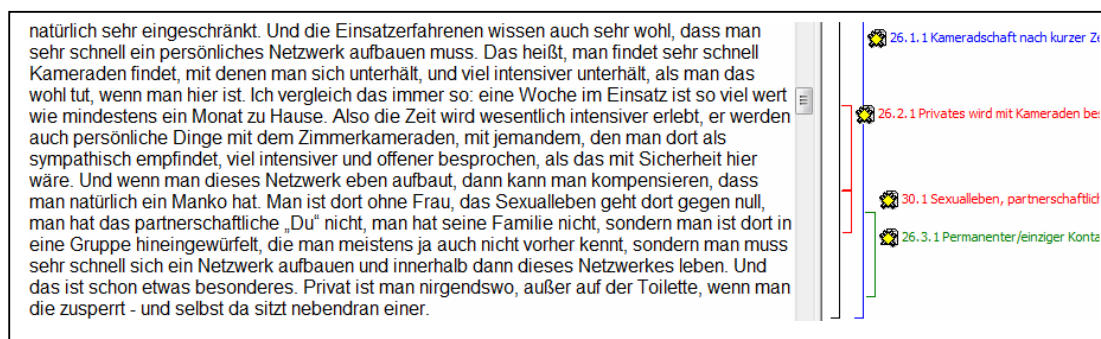


Abb. 31: „Kameradschaft“ als Ressource im Einsatz (Interviewausschnitt)

In dieser Schilderung sind wesentliche Facetten von Kameradschaft im Einsatz zu erkennen, die deren besonderen Charakter im Einsatz ausmacht:

1. Intensität
2. Labilität
3. Kunstgebilde/Zwangsgemeinschaft

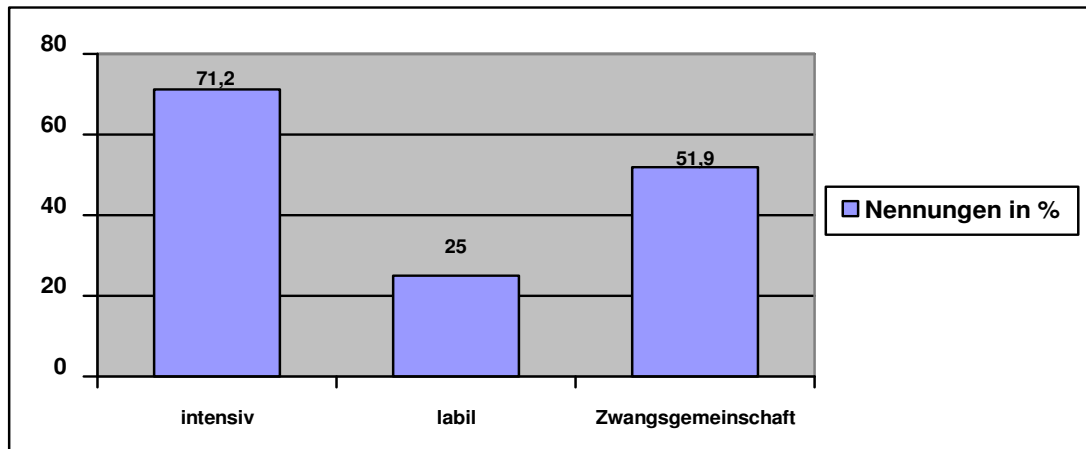


Abb. 32: Bewertung der Kameradschaft im Einsatz aus Sicht der Interviewpartner (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Betrachtet man einzelne Aspekte der Intensität, so manifestiert sich ein interessantes Spektrum (Abb. 33).

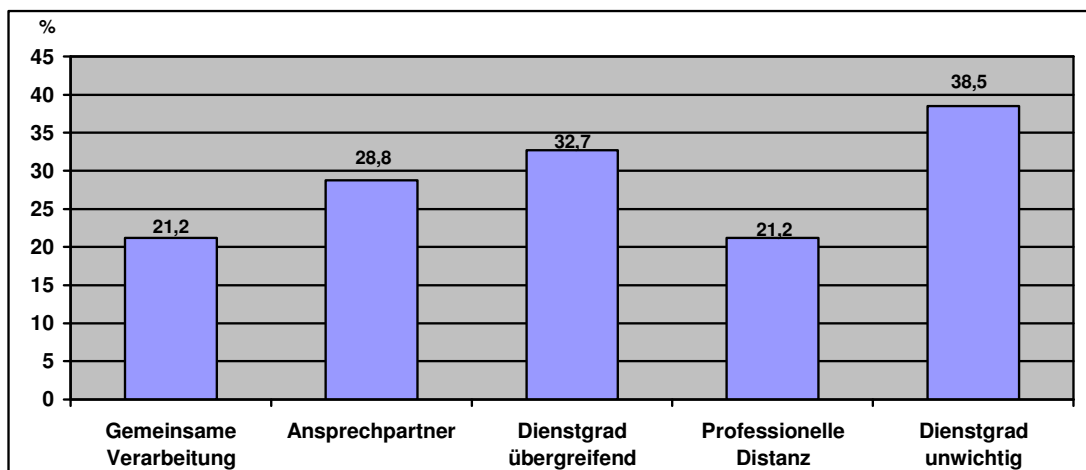


Abb. 33: Aspekte intensiver Kameradschaft im Einsatz (relative Anzahl bezogen auf „Kameradschaft: intensiv“, vgl. Abb. 35; Mehrfachnennungen möglich).

Gemeinsame Verarbeitung v. a. von Erlebnissen, die aus Rücksichtnahme nicht mit der Familie besprochen werden, sowie die Funktion der Vertrauensperson für Kameraden stellen wichtige Pfeiler im Rahmen dieser besonderen Kontaktform dar - gerade aus der Tatsache heraus, dass die Kameraden oft die einzigen Ansprechpartner im Einsatz sind. Dies lässt das Kriterium der Persönlichkeit anstelle des Dienstgrades zur Auswahl von privaten Gesprächspartnern durch die Sanitätsoffiziere verständlich erscheinen. Nur vereinzelt wird im dienstgradübergreifenden persönlichen Kontakt eine Verletzung des autoritätsgebundenen Sicherheitsabstandes befürchtet. Die Grundlage einer möglichen intensiven kameradschaftlichen Interaktion bilden jedoch einsatzabhängige Notwendigkeiten: die äußere Bedrohungssituation, die außer des Soldatenberufes die einzige Gemeinsamkeit dieses Kreises darstellen kann, sowie die fehlende Wahlmöglichkeit seines sozialen Umfeldes in der „totalen Institution“ des Feldlagers. Erweist sich die Sicherheitslage jedoch als unbedenklich, fehlt der gemeinsame Feind oder der herausfordernde Auftrag; gesellt sich dazu geringe Arbeitsauslastung, brechen Konflikte über Kleinigkeiten unter der sehr heterogenen Lagergemeinschaft aus (Abb. 34).

- Der zweite. Da war ich eben auch als BAT in Prizren eingesetzt, und da war der Alltag halt ein ganz anderer. Man ist quasi gar nicht rausgekommen, hatte quasi im Lager selber so eine Art Notdienstbereitschaft, und es ist Gott sei Dank nie wirklich was passiert, das heißt, es war reines stures Dasitzen und drauf warten. Und wie das halt dann immer so ist, die Leute, wenn sie nichts zutun haben, fangen halt an, sich irgendwie gegenseitig so ein bisschen zu schikanieren, und auf einmal treten da Quelereien auf oder Quere....ja, okay, also auf jeden Fall zwischenmenschliche Probleme (lachen beide), die dann...ja, es entstehen einfach Probleme, die es einfach normalerweise gar nicht gäbe, zwischenmenschliche Probleme. Hat mich selber jetzt nicht so getroffen, aber innerhalb unseres Teams würd ich halt sagen, die halt auf einem so einem BAT sitzen mit anderen BATs waren da auf einmal Rivalitäten und Feindschaften da...die also total hirnrissig sind. Und das war nicht schön. Und in Prizren ist dann halt auch schon länger und das gibt's halt einfach schon lang, natürlich die berühmte Parkordnung, es gibt Anträge, alles ist verbürokratisiert und das, was ich im ersten Einsatz so genossen hab, hab ich dann im zweiten Einsatz...ja, so richtig büßen müssen. Würd ich schon fast sagen.

Abb. 34: Einfluss der äußeren Bedrohungssituation auf die Arbeitskameradschaft und –motivation (Interviewausschnitt)

Damit scheinen Einsatzorte mit erhöhter Gefahrenlage nicht nur aufgrund der höheren Anerkennung durch den heimatlichen sozialen Background, sondern auch aufgrund der unter diesen Umständen als außergewöhnlich beschriebenen Kameradschaft persönlich erfüllender.

3.3.1.2.2 Kontakt zu Einheimischen

Der Kontakt zu Einheimischen hängt naturgemäß stark vom Einsatzgebiet des Sanitätsoffiziers ab (Tab. 15).

Tab. 15: Hauptaufgabengebiete eines Sanitätsoffiziers im Einsatz mit entsprechenden Kontaktmöglichkeiten zu Einheimischen oder zum Einsatzland

1) BAT-/LTB-Einsätze	Notarzt auf Abruf im Lager/ auf Patrouille außerhalb des Lagers (Kontakt mit Einheimischen/ mit Einsatzland hoch)
2) Assistent/Facharzt innerhalb des Lagers/ auf dem Schiff	<u>Im Lager</u> (abhängig von jeweiliger Führung): ⇒ <i>Force Protection</i> : Versorgung Einheimischer zur Sympathiegewinnung (Einheimischenkontakt hoch) ⇒ <i>Static Display</i> : Notfallversorgung der Soldaten (Einheimischenkontakt gering) <u>Auf See</u> : Kontakt und Versorgung Einheimischer ergibt sich selten
3) Humanitäre Einsätze	Versorgung Einheimischer einer der Hauptaufträge (Kontakt sehr hoch)

Der Einsatz als Notarzt trifft **50 % (n = 26 von 52)** der Interviewten im Rahmen der truppenärztlichen Verwendung im 3. - 6. Ausbildungsjahr mit relativ geringer Berufserfahrung. Auch vor diesem Hintergrund müssen die Eindrücke, die aus dem Kontakt mit Einheimischen entstehen, bewertet werden (Abb. 35).

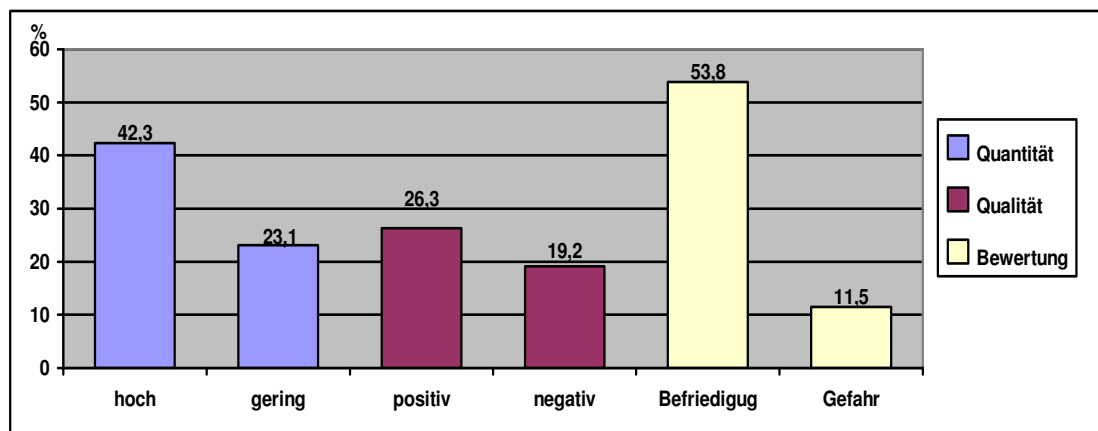


Abb. 35: Bedeutung des Einheimischenkontakts bei Einsatz als Beweglicher Arzt Trupp („BAT“) (Nennungen in %, 100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Die Frequenz des Bevölkerungskontakts korreliert mit positiven Eindrücken und einer hohen Einsatzbefriedigung. Allerdings bestehen über die Kontaktqualität kontroverse Ansichten; Gründe hierfür werden am Ende dieses Kapitels untersucht.

Die Tätigkeit innerhalb des Lagers bleibt meistens den medizinisch wie militärisch Erfahreneren **71,2 % (n = 37 von 52)** vorbehalten, die sich mindestens im zweiten klinischen Weiterbildungsabschnitt nach der Truppenarzttätigkeit und damit im 3. fachlichen Ausbildungsjahr befinden. Der Einheimischenkontakt wird in dieser Gruppe als ähnlich kompliziert beschrieben (Abb. 36).

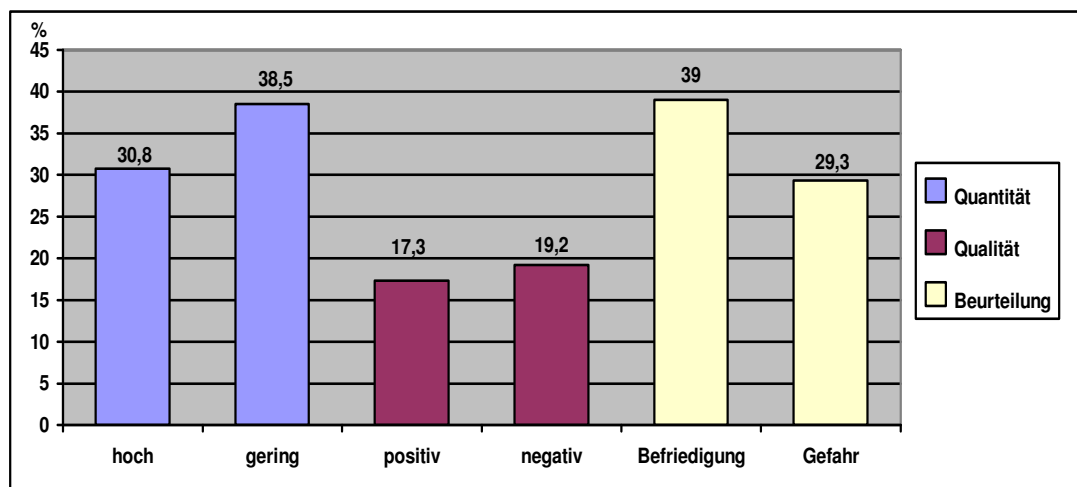


Abb. 36: Die Auswirkungen des Einheimischenkontaktes auf die Einsatzbefriedigung der Sanitätsoffiziere bei Tätigkeit im Lager (Nennungen in %, 100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Aus der Abhängigkeit der Kontaktquantität dieser Gruppe von der jeweiligen militärischen Führung wird verständlich, wieso in diesem Bereich nur ein leichter Trend in Richtung fehlenden Bevölkerungskontaktes erkennbar wird. Bei dessen Qualität werden - ähnlich der Gruppe derer, die als BAT eingesetzt wurden - sehr unterschiedliche Erfahrungen im Umgang mit Einheimischen berichtet; bei insgesamt geringerer Befriedigung im Zusammenhang im Kontakt mit Einheimischen wird in der Gruppe der Fortgeschrittenen die Gefahr, die mit dem Verlassen des Lagers oder Einlass der Bevölkerung ins Lager verbunden ist, sehr viel stärker bedacht

als bei den BAT-Ärzten, – evtl. auch wegen deren fehlender Wahlmöglichkeit. Risikobereitschaft und Abenteuerliebe sinken, während die eigene Rolle ganz nüchtern formuliert wird (Abb.37).

sogenannte „Jukuhu-Touren“ irgendwo hin, weil es ganz toll ist und weil ich endlich mal raus will, muss nicht zwingend sein. Mein letzter Einsatz war in Masar-e-Sharif, das war ein komplett neuer Bau, dieses Lager habe ich für diese Wochen überhaupt nicht verlassen, weil es nicht notwendig war. Ich muss mich da nicht selber in Gefahr bringen.

Machen Sie das auch aus Rücksicht vor Ihrer Familie oder möchten Sie es selbst nicht?

- Na ich möchte es....

...oder aus Respekt vor dem Einsatzland nicht? (lacht)

- (lacht) Ich möchte es selber nicht, na sagen wir so: ich bin lieber ein lebender Feigling als ein toter Held, ähm... aber es hat sicher auch was damit zutun, ich muss nicht ein unnötiges Risiko eingehen. Ich gehe Risiken ein, das bringt mein Beruf so mit sich, das mache ich aber hier zu Hause mit der Rettungsfliegerei genauso, das sind aber Risiken, die kann ich auch vor meiner Frau verantworten. Aber jetzt zu sagen, ich bin auf die Miene gefahren, weil ich den Basar besuchen wollte, öh... das könnte ich hinterher eher schlecht darlegen.

Abb. 37: Risiko- Nutzen- Abwägung eines Sanitätsoffiziers beim Kennenlernen des Einsatzlandes (Interviewausschnitt)

Nach der Darstellung der Kontaktmöglichkeiten mit Einheimischen je nach Aufgabengebiet sollen nun die Eindrücke der Kontaktqualität näher untersucht werden. Hierfür spielt die Akzeptanz der Bundeswehr durch die einheimische Bevölkerung eine grundlegende Rolle (Abb. 38).

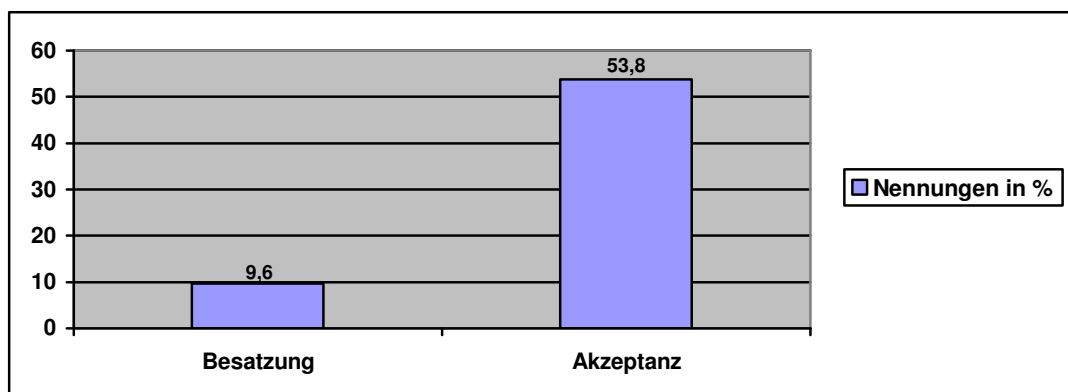


Abb. 38: Akzeptanz deutscher Soldaten durch die Bevölkerung im Einsatzland aus Sicht der befragten Sanitätsoffiziere (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Offensichtlich sieht sich die Mehrheit der Interviewpartner durch die Bevölkerung in ihrem Auftrag bestätigt; nur vereinzelt wird die Rolle einer Okkupationsmacht befürchtet. Trotz grundsätzlicher Sympathie zwischen Sanitätsoffizieren und einheimischer Bevölkerung gestaltet sich der zwischenmenschliche Kontakt dennoch zeitweise schwierig (Abb. 39).

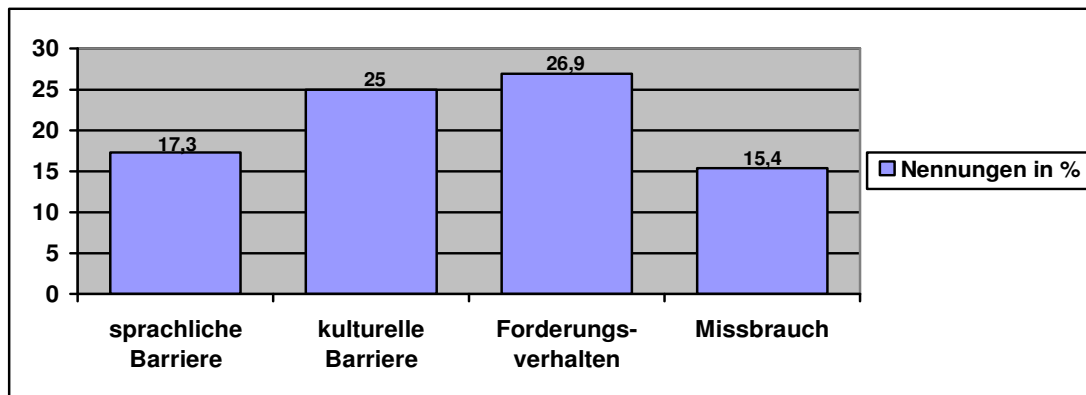


Abb. 39: Kommunikations- und Kontaktbarrieren mit den Einheimischen aus Sicht der Interviewpartner (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich, inklusive keine Aussage)

Zum einen stellt die Sprachbarriere in Ländern wie Afghanistan ein unüberwindbares Hindernis der direkten, spontanen Kommunikation zwischen Soldat und einheimischer Bevölkerung dar, die nur durch Sprachmittler überwunden werden kann. Des weiteren sehen sich beide Seiten mit unterschiedlichen kulturellen Gepflogenheiten konfrontiert, die eine mentale Distanz zur Folge haben können; internalisierte Grundrechte auf der einen finden keine Entsprechung auf der Gegenseite (Abb. 40, 41).

- Nö, was mich schockiert, war eigentlich, dass ein Menschenleben in diesem Land eigentlich nichts wert ist und dass körperliche Unversehrtheit in diesem Land auch nichts bedeutet, dass die Werte, die wir aus Europa mitbringen dort nicht übertragbar sind, in keiner Weise, und das ist eigentlich etwas, wo ich selber in mir eine Entwicklung gespürt hab, die mich eigentlich erschreckt hat, ich war früher von meiner Erziehung her Kosmopolit, der wirklich, von der Schule her, was man ihm gesagt hat und im Studium immer geglaubt hat, dass alle Menschen gleich sind, dass alle Menschen gleich zu behandeln sind, dass die die gleichen Rechte haben, dass man die Verpflichtung hat, alles dafür zu tun, dass es allen Menschen gut geht, also eigentlich so das Weltbild, dass einem so in der deutschen Schule, am Gymnasium vermittelt wird, ja, und das hab ich wirklich geglaubt, und ich muss wirklich sagen, durch meine Auslandseinsätze glaub ich das nicht mehr, durch meine Erfahrungen. Es sind keineswegs alle Leute gleich, ja, man muss sehr kritisch sein gegenüber den Leuten, und das bin ich auch,

Abb. 40: Kulturelle Differenz als Irritation des eigenen Selbstverständnisses (Interviewausschnitt)

- Ich stand in einem Raum mit einem Patienten, einem männlichen, dann stand ein Röntgenassistent da und ein Übersetzer und ich als Arzt wollte wissen, seit wann der Patient welche Beschwerden hat. Dann hat der Übersetzer übersetzt und der Patient hat zu meinem Röntgenassistenten und wir haben davor immer gesagt: Guten Tag, ich bin der Arzt. Ich war teilweise nicht existent im Raum, also das ist eine ganz komische Erfahrung, überhaupt nicht beachtet zu werden. Und von einheimischen Männern wie Freiwild oder Frischware betrachtet zu werden, das war glaub ich am Anfang der Einsätze auch so ein... dass einheimische Patienten gedacht haben, wir deutsche Frauen sind für die Dienste der Männer mit im Einsatz, das war am Anfang wohl auch so ein bisschen der Irrglaube, dass wir unseren Soldaten dienen als Frauen. Und dass es auch Treffen mit Einheimischen gab... und es ist oft so, dass Kommandeure oder Kommandeure, die noch ein bisschen was werden wollen, sie sind eine Frau, Sie kommen mit zu diesem Treffen, weil Sie repräsentieren dann die Frauenquote. Dass gedacht wurde, wir kommen als Geschenk mit, das gab es wohl ganz am Anfang der Einsätze in den afghanischen Einsatzländern, und entsprechend kucken einen manche Männer auch an.

Abb. 41: Die Rolle der Frau in verschiedenen Kulturen und ihre Relevanz für die Auftragserfüllung (Interviewausschnitt)

Neben den Konflikten, die sich unmittelbar aus den unterschiedlichen kulturellen Prägungen von Soldaten und Einheimischen ergeben, gewinnen die Gewöhnung an die Präsenz ausländischer Organisationen mehr und mehr an Einfluss auf das Verhalten der einheimischen Bevölkerung; die Abgabe von Selbständigkeit an Hilfsorganisationen sowie Missbrauch von Hilfsgütern durch Verkauf auf dem Schwarzmarkt sind beides unmittelbare Folgen der zivilmilitärischen Aufbauhilfe und einer sich mit dem politischen Umbruch arrangierenden Bevölkerung – dieses Missverhältnis führt auch bei Sanitätsoffizieren zur Sinnhinterfragung von Auslandseinsätzen (Abb. 42).

schlichten Operation behandelbar sind und dann auch gleich wieder herausspazieren. Was unbefriedigend ist, muss man für die Balkanländer sagen, die Patienten werden frech. Die kommen mit so einer Erwartungshaltung, ihr seid da, ihr müsst uns helfen, ihr müsst das jetzt machen, und die kommen auch in einer Dreistigkeit, wo man sagt, wir können uns selber verschaukeln, ja, also mir persönlich einen Patienten anzumelden aus der Klinik mit stärksten Kopfschmerzen nie gekannter Art und Weise, wo man zwingend nach Richtlinien Subarachnoidalblutungen im Schädel ausschließen muss, und dann sagt man ja klar, kein Problem, kommt hierher, ihr kommt ins Lager, das ist eine Notfallbehandlung, ihr kriegt euer Schädel-CT, man wartet eine, zwei, drei Stunden, überlegt sich dann, trauen wir uns, zum Mittagessen zu gehen oder trauen wir uns das nicht, dann haben wir gesagt, okay, wenn die kommen, wir werden schon informiert, wir gehen zum Mittagessen, wir haben noch eine Stunde gewartet, und in der 5. Wartestunde kommen 2 ältere Herrschaften angelaufen, lächelnd, wo man dann sagt, wer ist der Patient? Und dann sagt einer, ich bin der Patient, ja wieso stärkste Kopfschmerzen, was soll das? Und dann hieß es, ja wir wissen, was wir sagen müssen, dass wir hier behandelt werden. Und man weiß genau, man kann nicht sagen, Leute, ihr dürft wieder gehen, und man kann auch nicht sagen, Leute, das bezahlt ihr aber. DA wird man verschaukelt teilweise, und die lächeln einem ins Gesicht. DA kommt man sich...

Ja klar.

- Da denkt man okay, schön, dass ich da bin.

27.3.5 Hilf

Abb. 42: Auswirkung der Interaktion mit der Bevölkerung auf die Einsatzmotivation der befragten Sanitätsoffiziere (Interviewausschnitt)

3.3.1.2.3 Internationale, zivilmilitärische Kooperation

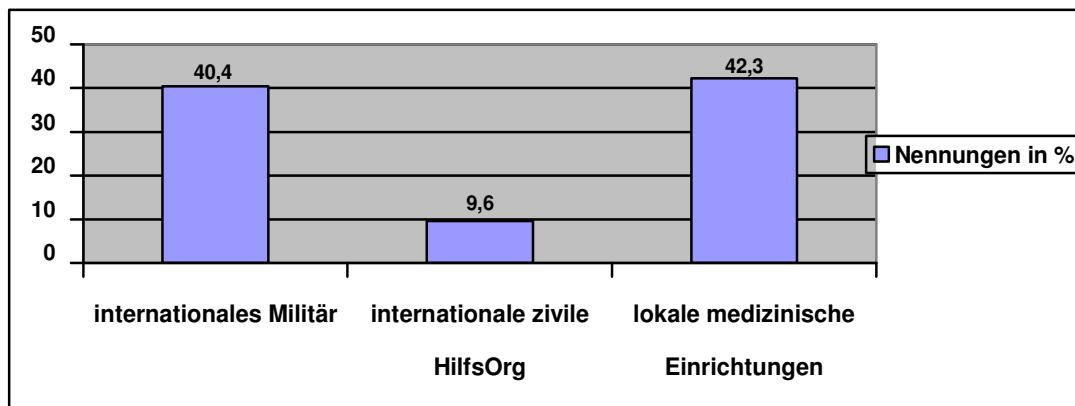


Abb. 43: Zivil-militärische Kontakte im Einsatzland (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich, inklusive keine Aussage)

Der unmittelbare Kontakt mit Soldaten verschiedenster Nationen, dem die Sanitätsoffiziere in multinationalen Lagern ausgesetzt sind, dienen gerade im Sanitätsdienst fachlichem Austausch sowie internationalem Ranking (Abb. 44).

Und haben Sie irgendeinen internationalen Kontakt in Somalia gehabt? Also haben Sie irgendeinen Vergleich gehabt zwischen verschiedenen Armeen? Also der deutschen Armee, die Italiener hatten Sie ja erwähnt...

- Ja. Auch in den anderen Einsätzen hat man ja mit den Franzosen, den Engländern, ach Gott, wir waren in einem russischen Lazarett, also ich hab bestimmt 15, 20 verschiedene Nationen kennengelernt. Und da muss ich sagen, im Vergleich, wir haben auch Amerikaner getroffen, ich hab unter anderem in Kroatien, in Trogir damals hab ich den ehemaligen Chefarzt eines amerikanischen Hospitals in Nürnberg operiert, und dann hab ich ihn gefragt, warum er denn zu uns kommt und nicht bei seinen Leuten sich operiert...operieren lässt, wo er dann gesagt hat: Bei euch weiß ich, dass es gut gemacht wird.

Abb. 44: Internationale Stellung des deutschen Sanitätsdienstes (Interviewausschnitt)

Zu dieser internationalen Vernetzung gesellt sich zunehmend die wieder aufgebaute lokale Infrastruktur, z. B. durch die Ausbildung lokaler Krankenhäuser in modernen OP-Techniken, die in weiterem Sinne dem Auftrag der Hilfe zur Selbsthilfe nachkommt. Das große materielle, personelle und fachliche Potential des Sanitätsdienstes kann im Rahmen der Kooperation mit zivilen Hilfsorganisationen nicht aufrechterhalten werden; gerade im Bereich medizinischer, humanitärer

Hilfeleistung führt die Diskrepanz zwischen Anforderung und Leistung auch bei Sanitätsoffizieren selbst zu Gewissenskonflikten (Abb. 45).

- Genau. Genau Ja, also ich hab das schon erlebt, äh, es sind ja so viele NGOs, No Governmental Organizations, in Einsätzen mit dabei, also im Kosovo z. B. Österreicher, Schweizer und und und ... aus verschiedensten Hilfsorganisationen, die - Leute, die haben teilweise ein ungeheuer ausgeprägtes Helfersyndrom: Die sehen Dinge, die sie bei uns heute halt nicht mehr sehen, die schleifen irgendwo Kinder aus den letzten Dörfern ... äh ran und verlangen nun - sehr fordernd zum Teil - dann müsst ihr helfen, und so weiter und so fort, wenn es denn nun um das Praktische geht, äh - was damit verbunden ist mit Problemen finanzieller Art, politischer Art - dann ziehen sie sich z. T. sehr schnell wieder zurück und lassen einen da allein mit den Dingen - nach dem Motto: Sie sind doch Arzt, Sie haben doch ne Verpflichtung.

Abb. 45: Überbeanspruchung sanitätsdienstlicher Hilfe (Interviewausschnitt)

Neben der Überforderung steht die zivile Hilfe in puncto Output unter Kritik (Abb. 46).

- War ja so. Dann dort 2004 wurde ja - das nennt sich Provincial Reconstruction Team - wurde ja praktisch unter militärischer Sicherung zivile Hilfskräfte in die Länder gebracht. Also Zivile, also die Wiederaufbauhilfe, durften verschiedene Hilfsorganisationen, also das auswärtige Amt, die Entwicklungshilfe, also GTZ, durch Malteser, Rotes Kreuz etc., durch NGO's, also von anderen Nationen, wurde ja praktisch Brückenbau, Schulbau, Industrie wieder aufbauen, den Leuten Erwerb geben, damit sie eben keinen Heroin anbauen, keinen Mohn anbauen, also Provincial Reconstruction Team, militärische Sicherung für Hilfe zur Selbsthilfe durch... aber eigentlich vermittelt durch Zivilkräfte. Durch zivile Institutionen.

Ja, mhm...

- Da muss ich ja sagen, hat's sich ja sehr schön angehört, hat sich ja sehr schön angehört, aber de facto war es so, dass von diesen 300 Mann 4 Leute plus die Mediziner rausgegangen sind. Der Rest hat sich selbst beschäftigt. Eine Art Selbstbefriedigung im Lager, ja, S1, S2, S3, S4, das kennen Sie alles, bis S6, also viel, viel Stab, viel Wäscherei, also viel Tam-Tam...

Abb. 46: Viel Verwaltung und wenig kurative Manpower auch bei zivilen Hilfsorganisationen (Interviewausschnitt)

3.3.2 Operationalisierung

Die zweite Hauptkategorie betrachtet die Umsetzung von Verpflichtungen des Arbeitgebers Bundeswehr gegenüber den Sanitätsoffizieren, inwieweit deren Belastungen präventiv bekämpft, abgefangen werden oder gar systemimmanent sind (Abb. 47).

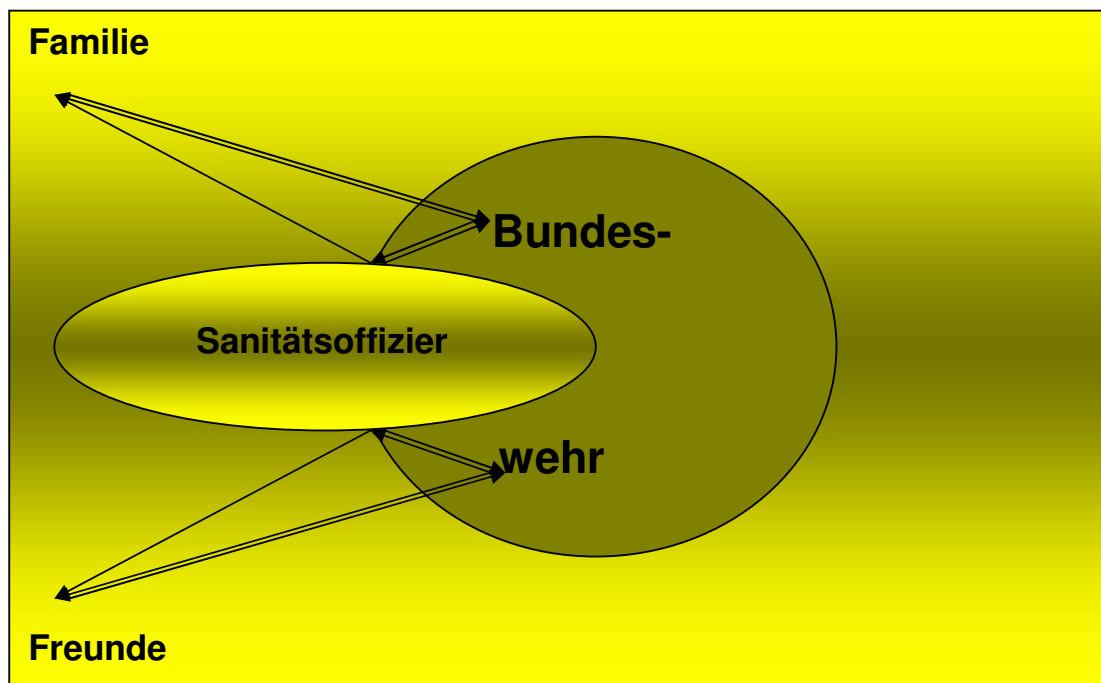


Abb. 47: Das familiäre Umfeld eines Sanitätsoffiziers prägt dessen professionelle Leistungsfähigkeit im Einsatz ebenso wie die von der Bundeswehr zur Verfügung gestellten Ressourcen. Die Nutzung beider Ressourcen ist nicht nur eine Frage der Fürsorge, sondern im wohlverstandenen eigenen Interesse zur optimalen Auftragserfüllung.

Die potentiellen Problembereiche werden im Folgenden synchron zum Einsatzablauf dargelegt: die Vorbereitung auf den Einsatz, die Rahmenbedingungen der Einsatzarbeit und des Einsatzlebens, der Brückenschlag zur Familie und die psychologische Unterstützung der Bundeswehr, die die Einsatzfähigkeit umrahmt.

3.3.2.1 Die reale Einsatzbelastung: Frequenz und Dauer

Die individuelle Einsatzbeanspruchung ist ein wesentlicher Parameter für die Einsatzplanung durch die Bundeswehr. Die befragten Sanitätsoffiziere wünschen sich Rahmenbedingungen für ihre konkreten Einsätze, die ihnen deren Integration in den Berufs- und Familienalltag ermöglichen. Hierbei kristallisierte sich die Einsatzdauer als zentraler Aspekt heraus; **55,8 % (n = 29 von 52)** der Interviewpartner lehnten für sich und jeden anderen Soldaten einen Einsatz über die gesamte Kontingentslänge aus sozialen und beruflichen Gründen ab und definierten die zeitliche Maximaldauer mit 2 - 3 Monaten (Abb. 48, 49).

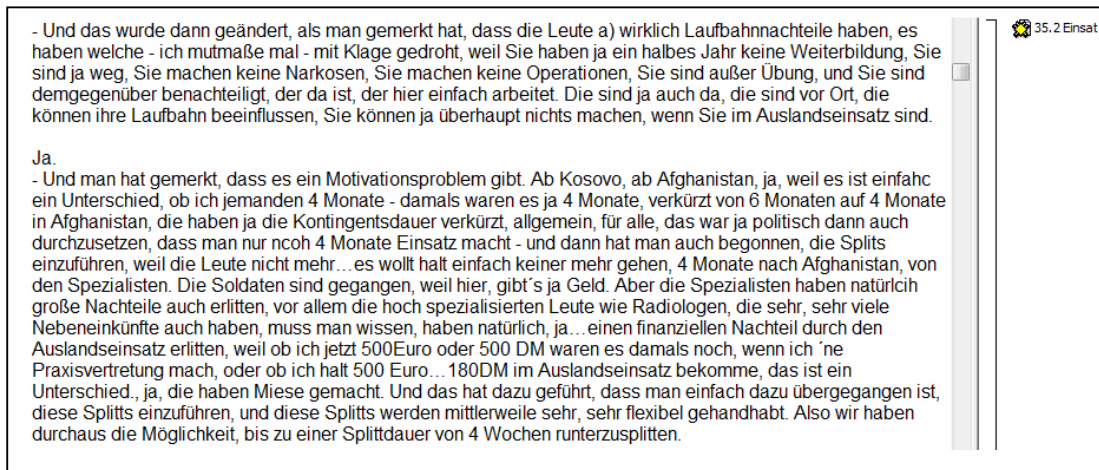


Abb. 48: Laufbahnnachteile und finanzielle Einbußen durch lange Einsatzdauer (Interviewausschnitt)

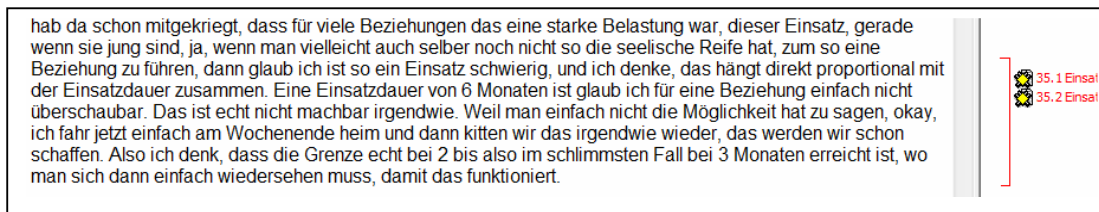


Abb. 49: Die sozialen Bindungen als wesentlicher die Einsatzdauer begrenzender Faktor (Interviewausschnitt)

Diese Ausführungen machen die Forderung nach Splitting – die Aufteilung einer Kontingentslänge von zum Interviewzeitpunkt 4 Monaten in kürzere Abschnitte unter mehreren Kollegen - nachvollziehbar; allerdings zieht dies die Konsequenz der Frequenzerhöhung bei gleich bleibendem Personalpool nach sich. Im Gegensatz zu den **55,8 %**, die kurze Abschnitte forderten, hielten nur **9,6 % (n = 5 von 52)** genügend Abstand zwischen den Einsätzen mit mehr als einem Jahr für unabdingbar. Der Tenor der Sanitätsoffiziere formiert sich daher hin zu kurzen, aber häufigeren Einsatzabschnitten mit bis zu 1 - 2 Einsätzen pro Jahr (Abb. 50).

Ja, aber spielt da die Quantität keine Rolle? - M-m, ne. Also zumindest ist es jetzt so bei uns Chirurgen, es geht jeder einmal im Jahr. Ist es für Sie akzeptabel, einmal im Jahr? - Das ist völlig akzeptabel. Wie lang? - Einmal im Jahr, 4-6 Wochen. Ist völlig korrekt. Also das ist mir lieber, als 2 Jahre nicht gehen und dann 3 Monate.	
--	--

Abb. 50: Einsatzdauer als kritischer Faktor (Interviewausschnitt)

Die Bildung von kurzen Einsatzabschnitten macht jedoch die Einsatzfähigkeit jedes einzelnen der jeweiligen Fachgruppe zu einem unverzichtbaren Grundstein, ohne den die Splits personell nicht besetzt oder nicht gleichmäßig verteilt werden können. Insgesamt äußerten sich dazu **21,2 % (n = 11 von 52)** der Interviewpartner, wovon über die Hälfte der Vertreter einsatzrelevanter Fächer wie der Chirurgie und Anästhesie mit der Einsatzbereitschaft ihrer Fachkollegen zufrieden waren (Abb.51).

- Und mit der Einsatzgerechtigkeit, ja, es gibt einfach...hier in der Abteilung haben wir eine Einsatzgerechtigkeit von fast 100%, das heißt, es geht jeder. Deswegen können wir auch die Einsätze auf eine deutlich kurze Zeit reduzieren mit ich sag mal einigermaßen adäquaten Frequenz, das heißt, ich hatte jetzt Gott sei Dank zwischen dem Einsatz im Kosovo und Einsatz in Afghanistan jetzt über ein Jahr Zeit. Das war davor nie, ich hab davor 10 Monate Zeit, 7 Monate und dann jetzt mal ein Jahr dazwischen, das war okay, jetzt sind es 10 Monate, das ist vielleicht auch ein bisschen kurz, aber ja...	
--	--

Abb. 51: Hohe Einsatzbereitschaft aller – hier im Fach Chirurgie - sorgt für gleichmäßige Lastverteilung (Interviewausschnitt).

Hier zeigt sich die hohe Relevanz der kollegialen Zusammenarbeit in der Aufteilung der Einsätze innerhalb der besonders belasteten Fächer, aber auch die hohe Transparenz der abteilungsinternen Einplanung, die eine gerechte Verteilung für alle nachvollziehbar macht.

3.3.2.2 Einsatzgerechtigkeit

Einsatzgerechtigkeit ist erreicht bei einer gleichen Verteilung der Einsatzlast auf alle auslandsdienstverwendungsfähigen Sanitätsoffiziere. Das Gelingen dieser Idealvorstellung hängt von vielen Einflussgrößen ab, wie z. B. der Größe des Personalpools (s. Kapitel 3.4.2.1), den verschiedenen Verwendungen eines Arztes – kurativ oder administrativ –, der Qualifikation – je mehr einsatzrelevante Zusatzausbildungen, desto einsatzbelasteter der Arzt –, dem Geschlecht – der hohe Frauenanteil in der Sanität führt zu Mehrbelastung der männlichen Kollegen in der Zeit des Mutterschutzes. In der Beurteilung der Lastenverteilung zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen sind sich die Interviewpartner einig (Abb. 52).

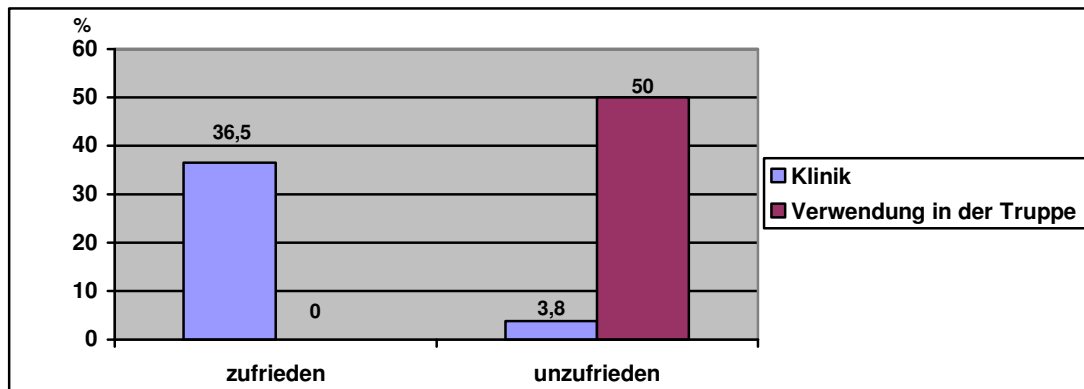
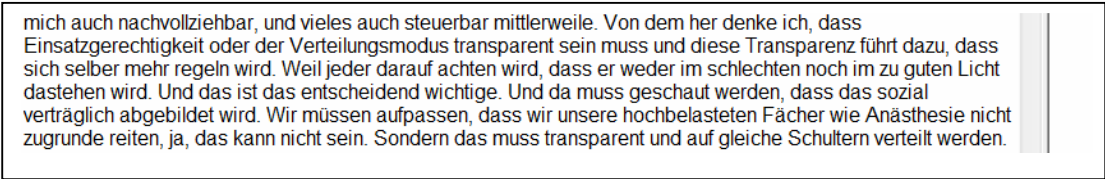


Abb. 52: Zufriedenheit mit der Auslandseinplanung in Abhängigkeit vom Tätigkeitsgebiet (Nennungen in %, 100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Gerechtigkeit in der Auslandseinplanung gelingt vorrangig durch die Transparenz innerhalb der Klinik, die in der Truppenarztverwendung nicht gegeben ist und in der die Bundeswehr häufig mit dem Vorwurf der willkürlichen Einplanung zu kämpfen

fen hat. Die Klinikärzte stellen jedoch – auch und gerade im Kontext der Auslandseinsätze - eine heterogene Gruppe dar, da Einsatzrelevanz und Personalstärke der einzelnen Fächer unterschiedlich sind (Abb. 53).



mich auch nachvollziehbar, und vieles auch steuerbar mittlerweile. Von dem her denke ich, dass Einsatzgerechtigkeit oder der Verteilungsmodus transparent sein muss und diese Transparenz führt dazu, dass sich selber mehr regeln wird. Weil jeder darauf achten wird, dass er weder im schlechten noch im zu guten Licht dastehen wird. Und das ist das entscheidend wichtige. Und da muss geschaut werden, dass das sozial verträglich abgebildet wird. Wir müssen aufpassen, dass wir unsere hochbelasteten Fächer wie Anästhesie nicht zugrunde reiten, ja, das kann nicht sein. Sondern das muss transparent und auf gleiche Schultern verteilt werden.

Abb. 53: Fehlende Einsatzgerechtigkeit zwischen den verschiedenen klinischen Fächern (Interviewausschnitt)

Die unterschiedliche Relevanz der einzelnen Fachgebiete für die Einsätze stellt einen unabänderlichen Zustand dar, auch können sich die Fächer im Einsatz untereinander nicht vertreten. Dennoch fällt eine relativ hohe Zufriedenheit allein der abteilungsinternen Einsatzfähigkeit großer und einsatzrelevanter Abteilungen wie der Chirurgie und im Gegensatz zu den Klagen seitens der kleineren, weniger relevanten Fächer über zu geringe Auslandsverwendungsfähigkeit der Kollegen auf. Dies könnte durch die abteilungsinterne Einplanung der Fächer wie Chirurgie und Anästhesie – die Konsiliargruppe wird von Ulm aus geleitet - erklärbar sein, die durch hohe Transparenz Vertrauen genießt, während diese bei Fächern, deren Konsiliargruppenleiter nicht vor Ort ist – in diesem Fall sind nahezu alle kleinen Fächer betroffen -, nicht zu finden ist. Zudem haben letztere mit absolutem Personalmangel im Inland sowie mit relativem in den Einsatzländern zu kämpfen, da zum einen die Fachgruppe per se einen überschaubaren Kreis darstellt und zum anderen mit der Wahl eines weniger einsatzrelevanten Faches die Vermeidung hoher Einsatzfrequenzen verbunden ist, der bei drohender Mehrbelastung mit verschiedenen Mitteln zu entgehen versucht wird. Die abteilungsinterne, nachvollziehbare Planung kristallisiert sich auch hier als viel versprechende Option heraus; diese steht in starker Diskrepanz mit der Einsatzbelastung des administrativ tätigen Sanitätsdienstes (Abb. 54).

eigentlich nicht mehr geht, wir kucken darauf, dass wir die Einsätze entsprechend gerecht verteilen, und dass da nicht einer wirklich über mehrere Jahre rausfällt. Was ärgerlich ist bei diesen Einsätzen, das kann man ja mal ruhig erwähnen, ähm...ist, sobald ein Facharzt Anästhesie in die FüOrg-Leiste abdriftet, er plötzlich einfach nicht mehr für Auslandseinsätze zur Verfügung steht, weil er an der neuen Dienststelle plötzlich unabkömmlich ist. Und damit vergibt sich der Dienstherr ganz, ganz große Kapazitäten. Es führt letztlich dazu, dass die Kameraden in der weißen Medizin noch öfter gehen müssen.

Abb. 54: Fehlende Einsatzgerechtigkeit zwischen kurativer und administrativer Laufbahn aus Sicht der kurativ tätigen Sanitätsoffiziere (Interviewausschnitt)

Schließlich führt der hohe Frauenanteil im Sanitätsdienst unabhängig von der Tätigkeit zu einer ungleichen Einsatzbelastung zwischen den Geschlechtern (Abb. 55).

Also ist das auch ein organisatorisches Problem? Dass diese Einsatzungerechtigkeit...

...Genau. Und es...es wird ja noch schlimmer. Die Bundeswehr hat ja gesagt, okay, den Frauenanteil festgeschrieben, der Frauenanteil im Sanitätsdienst ist ja höher als in anderen Teilstreitkräften, und jede Frau will ja auch irgendwann mal Kinder haben. Das seh ich ja bei meiner Frau. Die ist auch Ärztin, war nie im Einsatz, ist klar, weil sie sich...weil das Kind zu Hause ist und das Kind eine Bezugsperson braucht. Das ist ja in Ordnung, aber dann muss...muss ich mich von dem System verabschieden. Das geht nicht, dass dann die Hälfte der Leute die Arbeit von den...die doppelte Arbeit macht.

Abb. 55: Fehlende Einsatzgerechtigkeit zwischen den Geschlechtern (Interviewausschnitt)

Bei oberflächlicher Betrachtung könnte die Vereinbarkeit von Kindern und Einsätzen für weibliche Sanitätsoffiziere nur eingeschränkt bis unmöglich sein (Abb. 56).

- Also, dass man geht, auch als Frau und als Mutter, das ist ganz klar. Aber ich denke, man kann kein einjähriges Kind ständig nicht alleine lassen. Das geht einfach nicht. Und da hatte ich halt versucht, dass die sich mal Gedanken machen, dass die dafür wenigstens Regeln schaffen. Und das ist dann auch wieder im Sande verlaufen.

Mhm.

- Und das wär mir wichtig gewesen. Und das existiert - meine ich - bis heute nicht.

Abb. 56: Die Sichtweise eines weiblichen Sanitätsoffiziers auf die Vereinbarkeit von Kind und Einsatz (Interviewausschnitt)

Dennoch schließen sich Nachwuchs und Einsätze auch bei weiblichen Sanitätsoffizieren nicht grundsätzlich aus, stellen jedoch eine besondere Herausforderung

an die Fürsorge in der kritischen Zeit, an eine effizientere und sozial verträglichere Einsatzplanung.

Wenn jedoch das subjektive Ungerechtigkeitsempfinden über das erträgliche Maß hinaus reicht, nehmen sich Sanitätsoffiziere vereinzelt unter stärksten Gewissenskonflikten aus der Pflicht; **5,8 % (n = 3 von 52)** sahen sich insgesamt zum Schritt der Krankschreibung zur Verhinderung der Auslandsverwendungsfähigkeit aufgrund subjektiv nicht leistbarer Anforderungen gezwungen – sei es durch das Gefühl der willkürlichen Einplanung mehr als drei Mal pro Jahr oder – v. a. bei weiblichen Sanitätsoffizieren - aufgrund persönlich nicht vertretbarer Abwesenheit von ihren kleinen Kindern. Die Scham, die mit einem solchen Schritt verbunden ist, belastet zu der eigentlich auslösenden Ursache und prägt nachhaltig negativ das Bild des fürsorglichen Dienstherrn. Solche Vermeidungsreaktionen sind auch während der Truppenarztverwendung festzustellen, die mit einer maximalen Einsatzbelastung bei minimaler Einsicht in die Einplanung und fehlendem Gerechtigkeitsgefühl einher geht (Abb. 57).

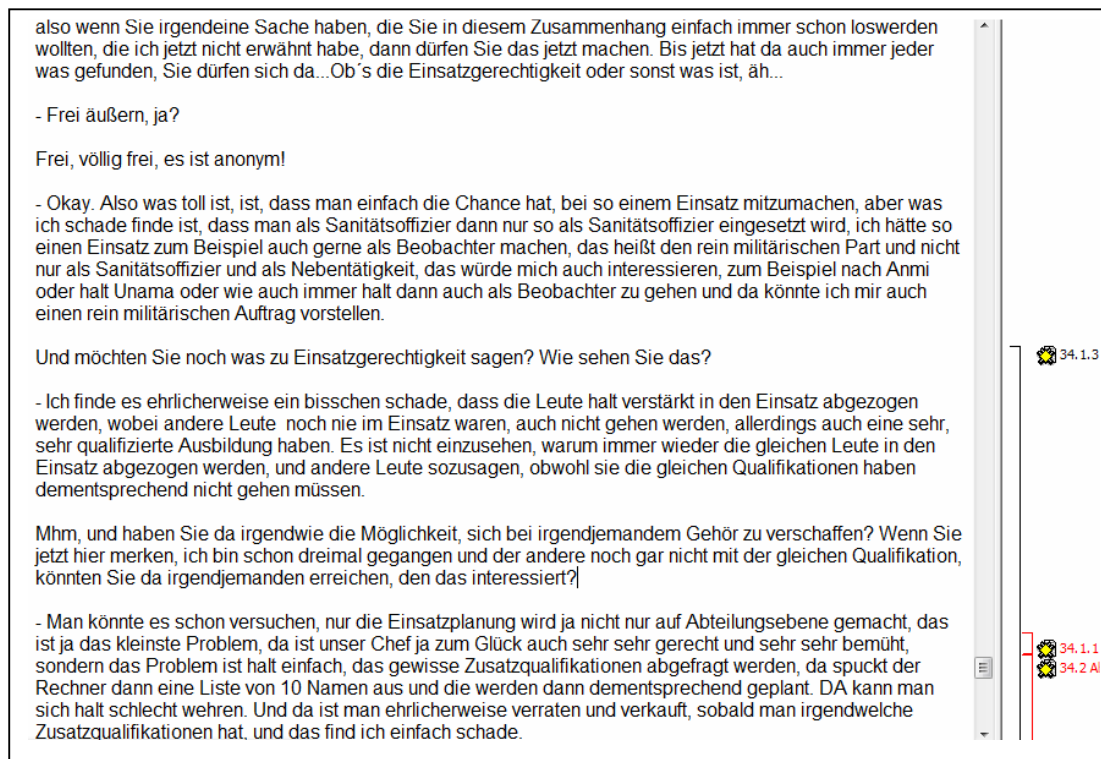


Abb. 57: Aus Angst vor rigoroser Einplanung werden Zusatzqualifikationen oder besonderes Interesse verschwiegen (Interviewausschnitt).

Zusammenfassend gibt es in den wenigen Abteilungen mit interner Einplanung Einsatzgerechtigkeit; ansonsten unterscheidet sich die gleichmäßige Lastenverteilung je nach Fach, Qualifikation, Tätigkeitsfeld, Laufbahn und Geschlecht. Hierbei scheint der Hauptkritikpunkt der Interviewpartner die mangelnde Transparenz und fehlende Regulierung zu sein, auf die die abteilungsinterne Planung in der Klinik als ein erster Schritt hinarbeitet. Die folgenden Kapitel beleuchten nun die Eckpunkte eines Einsatzverlaufs im Bewusstsein der erläuterten generellen Einsatzbelastung.

3.3.2.3 Die Einsatzplanung

Eine der Ursachen für eine spätere Einsatzbelastung liegt lange vor Beginn des eigentlichen Einsatzes in der Einplanung, durch die der Sanitätsoffizier von seiner formalen Einsatzverpflichtung eingeholt wird.

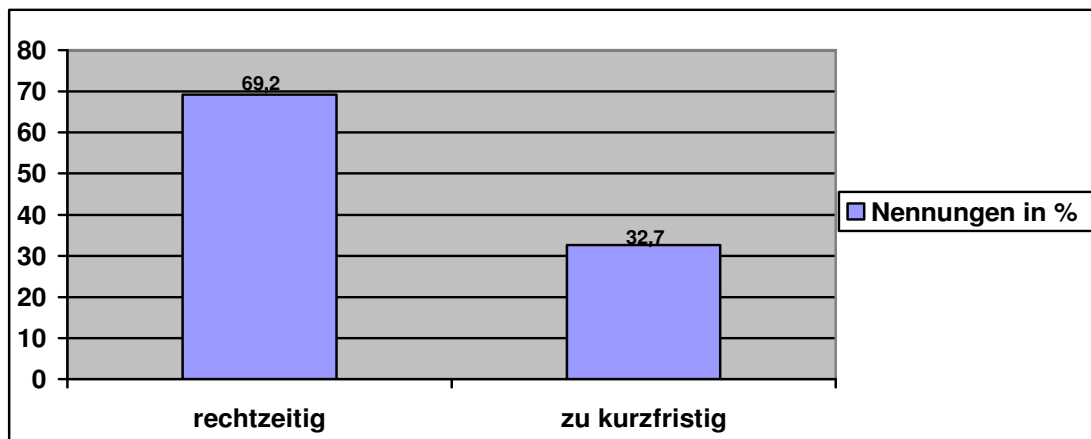


Abb. 58: Zufriedenheit mit dem zeitlichen Vorlauf der jeweiligen Einsatzeinplanungen (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Den zeitlichen Vorlauf zwischen Information und Einsatzbeginn hält eine Mehrheit in den meisten Fällen für ausreichend (Abb. 58); 20 % dieser Mehrheit relativieren dies jedoch mit der Bemerkung, die Benachrichtigung sei auch durchaus schon mindestens ein Mal sehr kurzfristig erfolgt. Im Falle einer zu kurzfristigen Einpla-

nung zeigen die Interviewpartner dann Verständnis, wenn die Gründe nachvollziehbar sind (Abb. 59).

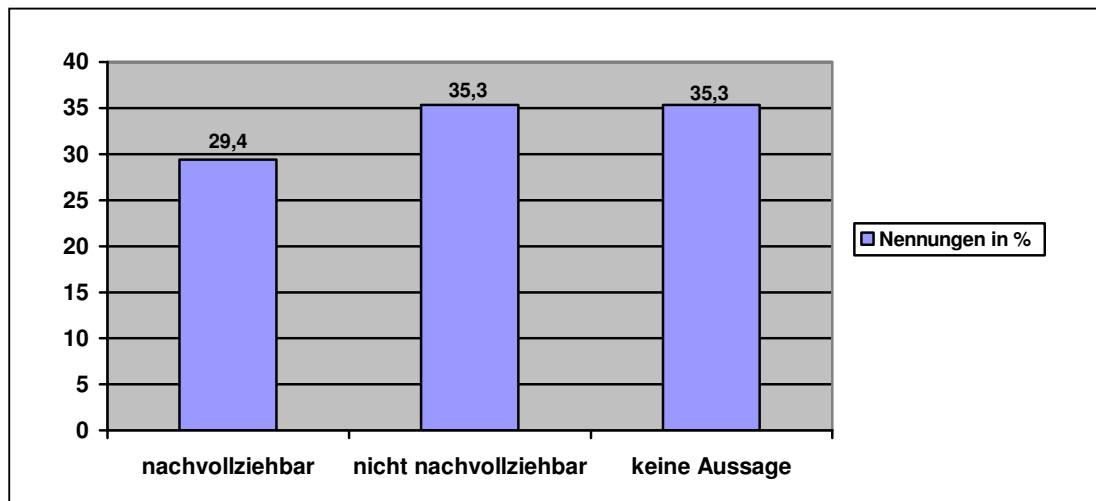


Abb. 59: Transparenz kurzfristiger Auslandseinplanung (100 % = 52 Interviewpartner)

Nachvollziehbar waren nicht beeinflussbare Faktoren wie z. B. plötzlicher krankheitsbedingter Ausfall eines Kameraden, nicht nachvollziehbare unnötige Versäumnisse und insbesondere mangelnder Informationsfluss. Letztere bleiben dem Betroffenen in besonders negativer Erinnerung und prägen seine Sicht der Einsatzarmee (Abb. 60).

Können Sie sich denn mit dem Gesicht, das die Bundeswehr heute hat, identifizieren? Mit den Auslandseinsätzen, mit diesem verstärkten Einsatz?

- Sagen wir mal so: mit dem veränderten Rollenbild sag ich mal...der Bundeswehr hab ich kein Problem damit, überhaupt gar nicht. Denn...ich mein, was heißt denn da Landesverteidigung heutzutage noch? Das ist ja nun ad absurdum...das weiß ja nun jeder....geführt. Wenn man sich irgendwo eine Sinnhaftigkeit geben will, dann denk ich schon so, wie man es macht. Ich finde nur, man macht es außergewöhnlich schlecht (lacht). Außergewöhnlich schlecht, und die Auslandseinsätze sind eigentlich jedesmal, und zwar egal, welcher, der beste Beweis dafür.

Wieso?

- Weil hinter dieser immensen Planung eine desaströse Planung steht. Es gibt doch kaum einen hier, der jemals einen Einsatz hatte, bei dem überhaupt nur...bei dem die Eckdaten funktioniert haben. Sie haben doch am Anfang mal gesagt: Waren die gut geplant? Haben Sie das rechtzeitig gewusst, dass Sie irgendwo hin mussten? In der Regel nö. Sie müssen nur mal fragen: Sind Sie jemals an einem Einsatzort pünktlich angekommen und pünktlich rausgekommen? Einfach mal, um die Eckdaten, dieses Viereck zu machen. Dass die einfach einen Zettel kriegen, an dem Tag sollen Sie rein, an dem Tag zurück. Trifft's ein oder nein? Die Wahrscheinlichkeit, dass nein, ist immens. Es fehlt immer etwas.

Abb. 60: Mangelndes Vertrauen in die Einplanung prägt die Sichtweise der Einsatzarmee (Interviewausschnitt).

Anerkennt man Fremdbestimmung als tragende Struktur hierarchischer Systeme, sind intransparente Einplanungskriterien trotz völliger Auslieferung des Betroffenen systemimmanent und ggf. auch funktional. Die Betroffenen aber befinden sich im Dilemma zwischen Verständnis, Verpflichtung und Belastung durch Ungewissheit (Abb. 61).

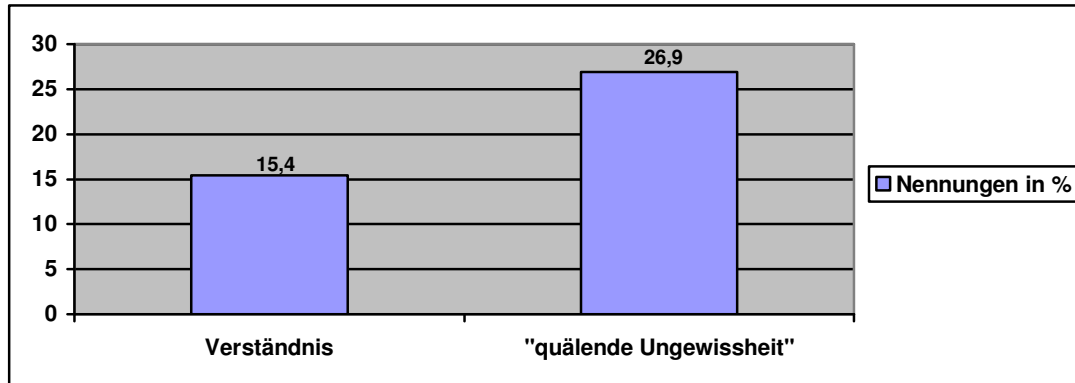


Abb. 61: Umgang mit kurzfristiger oder intransparenter Einsteuerung in die Einsätze (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Allerdings scheinen Unplanbar- und Rücksichtslosigkeit vor allem außerhalb der Klinik ein Problem darzustellen; von den **40,4 % (n = 21 von 52)** abteilungsintern Eingepannten sind **75 % (n = 15 von 21)** zufrieden mit der rechtzeitigen, **33 % (n = 6 von 21)** mit der persönlichen und flexiblen Einplanung.

Die klinische Einplanung wird nicht nur aufgrund der direkten Informationsübermittlung und Transparenz, sondern auch aufgrund des persönlichen, weniger direktiven Tones gelobt. Neben der Position der abteilungsinternen Planung als positiver Indikator für Einplanungszufriedenheit kann sie als Vorbild weiterer Umstrukturierungen in Richtung persönlicher, rechtzeitiger und damit belastungsarmer wie familienfreundlicher Einplanung gelten.

3.3.2.4 Die Vorausbildung

Auf die Einplanung folgen – bei planmäßigem Ablauf - diverse Vorausbildungen; sie werden über alle Dienstgrad-, Tätigkeits- und Altersgruppen hinweg auf diesel-

be Weise durchgeführt. Da sich mit wachsender Einsatzerfahrung der Bundeswehr auch die Vorbereitungsmaßnahmen in ständiger Umgestaltung und Anpassung befinden, kennen die Interviewpartner verschiedene Ausformungen, weshalb im Folgenden lediglich auf die zugrunde liegenden Prinzipien eingegangen wird (Tab. 16).

Tab. 16: Die zwei Pfeiler der Vorausbildung: Militärische und kulturelle Auseinandersetzung mit dem Einsatzland (Quelle: www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de)

Militärische Vorausbildung	Auffrischung militärischer Grundlagen, Konfrontation mit Szenarien des jeweiligen Einsatzgebietes
Landeskundliche Vorausbildung	Vertiefung der militärischen Möglichkeiten im Rahmen des jeweiligen Mandates im Einsatzland, Informationen über Bevölkerung und Kultur des Einsatzlandes

Die reale Inanspruchnahme des reichhaltigen Vorbereitungsangebotes relativiert die Bedeutung dieses Instrumentes erheblich (Abb. 62): Reguläre wie abgespeckte Versionen sowie das Fehlen jeglicher Ausbildung trotz gefährlicher Missionen werden berichtet.

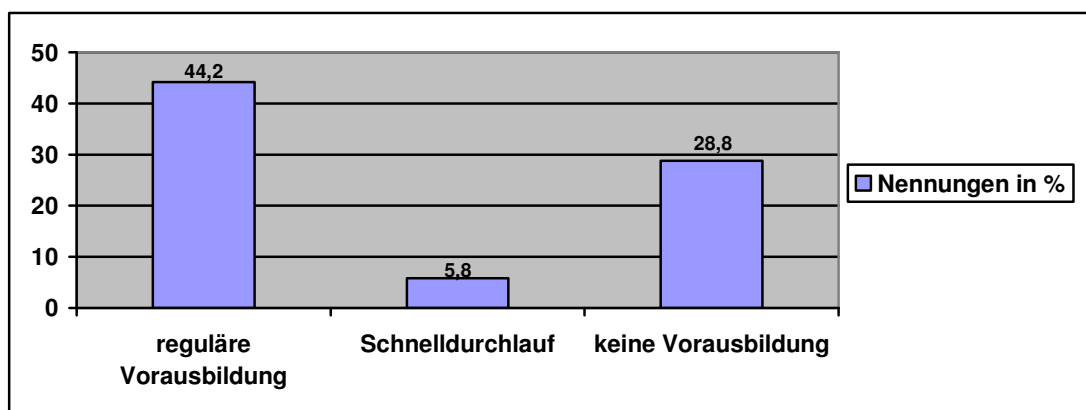


Abb. 62: Inanspruchnahme des Vorausbildungsangebotes (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Erstaunlicherweise konnte noch nicht einmal die Hälfte aller Befragten eine mindestens einmalige Teilnahme an regulären Vorausbildungen vorweisen, obwohl Ärzte zunehmend als Patrouillenbegleitung eingesetzt werden. Bei einem Drittel

war - aus persönlicher Erfahrung oder aus der Beobachtung von Kollegen - die Vorausbildung unter Zeitdruck komplett weggefallen. In wenigen Fällen wurde versucht, wenigstens eine Kurzversion zu vermitteln. Da Zeitmangel als Hauptargument für mangelnde oder fehlende Vorausbildung verwandt wird, zumeist als Folge kurzfristiger Einplanung, sehen sich die Betroffenen mit mehreren Stressoren struktureller Ursache konfrontiert: Zum einen mit einer (zu) kurzfristigen Einplanung ohne angemessene Zeit für organisatorische und mentale Vorbereitungen im privaten Umfeld, zum anderen mit der fehlenden militärischen, politischen wie kulturellen Beschäftigung mit dem Einsatzland und den bevorstehenden Aufgaben und Gefahren. Im Folgenden wird zunächst der Frage nach der Sinnhaftigkeit der Vorausbildung nachgegangen, bei der hohen Einsatzfrequenz in der Sanität vor allem in Hinblick auf unerfahrenes Personal oder noch neue Einsatzstandorte (Abb. 63).

Und die Basis- und Kontingentsausbildung, halten Sie die prinzipiell für sinnvoll? Also...

- Ja. Aber ob's in der Form sein muss... ja, also die Basisausbildung beinhaltet Zerlegen und Zusammenbauen von WLE's, das ist etwas, was nicht jeder wissen muss. Es sollte ein bisschen mehr fachbezogen sein, ja, und es sollte ein bisschen mehr militärische Basisausbildung im Sinne von diesen „Rules of Engagement“, und es sollte vor allem länderspezifische Informationen mehr enthalten, ich habe zwar eine gezielte Ausbildung damals für Bosnien bekommen, man soll die auch angeblich alle 3 Jahre wiederholen, was ich bisher noch nicht getan habe, ähm... und da sollte man schon dann auf lange spezifische Verhaltensmaßregeln, die man da beachten sollte, ein bisschen mehr drauf eingehen, was da passiert ist. Ansonsten halt ich sie schon für sinnvoll, ja. Einmal. Man muss nicht jedes Mal wieder hingehen nach 3 Jahren. Das halte ich für schwachsinnig. Ich war jetzt 5 Mal im Einsatz, und im Einsatz lerne ich sicherlich mehr, ja, über das, wie es im Einsatz wirklich ist, als wenn ich so eine Basis- oder Truppen- oder Kontingentsausbildung noch mal mache. Also das halte ich für Schwachsinn.

Abb. 63: Typische Einschätzung der Vorausbildung (Interviewausschnitt)

3.3.2.4.1 Die militärische Vorausbildung

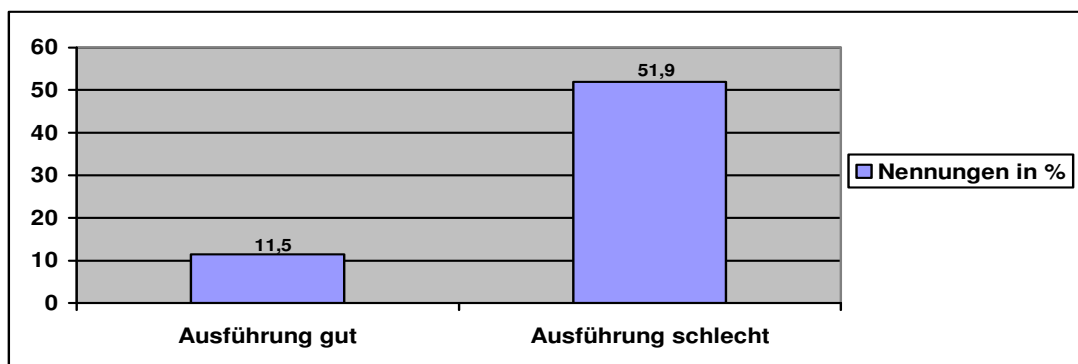


Abb. 64: Die Akzeptanz der militärischen Vorausbildung (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Die Hälfte der Befragten ist mit der Umsetzung der an sich gewünschten Vorausbildung durch die Bundeswehr nicht zufrieden. Als zentrale Forderung kristallisiert sich eine stärkere Differenzierung nach Aufgabengebieten heraus; auch die Differenzierung zwischen Afghanistan, für das sich die Befragten eine intensivere militärische Vorausbildung wünschen, und dem Balkan, für den eine weniger umfassende militärische Ausbildung ausreichend wäre, findet Erwähnung. Eine Erklärung für das subjektiv empfundene mangelnde Eindenken der Führung in die Bedürfnisse der Soldaten wird in Abbildung 65 genannt.

sich selber darüber informieren, um was es da geht. Das ist alles aus meiner Sicht eine Sache, die auf Papier abgearbeitet werden muss, und dann hinterher können sie dann sagen, unsere Soldaten waren gut ausgebildet. Wie die Ausbildung in der Bundeswehr funktioniert, da gibt es keine Lücken. Reine Papiertigermacherei, hier viel Papier vollschreiben, Vollständigkeitsliste machen, waren denn alle da, alles gut. Das ist meine Meinung zur Basis- und Truppenausbildung, sicherlich, bestimmte militärische Grundregeln sollte man beachten lernen, und

Abb. 65: Kritik an der militärischen Vorausbildung (Interviewausschnitt)

3.3.2.4.2 Die landeskundliche Vorausbildung

Explizit äußerten sich nur **11,5% (n= 6 von 52)** über eine landeskundliche Vorausbildung; eine Erklärung hierfür könnte die Vielfalt der Vorausbildungen seit Beginn der Auslandseinsätze sein, deren strukturelle Veränderungen die Ärzte durch die permanente Zeitnot in der Vorbereitungsphase nicht mitgegangen sind. Unter diesen besteht kaum Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer landeskundlichen Vorausbildung, lediglich an der ihnen bekannten Art der Ausführung; insbesondere im Hinblick auf eine erhebliche Lücke zwischen formaler Zielsetzung und faktischer Umsetzung (Abb. 66).

aber sie ist als ständiger Einsatzwiederholer nicht sinnvoll und nicht notwendig. Wo es sicherlich, wenn es sinnvoll gemacht wird, notwendig ist, ist zu Beginn eines neuen Einsatzes, wie jetzt im Kongo, das wäre es sicherlich oder da war es sicherlich sehr sinnvoll, unter der Voraussetzung, dass dort in dieser Ausbildung eine Vorbereitung für das Einsatzland stattfindet. Das findet ja in unseren Ausbildungen de facto nicht statt, da kann es also passieren, grade als Einzelkämpfer aus den BwKs in eine Vorausbildungsgruppe reinkommt, man soll nach Afghanistan, man kommt in eine Vorausbildungsgruppe für's Kosovo, macht da mit, ahm... oder es wird gar nicht erzählt über das Einsatzland, weil halt alle zusammen diese Ausbildung machen quer durch alle Dienstgradgruppen, quer durch alle intellektuellen Schichten, die meisten wollen's gar nicht, die interessiert das nicht, ahm... also es bleibt wieder an einem selber hängen, sich Informationen über das Einsatzland zu holen, wobei ich es sehr wichtig finde, vor neuen Einsätzen eine vernünftige, qualifiziertes Briefing über das Einsatzland zu bekommen. Aber das ist jetzt zum Beispiel Kongo offiziell passiert für diejenigen, die innerhalb 48h nominiert waren, fiel das auch aus.

Abb. 66: Einzelkritik an der landeskundlichen Ausbildung (Interviewausschnitt)

Zusammenfassend werden die Vorausbildungen in der Grundidee als sinnvoll, in der realen Umsetzung jedoch als zu wenig spezifisch für das ärztliche Aufgaben- und Anforderungsprofil im Einsatzland bewertet.

3.3.2.5 Der Transport

Auf den ersten Blick erscheint der Transport ins Einsatzland ein Randaspekt zu sein. Bei näherer Betrachtung kann auch der Transportweg als Erlebnis empfunden werden, das die Bewertung eines Einsatzes mit prägt (Abb. 67).

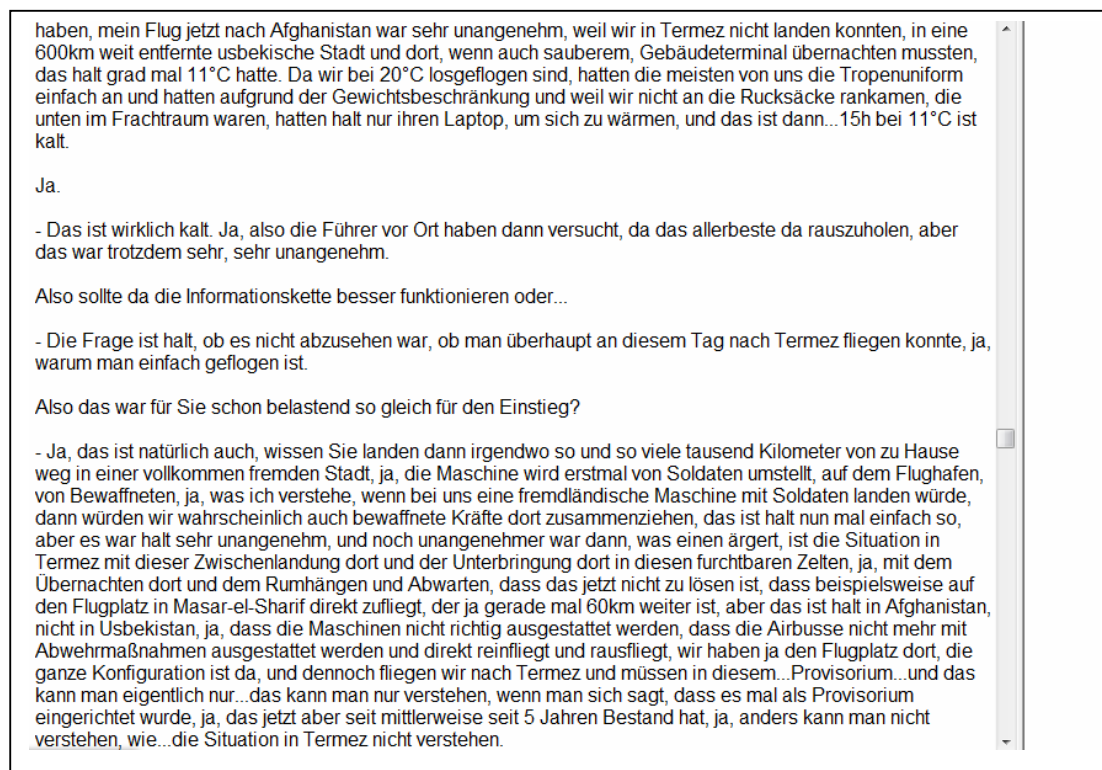


Abb. 67: Transportschwierigkeiten überschatten den gesamten Einsatz (Interview-ausschnitt).

Zufriedenheit besteht vor allem mit der Transportsituation in die Balkaneinsätze, die zumeist direkt und in überschaubarer Zeit angefliegen werden; die Reise nach Afghanistan, auf dessen verschiedene Standorte die Soldaten von Usbekistan aus verteilt werden, genießt weit weniger Akzeptanz. Seit Beginn des Afghanistanein-

satzes ist das Zwischenlager in Termez ein Provisorium geblieben, in dem bei schlechtem Wetter auch längere Aufenthalte nötig sind. Die Konsequenzen aus der Transportproblematik führt nach Beobachtungen der Interviewpartner zur Verzögerung in der Kontingentsauswechslung und soll für längere Wechselzeiträume und damit eine Verschärfung der ohnehin gefürchteten Unplanbarkeit verantwortlich sein. Dennoch anerkennen ebenso viele der Befragten, die der Bundeswehr in Transport und Terminorganisation mangelnde Flexibilität vorwerfen, die Bemühungen, aus Unzulänglichkeiten zu lernen, wie zum Beispiel das Hinzuziehen ziviler Flugmaschinen zum Truppentransport aus Gründen der Praktikabilität und Wirtschaftlichkeit.

3.3.2.6 Die Unterbringung

Sie stellt die nächste Herausforderung nach dem Transport in das Einsatzland dar und lässt sich in zwei verschiedene Teile gliedern: den Makrokosmos „Lager“ sowie den Mikrokosmos „Container“, in dem die einzelnen Sanitätsoffiziere in Einzel- oder Mehrbettzimmern untergebracht sind. Die Beurteilung der Unterkunft unterscheidet nach den Aspekten Sicherheit und Privatsphäre – beides wirkt bedrohend, wenn es als nicht ausreichend empfunden wird.

Zunächst werden die Lager betrachtet. Schwerpunkt der Kritik ist die Halbherzigkeit in Konzeption und Ausführung, die seit Beginn der Auslandseinsätze festzustellen ist und die sich an den alten Standorten bis heute erhalten hat.

Als Grundproblematik wird die mangelnde Bereitschaft der Bundesregierung zur finanziellen Investition angeführt, im Gegensatz zu dem Anspruch, akzeptierter, gleichwertiger Teilnehmer an internationalen Missionen zu sein. Diese mangelnden äußeren Umstände wirken sich nach Meinung der Befragten auch auf die produktive Arbeit der Soldaten und damit den effektiven Output der Einsätze aus: der Gegensatz zwischen „Camping-Lagern“, also einer gänzlich provisorischen Umgebung im Einsatz, und dem Auftrag einer hochwertigen medizinischen Versorgung, die im Ergebnis den innerdeutschen Standards entsprechen soll, kann

demnach nicht überwunden werden. Dagegen bilden geordnete Rahmenbedingungen die Grundlage für eine fundierte Auftragserfüllung.

Ein Unsicherheitsgefühl speziell in Afghanistan führt zu vermehrter Vorsicht im Lageralltag, während die mangelnde Sicherheitsausrüstung der Lager auf dem Balkan aufgrund der vergleichsweise entspannten Sicherheitslage kein Bedrohungsgefühl erzeugt. Zwar hängt die Bundeswehr anderen Nationen noch nach, doch scheint sie nun ihre Erfahrungen an neuen Standorten umzusetzen (Abb. 68).

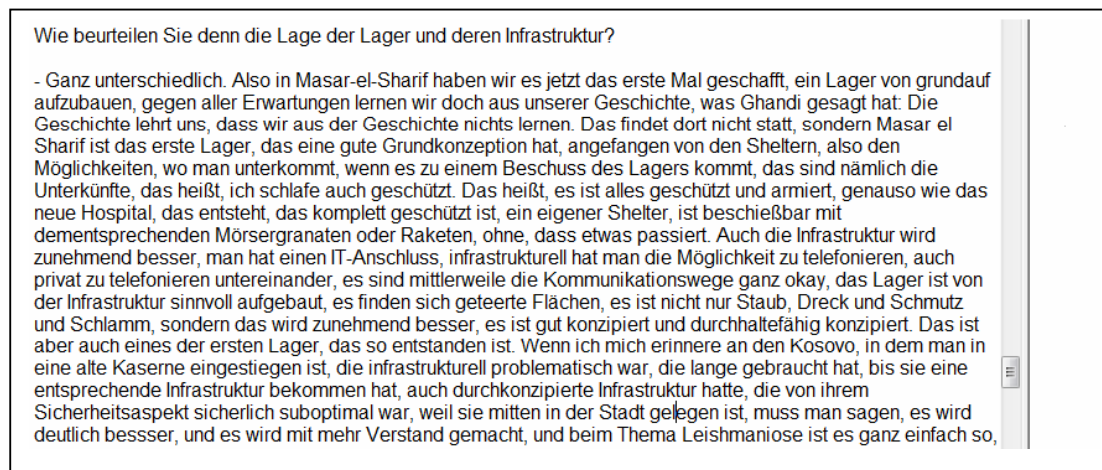


Abb. 68: Die Planung der Feldlager: Die Bundeswehr im Lernprozess (Interviewausschnitt)

Als bedeutend vielschichtiger erwies sich die Diskussion über die Unterkünfte. Da sich diese nach Einsatzland und Auftrag, aber auch nach der Phase des Lageraufbaus im Komfort sowie in der räumlichen Zuteilung – von der Einzel- bis zur Massenunterkunft - stark unterscheiden, reichen auch die Eindrücke von „hervorragend“ bis „problematisch“.

Eine besondere Rolle innerhalb dieser Diskussion spielte die Massenunterbringung. Die Kritik gründet zum einen auf dem Aspekt des Schicht- und Dauerdienstes, dem Sanitätsoffiziere in besonderer Weise unterliegen; eine angemessene Regeneration ist unter diesen Umständen nicht möglich. Zum anderen wird insbesondere von älteren und höherrangigen Offizieren die fehlende Distanz bemängelt, die die psychische Regeneration und den Rückzug als Vorbild beeinträchtigt. Die

Vorbehalte gegenüber einer „sozialistischen Gleichmacherei“ ziehen sich durch alle Bereiche der Einsatzdurchführung. Eine bestimmte Einschränkung der Privatsphäre lässt sich jedoch auch bei bester Organisation in einem militärischen Lager nicht vermeiden (Abb. 69).

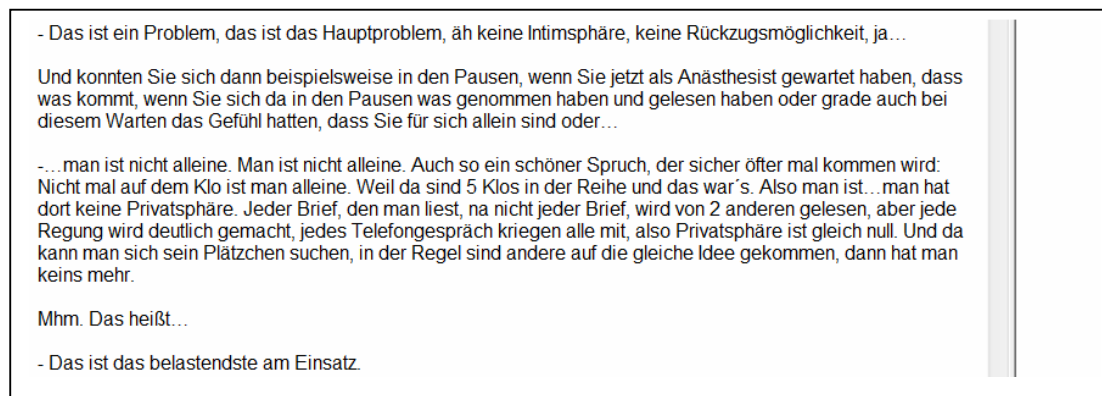


Abb. 69: Belastung durch fehlende Privatsphäre im Einsatz (Interviewausschnitt)

Insgesamt empfanden **44,2% (n= 23 von 52)** die Unterbringung in mindestens einem Einsatz als Belastung, **75% (n= 39 von 52)** – also teilweise auch diejenigen, die sich an der Unterbringung stören – arrangierten sich mit der Situation und suchten anderweitig privaten Rückzug; **67,3 % (n = 35 von 52)** halten diesen zur psychischen Regeneration für unabdingbar. Wenn die Unterkunft dies nicht leisten kann, können auch Gespräche mit dem Partner, die die Bereitstellung verlässlich funktionsfähiger Kommunikationsmittel erfordern, aber auch mit Kameraden, die meist außerhalb der offiziellen Betreuungseinrichtungen an selbst bestimmten „in-offiziellen“ Einrichtungen stattfinden, dazu dienen. Die Selbstbestimmung wird im Einsatz zwar auf das grundlegendste herunter gebrochen, die erhaltbaren Reste sind jedoch von höchster Bedeutung. Somit kann zwar ein Trend in Richtung Akzeptanz der Unterbringungspraxis verzeichnet werden, doch Qualität wie Quantität der Kritik demonstrieren die Persistenz dieser zweifellos schwierig lösbaren Problematik.

3.3.2.7 Das Personal

Die Eindrücke über die personelle Ausstattung gliedern sich in die Qualität des militärischen bzw. medizinischen Personals, welches getrennt nach Unteroffizieren und Offizieren (Ärzten) beurteilt wird, sowie in die quantitative Präsenz, wobei nach Einsatzort unterschieden werden muss. Obwohl Sanitätsoffiziere hauptsächlich mit medizinischem Personal in Kontakt treten und sich vornehmlich hierzu äußern, sind sie sich der Bedeutung der schützenden Infanterie bewusst. Die Kampftruppen werden überwiegend als hochprofessionell und hervorragend ausgebildet eingeschätzt; wenn Inkompetenz im militärischen Bereich kritisiert wurde, dann vornehmlich aus Gründen der Personalplanung, die junge, noch unerfahrene sowie unzureichend ausgebildete Soldaten mit Schlüsselpositionen betraut.

Die Beurteilung des medizinischen Unteroffizierspersonals fällt weit weniger glimpflich aus, wobei die Kritik sich weniger gegen desinteressiertes Personal, sondern gegen fachfremden Personaleinsatz richtet (Abb. 70).

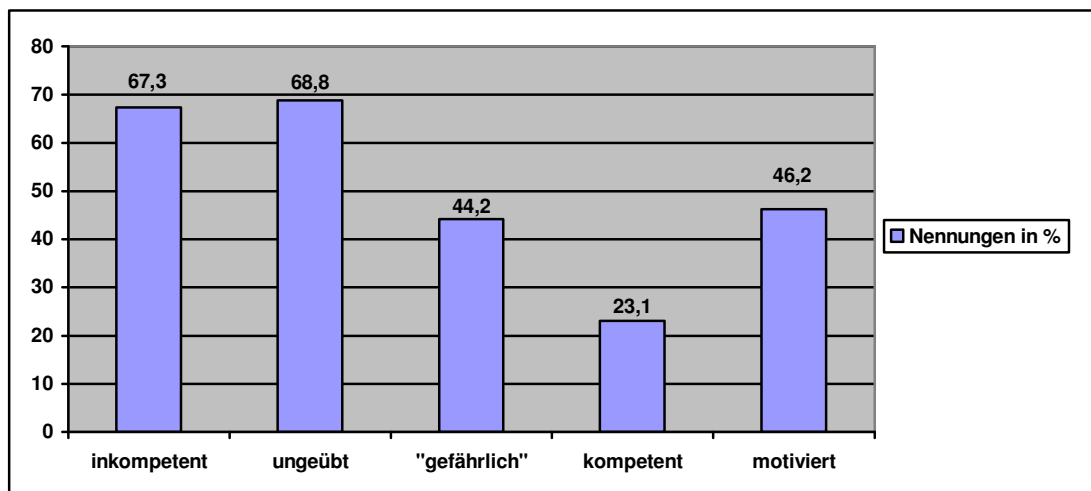


Abb. 70: Einschätzung des medizinischen Unteroffizierspersonals im Einsatz durch die Befragten (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Der unzureichende Ausbildungsstand des medizinischen Unteroffizierspersonals stellt im Auslandseinsatz eine besondere Belastung dar, da er kaum korrigiert werden kann; im Hinblick auf die Notfallversorgung von Soldaten stellt sich die Frage, wie eine adäquate Versorgung sicherstellen kann, wenn schon der Routi-

nebetrieb nur unzureichend beherrscht wird. Durch permanente Ausbildung bei ruhiger Sicherheitslage wird versucht, dieses Problem zu reduzieren; damit wird der Auslandseinsatz zum Übungslager, was nicht Teil des Auftrags sein kann.

Doch auch die eigene Profession wird selbstkritisch hinterfragt. Einig ist man sich über die hohe Qualität der Sanitätsoffiziere in der internationalen Zusammenarbeit im Einsatz. Dennoch war auch bei **30,8 % (n = 16 von 52)** Kritik an der unterschiedlichen Vorbereitung auf die Einsatzmedizin durch die verschiedenen großen Bundeswehrkrankenhäuser erkennbar. Ähnlich der Unteroffiziere fühlen sich auch die Offiziere von der Führung ins kalte Wasser geworfen: Für den Einsatz auf fachfremdem Terrain – z. B. als Patrouillen begleitender Notarzt im Einsatz – muss sich der betroffene Arzt nicht selten eigenverantwortlich vorbereiten, um die Aufgabe mit gutem Gewissen ausführen zu können. Ebenso sorgen die allgemeinen Veränderungen in der Weiterbildung der Ärzte mit zunehmender Spezialisierung zu Lasten eines breiten medizinischen Allgemeinwissens für eine ungünstige Konstellation im Hinblick auf die Auslandseinsätze. Die Interviewpartner betonen daher die Notwendigkeit der Bundeswehrkrankenhäuser, da nur hier auf das breite Anforderungsfeld der Einsätze durch häufige Rotationen vorbereitet wird; diese Chance fordern sie auch für die Vertreter medizinischer Lehrberufe, die in Kasernen fachfremd eingesetzt werden und nicht in den Bundeswehrkrankenhäusern in Übung gehalten werden. Die rein numerische Präsenz des Sanitätsdienstes wurde dagegen kontrovers diskutiert. Die hohe Versorgungsqualität steht gegen Personalknappheit aufgrund der Vielzahl der Einsatzstandorte – als Lösung dieser Diskussion wird die Anpassung der Personaldichte an die Einsatzorte je nach Bedarf genannt.

Abschließend lässt sich sagen, dass formal dem Anspruch genüge getan wird, den Soldaten im Einsatz im Endergebnis eine medizinische Versorgung wie in Deutschland zukommen zu lassen. Zur Erfüllung dieses Anspruchs sind Offiziere wie Unteroffiziere jedoch auf ihre Eigeninitiative angewiesen, ähneln die Aufgabenfelder im Einsatz doch nicht immer den Alltagstätigkeiten. Die absolut und im internationalen Vergleich hervorragende Qualität des deutschen Sanitätsdienstes scheint im personellen Bereich auf die Leistungs- und Ausbildungsbereitschaft der darin Beschäftigten zurückzuführen sein. Dennoch veranlasst der damit verbun-

dene Stress die Befragten, an das Verantwortungsgefühl und die Fürsorgepflicht der Bundeswehrführung zu appellieren.

3.3.2.8 Das Material

Darunter fällt zum einen die militärische Schutzausrüstung der Sanitätsoffiziere wie Kleidung, Waffen, Munition und Fahrzeuge, zum anderen das medizinische Material. Da sich die Befragten nicht prädestiniert zur Evaluation militärisch-infanteristischen Materials fühlten, wurde in der Befragung Hauptaugenmerk darauf gelegt, ob mit dem vorhandenen militärischen Schutz ein ausreichendes Sicherheitsempfinden erreicht werden konnte; darüber herrscht weitgehende Uneinigkeit (Abb.71).

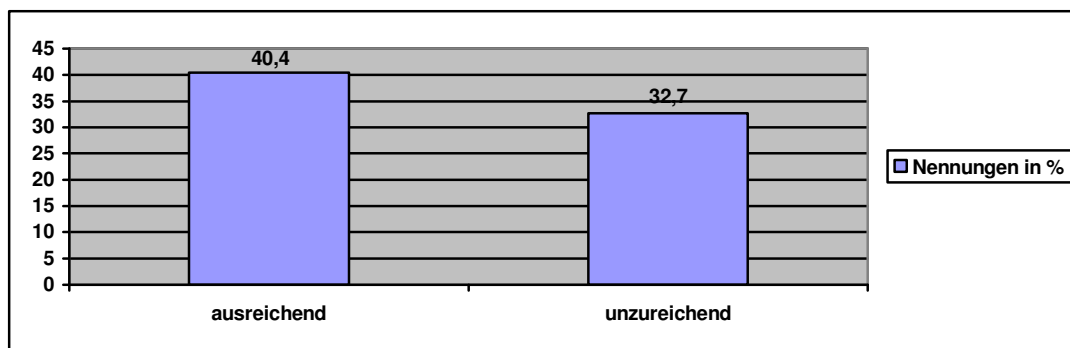


Abb. 71: Einschätzung der militärischen Schutzausrüstung in den Einsätzen durch die Befragten (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Bei den kritischen Äußerungen stehen die inadäquate Kleidung, die quantitativ wie qualitativ unzureichende Fahrzeugversorgung sowie die zu geringe Munitionierung im Vordergrund. Zufriedenheit kam nie zum Ausdruck, jedoch kann sich der andere Teil der Befragten mit den Zuständen bei der Tätigkeit im Lager arrangieren. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Gefahrenexposition und Beurteilung der militärischen Ausstattung, so trifft man in jedem Tätigkeitsbereich, sei er nun militärisch fordernd oder nicht, auf Belastungen, die von unzureichender militärischer Ausrüstung herrühren – vor allem bei Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Nationen.

So negativ die Tendenz der Beurteilung militärischen Materials ausfällt, so positiv sehen die Befragten die medizinische Ausstattung: **80 % (n = 42 von 52)** bezeichnen sie als hervorragend. Kritik richtet sich lediglich auf organisatorische Nachschubschwierigkeiten, während die Qualität und Quantität der Medizingeräte als international führend gelobt werden. Die Zufriedenheit mit dem medizinischen Material besteht bei den meisten auch an Standorten mit geringerem Gerätestandard als im Inland, da es als Zeichen der Professionalität gilt, weniger auf Technik und dafür umso mehr auf das eigene Handwerk angewiesen zu sein.

Über den formalen Anspruch der Soldatenversorgung im Einsatz qualitativ äquivalent zum Inland wird jedoch auf beiden Seiten diskutiert. Dem Leitbild des Sanitätsdienstes ist der Anspruch an die Sanität im Einsatz zu entnehmen, „[...] eine *sanitätsdienstliche Versorgung der Streitkräfte* [...]“ sicherzustellen, „die im Ergebnis dem *fachlichen Standard in Deutschland entspricht*.“ (Quelle: www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de) Das kritische Lager moniert die Kluft zwischen formalem Anspruch und realisierbaren Standards, die sich unter den hygienischen und klimatischen Bedingungen in den Wüstenstandorten mit dem besten Material nicht mit den heimatlichen messen lassen können, während die Optimisten betonen, dass das Endergebnis der innerdeutschen Versorgung gleichkommen muss, was durch hochkarätiges Material und schnelle Repatriierung erreicht werden kann.

Die materiellen Rahmenbedingungen des Sanitätsdienstes dürfen somit als Stressor ausgeschlossen werden; **40 % (n = 21 von 52)** arbeiten mit Stolz und Motivation im deutschen Sanitätsdienst mit, da dieser dem einzelnen Soldaten im Einsatz die bestmögliche Versorgung zukommen lässt. Die klimatischen, hygienischen sowie logistischen Rahmenbedingungen z. B. im Bereich der Rettungskette stellen jedoch eine Erschwernis dar, die von der Führung nicht heruntergespielt werden sollte. Offene Kommunikation wird auch in diesem Bereich als Hauptforderung laut.

3.3.2.9 Strukturelle Handlungsfähigkeit

Sie beschreibt die Möglichkeit flexibler Gestaltung des Arbeitsablaufs des Einsatzes durch den bürokratischen Apparat. In Anbetracht des hohen Einflusses des

Militärs und der Verwaltung im Einsatz ist dessen Handhabung für die Sanität von entscheidender Bedeutung (Abb. 72).

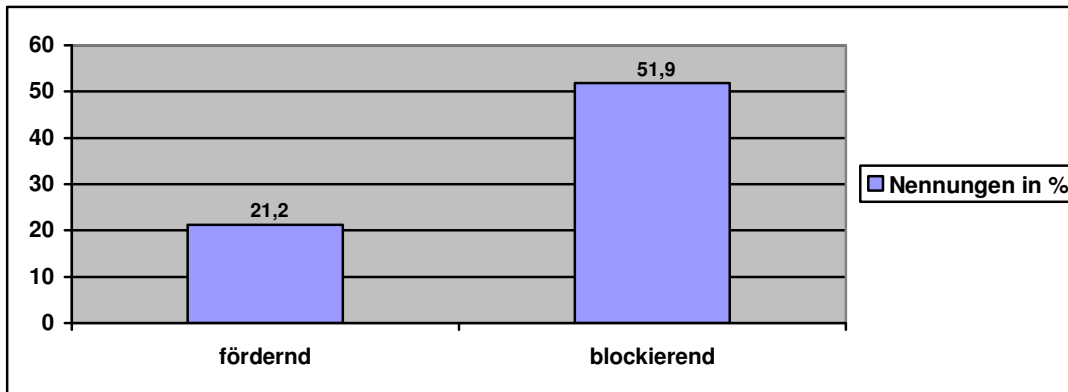


Abb. 72: Beurteilung der Auslandsverwaltung für einen reibungslosen Arbeitsablauf im Einsatz (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Positiven Einfluss auf die Arbeitsabläufe übt die Verwaltung – nach Meinung der Interviewpartner - nur an neuen Standorten aus, an denen noch keine administrativen „Trampelpfade“ existieren und jede Tätigkeit Pioniercharakter besitzt. Hat sie ihre Strukturen gefestigt, fühlen sich die Sanitätsoffiziere mit einem Tross konfrontiert, der sich in steter Entfremdung vom eigentlichen Einsatzauftrag selbst verwaltert; die Folgen für die Sanität sind Prozessretardierungen bis hin zu einer Blockade der adäquaten Patientenversorgung durch diverse Regularien. Zudem bringe sie die Einsätze um ihren „Abenteuercharakter“. Obwohl jeder Einsatz durch großzügige Stäbe organisatorisch beherrschbar gemacht werden soll, nutzen diese ihre Chance zur Prozessoptimierung nicht und wirken sich nach Meinung der Befragten negativ auf die Auftragserfüllung der Sanität aus.

3.3.2.10 Vereinbarkeit von Familie und Auslandseinsätzen

Arbeitszufriedenheit und Sicherheitsgefühl hängen in besonderer Weise auch davon ab, in welcher Form und in welchem Ausmaß Familie und Freundeskreis vom Auslandseinsatz betroffen sind – **25 % (n = 13 von 52)** der Interviewpartner halten die Trennung von Partner und Familie für die Hauptbelastung überhaupt; die

Betreuung des heimatlichen sozialen Netzwerkes hängt neben den Angeboten der Bundeswehr insbesondere an den bereitgestellten Kommunikationsmitteln. Da die interviewten Sanitätsoffiziere zu drei Vierteln verheiratet und zu über der Hälfte Eltern sind, stellt sich die Frage, inwieweit der Arbeitgeber Einsätze und Familie kompatibel (mit-)gestalten kann.

3.3.2.10.1 Das Familienbetreuungszenrum

Die Bundeswehr stellt während des Einsatzes für die Familie so genannte Familienbetreuungscentren zur Verfügung, die Kontakt mit anderen Angehörigen, mit dem eigenen Verwandten über Video und Telefon und Hilfe in jedwedem sozialen Bereich anbieten. Die Resonanz auf diese Angebote fällt allerdings gering aus: Über die Hälfte der Interviewpartner messen dieser Einrichtung keinerlei Bedeutung für ihre Familie zu. Eine Sinn gebende Funktion für Familienbetreuungscentren wäre im Ersatz der weggefallenen Arbeitskraft und damit in der Unterstützung durch die Vermittlung von Hilfspersonal wie Babysittern oder in finanziellen Zuschüssen zu sehen. Gerade für Familien ohne enge soziale Einbettung und Hilfe von der Verwandtschaft könnten die Betreuungscentren attraktiv werden; die Fürsorgepflicht des Dienstherrn erstreckt sich damit insbesondere auf die Familien, die auf sich allein gestellt sind und auf kein soziales Netzwerk zurückgreifen können (Abb. 73).

- Beispiel ist im Prinzip, ich bin nach meinem ersten Auslandseinsatz repatriert worden, weil ich mir den Arm gebrochen habe. Meine Frau war hochschwanger, stand eine Woche vor geplanter Entbindung, und ist ins Krankenhaus gegangen. Wir hatten ein kleines Kind zu Hause, und die Frage ist, inwieweit dieses Kind dann versorgt werden kann. Das interessiert den Dienstherrn primär gar nicht, das kann natürlich kollegial irgendwie geregelt werden, das ist keine Frage, ähm... ansonsten gibt es relativ wenig Hilfen. Es gibt eine Beihilfestelle, die dann erstmal nur auf ihre Gesetzestexte verweist, die aber auch nur stundenweise geringste Summen bezahlt, wenn man entsprechende Betreuung braucht, weil man einfach mit 'nem gebrochenen Arm ein Kind nicht versorgen kann.

Abb. 73: In den Bereichen, in denen Hilfe am nötigsten ist, besteht sie nur formal (Interviewausschnitt).

Die Kritik an den Betreuungszentren besteht demnach v.a. in der fehlenden strukturellen Anpassung der Hilfen an die Bedürfnisse und Engpässe junger Familien während des Auslandseinsatzes eines ihrer Mitglieder.

3.3.2.10.2 Die Kommunikationsmittel im Einsatz

Die Kommunikation in den landgestützten Einsätzen beläuft sich auf Brief-, Telefon- oder Internetkontakt; in Einsätzen der Marine muss sich auf letzteres beschränkt werden. Zunächst soll beurteilt werden, wie umfassend und in welcher Qualität Kommunikationsmittel bereitgestellt werden (Abb. 74).

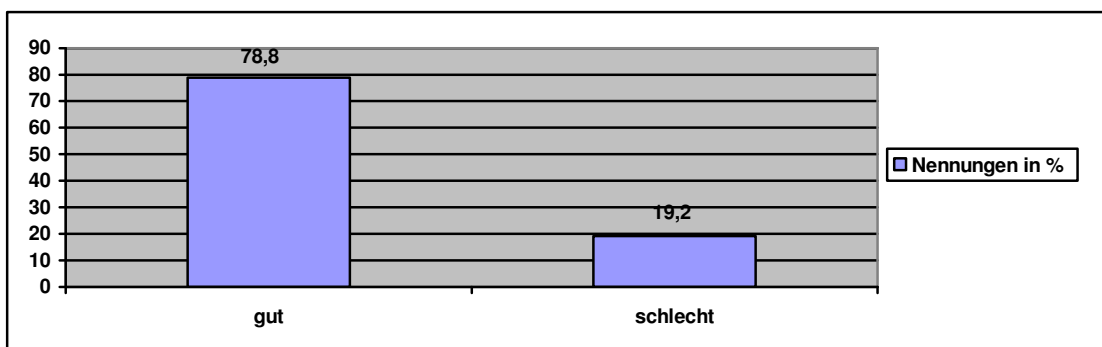


Abb. 74: Zufriedenheit unter den Sanitätsoffizieren mit den Kommunikationsmitteln im Einsatz (100% = 52 Interviewpartner)

Die Kommunikation mit Feldpost, Internet und Telefon wird in ausreichendem Umfang ermöglicht; besonders in letzteren beiden Bereichen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten mit kostenlosen Betreuungstelefonen, die vom Dienstherrn bereitgestellt werden, lokalen Handykarten, deren Benutzung günstiger als die der Privatanbieter, jedoch auch unsicherer bezüglich der Abhörgefahr und daher verboten sind (Stand im Erhebungszeitraum 2006/2007), und letztlich der Privatanbieter, die ebenfalls durch die Bundeswehr zur Verfügung gestellt werden (Abb. 75).

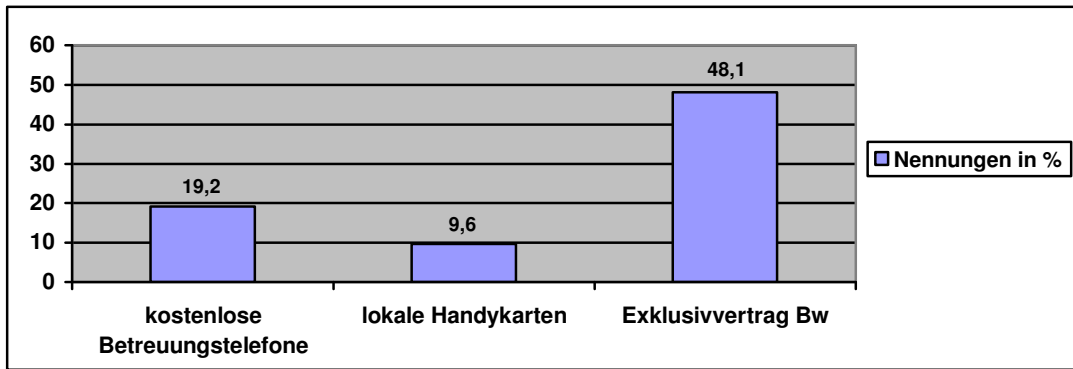


Abb. 75: Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote im Einsatz durch die Sanitätsoffiziere (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Nur selten kommen die Interviewpartner in den Genuss kostenloser Betreuungstelefone, die zum einen vom Dienstherrn selbst, zum anderen von vielen anderen Nationen, die ihren Soldaten und manchmal ihren deutschen Kollegen kostenlos Telefonieren ermöglichen, bereitgestellt werden. Lokale Handykarten werden mit über zwei Dritteln von jungen, unerfahrenen Sanitätsoffizieren ohne Familie gewählt, um die hohen Telefonkosten, die der Privatanbieter verursacht, einzusparen; dieser gilt dennoch als Standardprovider. Von denjenigen Interviewpartnern, die sich über die hohen Telefonkosten beschwerten, erwiesen sich mit **68,8 % (n = 11 von 16)** die jüngere Generation der Sanitätsoffiziere in der Altersgruppe bis 40 Jahre, sowie mit **50 % (n = 8 von 16)** die Interviewpartner mit Kindern zu Hause; damit leiden unter den Sanitätsoffizieren gerade diejenigen mit den geringeren Einkommen und den höheren sozialen Lasten am meisten unter den hohen Kommunikationskosten. Dadurch relativiert die Bundeswehr ihr breites Kommunikationsangebot, da gerade für die Väter bzw. Mütter im Auslandseinsatz das Familienbudget aufgrund der höheren Inlandskosten, z. B. durch Kinderbetreuung, trotz Auslandsverwendungszuschlag eingeengt ist. So verhindern die hohen Kosten bei grundsätzlich ausreichendem Angebot eine adäquate Kommunikation mit der Familie (Abb. 76).

Mhm. Und waren die Kontaktmöglichkeiten nach daheim ausreichend?

- Nur für sehr, sehr viel Geld. Zwar angeboten über KBM Puls ist das ja immer, ja, aber die deutsche Bundeswehr stellt da überhaupt null zur Verfügung, was meiner Meinung nach nicht tragbar ist. Die sind für viele Sachen verantwortlich, ja, diese Nicht-zur-Verfügung-Stellen von Kommunikationmöglichkeiten, die zu familiären Problemen führen, weil viele Soldaten wollen es sich nicht leisten, können es sich nicht leisten, oder vertelefonieren sogar ihr gesamtes AVZ, weil eben nur dieser eine teure Anbieter, dieses KBM Puls zur Verfügung steht, bei allen anderen Nationen ist das durch das Militär gegeben. Jetzt zum Beispiel aktuell die Norweger haben freies Telefonieren, freies Internet, und da kann man den entsprechenden Kontakt halten, ohne jedes Mal aufs Geld schauen zu müssen, auf die Zeit schauen zu müssen, und das halte ich für deutlich sinnvoller, ja, und auch nicht so erheblich teuer, wenn man das über Bundeswehrnetze einrichten würde, dass man das nicht machen könnte. Aber die Betreuung der Bundeswehr hält das für ausreichend, dass KBM Puls halt da ist, ja, aber die Leute müssen es selber zahlen. Das halte ich für nicht gut.

Abb. 76: Finanzielle Engpässe führen zu Kontaktverlust und sozialen Konflikten – im Aus- wie im Inland (Interviewausschnitt).

3.3.2.10.3 Verhalten bei Unglücksfällen

Besondere Bedeutung für Sanitätsoffiziere hat das Verhalten der Bundeswehr im Falle privater Schicksalsschläge, die die sofortige Rückkehr des Soldaten erforderlich machen; hierbei leistet die Bundeswehr meist schnelle, unbürokratische Hilfe. Im Falle Einsatz bedingter Verwundung und lebenslanger Behinderung und damit dauerhafter finanzieller Aufwendungen kann von unbürokratischer Hilfe keine Rede mehr sein. Die Tatsache, dass die Reaktion des Dienstherrn auf Kriegsversehrung ausschließlich auf Fremdbeobachtungen beruhen, zeigt die Bedeutung, die dem Aspekt einer dauerhaften Unterstützung im Falle einer Beschädigung der Gesundheit beigemessen wird; vor dem Hintergrund abschreckender Beispiele besteht hier dringender Handlungsbedarf.

3.3.2.10.4 Die Absicherung

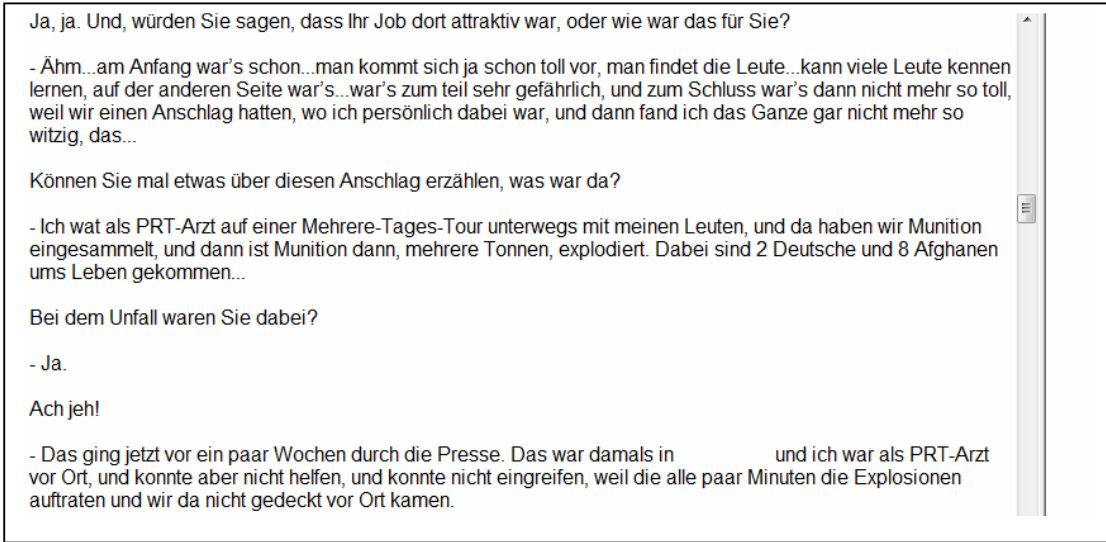
Nur wenig Erwähnung findet das Thema Absicherung der Zeitsoldaten und ihrer Familien im Unglücksfall – evtl. aufgrund der Verbesserungen in den letzten Jahren. Resignativer Grundtenor ist die persönliche Bereitschaft, den Auftrag im Namen der Bundesrepublik auch unter Gefährdung des eigenen Lebens auszuführen, während vom Dienstherrn weder umfassende Information über Absicherungsmöglichkeiten noch ausreichender Versicherungsschutz gewährleistet werde – Folgen seien Motivationsverlust und sinkende Aufopferungsbereitschaft.

3.3.2.11 Psychische Belastungen und Betreuung der Sanitätsoffiziere

Der Grad der Betreuung gibt Auskunft darüber, wie sehr sich die Bundeswehr der Risiken einer Psychotraumatisierung im Rahmen eines Auslandseinsatzes bewusst ist. Formal beginnt die psychologische Begleitung in den Vorausbildungen, wird während des Einsatzes durch Militärfarrer, Truppenpsychologen, Psychiater und Laien-Kriseninterventionsteams fortgeführt und nach Abschluss des Einsatzes mittels Reintegrationsseminar abgeschlossen. Sollten diese Maßnahmen nicht ausreichen, kann in spezialisierten psychosomatischen Rehabilitationskliniken eine Therapie beantragt werden. Zunächst geht es um die Darstellung respektive Wahrnehmung der unterschiedlichen psychischen Belastungen.

3.3.2.11.1 Anschläge und Opferversorgung

Ärzte in einer Einsatzarmee sind heute existentiellen Gefahren und Belastungen ausgesetzt, die je nach Ausbildungszustand und Persönlichkeit unterschiedlich wahrgenommen werden (Abb. 77.1, 77.2).



Ja, ja. Und, würden Sie sagen, dass Ihr Job dort attraktiv war, oder wie war das für Sie?

- Ähm... am Anfang war's schon...man kommt sich ja schon toll vor, man findet die Leute...kann viele Leute kennen lernen, auf der anderen Seite war's...war's zum teil sehr gefährlich, und zum Schluss war's dann nicht mehr so toll, weil wir einen Anschlag hatten, wo ich persönlich dabei war, und dann fand ich das Ganze gar nicht mehr so witzig, das...

Können Sie mal etwas über diesen Anschlag erzählen, was war da?

- Ich wat als PRT-Arzt auf einer Mehrere-Tages-Tour unterwegs mit meinen Leuten, und da haben wir Munition eingesammelt, und dann ist Munition dann, mehrere Tonnen, explodiert. Dabei sind 2 Deutsche und 8 Afghanen ums Leben gekommen...

Bei dem Unfall waren Sie dabei?

- Ja.

Ach jeh!

- Das ging jetzt vor ein paar Wochen durch die Presse. Das war damals in _____ und ich war als PRT-Arzt vor Ort, und konnte aber nicht helfen, und konnte nicht eingreifen, weil die alle paar Minuten die Explosionen auftraten und wir da nicht gedeckt vor Ort kamen.

Abb. 77.1: Die Belastungssituation im Einsatz: die erlebte eigene Macht- und Hilfslosigkeit (Interviewausschnitt)

Und wie war das für Sie, dass Sie an einem Ort sind, wo Sie prinzipiell...wo Sie, weswegen Sie überhaupt in den Einsatz geschickt worden sind, wo Sie helfen müssten, aber wo es aus dieser Gefahrensituation heraus nicht möglich ist...

- Das war schlimm.

...wie war das? Ja, was haben Sie gemacht, wie haben Sie das verarbeitet?

- Es war sehr schwierig für mich, weil...ich habe...ähm...Freunde verloren, ich wusste, wie weit sie noch draußen sind, eigentlich müssen wir ihnen helfen, ja, weil die sind in Lebensgefahr, auf der anderen Seite wusste ich eigentlich, die Wahrscheinlichkeit, dass die noch leben, sind sehr sehr gering, ja, sie sind wahrscheinlich tot, ich hatte das Glück, ich hatte 3 Verletzte zu versorgen, es waren drei, zwei Deutsche und unser afghanischer Dolmetscher, die konnten noch mit ihren eigenen Füßen zu mir laufen, sonst hätte ich ihnen auch nicht helfen können, weil wir konnten...wir konnten nichts machen, ja, ich hatte da mit...das KSK war auch dabei, die haben uns da beschützt und haben mich da auch dann mit Paramedics unterstützt, weil mein...einer der Verletzten war eigentlich auch mein...mein Rettungssanitäter, und das war...da hatte ich schon große Schwierigkeiten.

Und Extremsituationen wie diese, wie...wie gehen Sie dann damit um? Reden Sie dann mit anderen, mit der Familie, oder wie machen Sie das?

- Ich hab mit Kameraden geredet, ich hab ein paar Tage danach...na...so ein...sowas wie einen Zusammenbruch gehabt, weil ich damit nicht zurechtkam...in erster Linie...

Ja, ja...?

- Ähm...es wurde dann besser und ich wurde dann...war dann auch in Kur, ja, in so 'ner Kur in Damp für 3 Wochen, wo ich dann auch in Gesprächen das ganze versucht hab zu verarbeiten.

Abb. 77.2: Die Belastungsreaktion im Einsatz: der Zusammenbruch (Interviewauschnitt)

Diese Schilderung zeigt eindrücklich, wie notwendig ein psychologisches Auffangnetz in Anbetracht neuer Bedrohungen ist. Denn sie stellt keinen Einzelfall dar (Abb. 78).

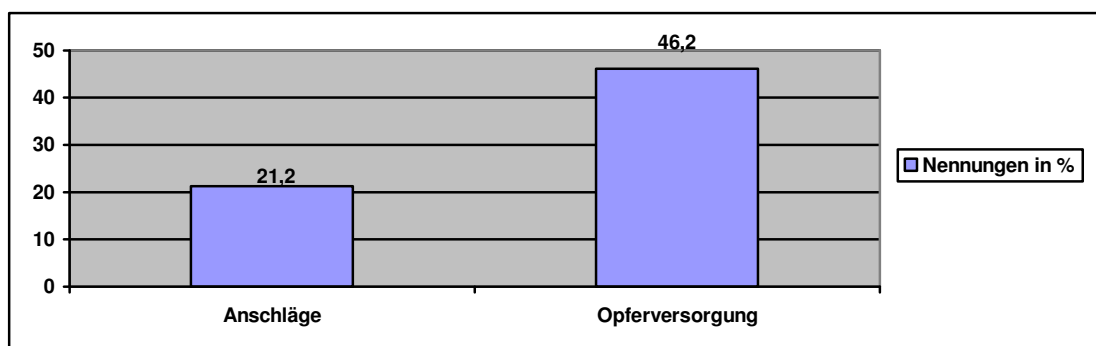


Abb. 78: Unmittelbare und mittelbare Konfrontation mit Kriegshandlungen im Auslandseinsatz (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = in keiner Weise betroffen)

Die Betroffenheit der Ärzte kann dabei unmittelbar sein – z. B. als Begleiter eines PRT-Teams, oder mittelbar im Rahmen der Opferversorgung (Abb. 79).

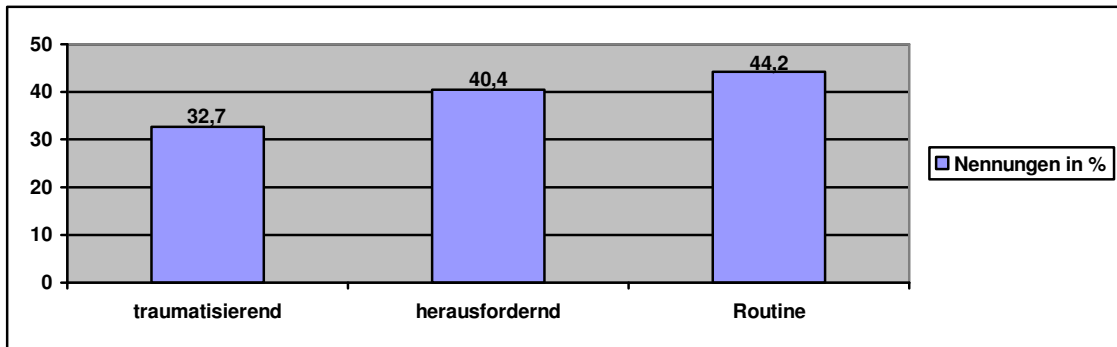


Abb. 79: Empfindungen bei Konfrontationen mit Kriegsopfern (100 % = 52 Interviewpartner, teilweise Mehrfachnennungen)

Die Tatsache, dass hinter den durch Opferversorgung psychisch Traumatisierten mit über **64 %** Ärzte mit Facharztstatus, nicht die Jungassistenten stehen, demonstriert die dienstgrad- sowie ausbildungsübergreifende Belastung durch die Versorgung verwundeter Patienten; interessant wäre an dieser Stelle der Zeitpunkt in der Ausbildung, ab dem sich Ärzte der Opferversorgung gewachsen fühlen. Der routinierte, professionelle Umgang mit extremen Erlebnissen wird von den meisten als Modus Vivendi angegeben, der von allen gefordert wird, bei gleichzeitiger Ablehnung von psychologischer Hilfe. Ein Geständnis gespannter Erwartung von Notfalleinsätzen aus professionellem Interesse wird ebenso geäußert wie das der Traumatisierung z. B. durch die persönliche Bekanntschaft mit den Opfern. So lassen sich auch die Mehrfachnennungen in Abb. 80 erklären, obwohl sich die Empfindungen gegenseitig ausschließen. Hier manifestiert sich ein berufseigener Kernkonflikt: die Diskrepanz zwischen empfundener Belastung und sozial erwünschter Unerschütterbarkeit eines Arztes (Abb. 80.1 - 80.4).

-Das ist ja mein Job. Das Trauma, ich glaub...also das müsste jetzt vielleicht psychiatrisch evaluiert werden, ja, aber das glaub ich nicht, dass mich das traumatisiert, weil ich hab da Verdrängungsmechanismen, die glaub ich ganz gut funktionieren.

Abb. 80.1: Der Interviewpartner ist sich zunächst sicher, keine bleibenden Schäden von seiner Arbeit davonzutragen,...

Traumatisierend ist dann

natürlich, wenn Sie den Airbus oder die Transall vollliegen haben mit diesen jungen da...traumatisierend ist nicht der Flug, Sie haben keine Zeit, Sie haben so wenig Zeit, dass Sie die Patienten verladen und klinisch versorgen, dass Sie überhaupt nicht darüber nachdenken, was da vor Ihnen liegt. Ja, das interessante ist hinterher, wenn alle abgegeben sind. Es fällt eine Last ab, und dann haben Sie ein traumatisierendes Problem, da merken Sie, da realisieren Sie erstmal, was da überhaupt passiert ist.

Abb. 80.2: ...schildert dann aber traumatisierende Situationen,...

Wobei ich sagen muss, je länger ich das mach, das hört

sich jetzt relativ brutal an, aber das tangiert mich eigentlich relativ wenig. Also ich hab den Eindruck, es geht mir manchmal wie ein Film vorbei, es ist mir das Individualschicksal leider, oder vielleicht auch gut so, äh...nicht so bewusst. Also sag ich ganz ehrlich. Wenn da 2 Polytraumatisierte liegen, muss ich sagen scheiße, scheiße gelaufen für die beiden Kameraden, ja, die werden jetzt versorgt, und dann ist gut

Abb. 80.3: ...negiert bleibende Erinnerungen an Einzelschicksale...

obwohl ich sagen muss, ob man nicht auf Dauer

da vielleicht doch einen großen Preis zahlt, weil ich glaub schon, es bleibt schon immer ein bissl was hängen. Also so Einzelschicksale kann ich Ihnen noch ganz genau erzählen, das weiß ich noch ganz genau, das sind schon so ein paar Punkte in seinem Leben, wo man was erlebt hat, was man dann schon noch ziemlich genau detailgetreu erzählen könnte, deshalb glaub ich schon, dass in Summe Kerben zurückbleiben.

Abb. 80.4: ...und widerspricht zum Schluss allem zuvor Geschilderten (Interviewausschnitte).

Die Opferversorgung im Ausland gleicht der Routinetätigkeit, was den ständigen Wechsel zwischen Eingeständnis und Verleugnung von Traumatisierung erklären könnte, mit der auch der gesellschaftlichen Erwartung entsprochen werden kann.

3.3.2.11.2 Angespannte Sicherheitslage

Aufgrund der Doppelfunktion des Sanitätsoffiziers als Arzt und Offizier sorgt die soziale Erwünschtheit nicht nur in der kurativen, sondern auch in der militärischen Tätigkeit für Konflikte, da er hier genauso wenig körperlich wie im medizinischen Bereich seelisch angreifbar sein darf. Dies führt ebenfalls zu einem Rollenkonflikt (Abb. 81).

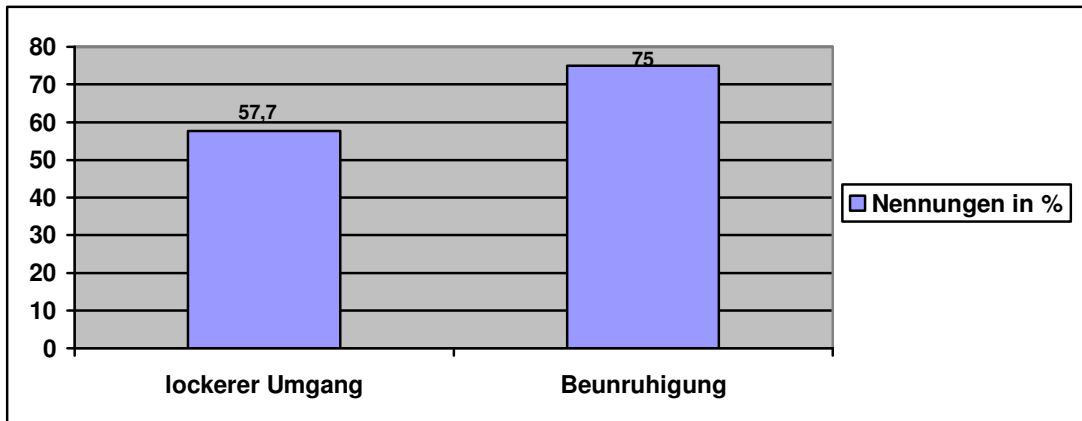


Abb. 81: Die Reaktion der Sanitätsoffiziere auf die äußere Bedrohungslage im Auslandseinsatz (100 % = 52 Interviewpartner, teilweise Mehrfachnennungen)

Dieser Konflikt wird daraus ersichtlich, dass **76,7 % (n = 23 von 30)** derer, die einen lockeren Umgang mit der Gefahr im Ausland angeben, gleichzeitig unter der Bedrohung Beeinträchtigungen wie z. B. mangelnde Konzentrationsfähigkeit bemerkten. Wird Beunruhigung zugegeben, so wird sie als dynamischer Prozess mit Spitze in Afghanistan und Besserung im zeitlichen Verlauf beschrieben.

3.3.2.11.3 Arbeitsauslastung

Neben der existentiellen Gefährdung stellen in den meisten lagergestützten Einsätzen Anforderungen auf viel profanerer Ebene eine Belastung dar. Die zentralen Aspekte stellen die Dienstdauer und die Beanspruchung innerhalb dieser Dienstzeit dar; da im Einsatz kein Dienstschluss, sondern nur Dienstunterbrechung und damit Dauerdienst herrscht, in dem die Auslastung um ein vielfaches geringer als im Inland ausfällt, muss damit adäquat umgegangen werden, um „Überforderung durch Unterforderung“ zu vermeiden. Diese kann aus der beschriebenen Diskrepanz zwischen persönlicher Freizeit – von den meisten als sehr angenehm empfunden – und beruflichem oder familiärem Stress in der Heimat bestehen, bei dem die Sanitätsoffiziere nicht unterstützend eingreifen können.

3.3.2.11.4 Physische Belastungsreaktionen

Von den von Krankheiten betroffenen Sanitätsoffizieren gaben **57,1 % (n = 12 von 21)** eher die veränderten klimatischen und hygienischen Bedingungen denn psychische Stressoren als Krankheitsursache an, wobei der Aspekt der sozialen Akzeptanz der Aussage nicht ausgeschlossen werden kann (Abb. 82).

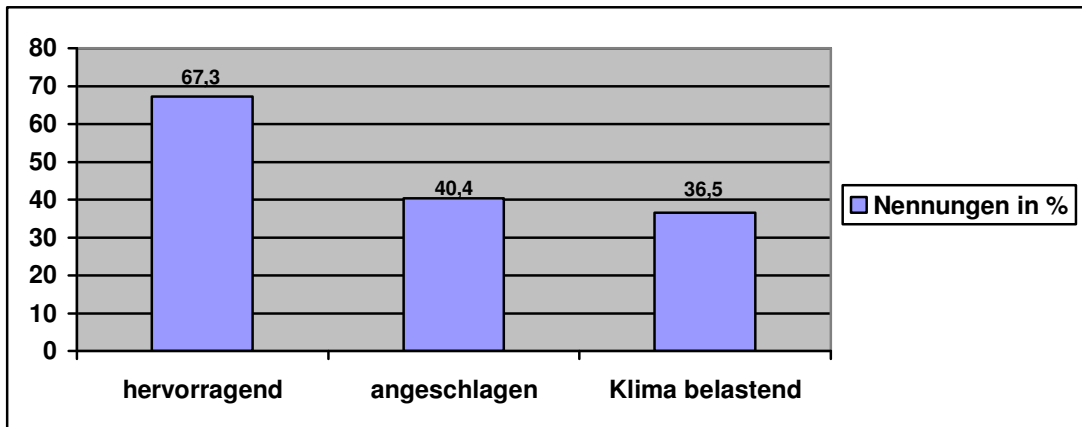


Abb. 82: Gesundheit der Sanitätsoffiziere im Einsatz (100% = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

3.3.2.11.5 Emotionale Belastungsreaktionen

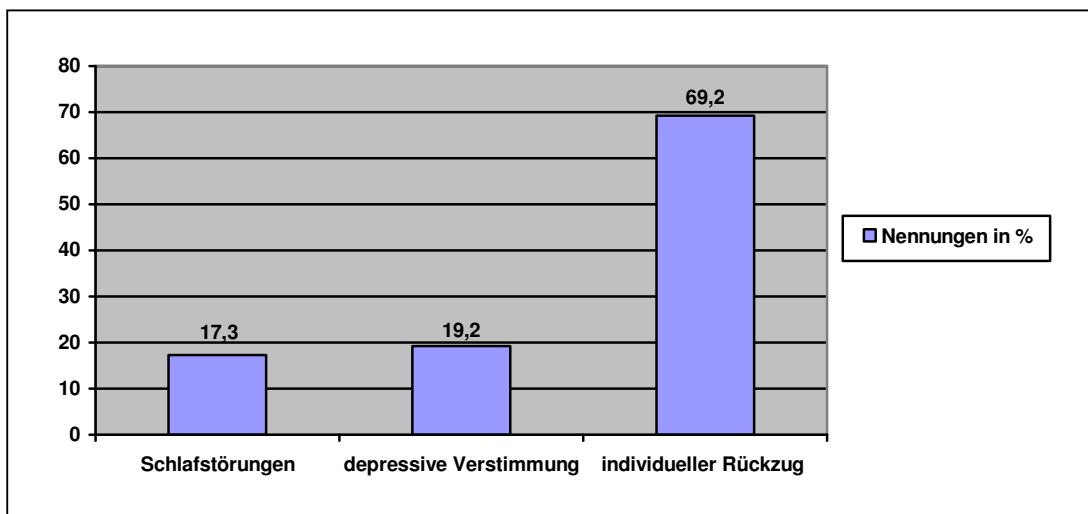


Abb. 83: Reaktionen der Sanitätsoffiziere auf die Einsatzsituation (100% = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Die Schlafstörungen werden von den Interviewpartnern auf Stromaggregate und Motorengeräusche zurückgeführt; auch unter Berücksichtigung der sozialen Erwünschtheit der Antwort ist diese Erklärung nachvollziehbar. Als starke Beeinträchtigung wird die Trennung vom Partner und damit das Fehlen von seelischer wie körperlicher Nähe empfunden und auch offen angesprochen. Aufgrund der persönlichen Einschränkungen und der fehlenden Handlungsmöglichkeiten beschreiben die Befragten regelmäßig depressive Verstimmungen sowie verschiedenste Kompensationsmechanismen. Der Alkoholkonsum wurde insgesamt als sehr kontrolliert beschrieben, da das Damoklesschwert des Dauerdienstes über den Befragten schwebt. Eine ganz grundlegende Kompensation stellt die große Bedeutung von guter Küche im Einsatz dar, mit der sich die Soldaten belohnen. Obwohl die Sexualität als schmerzhaftes Entbehren während des Einsatzes beschrieben wurde, widerstand nach eigenen Angaben jeder Interviewpartner etwaigen Versuchungen; im Widerspruch dazu konnten **46,2 % (n = 24 von 52)** der Befragten bei Kameraden außerhalb des Kollegenkreises entsprechende Tendenzen erkennen.

Die Frage nach Fremdbeobachtung wurde nach der persönlichen Abfrage der sexuellen Gepflogenheiten gestellt, um denjenigen, denen dieser Bereich zu intim schien, die Möglichkeit der unverfälglichen Schilderung über die Beobachtung Dritter zu geben und damit eigene Erlebnisse als allgemeine Beobachtungen zu bagatellisieren. Die erstaunliche sexuelle Standhaftigkeit der Sanitätsoffiziere im Vergleich mit Soldaten anderer Tätigkeitsbereiche wird von den Interviewpartnern selbst – damit konfrontiert – neben höherem Lebensalter und persönlicher Reife beim Ersteinsatz u. a. auf ihre Sonderstellung als Einzelperson in häufigen, aber kurzen Einsatzabschnitten zurückgeführt, wodurch die Versuchung aufgrund der kurzen Zeitspanne und der geringeren Einbettung in soziale Strukturen innerhalb des Lagers geringer ausfällt.

Im Gegensatz dazu beobachteten **26,9% (n=14 von 52)** ausuferndes Genussverhalten wie exzessives Rauchen und Trinken der Kameraden als ein Problem der Auslandseinsätze; **34,6% (n=18 von 52)** gaben Sexualität als ein wichtiges Thema während der Auslandsaufenthalte an, einerseits persönlich als ein Verlust partnerschaftlicher Nähe während der Einsätze, andererseits bei jüngeren Kameraden in

Form sexueller Interaktion, die nicht selten zu sozialen Spannungen führt. **23,1%** (**n=12 von 52**) der Interviewpartner sehen sich selbst und die Kameraden in der Verantwortung, diese natürlichen Ventilmechanismen in sozial verträglichem und in einem dem Auftrag entsprechenden Rahmen zu halten - die Bundeswehrführung nimmt sich ihrer Ansicht nach dieser Problematik mit rigorosen Verboten nicht adäquat an.

3.3.2.11.6 Die psychologische Betreuung während des Einsatzes

Da die Interviewpartner kein psychologisches Briefing vor den Einsätzen erhielten, beginnt die Untersuchung zum Einsatzzeitpunkt. Dabei spielen die direkten Ansprechpartner zur Verarbeitung eine wichtige Rolle (Abb. 84).

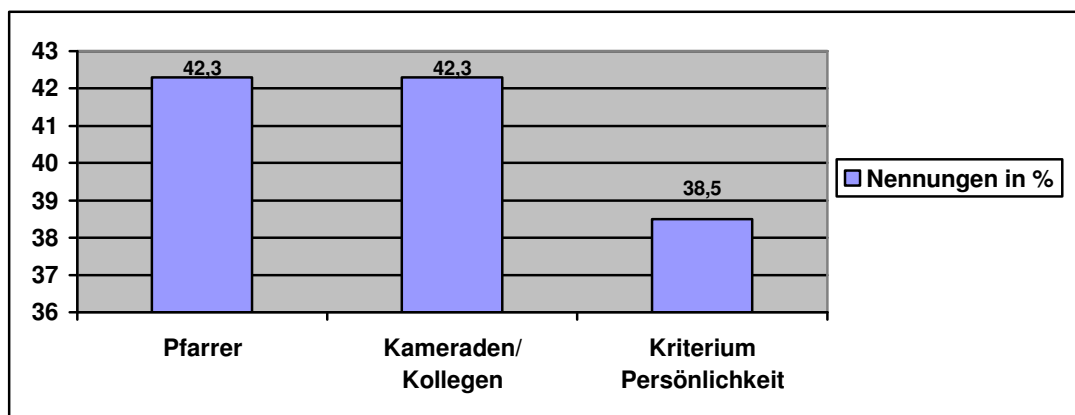


Abb. 84: Die Ansprechpartner der Befragten im Einsatz (100% = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Es liegt nahe, dass innerhalb derselben Berufsgruppe ähnliche Grundeinstellungen zu finden sind und sich daher dort am ehesten Gesprächspartner finden. Auffällig gute Anbindung an die Sanitätsoffiziere genießt die Militärseelsorge aufgrund ihrer dauerhaften Präsenz und der außergewöhnlichen Persönlichkeiten der Pfarrer; als ungezwungene Betreuungsinstitution fängt sie die Ablehnung der professionellen Unterstützungsapparate auf (Abb. 85).

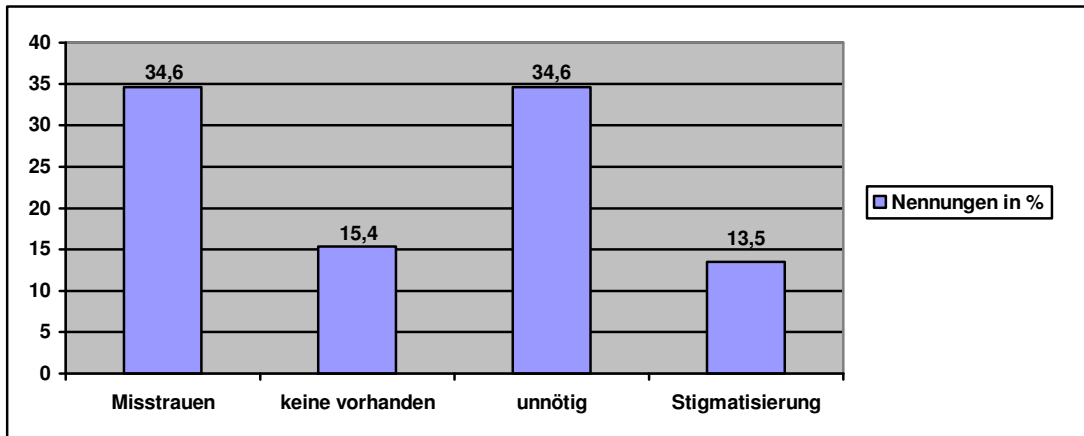


Abb. 85: Resonanz der Ärzte auf professionelle psychologische Hilfe im Einsatz (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Die Betreuung durch professionelle Psychologen/Psychiater wird vorrangig aus mangelndem Vertrauen zu deren Vertretern und wegen fehlendem Bedarf abgelehnt, hinzu kommt deren geringe Präsenz. Tatsächlich lässt sich keine Kohärenz der erwähnten Kritikpunkte mit potentieller Stigmatisierung herstellen, nur eine geringfügige Überschneidung von höchstens einem Drittel ist festzustellen. Dennoch erstaunt diese Einstellung im Zeichen zunehmender Belastungen durch die erhöhte Gefahrenlage.

Erklärt werden könnte dieses Phänomen damit, dass die Gruppe der Kollegen und Kameraden und die der Militärseelsorge Freizeitgemeinschaften bilden und damit den permanenten Kontakt mit belasteten Soldaten suchen; eine solche Schnittstelle der Begegnung findet sich mit Psychologen oder Psychiatern nicht. Somit scheint nur die Betreuung, die ungezwungenen, spontanen Kontakt erlaubt, auch auf Akzeptanz und Resonanz zu stoßen. Dies begründet die Bedeutung der Betreuungseinrichtungen im Einsatz (Abb. 86).

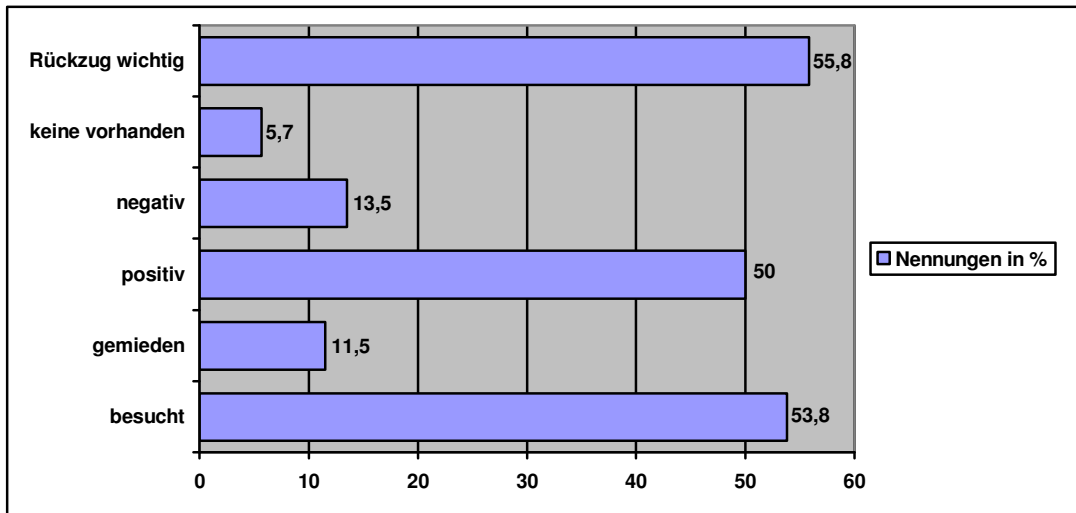


Abb. 86: Resonanz der offiziellen Betreuungseinrichtungen bei Ärzten im Auslandseinsatz (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Die Betreuungseinrichtungen wie das Sportzelt, Restaurants und Bars erfreuen sich großer Beliebtheit und stellen den Raum für die o. g. Kommunikation und Verarbeitung zur Verfügung; damit stellen sie einen Grundpfeiler zur Pflege der Psychohygiene der Soldaten dar. Allerdings betonen die Befragten die Bedeutung des Rückzugs in die Individualität fernab von offiziellen Betreuungseinrichtungen, die den jugendlichen Mainstream transportieren, was jedoch das Gleichheitskonzept der Bundeswehr durchkreuzt; die Grüppchenbildung nach Tätigkeit, Dienstgrad, Alter oder Persönlichkeit kann dennoch nicht verhindert werden. Mit ähnlichem wird in der Nachbereitung gekämpft.

3.3.2.11.7 Die psychologische Betreuung nach/zwischen den Einsätzen

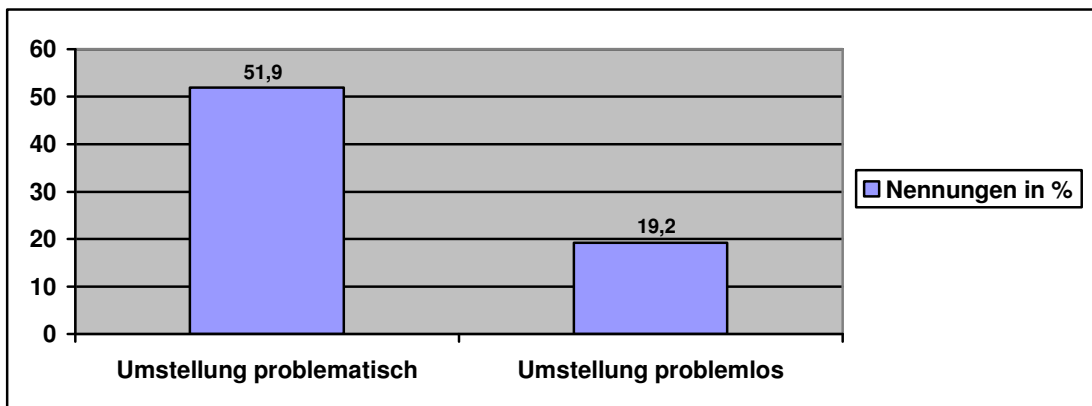


Abb. 87: Reintegration der Befragten nach der Rückkehr aus dem Einsatz (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100% = keine Aussage)

Der Wiedereingewöhnungsprozess in den Alltag wurde mehrheitlich als grundlegend und zeitaufwändig beschrieben (Abb. 88, 89).

- Natürlich. Da ist jeder anders. Das merk ich ja selber, dass ich anders bin, ich komm zurück und bin mit den einfachsten Dingen des Lebens übergücklich. Ich freue mich unvorstellbar, dass ich einen Kühlschrank hab, und da rausholen kann, was ich will. Dass ich grüne Felder, Wiesen, Bäume sehe, dass ich ein Klo hab, wo sauber ist, wo ich drauf kann, wo ich in Unterhosen oder nackt drauf kann, das genieß ich unvorstellbar. Das ist wahrscheinlich das positive am Einsatz: man wird so weit auf die Basics zurückgeholt, dass man wirklich auf einmal den Alltag total genießt. Also ich hab das sehr genossen, die selbstverständlichen Dinge fand ich so toll, nach dem ersten Einsatz hab ich meine Frau mit dem Fahrrad abgeholt, und hab gesagt: Mensch, ist die Kaserne schön! So sauber alles, Wahnsinn! Und dann sind wir essen gegangen, ich hab das genossen!!! Ich hab gedacht, ich hatte für mich das Gefühl, dass ich noch nie so ein gutes Steak gegessen hab, noch nie so gut überhaupt gegessen hab. Und dieses Gefühl ist eigentlich was tolles, weil es dermaßen banal ist, aber unser Leben ja sich in banalen Dingen abspielt. Und wenn man die banalen Dinge wirklich bewusster erleben kann, auch schöner erleben kann, dann ist das ein Gefühl, dass ein Mensch, der solche Einsätze oder solche Basics nicht erlebt hat, nicht erlebt. Und es dauert auch nicht lange an. Nach einigen Wochen ist das wieder weg. Nach einigen Wochen ist das Gefühl wieder völlig weg. Aber das war nach jedem Einsatz so, wenn ich heimgekommen bin, hab ich mich an selbstverständlichen Basics unvorstellbar erfreut, und habe für uns alle völlig selbstverständliche Dinge als außerordentlich angenehm empfunden. Ansonsten...das war das auffallendste, was meine Frau gemerkt hat.

Okay, ja. Gut, das ist ja auch durchaus etwas...

- Aber das find ich jetzt nicht schlimm, das ist bei jedem so. Gut, ich bin jetzt nicht auf Teer gelaufen oder hatte Angst vor Wiesen oder so, aber das liegt daran, dass ich draußen das nicht so eingetrichtert gekriegt hab, weil ich ja draußen nicht bin. Aber einer, der draußen gewesen ist, der läuft wahrscheinlich nur noch auf Teer.

Ja, da gibt es einige...(lacht)

- Das gibt sich ja auch schnell wieder. Meine Sinneseindrücke, das war also ganz interessant, wenn ich aus Afghanistan zurückkomme, empfinde ich sämtliche Sinneseindrücke wie durch eine Lupe, maximal verstärkt, und

Abb. 88: Die Wertschätzung des eigenen Wohlstandes wird durch die Einsätze verstärkt (Interviewausschnitt).

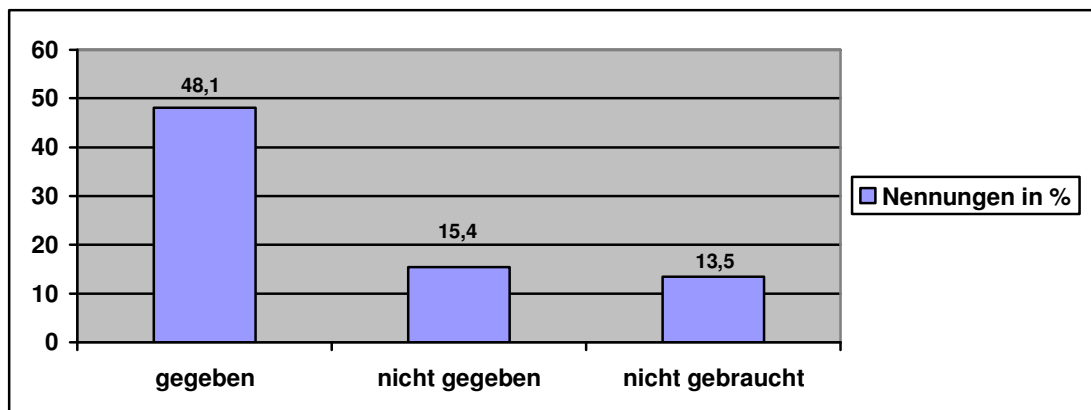


Abb. 89: Zeit für Akklimatisierung durch den Arbeitgeber nach dem Auslandsaufenthalt (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Auch die offiziellen Nachbereitungsseminare finden wenig Anklang; neben dem mangelnden Benefit – die Trennung nach Dienstgraden und Tätigkeitsgebiet wird auch hier gefordert - gestalten die Befragten die Zeit nach dem Einsatz lieber mit der Familie, was zu der sehr geringen Teilnahmequote von **15,4 % (n = 8 von 52)** führt.

3.3.3 Chancen

Das einsatzinduzierte Belastungsprofil der Sanitätsoffiziere ist überlagert von Empfindungen allgemeiner Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der eigenen beruflichen Situation hinsichtlich Erfüllungsgrad ursprünglicher Erwartungen und Einschätzung der Perspektiven für die Zukunft, jeweils auch im Vergleich mit Kollegen in der Bundeswehr wie im zivilen Bereich. Eine separierte Beurteilung der Einsatzbelastungen ist deshalb nur unter Einschluss einer Abschätzung dieser Überlagerungseffekte möglich (Abb. 90).

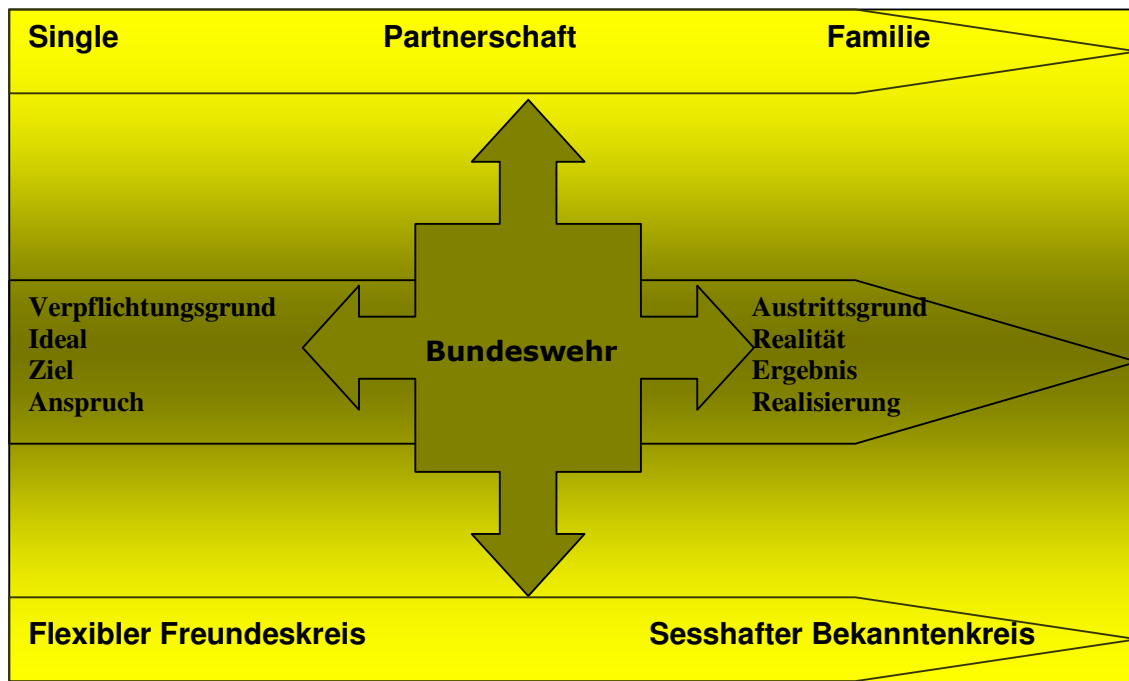


Abb. 90: Die Personalführung begleitet ihre Beschäftigten bei deren einschneidenden Veränderungen in- und außerhalb der Bundeswehr nicht.

Die Konzepte, auf der die einstige Verpflichtungsentscheidung beruhten, sind im Laufe der Jahre ständig verändert worden, um schließlich als Realität im klinischen Alltag erlebt zu werden; je nach Eintrittsgründen und Charakter lässt dies Raum für Zufriedenheit oder Enttäuschungen zu (rechter Abschnitt der Zeitmeile). Die Erfahrungen der ersten Verpflichtungsjahre bereiten den Boden für die Verlängerungsentscheidung, neben einer akzeptablen Perspektive auf Karriere und

professionelle Ausdifferenzierung. Lockt die Bundeswehr zum Zeitpunkt der Einstellung mit ihren bezahlten Studienangeboten Studenten mit zivilem Lebensentwurf in eine militärische Laufbahn, holt der zivile Markt in der Attraktivität im Laufe der Jahre mit derselben Geschwindigkeit auf, wie die Bundeswehr den Tribut für das bezahlte Studium verlangt.

Von Anfang an steht die Bundeswehr im Dilemma zwischen Quantität und Qualität, zwischen dem Druck der Personalnot, der sorgfältigen Auswahl und Weiterentwicklung für die Doppelfunktion Arzt und Offizier bei eng begrenzter Stellenzahl für das kurative Führungspersonal. Mit den veränderten Einstellungsmodi wird die medizinische Komponente stärker gewichtet; die Verkürzung des militärischen Parts steigert zwar die Attraktivität der Sanitätsoffizierslaufbahn für Studienanfänger, in Zeiten wachsender militärischer Beanspruchung dieser Offiziere im Einsatz scheint dies aber ein den konkreten Anforderungen inadäquater Schritt zu sein. Im Folgenden sollen die Intentionen des geworbenen Personals und damit die Werbemethoden der Bundeswehr untersucht werden.

3.3.3.1 Wer wird Sanitätsoffizier?

Zunächst interessiert, vor welchem Hintergrund die grundsätzliche Entscheidung zur Verpflichtung als deutscher Sanitätsoffizier getroffen wurde, d. h. inwieweit Primär- und inwieweit Sekundärmotivation den Ausschlag gab.

3.3.3.1.1 Die Beweggründe

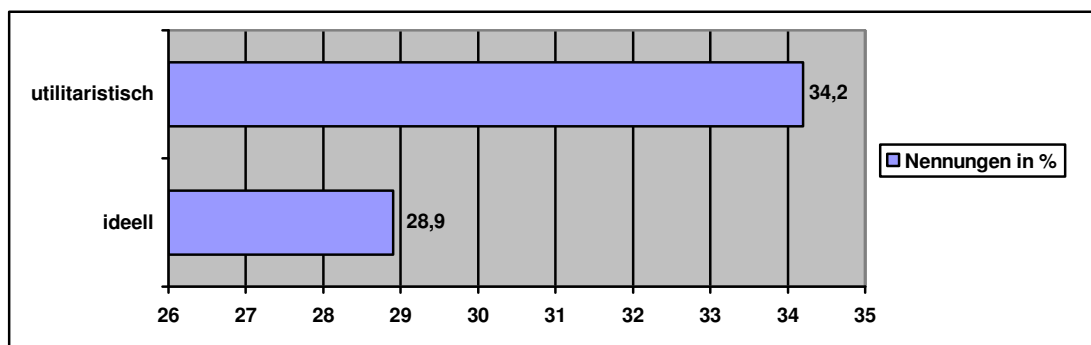


Abb. 91: Beweggründe für die Berufswahl „Sanitätsoffizier“ (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Wie Abb. 91 zeigt, überwiegt deutlich die Sekundärmotivation, d. h. im Wesentlichen der sichere Studien- und Arbeitsplatz sowie das Einkommen während des Studiums. Ergänzt werden muss zudem, dass auch von der Gruppe mit überwiegender Primärmotivation **36,8 % (n = 14 von 38)** angaben, dass die finanzielle Unabhängigkeit als einer von mehreren Faktoren die Entscheidung mit beeinflusst hat. Hingegen konnte bei denjenigen mit Hauptinteresse an einem Studienplatz und Aufbesserung der spärlichen elterlichen Zahlungen ohne Annahme eines Nebenjobs keine Äußerungen über das Interesse am Aufgabengebiet eines Sanitätsoffiziers ausfindig gemacht werden - die Bundeswehr als einzige Chance auf ein Medizinstudium - nicht mehr und nicht weniger.

3.3.3.1.2 Die Berührungspunkte

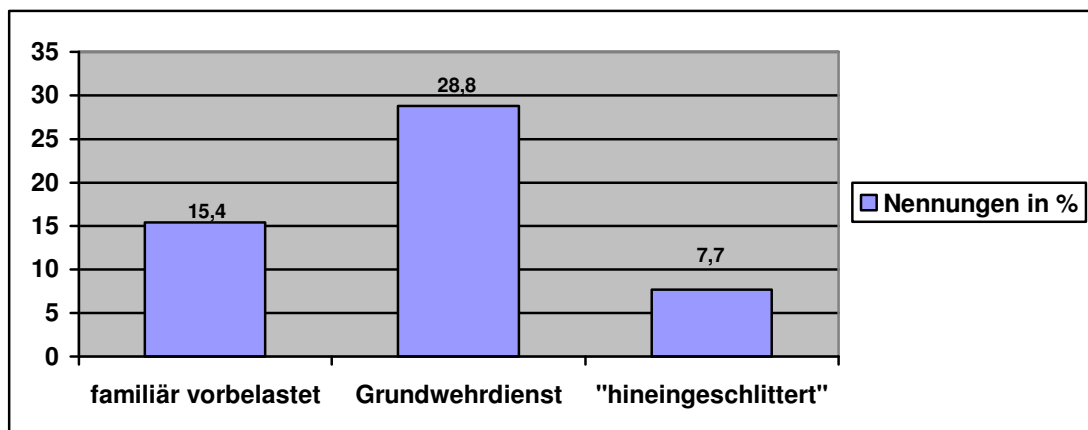


Abb. 92: Motivation zur Verpflichtung als Zeitsoldat bei der Bundeswehr(100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Eine knappe Mehrheit der Untersuchungsgruppe hat ihre Entscheidung für den Beruf als Sanitätsoffizier während der Grundwehrdienstzeit getroffen, knapp ein Drittel kennt den Soldatenberuf aus familiärer Erfahrung. Damit ist bei einer deutlichen Mehrheit davon auszugehen, dass ihre Entscheidung auf einer objektiven Grundlage beruht und eine vorherige Auseinandersetzung mit den Anforderungen und einigermaßen realistischen Perspektiven möglich war. Eine kleine Minderheit gibt an, aus mangelnder Vorbereitung in die Bundeswehr hineingeschlittert zu sein und damit ihre Berufswahl nicht angemessen getroffen zu haben.

3.3.3.1.3 Die Bundeswehr zum Eintrittszeitpunkt

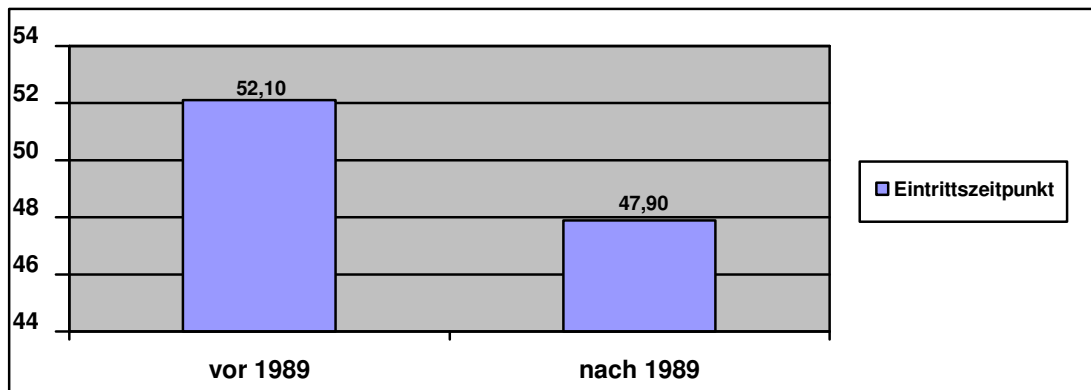


Abb. 93: Eintrittszeitpunkt der befragten Sanitätsoffiziere

Wie Abb. 93 zeigt, hat sich die Mehrzahl der Interviewpartner zu einer Zeit für den Soldatenberuf in der Bundeswehr entschieden, als deren Wandlung in eine Einsatzarmee noch nicht absehbar war. Diese Gruppe muss sich damit auseinandersetzen, dass ihre damalige Entscheidung auf einer heute objektiv falschen Grundlage beruht.

Somit kann nicht überraschen, dass die Identifikation mit der Rolle der Bundeswehr als Einsatzarmee bei den vor 1989 Eintretenen weniger ausgeprägt ist als bei denjenigen, die ihre Berufsentscheidung im Bewusstsein dieses Paradigmenwechsels getroffen haben (Abb. 94).

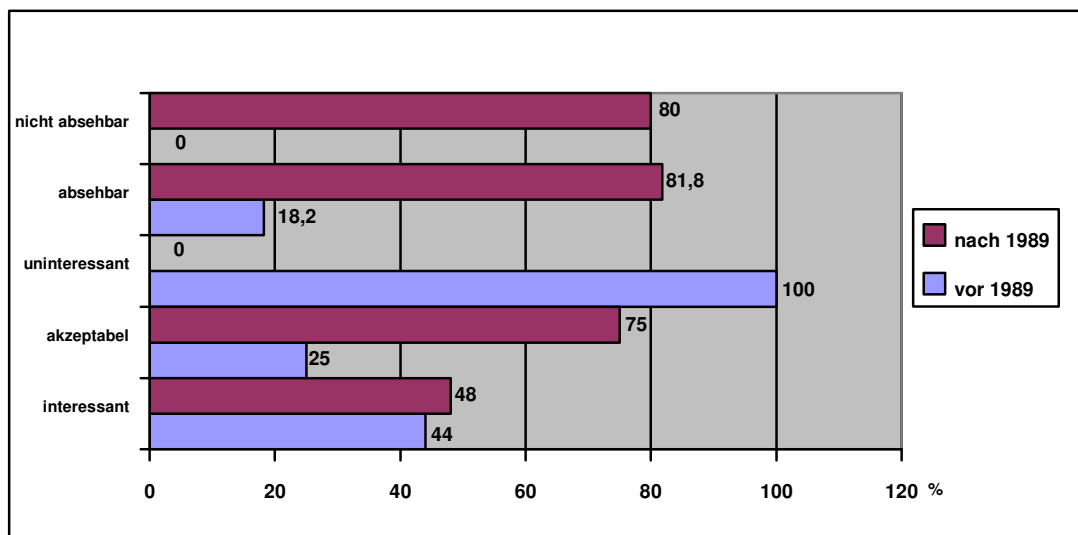


Abb. 94: Einfluss des Eintrittszeitpunktes in die Bundeswehr auf die Identifikation mit der Einsatzarmee (100% = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Einigkeit zwischen den beiden Gruppen herrscht in der Bewertung der Transformation in eine Einsatzarmee als neue Sinnggebung der Bundeswehr, wobei auch ein gewisser Abenteueraspekt eine Rolle spielt. Dennoch zeigt sich auch die Gruppe der sich nach 1989 Verpflichtenden überrascht von der abrupten Veränderung und vom Ausmaß in Frequenz und Gefahr („nicht absehbar“). Die Differenz zur Gruppe der Älteren in letztgenanntem Aspekt kann daraus erklärt werden, dass diese für Einsätze außerhalb des Lagers wie der Patrouillenbegleitung nicht mehr herangezogen werden (Abb. 95).

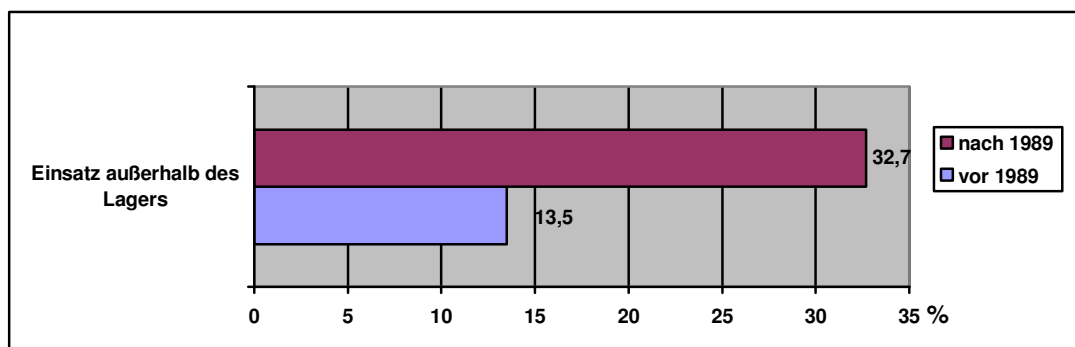


Abb. 95: Betroffene von gefährlichen Einsätzen als Patrouillenbegleitung nach Eintrittszeitpunkt in Prozent (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

3.3.3.2 Wer ist Sanitätsoffizier?

Im Kontext dieser Arbeit interessiert auch der fachliche wie militärische Status der Sanitätsoffiziere sowie die Frage, welche Auswirkungen die soziale Sicherheit als Beamter auf Qualität und Wettbewerb hat. Die folgende Auswertung bezieht sich auf Anhang A.

3.3.3.2.1 Militärischer Status

Die Dienstgradverteilung im klinischen Sanitätsdienst stellt eine sehr flache Pyramide dar: Standarddienstgrad ist der Oberstabsarzt, den praktisch alle erreichen, der aber für die weit überwiegende Mehrheit auch das Endstadium auf der Karriereleiter bedeutet. Wenige von ihnen erreichen den Oberfeldarzt, von denen noch

weniger zum Oberstarzt befördert werden. Dies bedeutet für die große Mehrheit, dass sie bereits zu einem frühen Stadium keine Karriereperspektive mehr haben. Arbeitszufriedenheit und –motivation müssen deshalb ausschliesslich aus der Arbeitsaufgabe und dem Arbeitsumfeld erwachsen. Ein interessantes Detail stellt der Verpflichtungsstatus der Untersuchungsgruppe dar: Die Mehrheit stellen Berufssoldaten oder für den Facharzt verlängerte Zeitsoldaten; etwaige Kritik stammt also nicht nur von Sanitätsoffizieren mit Mindestverpflichtung, sondern auch vom zukunftssträchtigen Stammpersonal. Von ähnlicher Qualität ist auch die Beobachtung, dass Kritik schwerpunktmäßig weniger von den Seiteneinsteigern in die Sanitätsoffizierslaufbahn als vielmehr von den über die reguläre Sanitätsoffiziersanwärter-Laufbahn rekrutierten Offizieren kam.

3.3.3.2.2 Fachlicher und funktioneller Status

Entsprechend der Dienstgradverteilung stellt der Status des Assistenten mit oder ohne Facharztreihe sowie der des Oberarztes die vorherrschende Funktion der Studienteilnehmer dar, die in ähnlicher Weise in jeder zivilen Klinik ebenso zu finden ist. Zusatzqualifikationen sind bei knapp **80 %** der Interviewten vorzufinden, was auf einen hohen professionellen Anspruch schließen lässt, den die Bundeswehr durch hohe Subventionierung vorantreibt. Dabei stellt die für die Einsatzfähigkeit relevante Fachkunde Rettungsmedizin mit einem Drittel zwar eine der häufigsten dar, die absolute Zahl wird jedoch allgemein als zu niedrig angesehen. Gerade wegen ihrer Relevanz für die Auslandseinsätze wird diese Qualifikation allerdings nicht immer gegenüber dem Dienstherrn publik gemacht (Abb. 96).

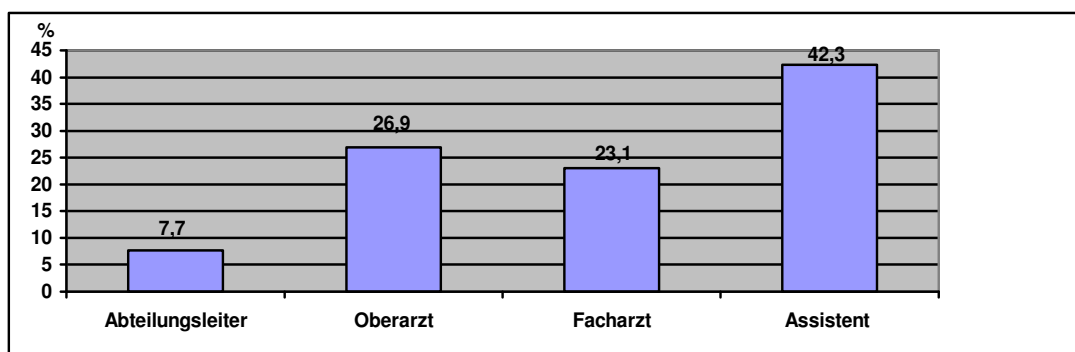


Abb. 96: Verteilung der Interviewpartner nach Status im Inland (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Bezüglich der Funktion und damit des Karrierestatus der Befragten ergibt sich folgendes Bild (Abb. 97), das das Dilemma der Perspektivlosigkeit der Fachärzte demonstriert.

Jetzt haben Sie ja die Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin oder Notfallmedizin...

- Rettungsmedizin.

Die hilft ja schon weiter. Haben Sie sich dieser Aufgabe gewachsen gefühlt? Sie haben ja in beiden Einsätzen was mit Notfallmedizin zu tun gehabt.

- Also man muss sagen, dass die Bundeswehr nicht weiß, dass ich diese Zusatzbezeichnung hab. Deswegen war ich jetzt auch so scharf drauf, dass das anonym ist, weil ich sonst permanent unterwegs wäre. Die Zusatzbezeichnung und die Fachkunde - die Zusatzbezeichnung ist das große, und die Fachkunde ist das kleine - und die haben mittlerweile nicht mal genug Fachkunde, und die sagen dann einfach: Na ja, ihr macht mal einen Lehrgang, bei der Bundeswehr machen sie alle einen Lehrgang, dann hat man die ATN Notfallmedizin, die bringt einen im Zivilen gar nichts, da kann man keinen Einsatz fahren, man hat bloß diesen Lehrgang, drei Wochen, und damit soll man dann toll sein. Die Ausbildung, die ich vorher gemacht hab, hat mir sehr viel geholfen, wenn ich die nicht gemacht hätte, hätte ich mich weitaus, viel viel unsicherer gefühlt. Und beim ersten Mal... also dass ich die Fachkunde hab das... ist das Kleinere, da hatte ich das noch nicht mal, ich bin dann trotzdem zum PRT... es ist auch nie registriert worden, dass ich das hab. Also ich hab das zwar gemeldet, mehrfach, dass ich die Fachkunde hab, das muss man halbjährlich melden, aber das ist nie irgendwie beim Personalamt angekommen. Die haben also in meiner Beurteilung...

Das müsste die doch schwerst interessieren...

- Ja, ja, müsste. Aber die sind auch... sind Sie SanOA?

Ja.

- Also man muss dann immer jedes halbe Jahr so ein Ding unterschreiben wo ich immer brav angebe, dass ich die Fachkunde hab und wo ich immer die unwahre dienstliche Erklärung abgebe, dass ich die Zusatzbezeichnung nicht hab, weil ich keinen Bock hab, noch mal gefährlichere Sachen zu machen. Denen fühle ich mich auch nicht mehr gewachsen. Das sollen Spezialisten machen.

Abb. 97: Die Fachkunde Rettungsmedizin wird nur zögerlich angegeben (Interviewausschnitt).

3.3.3.2.3 Einsatzzerfahrung

Die Abb. 98 und 99 zeigen die Verteilung von Einsatzanzahl und –dauer innerhalb der gesamten Untersuchungsgruppe. Mehr als 8 Einsätze sind relativ selten zu verzeichnen, ansonsten ist kein Schwerpunkt für irgendeine Einsatzfrequenz zu erkennen. Als Durchschnitt ergeben sich vier bisherige Einsätze, was angesichts eines Durchschnittsalters von 39 Jahren auf weniger als einen Einsatz pro Jahr im Sanitätsdienst schließen lässt.

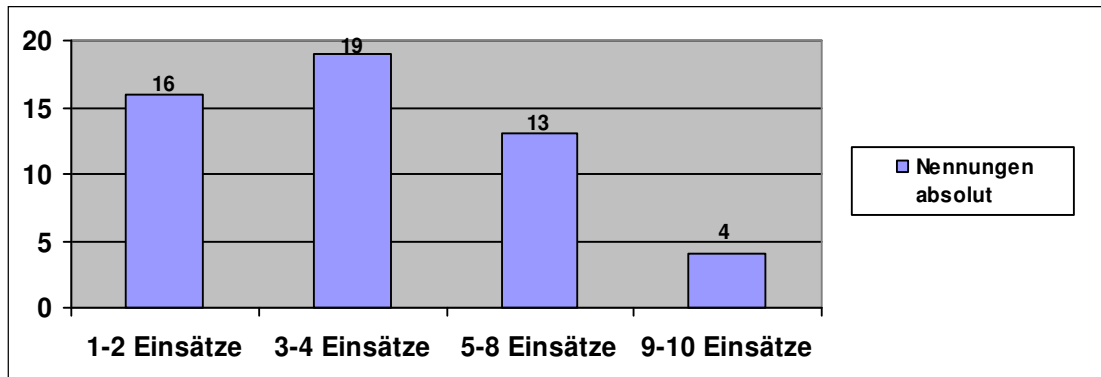


Abb. 98: Die Verteilung der Einsatzfrequenz über die 52 Interviewpartner.

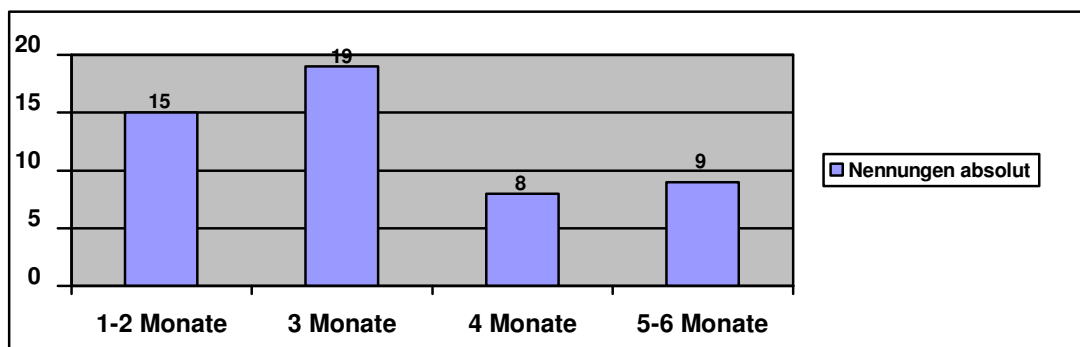


Abb. 99: Die maximale Einsatzdauer der Befragten.

Die maximale Einsatzdauer variiert zwischen einem Monat und einem halben Jahr. Der Trend in Richtung kurze, aber häufige Einsätze lässt sich an der Höchstdauer von einem bis zwei Monaten für immerhin schon ein Drittel der Befragten ablesen. Bezüglich der Einsatzorte ergibt sich folgendes Bild (Abb. 100).

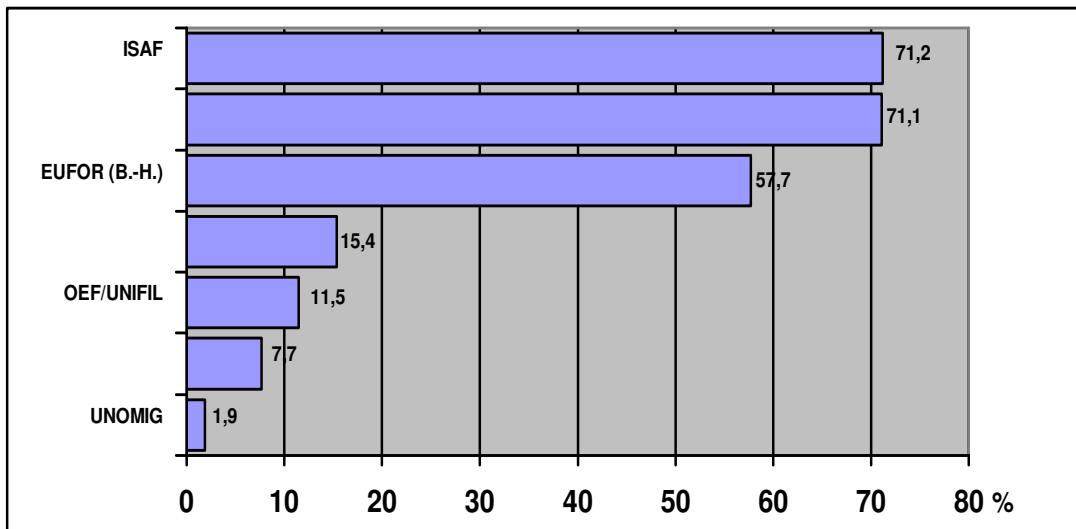


Abb. 100: Operationen, an denen die Interviewpartner bereits teilnahmen (ISAF= International Security Assistance Force; EUFOR (B.-H.)= European Union Force (Bosnien-Herzegowina); KFOR= Kosovo-Force (NATO); OEF/UNIFIL= Operation Enduring Freedom/ United Nations Interim Force in Lebanon; EUFOR (K.)= European Union Force RD Congo (Kongo); UNOMIG= United Nations Observer Mission in Georgia; humanitär= humanitärer Hilfseinsatz).

Die aktuellen Einsätze auf dem Balkan und in Afghanistan machen den weitaus größten Anteil an den Auslandseinsätzen der Interviewpartner aus. Dies ist u. a. auf das relativ niedrige Durchschnittsalter zurückzuführen mit der Folge, dass diese Altersgruppe nur noch selten zu humanitären Einsätzen hinzugezogen wird. Sie sind auch für die gestiegene Einsatzbelastung ursächlich, die sich in der hohen personellen Beanspruchung insbesondere des laufenden Einsatzes in Afghanistan und der erkannt erhöhten Gefahrenlage durch die höchste Ärztedichte zeigt. Zudem haben die gefährlichen Patrouilleneinsätze zahlenmäßig inzwischen fast die gleiche Bedeutung wie die gängigen Lagereinsätze, wie aus Abb. 101 ersichtlich ist.

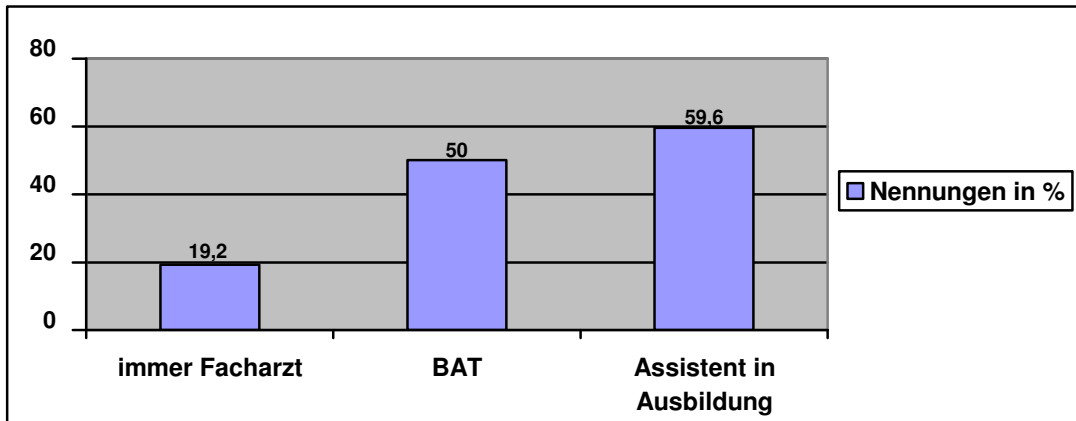


Abb.101: Besetzte Posten der Sanitätsoffiziere im Laufe ihrer Einsatzkarriere („BAT“ = Beweglicher Arzt Trupp; 100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

3.3.3.3 Wer bleibt Sanitätsoffizier?

Diese Frage ist gerade in Zeiten einer Kündigungswelle von Sanitätsoffizieren von besonderem Interesse, da dieses Phänomen durch Herausarbeitung von Hilfs- und Risikofaktoren analysiert werden soll.

3.3.3.3.1 Die Identifikation mit der Intervention

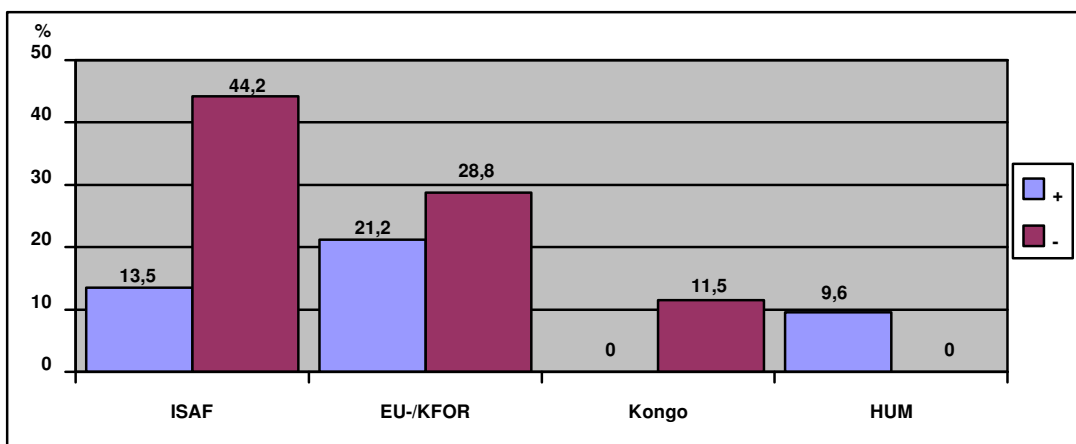


Abb. 102: Ausmaß der Zustimmung/Ablehnung der verschiedenen Auslandseinsätze durch die interviewten Sanitätsoffiziere (ISAF = International Security Assistance Force; EUFOR = European Union Force (Bosnien-Herzegowina); KFOR = Kosovo-Force (NATO); EUFOR Kongo = European Union Force RD Congo; humanitär = humanitärer Hilfseinsatz)

Grundsätzliche Zustimmung finden die humanitären Hilfseinsätze aufgrund ihrer zeitlichen Begrenzung, der hohen Befriedigung und personellen Leistbarkeit. Von den dauerhaften Einsätzen genießen diejenigen auf dem Balkan am ehesten formelle Akzeptanz, kritisiert wird lediglich die Stagnation in überholten Konzepten, deren Veränderung in Richtung Reduktion und Rückzug gefordert wird. Der Brennpunkt Afghanistan wird nicht nur konzeptionell aufgrund der - aus der Sicht der Betroffenen - erlebten Ziellosigkeit diskutiert. Es wird überwiegend in Frage gestellt, inwieweit der formelle Auftrag das praktische Handeln vor Ort abdeckt. Der Versuch einer Demokratisierung dieses Landes wird weitgehend als aussichtslos eingestuft, so dass es für diesen Einsatz wenig Rückhalt unter den Befragten gibt. Der jüngste und einzig abgeschlossene Einsatz im Kongo hätte aufgrund seiner Überschaubarkeit mit großem Zuspruch rechnen können, wurde tatsächlich jedoch von den Teilnehmern aufgrund inadäquater Ausrüstung geschlossen als verantwortungslos beschrieben. Der gängigen Kritik an den Einsätzen liegt das Gefühl des Missbrauchs militärischer Strukturen für wirtschaftspolitische Zwecke mit leichtfertigen Opfern von Menschenleben zugrunde (Abb. 103).

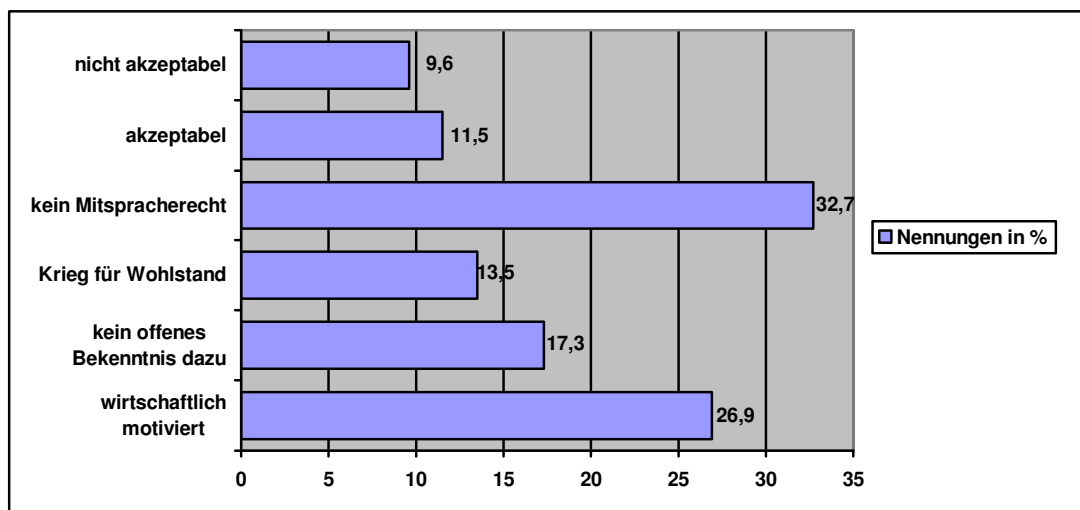


Abb. 103: Identifikationsprobleme mit den jüngeren Einsatzgebieten wie Afghanistan oder dem Kongo (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

Offensichtlich spielt nicht nur mangelnde Identifikation mit der Interventionsindikation eine Rolle, auch das Verhalten der militärischen und politischen Führung wird als nicht klar und eindeutig empfunden. Eine offene Diskussion über Kriegsfüh-

rung mit ungewohnt hohen Opferzahlen für materiellen Wohlstand und politisches Mitspracherecht wäre hilfreich für diese Gewissensentscheidung, die unter den Sanitätsoffizieren noch nicht abschließend geklärt ist. Die fehlenden Artikulationsmöglichkeiten für Missstände oder Verbesserungsvorschläge in einem System, das auf Befehl und Gehorsam basiert, haben oft Resignation zur Folge. Angehörigen des Sanitätsdienstes stehen dabei zwei grundsätzliche Strategien zu Verfügung: Die vor den hierarchischen Strukturen einerseits und der mentale Rückzug auf ihren kurativer Auftrag auch im Einsatz andererseits (Abb. 104).

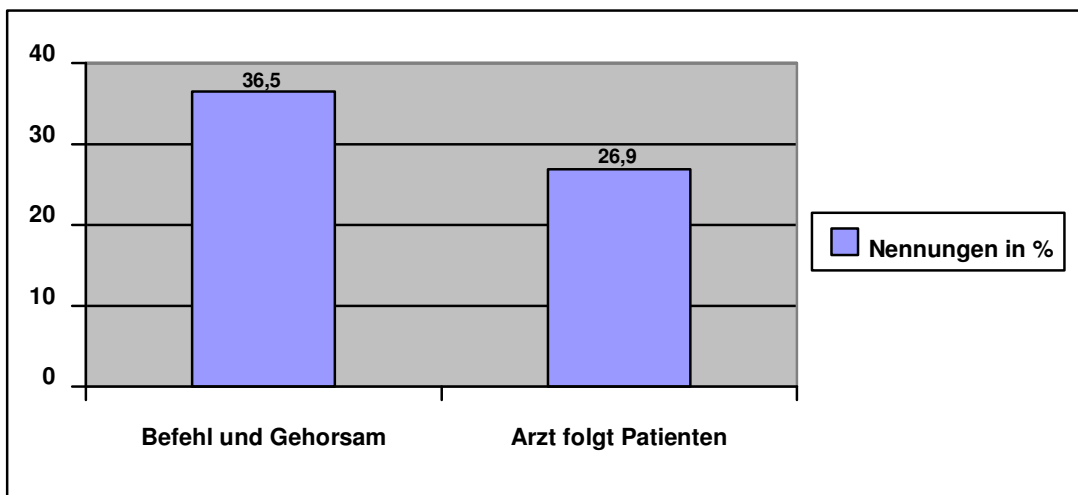


Abb. 104: *Kompensation des Gewissenskonfliktes der Sanitätsoffiziere zwischen Arzt und Soldat (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)*

In dieser Auseinandersetzung spielen die kontroversen Diskussionen über die globalen Einsätze der Bundeswehr in der Öffentlichkeit eine besondere Rolle; ebenso wie gegenüber der Führung fühlen sich die Befragten vom Großteil der Bevölkerung weder verstanden noch honoriert (Abb. 105).

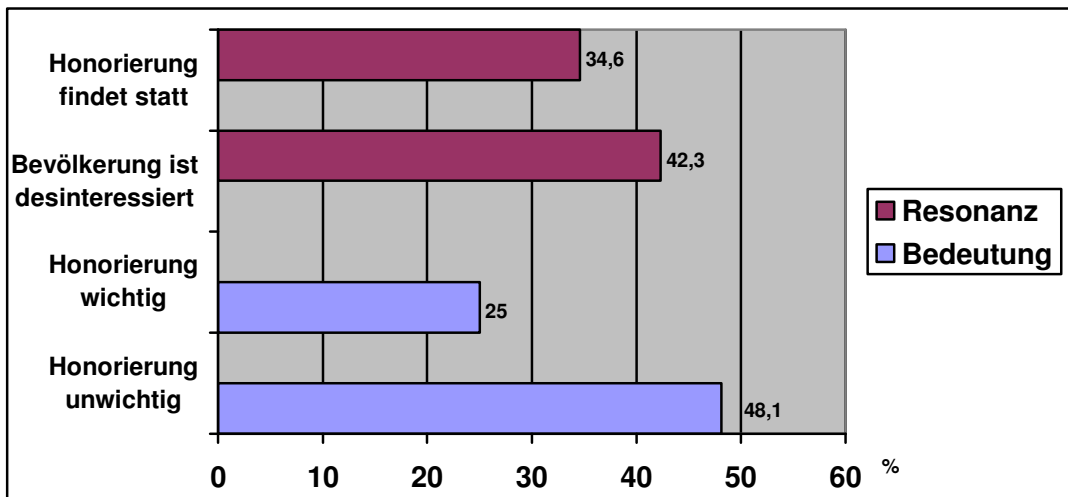


Abb. 105: Die Bedeutung der öffentlichen Meinung zum Einsatzengagement und die Resonanz aus der Bevölkerung jeweils aus Sicht der Interviewpartner (Nennungen in %, 100 % = jeweils 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Nur eine Minderheit der Befragten findet die Informationspolitik der Medien ehrlich und fair, vorherrschend ist jedoch der Eindruck einer verantwortungslosen Berichterstattung. Die Skepsis gegenüber dem Einsatzjournalismus muss auch vor dem Hintergrund der sog. „Totenkopffäre“ gesehen werden, die im Interviewzeitraum noch nachwirkte. Die Art der Berichterstattung wird häufig als reine Auflagenjagd empfunden, die nicht nur zur Zerstörung der Zukunft junger, unerfahrener und stark belasteter Soldaten führe, sondern auch zu Unruhen im Einsatzland. Und schließlich sehen sich die Interviewpartner mit einer Öffentlichkeit konfrontiert, die schneller und besser - beispielsweise über Unruhen - informiert ist als sie selbst, was einer unangemessenen Trägheit der bundeswehrinternen Nachrichtenübermittlung zugesprochen wird und zur massiven emotionalen Belastung der Familien zu Hause und der betroffenen Soldaten führt.

3.3.3.3.2 Der fachliche Output

Unabhängig vom Ausbildungsstand wird im Einsatz ein vergrößerter Verantwortungsbereich und Entscheidungsspielraum konzidiert, mit dem mit zunehmender Erfahrung adäquat umgegangen werden könne. Assistenten schätzen den fehlen-

den Zeitdruck, der ihnen die Festigung von Fähigkeiten und die Herausforderung selbständigen Arbeitens erlaube, die allerdings in der einsamen Position als Arzt auf Patrouille schnell in Überforderung umschlagen könne; entsprechend höher fällt das Stressniveau in dieser Gruppe aus. Fachärzte empfinden die alleinige Entscheidungsgewalt eher als Herausforderung denn als Stress, sofern sie ihr ausreichende Erfahrung und fachliche Kompetenz entgegensetzen können. Die Patientenversorgung im Einsatz hängt von der jeweiligen Lagerführung ab, die zumeist auch Zivilisten-, selten ausschließlich Soldatenversorgung zulässt, wobei sich vor allem erstgenannte von der Inlandstätigkeit unterscheidet (Abb. 106, 107).

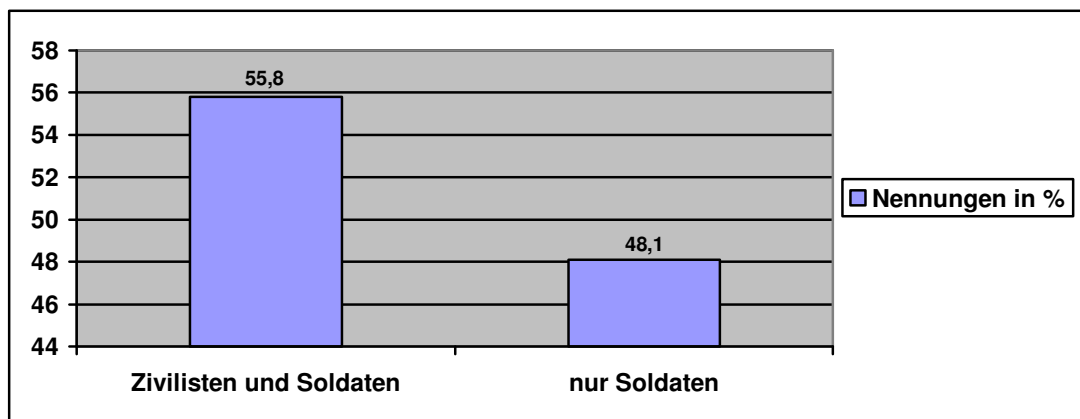


Abb. 106: Das Patientengut der interviewten Sanitätsoffiziere im Auslandseinsatz (100 % = 52 Interviewpartner; Mehrfachnennungen aufgrund unterschiedlicher/wechselnder Befehlslage möglich)

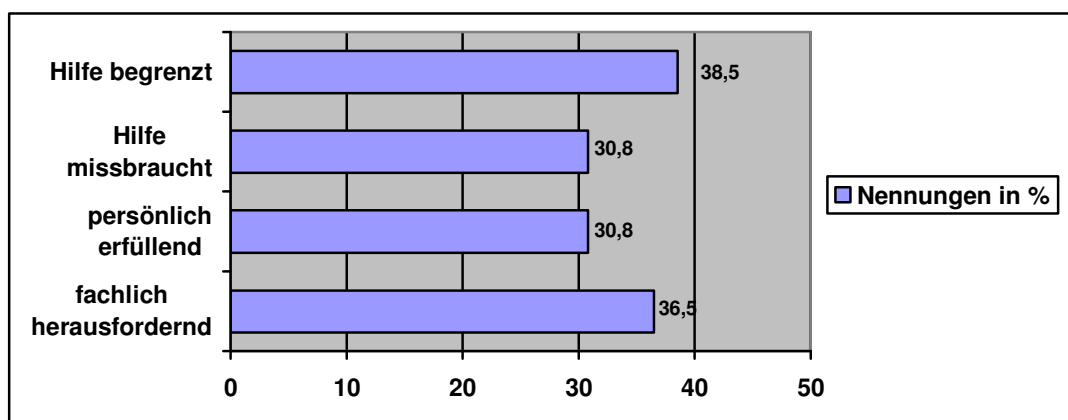


Abb. 107: Bewertung der Behandlung von Zivilisten durch die Befragten (100 % = 52 Interviewpartner, Mehrfachnennungen möglich)

In der Erfahrung der Interviewpartner wurden mehrheitlich auch Zivilisten behandelt. Die Bewertung der Erfahrungen in der Behandlung von Einheimischen zeigt gleichwertig positive wie negative Aspekte; zwar werden in Krankheitsbildern wie Patientengut – im Inland werden weder gynäkologische noch pädiatrische Fälle gelöst – den Sanitätsoffizieren neue Dimensionen eröffnet, doch werden sie gleichzeitig Opfer der lokalen Verhältnisse – nicht die Bedürftigsten, sondern die Reichsten mit den besten Kontakten werden in der Sprechstunde vorgestellt. Oft stößt die Behandlung an Grenzen, wenn die Versorgung im Einsatz aus Gründen der Hygiene und der fehlenden Langzeitbehandlung eingeschränkt ist; auf Druck der militärischen Führung wie von zivilen Hilfsorganisationen müsse die Behandlung oftmals dennoch aus Gründen der Sympathiegewinnung aufgenommen werden.

3.3.3.3.3 Die finanzielle Vergütung

Jeder Einsatztag wird zusätzlich zum Grundgehalt mit dem sogenannten Auslandsverwendungszuschlag (AVZ) mit einem auf das Einsatzland abgestimmten Tagessatz vergütet, der für jeden Soldaten gleich hoch ausfällt. Zwei Drittel der Befragten sind mit der Höhe und/oder dem Modus des AVZ nicht zufrieden (Abb. 108).

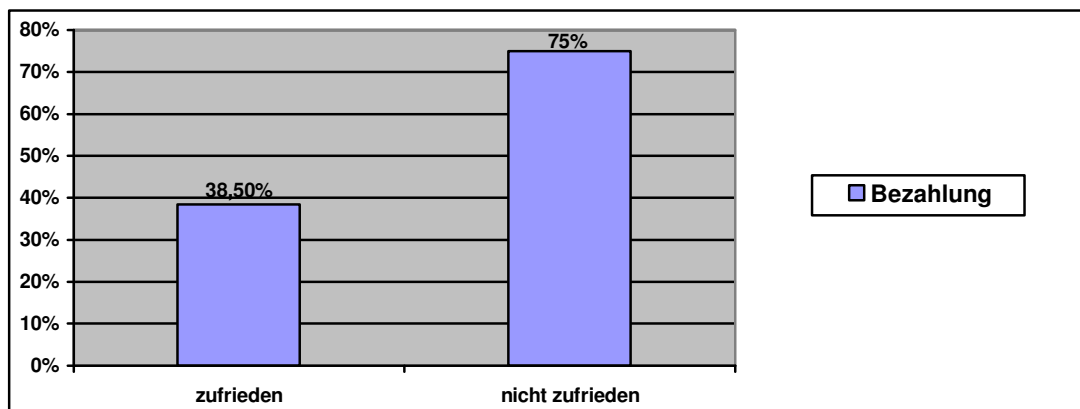


Abb. 108: Zufriedenheit der Sanitätsoffiziere mit der finanziellen Vergütung der Einsätze (Mehrfachnennungen je nach Einsatzland und dortiger Zulage möglich)

Dabei spielt der Dienstgrad und damit die Gehaltsklasse des Sanitätsoffiziers eine nicht ganz unbedeutende Rolle (Abb. 109).

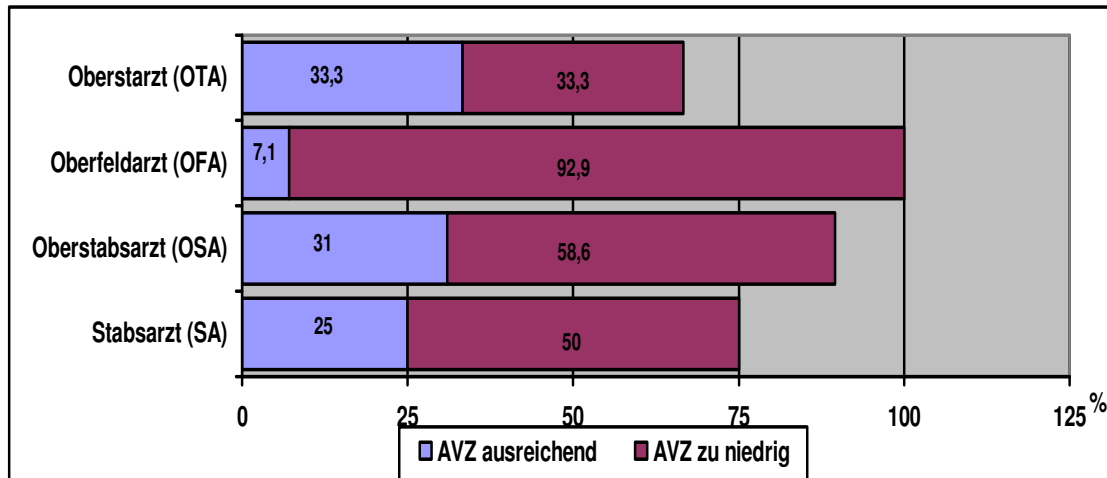


Abb. 109: Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der befragten Sanitätsoffiziere mit dem Auslandsverwendungszuschlag („AVZ“)(100 % = 4 (SA), 29 (OSA), 14 (OSA), 3 (OTA); 3 (OTA), 14 (OFA), 29 (OSA), Differenz zu 100 % = keine Aussage)

In den Dienstgradgruppen unterhalb des Oberstarztes – Stabsarzt, Oberstabsarzt und Oberfeldarzt – finden sich konstant mehr Unzufriedene als Zufriedene. Eine nahe liegende Erklärung besteht in dem bei steigendem Dienstgrad immer unattraktiver werdenden fixen Auslandsverwendungszuschlag. Als Gruppe mit dem größten Leidensdruck erweist sich diejenige der Oberfeldärzte; hier wollen sich die wenigsten mit der gegebenen Bezahlung abfinden. Die Signalwirkung, die von der enormen Unzufriedenheit gerade des Dienstgrades Oberfeldarzt ausgeht, liegt vor allem in ihrer Kompetenz und Professionalität dieses Personenkreises, die bereits ab dem Dienstgrad Oberstabsarzt hoch dotierte zivile Posten ermöglichen; zudem hat diese Dienstgradgruppe auch unter den entfallenden Nebeneinkünften während der Auslandseinsätze zu leiden. Dies erklärt den gerade von dieser Gruppe geäußerten Anspruch, für höhere Qualifikation auch entsprechende Vergütung zu erwarten – auch im Auslandseinsatz. Nur zögerlich werden Verbesserungsvorschläge geäußert (Abb. 110).

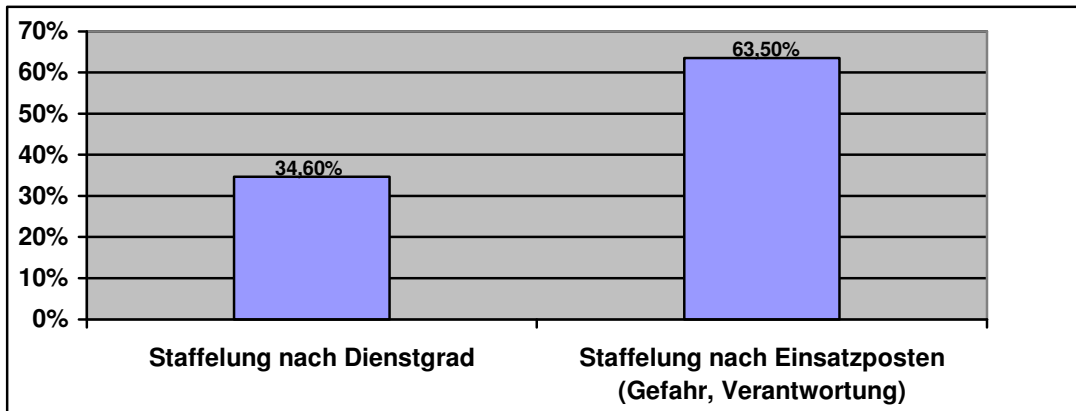


Abb.110: Die Differenzierungsvorschläge der Sanitätsoffiziere für die bis jetzt gleiche Bezahlung jedes Soldaten im Einsatzland

Eine Differenzierung der Bezahlung im Einsatz wird einheitlich befürwortet. Für eine Staffelung nach Dienstgrad votiert jedoch nur eine Minderheit. Der Großteil spricht sich dagegen für eine Staffelung nach anderen Kriterien wie nach Verantwortung und Gefahrenexposition am Einsatzort aus. Während der Gespräche trat sehr deutlich zutage, dass der Dienstgrad als Differenzierungsmerkmal generell als unkollegial und daher sozial unerwünscht gilt. Vor diesem Hintergrund relativiert sich die Aussage der Abbildung 109. Wichtigstes Anliegen aller scheint ein Mindestzuschlag zu sein, der verhindern soll, dass mit abnehmender Gefährdung der Zuschlag immer weiter auf ein Niveau gesenkt wird, das der mit jedem Auslandseinsatz verbundenen Zusatzbelastung nicht mehr adäquat ist.

3.3.3.3.4 Ideelle Entschädigung

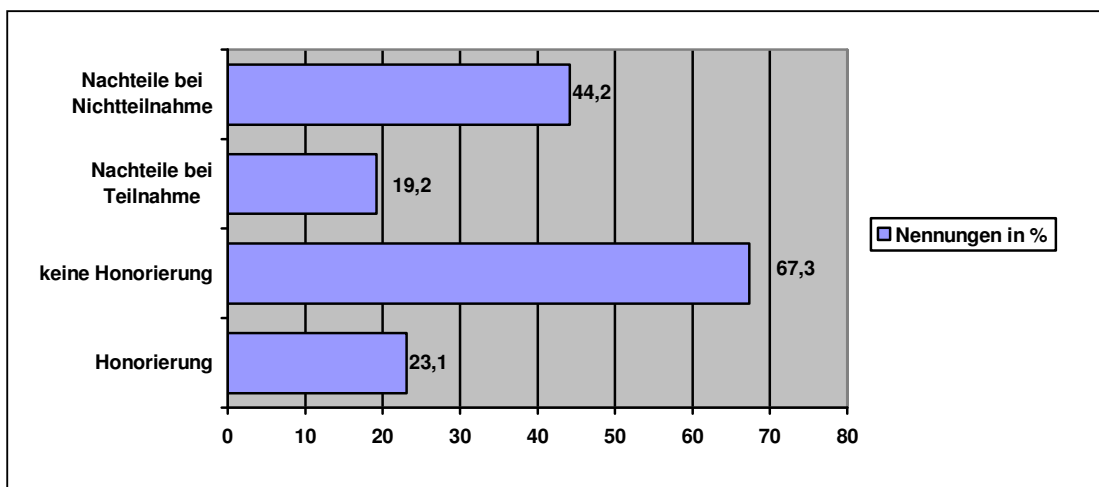


Abb. 111: Honorierung des Einsatzengagements von Sanitätsoffizieren aus deren Sicht (100 % = 52 Interviewpartner möglich)

Von einer unmittelbaren Korrelation zwischen Einsatzengagement und beruflichem Fortschritt geht nur knapp ein Drittel aus, fast ebenso viele glauben eine Bestrafung derer zu erkennen, die Einsätzen als Teil des Berufes entgehen konnten. Über die Hälfte gibt an, beruflich keinerlei Auswirkungen ihrer zahlreichen Einsätze oder sogar Nachteile gegenüber denjenigen zu erleiden, die während der eigenen Einsatzzeit karriererelevant kontinuierlich weiter im Krankenhaus tätig bleiben konnten. In diesen Fällen findet statt Belohnung eine subjektiv empfundene Bestrafung des Einsatzengagements statt.

3.3.3.3.5 Die Gleichbehandlung

Ein Hauptkonflikt für die Interviewpartner besteht in der strikten Gleichbehandlung aller Soldaten im Rahmen der Einsätze vor dem Hintergrund eines Selbstverständnisses der Sanitätsoffiziere als Fachspezialisten, die außerhalb der Einsatzzeiten starke Individualisierungstendenzen zeigen (Abb. 112).

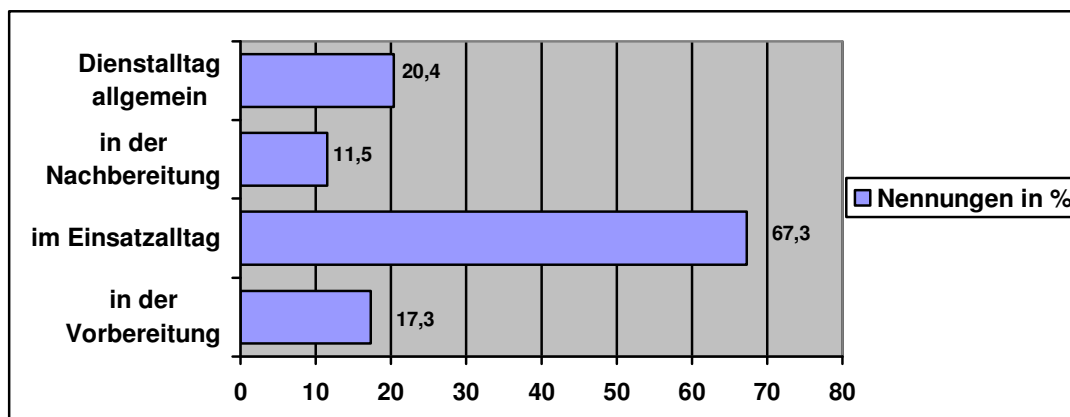


Abb. 112: Störfaktor Gleichbehandlung aller Soldaten durch die Führung (Mehrfachnennungen möglich)

Die Gleichbehandlung umfasst alle Phasen eines Einsatzes: die Vorbereitung, in der jeder Soldat unabhängig von seinem Aufgabengebiet in gleicher Weise ausgebildet wird, vor allem aber der Einsatz selbst, in dem dienstgradunabhängig Mannschaften untergebracht werden und gemeinsame Betreuungseinrichtungen bestehen sowie

die Nachbereitung mit ihrer Mischung aller Dienstgradgruppen und Tätigkeitsbereiche; in logischer Konsequenz wird auch bei der Vergütung eine Differenzierung vermieden. Dies steht in krassem Gegensatz zur sonstigen Lebenswirklichkeit der Sanitätsoffiziere in Bundeswehrkrankenhäusern mit höchster Ausdifferenzierung in Tätigkeit, Verantwortung und Professionalität, aufgrund derer sie von der Bundeswehrführung ungleich stark beansprucht werden. Zudem wurden immer wieder Vergleiche mit zivilen Kollegen angeführt, deren Nachtdienstvergütung allein schon den Tagessatz im Afghanistaneinsatz um das Mehrfache übersteige. Diese Nivellierung bei der Vergütung bei ungleicher Leistung und Beanspruchung – Fachspezialisten unterliegen aufgrund Qualifikation und geringer Anzahl besonders häufigem Zugriff zu Auslandseinsätzen – könne aufgrund der Gleichbehandlung von Ungleichen nur zu einem ungleichen, ungerechten Ergebnis führen.

3.3.3.3.6 Die Zukunft

Bei Planung der Zukunft stellt die Bewertung der bisherigen beruflichen Entwicklung und der Erfahrungen mit Dienstherrn und Umfeld den entscheidenden Faktor dar (Abb. 113).

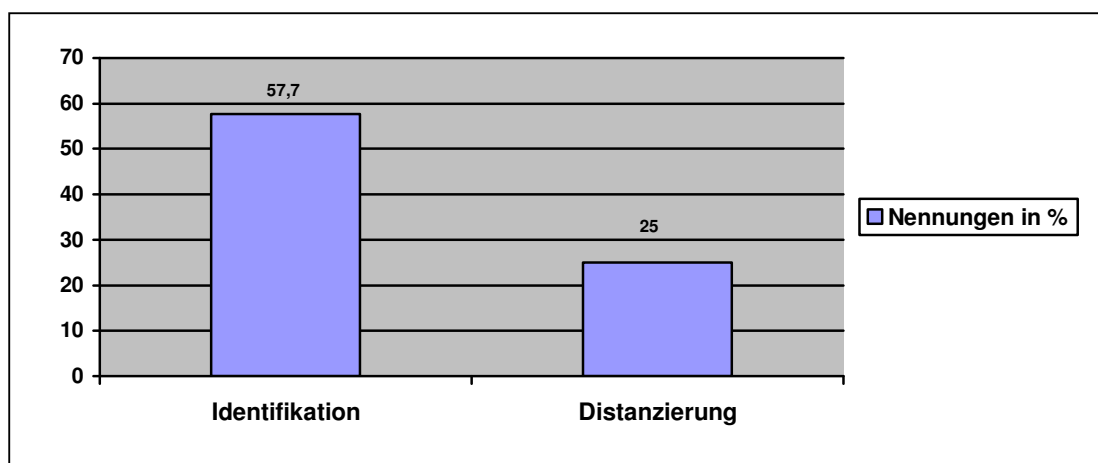


Abb. 113: Bewertung der Verpflichtungsentscheidungen durch die Befragten aus heutiger Sicht (100 % = 52 Interviewpartner, Differenz zu 100 % = keine Aussage)

Rund zwei Drittel der Sanitätsoffiziere sehen die damalige Verpflichtungsentscheidung nach wie vor als richtig an, wenn auch in einigen Fällen von einer möglichen Weiterverpflichtung Abstand genommen wird. Ein Drittel hält die damalige Entscheidung von Anfang an für falsch. Die überwiegende Mehrheit der letztgenannten Gruppe hat bereits den Ausscheidungsbeschluss gefasst; von denen, die sich mit ihrer damaligen Entscheidung identifizieren können, ist ebenfalls der weitere Verbleib in der Bundeswehr noch nicht sicher. Die vornehmlichen Gründe, an denen sich ein möglicher Austritt orientiert, sind fehlende Identifikation mit formalem Auftrag oder faktischer Ausführung der Einsätze sowie die reale Einsatzbelastung und die mangelnden Karrierechancen innerhalb der Bundeswehr. Diejenigen, die sich für eine Weiterverpflichtung entscheiden, begründen dies gleichermaßen mit dem Interesse an ihrem Berufsfeld und der Identifikation mit der Bundeswehr, überwiegend aber mit der sozialen Sicherheit.

Zusammenfassend lässt sich eine Weiterverpflichtungsentscheidung vor allem an der Einsatz- und Karrieresituation festmachen. Während die Identifikation mit den Einsätzen nur bei der Beurteilung zur Weiterverpflichtung weitgehend Einstellungssache und damit unabhängig von der Bundeswehr zu sehen ist, stellt die fehlende berufliche Perspektive und mangelnde Karriere den entscheidenden Faktor zur Kündigung dar. Die Personalbindung fußt derzeit auf rationalen Fakten wie der sozialen Sicherheit der Soldaten, während berufsethische Gesichtspunkte nur eine untergeordnete Rolle spielen.

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Analyse der 52 Interviews mit Sanitätsoffizieren brachte drei Ursachenfelder hervor, aus denen sich sowohl die Ressourcen wie auch die Belastungen dieses Personenkreises im Zusammenhang mit Auslandseinsätzen erklären lassen:

1. die *Qualität der Interaktionen* mit dem Personenkreis, der für die Bewältigung der mit einem Einsatz verbundenen persönlich/familiären Herausforderungen relevant ist
2. die Problemlösungskompetenz der *institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen*,
3. die *berufliche Identität und Perspektive*.

Familiäre Stabilität und *kameradschaftliche Einbindung* sind generell maßgebliche Einflussgrößen für die emotionale und mentale Disposition; im positiven Fall stellen sie die wesentlichen Ressourcen in der Ausnahmesituation „Auslandseinsatz“ dar. Störungen in diesem Bereich kehren die positive Wirkung in ihr Gegenteil um und können zu *der* Belastungsquelle werden.

Die Ausnahmesituation mit längerer Abwesenheit von der heimischen Umgebung und dem Gefahrenpotential erzeugt ein großes Bedürfnis nach Transparenz und Fairness, dem die planenden Instanzen häufig nicht gerecht werden. Die Empfindung einer totalen institutionellen *Fremdbestimmung* vor, während und nach den Auslandseinsätzen kristallisierte sich als schwerwiegender Belastungsfaktor heraus: Ungewissheit von der Einplanung über die noch ausstehenden Vorausbildungen bis hin zu den Transportmodalitäten, Frequenz, Dauer und Ort der Einsätze, mangelhafte Unterbringung und unzureichender militärischer Schutz sowie fachfremder Einsatz von Offizieren wie Unteroffizieren im medizinischen wie allgemeinmilitärischen Bereich. Die *Nivellierung* von Statusunterschieden – strukturell durch Gleichbehandlung und gleiche Einsatzvergütung, sozial durch die Eigendynamik des Lageralltags - führt zum Verlust notwendiger Distanz. Institutionelle Defizite im Bereich der *Fürsorge* durch nicht bedarfsangepasste Unterstützungsan-

gebote für die zurückgelassenen Angehörigen sowie durch unzureichende Vermittlung eines interkulturellen Bewusstseins führen zu einer zusätzlichen Belastung in Bereichen, die durch den Einsatz per se schon hohes Konfliktpotential bergen.

Die meisten Interviewpartner haben den Paradigmenwechsel der Bundeswehr erst nach ihrer Verpflichtung erlebt. Die Rolle als Arzt innerhalb einer Interventionsarmee führt zu einer – im Ausmaß individuell unterschiedlichen - *Identifikationskrise*, die sich im Einsatzfall durch die Kluft zwischen persönlichem Anspruch an Professionalität und Berufsethos und dem realen Erleben eines fachfremdes Einsatzes als Notfallmediziner oder einer fehlenden Langzeitbetreuung einheimischer Patienten zuspitzt.

Diesen Belastungen stehen keine adäquaten Gegenleistungen finanzieller oder beruflicher Art gegenüber. Gerade diese berufliche Perspektivlosigkeit ist die Haupttriebfeder, die Bundeswehr zu verlassen. Die soziale Sicherheit des Arbeitgebers Bundeswehr – eine der wenigen anerkannten institutionellen Ressourcen - konnte nur noch selten die mangelnde Honorierung aufwiegen, obwohl die zivilen Alternativen zum Interviewzeitpunkt noch nicht so zahlreich und attraktiv waren, wie sie es heute sind.

4 Diskussion

4.1 Ergebnisse

Die Belastungen von Sanitätsoffizieren im Einsatz sollten mit Hilfe eines Leitfadens katalogisiert sowie thematisch strukturiert und priorisiert werden. Die Arbeitshypothese bestand darin, dass die Hauptbelastung im Erleben der Gefahren und Lebensumstände im Einsatz selbst und den sozialen Konflikten im Einsatz- und Familienumfeld zu suchen ist. Die Erhebung ergab jedoch ein in dieser Form unerwartetes Belastungsspektrum (Abb. 114, 115).

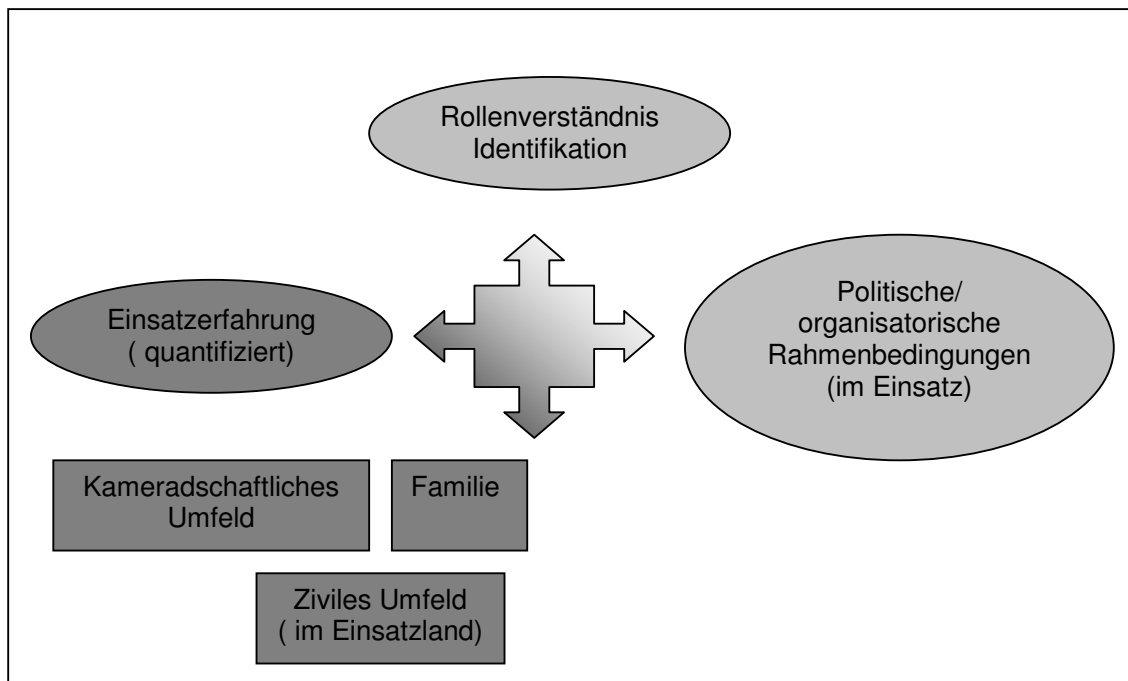


Abb. 114: Die Themengebiete des Leitfadens mit erwarteten Belastungsschwerpunkten (dunkelgrau) und nachrangigeren Bereichen (hellgrau) vor Beginn der Erhebung.

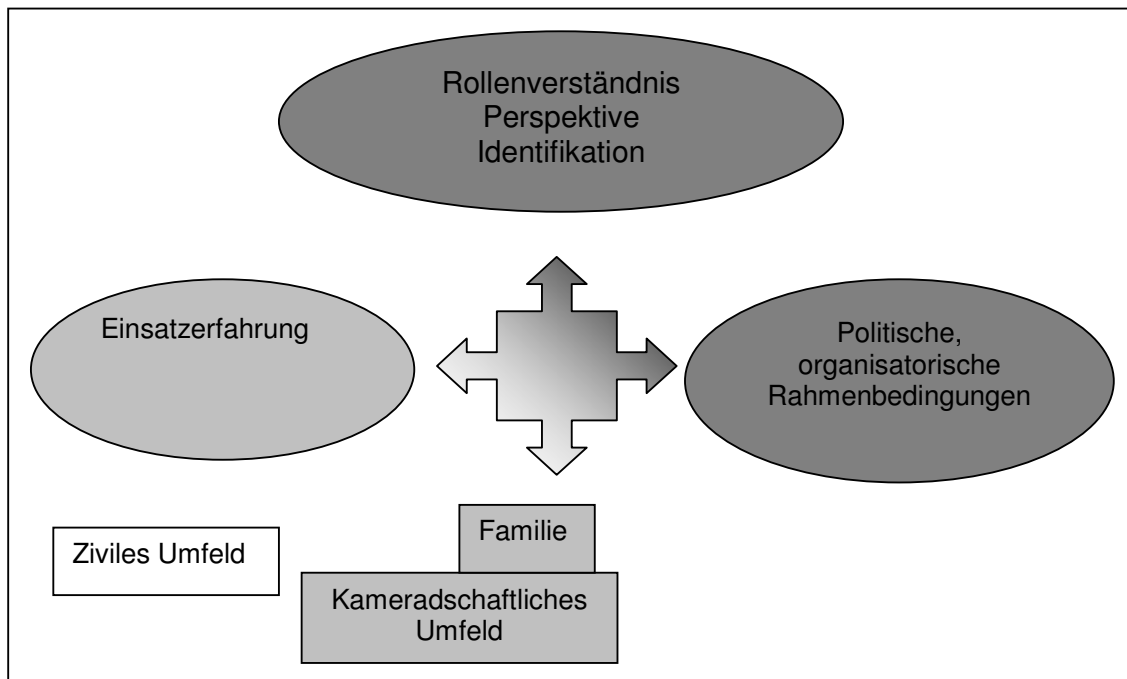


Abb. 115: Tatsächliche Belastungsschwerpunkte (dunkelgrau) auf Grundlage der Befragung, die die ursprünglich erwarteten Problembereiche (hellgrau / weiss) überschatten.

Dabei priorisierten die Interviewpartner entgegen der erwarteten Spannungsfelder wie belastende Einsatzerlebnisse und soziale Problemkonstellationen im In- und Ausland die politisch-organisatorischen Rahmenbedingungen als *das* Belastungsfeld, das die persönlich, familiär und beruflich schon beanspruchten Kapazitäten weitgehend erschöpfen lässt und zur generalisierten Identifikationskrise führt. Dabei stellt sich der Spagat zwischen den humanitären Grundüberzeugungen der Sanitätsoffiziere bei ihrer Berufswahl, der als notwendig akzeptierten Transformation der Bundeswehr von einer Verteidigungs- zu einer Einsatzarmee, einem „solidarischen“ Beitrag zu den Auslandseinsätzen und den als unzureichend empfundenen Rahmenbedingungen als Kern der emotionalen Dissonanz dar. Unterdrückung konstruktiver Impulse und suboptimale Auftragserfüllung – verstärkt durch nicht ausreichende Mittel bzw. nicht adäquate Ausrüstung – sind das Ergebnis. Diese Belastungstopografie soll nachstehend anhand der Beantwortung der zentralen Fragestellung erläutert werden. Die Validierung der Ergebnisse erfolgt themenbezogen im Kontext der Vergleichsliteratur. Hierfür stehen zunächst die bereits in der Einleitung erwähnten Vertreter der allgemeinen Studienlage zur Verfügung, die sich hauptsächlich auf die Belastung von Berufen konzentrieren,

die Teilaspekte des Aufgabenbereichs von Sanitätsoffizieren abdecken, sei es in medizinischer, militärischer oder sonstiger, einsatzrelevanter Hinsicht. Des Weiteren sind die Jahresberichte des Wehrbeauftragten 2006 – 2008 von besonderem Interesse, die maßgeblich die öffentliche Debatte um die Belange der Sanität auslösten und zudem synchron zu dieser Studie die Entstehungsgeschichte der Kündigungswelle von Sanitätsoffizieren aufzeichneten, sowie die bereits mehrfach erwähnte quantitative Studie zur Belastung von Heeresfliegern (Jerg-Bretzke u. Traue 2004; Jerg-Bretzke et al. 2010), die ähnlich den Sanitätsoffizieren als Spezialisten zu den durch Auslandseinsätze Hauptbelasteten zählen; auch Letztere hatten zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der Geschichte der jungen Einsatzarmee ähnliche Kritikpunkte wie die Sanität angeführt und Jahre später ebenfalls mit massiver Abkehr von der Bundeswehr reagiert.

4.1.1 Beantwortung der Fragestellung

Frage 1:

Welche Persönlichkeitsstruktur kennzeichnet Sanitätsoffiziere und inwieweit beeinflusst diese die ursprüngliche Verpflichtungsmotivation und die Einstellung zur Einsatzarmee?

4.1.1.1 Einfluss der Persönlichkeit auf die Identifikation

Der fachlich-militärische Status der überwiegenden Zahl der Interviewpartner könnte auf große Identifikation mit dem Arbeitgeber schließen lassen. So durchlief die Mehrheit die klassische Laufbahn als Sanitätsoffizieranwärter und stand zum Interviewzeitpunkt mehrheitlich im Verhältnis eines zum Facharzt verlängerten Zeitsoldaten (meist SaZ 20) oder eines Berufssoldaten. Der schnelle Ausstieg wurde offenbar nicht gesucht, sei es aus ideellen Gründen oder utilitaristisch zur Erlangung des Facharztstatus vor dem Ausscheiden ins zivile Arbeitsleben. Fachlich herrscht die Gruppe der Weiterbildungsassistenten noch ohne Facharzttitle vor, militärisch der Dienstgrad Oberstabsarzt. Es ist eine auffällig hohe Anzahl an Zusatzausbildungen zu registrieren – eine Besonderheit, die zum einen auf die

Finanzierung durch die Bundeswehr, zum anderen aber auch auf die Weiterbildungsbereitschaft und in der Konsequenz hohe Qualifikation der Sanitätsoffiziere zurückzuführen sein dürfte.

Trotz der Längerverpflichtung im nicht sehr familienfreundlichen Milieu der Bundeswehr und des offensichtlich bestehenden Ehrgeizes im Beruf ist eine starke Familienorientierung der Probanden festzustellen. So finden sich die interviewten Sanitätsoffiziere mit ihren durchschnittlich 40 Jahren und überwiegend männlichen Geschlechts in stabilen sozialen Bindungen wieder: Einer festen Partnerschaft, am häufigsten in einer Ehe mit im Schnitt 2 Kindern aus den bestehenden oder früheren ehelichen Bindungen. Die Unterrepräsentanz der weiblichen Stichprobenteilnehmer könnte u. a. aus dieser Familienorientierung erklärt werden, möglicherweise aufgrund einer aus Reproduktionsgründen verlängerten Truppenarztzeit oder aufgrund eines früheren Verlassens der Bundeswehr zugunsten der Familie. Die knappe Freizeit wird mit der Kernfamilie verbracht, das soziale Netzwerk aus Freunden und Bekannten gewinnt während der Einsätze durch Betreuung der Angehörigen an Bedeutung.

Geselligkeit und Aufgeschlossenheit gegenüber Dritten zeigt diese Berufsgruppe auch bei sozial nicht ganz unkomplizierten Konstellationen im Arbeitsleben; Kontakte mit Kameraden – freiwillig im Inland oder als unausweichliche Zwangsgemeinschaft im Lager – werden als ein für die Psychohygiene unabdingbarer Faktor geschildert, ebenso Berührungspunkte mit Einheimischen, wenn der Brückenschlag über kulturelle oder sprachliche Klüfte auch ein hohes Maß an Toleranz beider Seiten erforderlich macht.

Die soziale Kompetenz sollte jedoch nach Meinung der Interviewten nicht zu Verbrüderung oder kumpelhaftem Verhalten führen – in den Interviews kommt ein starker Wunsch nach Distanz zum Vorschein, als unmittelbare Reaktion auf die von der Führung während des Einsatzes gewünschte Nivellierung von Unterschieden zwischen den Dienstgradgruppen. Es besteht ein starkes (Selbst-) Bewusstsein, was die Bedeutung der eigenen Person und Position angeht, und entsprechend hoch sind die Erwartungen an das Verhalten des Dienstherrn. In diesem Selbstverständnis führen persönlich belastende Ereignisse zum Rückzug aus der Gruppe, Reintegration in den Alltag wird lieber mit der Kernfamilie anstatt mit

den angebotenen Seminaren der Bundeswehr durchgeführt – zumal diese als nicht bedarfsspezifisch bewertet werden.

Die bestehenden Verpflichtungen als Soldat und Arzt werden ernst genommen - durchschnittlich vier Einsätze auf dem Balkan oder in Afghanistan von bis zu je drei Monaten im Stadium des Weiterbildungsassistenten zeugen davon. Dass inzwischen der – deutlich gefährlichere – Dienst als Patrouillenbegleitung zeitlich mit dem im Feldlazarett innerhalb des Lagers gleichgezogen hat, weist auf die erhöhten militärischen Herausforderungen und leiblichen Gefahren für Ärzte hin. Pflichtverletzungen infolge dienstlicher Überlastung werden nur schamhaft eingeräumt. Gezielte Strategien zum Umgehen von Einsätzen werden nur vereinzelt angewendet, insbesondere im Falle extremer Anforderungen wie mehrerer längerer Auslandseinsätze in geringem Abstand hintereinander oder wenn Einsätze zu Zeiten privater Schwierigkeiten anstehen. Die Frustrationstoleranz ist hoch; Unannehmlichkeiten - von der Einplanung bis zur Arbeitsgestaltung im Einsatz - werden als strukturelle Notwendigkeiten bis zu einem gewissen Grad anerkannt.

Dennoch wird dasselbe Verantwortungsgefühl, das für die eigenen Schützlinge als Arzt und militärischer Vorgesetzter empfunden wird, auch von der Bundeswehrführung erwartet. Besonders kompromisslos werden Entscheidungen verurteilt, die das physische wie psychische Wohlergehen von Soldaten gefährden, insbesondere wenn sie den eigenen Verantwortungsbereich betreffen, wie die Besetzung wichtiger Positionen mit nicht ausreichend ausgebildetem Personal und damit einer Gefährdung einer adäquaten Patientenversorgung.

Die Verpflichtung für die Sanitätsoffizierslaufbahn war für mehr als die Hälfte der Probanden vornehmlich sekundär motiviert aufgrund des sicheren Studien- und Arbeitsplatzes sowie des Einkommens während des Studiums. Von den **48 % (n = 25 von 52)**, die primär aufgrund des interessanten Aufgabenfeldes diese Laufbahn einschlugen, gaben **27 % (n = 14 von 52)** an, dass die Vorzüge der Sicherheit und finanziellen Unabhängigkeit ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Verpflichtungsentscheidung gespielt haben. Weitreichende Überlegungen gingen der Verpflichtung voraus, z. B. in Form intensiver Auseinandersetzung mit der Bundeswehr während der eigenen Grundwehrdienstzeit oder über Soldaten in der Familie.

Es hätte erwartet werden können, dass das Ausmaß der Identifikation mit und Überzeugung vom Berufsbild die Sicht der Bundeswehr als Einsatzarmee beeinflussen. Tatsächlich differieren aber die Aussagen der Sanitätsoffiziere, die diesen Beruf hauptsächlich aufgrund des interessanten Berufsfeldes gewählt haben, von denjenigen, die ihn eher zweckorientiert wählten, nur geringfügig. Interesse an den Einsatzerlebnissen und Akzeptanz von Interventionseinsätzen – auch durch die Absehbarkeit einer solchen Entwicklung – zeigen die „Idealisten“ eher als die „Pragmatiker“, doch nicht in der erwarteten Ausformung. Einerseits scheint eine Berufswahl aus idealistischen Beweggründen eine Persönlichkeitsstruktur vorauszusetzen, die Toleranz gegenüber Umbrüchen in ihrem Berufsfeld schafft. Andererseits demonstriert der geringe Abstand der „Utilitaristen“, dass auch bei ihnen eine grundlegende Identifikation mit Auftrag und persönlichen Konsequenzen einer Armee besteht, da auch sie der Transformation positiv oder zumindest dulddend gegenüberstehen. Trotz persönlicher Abstriche, Enttäuschungen und Identifikationskrisen wird die Sinnhaftigkeit der Entwicklung zur Interventionsarmee nicht in Frage gestellt. Dies mag auch daran liegen, dass die Transformation zur Einsatzarmee nach Ende des Kalten Krieges der Bundeswehr überhaupt erst wieder einen Sinn behafteten Auftrag zuwies. Da der Verpflichtungszeitpunkt der Interviewpartner mehrheitlich vor der Wende lag, wäre eine geringere Identifikation mit der Einsatzarmee nachvollziehbar; da jedoch die jüngeren Soldaten das Hauptkontingent der „**Beweglichen Arzt-Trupps**“ stellt, äußern diese sich häufiger kritisch als ihre älteren Kollegen. Sie tragen die Hauptlast der gefährlichen Patrouillenbegleitung und konnten die in der Phase ihrer Verpflichtung sich erst anbahnenden Veränderungen zwar erahnen, nicht jedoch das Ausmaß der Einsätze in Qualität und Quantität.

Frage 2:

Welcher Art von Belastungen sind Sanitätsoffiziere ausgesetzt und von welchen Ressourcen profitieren sie? Welche Stressoren sind für ein Verlassen der Bundeswehr verantwortlich bzw. welche Ressourcen animieren zur Verlängerung?

4.1.1.2 Einsatzbedingte Belastungen und Ressourcen**4.1.1.2.1 Ressourcen****4.1.1.2.1.1 Ressource: soziale Interaktion**

Die Einsatzsituation produziert sich ihre wichtigste Ressource selbst: die Kameradschaft. Deren besonderer Charakter speist sich zum einen aus der spezifischen Situation in einem fremden Land mit erheblicher Gefährdungslage, zum anderen aus der Unausweichlichkeit sozialer Interaktionen innerhalb eines militärischen Lagers. Die berufsbedingten Kontakte zu Einheimischen oder anderen Nationen werden als prinzipiell sehr interessant, wenn auch nicht immer als unkompliziert beschrieben. Große Sorge gilt der Familie; zeigt diese eine positive Einstellung zum Einsatz und bewältigt ihren Alltag souverän, wird dies als große Erleichterung und Unterstützung wahrgenommen; auch die temporäre Trennung vom Partner wird oftmals als Gewinn für die Beziehung gesehen.

4.1.1.2.1.2 Ressource: beruflicher Erfahrungsgewinn

Als weitere Ressource ist der berufliche Erfahrungsgewinn anzusehen, der je nach Ausbildungsstatus in einer anderen Facette zu verzeichnen ist. Für Fachärzte stellt das Arbeitsaufkommen im Auslandseinsatz eine Entspannung vom Alltag im Inland dar; trotzdem wird die Erweiterung des fachlichen wie persönlichen Erfahrungsschatzes positiv bewertet. Für Assistenten spielt die fachliche Weiterbildung eine größere Rolle; der Aufgabenbereich im Einsatz entscheidet maßgeblich darüber, ob man in den Genuss von Ausbildung kommt oder nicht. Dabei gehört die Behandlung von Zivilisten vor allem bei den Unerfahreneren zwar zu den

abenteuerlicheren - weil fachlich außergewöhnlich -, je nach Lage und Befehl jedoch zu den selteneren Aufgaben. Je höher der Erfahrungsschatz, desto eher werden Bedenken laut über die Verantwortbarkeit der Behandlung Einheimischer aufgrund fehlender Langzeitbetreuung und problematischer hygienischer Bedingungen.

Einsatzbedingte Ressourcen wie fachliche Weiterbildung animieren somit nicht zur Vertragsverlängerung, sie erleichtern aber die Auftragserfüllung während der Verpflichtungszeit.

4.1.1.2.2 Belastungen

4.1.1.2.2.1 Belastung: soziale Interaktion

So wie die Familie als funktionierender sozialer Background dem Sanitätsoffizier im Einsatz den Rücken stärken kann, kann sie zum Hauptstressor werden, sollten - zum schlechten Gewissen des Soldaten im Einsatz hinzu - zu Hause auch nur die geringsten Probleme auftreten. Mehrheitlich wird ein Einsatz von einem Elternteil als belastender beschrieben als von einem Single.

Das Interesse an der Stabilität der partnerschaftlichen Bindungen macht sexuelle Abenteuer im Einsatz uninteressant, ein Partner, der die Konsequenzen eines Einsatzes auf den eigenen Alltag akzeptiert, wird hoch geschätzt. Auslandseinsätze führten bei einem beträchtlichen Teil der Interviewten zu partnerschaftlichem Streit und zu Trennungen, die vom Partner daheim ausgingen. Auf Grund dieser Erfahrungen wurden bei der Partnerwahl dann Soldaten bevorzugt. Der Beruf beeinträchtigt das Privatleben massiv, je jünger die Beteiligten, desto stärker.

4.1.1.2.2.2 Belastung: soziale Erwünschtheit

Im Einsatz wird dem Auftrag volle Aufmerksamkeit gewidmet, er wird ebenso professionell wie im Inland erfüllt. Dienstgradübergreifend trauen sich allerdings nur wenige, die Andersartigkeit der Opferversorgung im Einsatz - aufgrund der Be-

kanntschaft mit den Opfern – zuzugeben, ebenso wenig wie persönliche oder fachliche Überforderung in bestimmten Situationen. Der hohe Anteil an Probanden mit Traumatisierungserfahrung – sei es unmittelbar als Augenzeuge eines Anschlags oder mittelbar durch die Opferversorgung – zeigt die Unerschütterlichkeit eines Arztes als Fassade, die der sozialen Erwünschtheit geschuldet ist. Dieselbe Fassade ist bezüglich des lockeren Umgangs mit militärisch angespannten Sicherheitslagen zu vermuten, da der Offizier ebenso wenig Schwäche zeigt wie der Arzt - unter externem Stress aber Veränderungen in der Konzentrationsfähigkeit angegeben wurden. Ebenso gilt es, den Wechsel zwischen diesen angespannten und den vielen entspannten Momenten zu verarbeiten; um bei der meist geringen Arbeitsauslastung und gleichzeitigem Dauerdienst nicht vollständig die Handlungsfähigkeit zu verlieren, muss ein Teil der Spannung erhalten werden, um diese so genannte „Überforderung durch Unterforderung“ zu vermeiden.

4.1.1.2.2.3 Belastung: Ideologie und Identifikation

Die mangelnde Identifikation mit einzelnen Einsatzaufträgen stellt sich als große Bürde heraus. Genießen die heute eher selteneren humanitären sowie die bereits länger andauernden Einsätze auf dem Balkan die höchste Akzeptanz, werden der Kongo- oder der Afghanistaneinsatz teilweise als unverantwortlich und undurchdacht geschildert. Die fehlende Akzeptanz wird vor allem mit ihrer Konzeptlosigkeit sowie der Intransparenz der Informationspolitik der Bundeswehr und der Bundesregierung begründet, von der Rechtfertigung deutscher Beteiligung bis zur Einschätzung der Sicherheitslage; seit Ende 2009 hat sich der Begriff des „kriegsähnlichen Zustandes“ bezüglich Afghanistan etabliert. Als besonders schwierig gestaltet sich die Definition der eigenen Rolle, wenn die Mission persönlich nicht mitgetragen wird und dadurch eine Diskrepanz zwischen dem kurativen Arztberuf und dem in diesem Kontext destruktiven Soldatenauftrag entstehen lässt. Diese kognitive Konfrontation wird erträglicher in der Funktion als Einsatzunterstützung, in der der Arzt den (potentiellen) Patienten folgt – oder apathisch ertragen in der Gewissheit, Teil eines Systems aus Befehl und Gehorsam zu sein.

Aus dieser Situation heraus wird Kritik aus der deutschen Bevölkerung – zumeist medial transportiert – als nachvollziehbar angesehen; undifferenzierte Äußerungen der Öffentlichkeit werden der „Verschleierungspolitik“ der Bundesregierung und damit einem Informationslag zugeschrieben, jedoch auch als Gefährdung der Soldaten im Einsatz angesehen, beispielsweise im Fall der „Totenkopffaffäre“ mit mutmaßlicher Schändung von Gebeinen durch deutsche ISAF-Soldaten (Spiegel Online 2006). Die Einheimischen im Einsatzland werden weniger nachsichtig behandelt, von ihnen wird Respekt und Anerkennung des Dienstes in ihrem Land und den für den Soldaten damit verbundenen Entbehrungen erwartet.

Auch einsatzbedingte Belastungen führen zu Kündigungen; so bestimmen hauptsächlich Familie und die Identifikation mit den einzelnen Einsätzen die berufliche Richtung, die in den meisten Fällen aus genau diesen Beweggründen von der Bundeswehr weg zeigt.

4.1.1.2.3 Validierung Einsatz bedingter Faktoren anhand der Vergleichsliteratur

Das Ausmaß psychischer Belastung deutscher Soldaten im Rahmen von Auslandseinsätzen allgemein war früh evident: Weisaeth veröffentlichte bereits 1997 alarmierende Zahlen von 45 % unspezifisch psychisch traumatisierter Bundeswehrsoldaten und von bis zu 8 % mit Einsatz bedingten Belastungsstörungen. Nach Beginn der Interventionen auf dem Balkan konstatierte Biesold 2006 22 % mit einem traumatischen Ereignis konfrontierter Soldaten, Hauffa in den Jahren des Afghanistan-Einsatzes 19,5 % depressiver ISAF-Soldaten (Hauffa et al. 2007) sowie Jerg-Bretzke über 80% psychisch stark belasteter Heeresflieger nach überstandem Einsatz am Hindukusch (Jerg-Bretzke et al. 2010). Die Verdreifachung der Anzahl psychisch traumatisierter Einsatzrückkehrer in den Jahren 2006 - 2008 (Jahresbericht des Wehrbeauftragten 2008) untermauert die zunehmende Relevanz dieser Thematik. So konnte ein allgemeines Risiko, im Einsatz psychisch traumatisiert zu werden, mit bis zu 16 % ermittelt werden (Bering et al. 2003b; Rizo et al. 2005), im Schnitt 100 Fälle posttraumatisch Belasteter pro Jahr (Biesold 2008).

Diesen - in der Einleitung erwähnten - Zahlen stehen die **26,9 % (n = 14 von 52)** der Interviewpartner der vorliegenden Studie gegenüber, die von Anschlägen oder der damit verbundenen Opferversorgung betroffen *und* in irgendeiner Form seelisch traumatisiert waren; dieses hohe Belastungsniveau der Sanitätsoffiziere legt die Erforschung dieser Berufsgruppe nicht nur im Hinblick auf ihre Patienten, sondern v. a. auf ihre eigenen, spezifischen Belastungen nahe – eine Aufgabe, die auch im zivilen Bereich bisher vernachlässigt wurde (Ortmeyer 2009). Hier zeigen die wenigen existierenden Studien, dass Ärzte allgemein aufgrund exogener (berufliche Auslastung) und endogener (ärztliches Berufsethos) Faktoren zu persönlicher Vernachlässigung und Suchterkrankungen neigen (Kesebom 2007); auch hier zeigen sie sich trotz professioneller Distanz im Patientenkontakt empathisch und deutlich weniger „abgestumpft“ als beispielsweise Soldaten im sozialen Umgang mit ihren Kameraden (Jerg-Bretzke et al. 2007). Addiert man zu diesen Herausforderungen, denen auch jeder zivil tätige Arzt ausgesetzt ist, die militärischen, menschlichen und medizinethischen der Sanitätsoffiziere im Einsatz (Biesold 2009) und führt sich die Beobachtung vor Auge, dass belastende Ereignisse im Einsatz mit subjektiven Empfindungen wie Schuldgefühlen assoziiert sind (Krüsmann et al. 2006) - beispielsweise durch die Verletzung des Hippokratischen Eids wegen bevorzugter Behandlung von Soldaten (Biesold 2009) -, manifestiert sich der Beruf des Sanitätsoffiziers selbst als stärkster Risikofaktor für psychische Erschöpfung und Traumatisierung. Diese im zivilen wie militärischen Bereich damit deutlich unterschätzte Vulnerabilität hängt sicher auch mit dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit zusammen, das Ärzten die Demonstration von Schwäche gesellschaftlich verbietet – und Sanitätsoffizieren mit ihrer zusätzlich militärischen Vorbildfunktion erst recht. Unter diesem Aspekt verwundert die Aussage von **30,8 % (n = 16 von 52)** der Interviewpartner dieser Studie nicht, die Patientenversorgung im Einsatz gleiche der notfallmedizinischen Arbeit im Inland, sei Teil ihres Jobs und inmitten der im Einsatz geringeren Auslastung eine willkommene Abwechslung. Die konkrete Einsatzaufgabe scheint im Gegensatz zur Vergleichsliteratur unter den Sanitätsoffizieren deshalb nicht eindeutig als Hauptstressor zu fungieren, da ihr Charakter wesentlich die Möglichkeit beruflicher Heraus- oder Überforderung sowie emotionaler Ausgeglichenheit oder Belastung bestimmt. Der bedeutendste Unterschied zwischen zivil und militärisch tätigen Ärzten besteht während des Einsatzes im unterschiedlichen Alltag, der bei Sanitätsoffizieren vom

Zwiespalt zwischen kurativer medizinischer *und* ggf. destruktiv - militärischer Vorgehensweise geprägt ist. Zur Vermeidung kognitiver Dissonanz beruft sich der Sanitätsoffizier auf hierarchische Strukturen innerhalb einer Armee und damit auf die Verpflichtung als Offizier einerseits und auf die Verantwortung gegenüber den Patienten – den Soldaten – und damit auf die ärztliche Rolle in bewaffneten Konflikten andererseits. Die Tatsache, dass die Sicherung der rein physischen Kampfkraft und damit die indirekte Aufrechterhaltung von Kampfhandlungen als Ziel ärztlichen Einsatzengagements bereits in der Öffentlichkeit diskutiert wird (Rischke 2009), demonstriert die Labilität persönlicher Entlastungsstrategien. Lässt sich dieser Gewissenskonflikt dennoch lösen, gilt es noch, die Raum greifende Identifikationskrise mit Auftrag, Durchführung und Erfolgschancen der neuen Einsatzszenarien zu bewältigen. Zivile Korrelate dieser mannigfaltigen Problemkonstellationen im Berufsfeld des Sanitätsoffiziers sind so nicht zu finden; daraus ergibt sich die über die Beanspruchung des „normalen“ Arztberufs hinaus bestehende Doppelbelastung der Sanitätsoffiziere.

4.1.1.3 Systemimmanente Ressourcen und Belastungen

4.1.1.3.1 Systemimmanente Ressourcen

4.1.1.3.1.1 Systemimmanente Ressource: Soziale Sicherheit

Einer der wenigen Faktoren, die Sanitätsoffiziere zum Verweilen in der Bundeswehr bewegen können, stellt die soziale Sicherheit dar – der sichere Job, die gewohnte Position und die umfassende Krankenversorgung und –versicherung. Wird der Nachsteuerungsbedarf im Bereich der Absicherung der Soldaten im Verletzungs- oder Todesfall weiter verfolgt, könnte dieser Aspekt die Belastungswahrnehmung während der Einsätze weiter sinken lassen.

4.1.1.3.2 Systemimmanente Belastungen

4.1.1.3.2.1 Systemimmanente Belastung: Fürsorge

Die aktuelle Einsatzbiografie der Interviewpartner – durchschnittlich 4 Einsätze von je 3 Monaten Dauer – wird gerade von Vertretern einsatzrelevanter Fächer deshalb als erträglich beschrieben, weil ihre Leitung in der Einplanung versucht, Einsatzfrequenz und –dauer auf maximal einmal im Jahr und je 8 - 10 Wochen am Stück zu begrenzen; eine Beanspruchung darüber hinaus wird weder für sozial verantwortbar noch für beruflich verkraftbar gehalten. Die Dauer des Einsatzes stellt die kritische Größe dar – lieber höhere Frequenz zu Gunsten kürzerer Dauer des Einsatzes. Gleichmäßige Lastenverteilung ist aber nur bei hoher Einsatzfähigkeit des Ärztepools möglich und differiert je nach Relevanz des Faches, Qualifikation, Tätigkeitsfeld, Laufbahn und Geschlecht des Sanitätsoffiziers. Um der Kritik der mangelnden Transparenz und Einflussmöglichkeit zu begegnen, wird die Einsatzplanung innerhalb der großen Abteilungen im BWK Ulm offen und im Dialog festgelegt, was als Vertrauen bildend und Identität stiftend anerkannt wird, was aber Ärzte kleinerer Fachbereiche oder in der Truppenarztzeit von ihrem Einplanungssystem nicht kennen. Das Fehlen dieser Transparenz der Einsatzplanung führt zum Gefühl der „Verheizung“, die z. T. auch überzeugte Soldaten zu Vorwänden greifen lässt, um einen Einsatz zu vermeiden. Die Zeit zwischen Mitteilung des Einsatzzeitpunktes und Antritt der Reise wird allgemein als ausreichend erachtet, wobei einzelne Ausreißer mit einer Vorlaufzeit von gerade einmal 24h nicht in die Waagschale geworfen werden – die Toleranz hängt allein an der offenen Kommunikation der Verantwortlichen. Ungeachtet dessen besteht eine Belastung vor Beginn des Einsatzes allein schon durch Ungewissheit über das ungefähre Hin- und Rückflugdatum – vor allem bei Einplanungen außerhalb der Klinik. Spielen Einsätze aufgrund der hohen Frequenz im Arbeits- und Familienalltag eine große Rolle, ist ein Mindestumfang an Planungssicherheit entscheidend. Dies zeigt sich auch an den Möglichkeiten der Vorbereitung der Sanitätsoffiziere durch Vorausbildungen; diese können in regulärer Form schon allein aus Zeitdruck noch nicht einmal von der Hälfte der Befragten wahrgenommen werden, weshalb sie im Schnelldurchlauf oder überhaupt nicht vollzogen werden. Darunter leiden weniger die Erfahreneren, die sich durch ihre zahlreichen vorangehenden

Einsätzen ausreichend vorbereitet fühlen, sondern vor allem die jungen Assistenten, die die Vorausbildungen schon allein zur emotionalen Stabilisierung vor den ersten Einsätzen benötigen. Werden die Vorbereitungen planmäßig durchlaufen, besteht Einigkeit über die generelle Sinnhaftigkeit der Idee, ebenso aber auch über eine oft konzeptlose und wenig verantwortungsbewusste Umsetzung. Eine Differenzierung zwischen verschiedenen Aufgabengebieten und Einsatzorten wird für notwendig erachtet.

Während die Kritik am Transport in die Auslandseinsätze sich ausschließlich auf den nach Afghanistan mit längeren Zwischenstopps in provisorischen Lagern ohne Auszahlung des Zuschlags in dieser Zeit konzentriert, bezieht sich die Unzufriedenheit mit der Konstitution der Lager auf alle Standorte. Dabei ist nach den Aspekten Sicherheit und Privatsphäre zu unterscheiden. Auch nach Jahren noch halbherzig zusammengestellte Provisorien, mangelnde Sicherheitsvorkehrungen sowie die Massenunterbringung - v. a. höherrangige, ältere Sanitätsoffiziere nehmen daran Anstoß - führen zur Beeinträchtigung der Auftragserfüllung. Rückzugsmöglichkeiten aus den bereitgestellten Betreuungseinrichtungen in vertrautere Gruppen stellen einen wichtigen Ausgleich zur Massenunterbringung dar.

Die Unzufriedenheit über die Unterbringung setzt sich fort bei den für Sanitätsoffiziere wichtigen militärischen Ausrüstungsgegenständen; allerdings unterscheidet sich die Kritik je nach Tätigkeitsfeld. Innerhalb des Lagers werden Kleidung, Waffen und Fahrzeuge für ausreichend gehalten, für Aufträge außerhalb des Lagers sehen die Befragten nicht verantwortbare Defizite bei saisonaler Kleidung, den Gefahren und der Geographie des Landes angepassten Fahrzeugen sowie der Bewaffnung. Im Gegensatz dazu genießt die medizinische Ausstattung qualitativ und quantitativ höchste Anerkennung unter den Befragten, die lediglich flexibleren Nachschub einfordern.

Der formale Anspruch der Soldatenversorgung, im Einsatz qualitativ äquivalent zum Inland zu sein, bietet Diskussionsstoff, da den Befragten größtenteils bezüglich Hygiene und Transportwegen ein solcher Anspruch nicht erfüllbar erscheint. Ein weiterer Grund für diese Skepsis stellt die Qualität des Personals dar; während das militärische Personal als kompetenter Schutz vor Gefahren angesehen wird, leidet das medizinische Personal generell unter der Tatsache, dass nicht

selten Personen auf Schlüsselpositionen ohne die dafür nötigen Ausbildungen eingesetzt werden und somit eine Gefährdung der Patientenversorgung in Kauf genommen wird. Die Interviewten vermissen bei den organisatorischen Strukturen Kooperation und Flexibilität, vor allem in länger bestehenden Einsatzorten. Diese könnten in Extremfällen durch ihren hohen Stellenwert die Patientenversorgung blockieren.

Die starke Familienorientierung der Probanden erklärt deren emotionale Belastung durch die als unzureichend empfundene Unterstützung der Familie; daraus ergibt sich ihre Forderung nach individuellerer Betreuung – seien es geeignete Kommunikationsmittel oder Einrichtungen, die einen Teil dessen abfangen können, was die Familie durch den Wegfall einer Person entbehren muss, beispielsweise durch Vermittlung von Babysittern oder Haushaltshilfen. Momentan spielen für die meisten Angehörigen der interviewten Sanitätsoffiziere die Familienbetreuungszentren keine Rolle. Die Kommunikationsmöglichkeiten per Feldpost, Internet und Telefon stehen in ausreichendem Umfang zur Verfügung; gerade die jungen Sanitätsoffiziere mit Familie können sich aber die hohen Ausgaben hierfür nicht leisten. Damit sind diese Möglichkeiten gerade für den Personenkreis einschränkt, der die vergleichbar größten finanziellen und sozialen Lasten zu tragen hat.

Eine Prävention vor den Einsätzen – z. B. in Form von Seminaren -, damit sich diese Belastungen zusammen mit den einsatzbedingten nicht in problematischer Weise kumulieren, besteht nach der Erfahrung der Befragten nicht, so dass das psychologische Auffangnetz der Bundeswehr, bestehend aus Psychiatern, Psychologen und Militärpfarrern, erst im Einsatz greift, wenn es vielleicht schon zu spät ist. Die Probanden sprechen sich bei Kollegen, anderen Kameraden und der Militärseelsorge aus. Letztere füllen die Lücke, die die Ablehnung professioneller Unterstützungsapparate hinterlässt; diese Ablehnung wird mit einer fehlenden Vertrauensbasis begründet, durch fehlenden direkten Kontakt, fehlende gemeinsame Erlebnisse, fehlende Unverfänglichkeit eines Gespräches. Die Betreuungseinrichtungen wie Sportzelte, Bars und Restaurants werden in ihrem umfangreichen Angebot vom Großteil anerkennend angenommen und stellen den Raum für Konversationen mit den gewählten Gesprächspartnern zur Verfügung. Dennoch suchen sich v. a. ältere, dienstgradhöhere Ärzte individuellere Rückzugsorte - zumeist innerhalb der Sanitätsgebäude - mit vertrauten Personen aus diesem Be-

reich. Die strukturierte Aufarbeitung des Erlebten nach der Rückkehr sowie die Wiedereingliederung in den Alltag wurde mehrheitlich als grundlegend und notwendig, aber nur im privaten Rahmen – z. B. ein Urlaub mit der Familie - als wirkungsvoll beschrieben; offizielle Seminare krankten an derselben „Gleichmacherei“, einer Distanzlosigkeit, die schon während des Einsatzes für Belastungen sorgt: Eine Trennung nach Dienstgraden und Tätigkeitsgebiet wird als unbedingt erforderlich beschrieben.

4.1.1.3.2.2 Systemimmanente Belastung: Attraktivität

Ein zentraler Kritikpunkt besteht in der Negierung der Dienstgradunterschiede im Einsatz, z. B. im Bereich der Unterbringung und der Bezahlung. Mit zunehmender Qualifikation werden die Unterschiede jedoch immer wichtiger und Gleichmacherei immer weniger toleriert.

Im Hinblick auf die Bezahlung während der Einsätze richtet sich die Kritik nicht primär gegen ein zu niedriges generelles Niveau des Auslandsverwendungszuschlags (AVZ), sondern gegen die fehlende Staffelung nach Verantwortung und Dienstgrad; vor allem höherrangige Ärzte sehen darin eine Ignorierung ihrer höheren Verantwortung und Leistung. Das Kameradschaftsgefühl verbietet jedoch eine offene Artikulation derartiger Differenzierungsgedanken, so dass konstruktive Verbesserungsvorschläge sehr mild formuliert werden – eine Anhebung für alle, eine Differenzierung nach Gefährdung, Verantwortung oder Aufgabengebiet sowie die Festsetzung einer finanziellen Untergrenze. Die Möglichkeit der ideellen Entschädigung sehen die Befragten durch den Dienstherrn ebenso wenig genutzt. Karrierevorteile oder andere Zugeständnisse durch ein Einsatzengagement konnten mehrheitlich nicht festgestellt werden, eher noch Nachteile gegenüber den weniger Einsatzwilligen, die ohne Einsatzunterbrechung ihre Weiterbildung im Bundeswehrkrankenhaus fortführen können. Diese fehlende differenzierende Honorierung der Einsatzbelastungen verstärkt in gegebenen Fällen die demotivierende Wirkung - einsatzunabhängig - fehlender Aufstiegsmöglichkeiten, die langjährigen Fachärzten mit Oberarztfunktionen denselben Dienstgrad zuweisen wie Assistenten im 3. Weiterbildungsjahr.

Systemimmanente Belastungsfaktoren wie fehlende Honorierung in finanzieller wie ideeller Sicht sowie beruflich-funktionelle Perspektivlosigkeit stellen *die* Entscheidungskriterien zum Verlassen der Bundeswehr dar – nicht die zahlreichen Kritikpunkte rund um die Einsatzpraxis. Die Personalbindung hängt also vornehmlich an der beruflichen Situation im Inland, nicht an den Belastungen im Ausland.

4.1.1.3.3 Validierung systemimmanenter Faktoren anhand der Vergleichsliteratur

„Systemimmanente“ Faktoren – Belastungen und Ressourcen, die nicht vom Auslandseinsatz per se, sondern von dessen Einbettung in „structures and procedures“ herrühren – sind für die emotionale Gesundheit von Einsatz unterstützendem Personal nicht nur bei militärischen Interventionen entscheidend. So bescheinigte Schönherr bereits 2003 in seiner Untersuchung zu Belastungs- und Bewältigungsstrategien von Angehörigen des Österreichischen Roten Kreuzes der konkreten Einsatzgestaltung mit Bereitstellung von Material, Personal und bedarfsangepassten Organisationsstrukturen einerseits und subjektiv empfundener Fürsorge andererseits höchste Priorität in der Prävention psychischen Stresses. Die hohe Relevanz der Verantwortungsübernahme einer Institution für den reibungslosen Ablauf einer Mission *und* das Wohlergehen ihrer Teilnehmer stellt als Aufforderung zur Leistungsanerkennung eine interessante Parallele zwischen militärischem und zivilem Einsatzunterstützungspersonal dar, das mit seiner Anwesenheit und Aktivität den Vollzug des eigentlichen Auftrags realisiert. Eine weitere Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München zur Prävention im Einsatz von Feuerwehrkräften (Krüsmann et al. 2006) stimmt der ablehnenden Haltung der Sanitätsoffiziere gegenüber dem dienstgrad- und aufgabenübergreifenden Vor- und Nachbereitungssystem der Bundeswehr aufgrund fehlender Möglichkeiten, inhaltlich oder zeitlich auf die Bedürfnisse des jeweiligen Aufgabenbereiches eingehen zu können, zu. Zudem wird der auch in der Bundeswehr üblichen einmaligen Nachbereitung zwar kein schädlicher, aber auch kein nützlicher Effekt in der Aufarbeitung zugesprochen; vielmehr tut eine Ausweitung der Nachsorgemaßnahmen Not, ohne die Teilnahme an belastende Ereignisse zu knüpfen, da nicht objektive Kriterien, sondern subjektiv negative Kognitionen wie Schuldgefüh-

le mit Wunsch nach Beratung und Unterstützung einen Kriseneinsatz zu einer belastenden Erfahrung machen (Krüsmann et al. 2006). Mit der regelhaften Verpflichtung der Teilnahme an den so genannten Reintegrationsseminaren nach jedem Einsatz bewegt sich die Bundeswehr damit im Einklang mit der aktuellen Forschung. Die Notwendigkeit einer Etablierung von Primärprävention sowie von psychologischer Unterstützung während der Einsätze durch geschultes Personal aus den eigenen Reihen und allgemeiner wie bei stark Traumatisierten auch spezieller Nachbereitung strich Biesold bereits 2008 hervor. Schubmann und Uechritz beschrieben schon 2006 ein spezialisiertes psychosomatisches Rehabilitationsprogramm, und Wendl erwähnte Familienbetreuungszentren – von Sanitätsoffizieren ebenfalls als nicht bedarfsangepasst empfunden – als Hilfestellung im Bereich der mittelbaren Einsatzstressoren. Der Literaturvergleich verdeutlicht die Problematik der Bundeswehr, psychische Extreme bereits wirkungsvoll auffangen zu können, jedoch die regelhafte Primär- und Sekundärprävention schon ansatzweise in ihrer Regelmäßigkeit, aber noch nicht in ihren Inhalten auf die Bedürfnisse der Soldaten abgestimmt zu haben.

Vergleicht man nun die „systemimmanenten“ Faktoren von Sanitätsoffizieren und Truppensoldaten, finden sich ähnliche Stressoren. Die Jahresberichte des Wehrbeauftragten bis 2008 (Jahresbericht des Wehrbeauftragten 2006/2007/2008) offenbaren die wachsende Unzufriedenheit mit der kurzfristigen Einplanung zu Auslandseinsätzen auch auf Seiten der Truppe. Am Einsatzort werden inadäquate Unterbringung, nicht ausreichend geschützte Fahrzeuge und nicht den klimatischen Bedingungen angepasste Kleidung bemängelt, die die Motivation zur Auftragserfüllung beeinträchtigen; eine Korrelation zwischen einem adäquaten internen Einsatzumfeld und dem Ehrgeiz zur Auftragsumsetzung war auch von den befragten Ärzten explizit betont worden. Die erlebte Diskrepanz zwischen Auftragsanspruch und zur Verfügung stehender Mittel wird von den Sanitätsoffizieren einer generellen Unterfinanzierung der Auslandseinsätze zugeschrieben. Die mangelnde finanzielle Honorierung der betroffenen Soldaten aufgrund der niedrigen Zuschlagszahlungen – ihr Niveau wurde inzwischen erhöht – stellt ebenfalls einen gemeinsamen Kritikpunkt aller Teilstreitkräfte dar. Die Identifikation mit den Einsätzen unterliegt durch diese als inadäquat empfundenen Einsatzumstände einer Erosion, die den Sanitätsoffizier durch seine Aufgabe der Patientenversorgung weniger trifft, in der Truppe die unmittelbare Auftragserfüllung jedoch deut-

lich erschwert. Die Eingaben im Jahresbericht 2008 lassen eine Dynamisierung und Verschärfung der Kritik gegenüber der Bundeswehrführung erkennen, da nun auch der Bereich des sozialen Umgangs thematisiert wird, wie z. B. fehlende Artikulationsmöglichkeiten im Rahmen konstruktiver Kritik oder Verschleierungspolitik, die während des Einsatzes zu Informationsdefiziten bei den Soldaten führen – Punkte, die bei genauem Nachfragen bereits zwei Jahre zuvor hätten herausgefunden werden können. Doch bereits 2004 gaben Truppensoldaten und Mitglieder der Heeresflieger an, sich im Einsatz nur in ihrem originären Aufgabengebiet adäquat ausgebildet zu fühlen, das sie - ähnlich wie die Sanitätsoffiziere - aber immer weniger ausüben, so dass sie die neuen, speziellen Einsatzfelder überfordern (Jerg-Bretzke u. Traue 2004). Ebenso kritisch wird die militärische Ausrüstung wie Fahrzeuge und Kleidung, die schlechte Bezahlung in den Einsätzen v. a. im internationalen Vergleich, und die unzureichenden Absicherungsmaßnahmen im Unglücksfall kommentiert. Dennoch stellen die Auslandseinsätze in Auftrag und Frequenz für keinen Truppenteil einen signifikanten Austrittsgrund dar, solange eine berufliche Perspektive besteht. Eine Identifikation mit ihrem Beruf existiert auch unter den veränderten Rahmenbedingungen weiterhin, allerdings sind – und dies gilt ganz besonders für die Sanitätsoffiziere - die Beweggründe für ihre damalige Berufswahl in der transformierten Bundeswehr teil- bzw. zeitweise nicht mehr zu finden.

4.1.1.4 Physische und psychische Konsequenzen

Physische Beeinträchtigungen wie Erkältungs-, Durchfallerkrankungen sowie Schlafstörungen wurden eher den veränderten klimatischen, hygienischen sowie Gründen der Unterbringung denn psychischen Stressoren zugeschrieben; auch hier kann der Aspekt der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden.

Auf die Trennung vom Partner und dem Fehlen ihrer seelischen wie körperlichen Nähe reagieren viele mit dem Gefühl der Vereinsamung sowie depressiven Verstimmungen. Kompensationsmechanismen waren Sport und gutes Essen, während exzessives Genussverhalten wie Rauchen, Alkohol oder sexuelle Aktivitäten jeweils für sich selbst verneint, aber bei Kameraden beobachtet wurde.

4.1.1.4.1 Validierung der Ergebnisse im Bereich physischer und psychischer Auswirkungen anhand der Vergleichsliteratur

Die physische und psychische Gesundheit der Soldaten im Einsatz bzw. in Einsatzbereitschaft wird in den Vergleichspublikationen unterschiedlich beschrieben. Als wesentlicher Schutzfaktor für die Einsatzbelastungen ist bei allen Soldaten im Einsatz ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein in Verbindung mit verstärkter sportlicher Betätigung (Jerg-Bretzke u. Traue 2004) festzustellen. Bei den Risikofaktoren fallen demgegenüber signifikante Unterschiede zwischen Sanitäts- und Truppsoldaten sowie zwischen Eigenbeschreibung und Fremdbeobachtung auf.

Schlafstörungen aufgrund der Dauerdienstbelastung sind z. B. ein Phänomen, das überwiegend das medizinische Personal betrifft. Der eigene Tabakkonsum wird von den Truppsoldaten als während des Einsatzes unverändert zum heimatischen Genussverhalten beschrieben (Jerg-Bretzke u. Traue 2004), während die interviewten Sanitätsoffiziere eine erhebliche Zunahme in der Beobachtung ihrer Kameraden zu erkennen glaubten, was sie auf die preisgünstigen Erwerbsmöglichkeit zurückführen. Ähnliche Diskrepanz besteht im Bereich des Alkoholkonsums, der in direkter Befragung von Truppsoldaten während des Einsatzes als besonders niedrig angegeben wurde. Anhand der Eingaben an den Wehrbeauftragten und der Beobachtungen der Sanitätsoffiziere ist - trotz der „Zwei-Dosen-Regelung“ - von einem exorbitanten Alkoholkonsum im Einsatz auszugehen. Neben der preisgünstigen Beschaffung und Gruppenzwang lässt sich dieses Verhalten auch als psychisches Ventil - vornehmlich an weniger gefährlichen Einsatzorten - erklären, und dies vor dem Hintergrund offensichtlich fehlender Sanktionierung durch die Führung. Es ist bemerkenswert, dass Hinweise auf die Eigen- und Fremdgefährdung im Kontext von Alkoholkonsum, psychischer Ausnahmesituationen und Waffentragepflicht nur von Seiten der Mediziner geäußert werden.

Die nachhaltige Bedeutung von Sexualität auch während eines Einsatzes wird von Seiten der Sanität wie der Truppe (Jerg-Bretzke 2004) bestätigt. Besonderen Herausforderungen sehen sich die verheirateten oder in einer festen Partnerschaft lebenden Soldatinnen und Soldaten ausgesetzt. Den Beobachtungen der

befragten Sanitätsoffiziere nach sind Sexualkontakte dieses Personenkreises immer wieder zu beobachten. Allerdings fällt auf, dass solche Beobachtungen nie auf sie selber – die Befragten – zutreffen. Psychische Belastungen aus dieser Situation – Fremdgehen, Probleme mit dem Partner/der Partnerin nach der Rückkehr – konnten aus eigenem Erleben deshalb nur vermutet, aber nicht konkret festgestellt werden.

4.2 Die Personalentwicklung in der Sanität

Diesem Themenbereich widmet sich die vorliegende Studie in einem großen Kapitel der „Chancen“, die die interviewten Sanitätsoffiziere für ihr weiteres Berufsleben innerhalb der Bundeswehr zu Beginn und am Ende ihrer Verpflichtungszeit sehen. Hier wurden bereits im Erhebungszeitraum 2006/2007 Aspekte angesprochen, die erst im Bericht des Wehrbeauftragten für das Jahr 2008 [10,11,12] thematisiert wurden. Der Vergleich der personalpolitischen Zustandsbeschreibung des Sanitätsbereiches im Bericht des Wehrbeauftragten ab 2006 mit den Ergebnissen dieser Studie lässt auf eine zunehmende Unerfüllbarkeit des Auftrags der truppenärztlichen *und gleichzeitig* der von der Bundeswehr priorisierten Einsatzversorgung schließen; auch noch 2008 zeichnen die Eingaben von Bundeswehrsoldaten das Bild einer Armee mit dem Anspruch einer Interventionsarmee, dem sie in der medizinischen Versorgung im In- und Ausland nicht gerecht zu werden scheint. Die Erklärungen hierfür zeichneten sich ebenfalls bereits Jahre zuvor ab: Fehlender Nachwuchs wegen vergleichsweise unattraktiver Bedingungen, sowie hohe Kündigungszahlen vor allem junger Sanitätsoffiziere, die sich auch auf Basis dieser Studie auf mangelnde Planungssicherheit, häufige und lang andauernde Einsatzengagements, die fehlende Familienfreundlichkeit und vor allem die aussichtslose Beförderungssituation der kurativ tätigen Sanitätsoffiziere, die in keinem Jahresbericht Erwähnung findet, zurückführen lassen. Vor diesem Hintergrund könnte die geringe Zahl von Beschwerden über diese Zustände mit Scheu, mehr noch mit Resignation erklärt werden. Mitunter kurzfristig in die Wege geleitete Vergünstigungen wie Verbesserung der Planungssicherheit, die Stellenzulage von 600 €/Monat für Rettungsmediziner und Fachärzte oder die Beförderung von 196 Fachärzten des Sanitätsdienstes sollen der potentiell kündigungswilligen Al-

tersgruppe der Ärzte entgegenzukommen. Die Veränderungen in der Nachwuchsgewinnung mittels Attraktivitätssteigerung, indem der militärische Part einen sehr geringen Anteil in der Ausbildung einnimmt, während zügiger Studienbeginn und Bezahlung einen Wettbewerbsvorteil gegenüber einem zivilen Medizinstudium sichern sollen, sorgt bisher nicht für eine Verbesserung der Rekrutierungsquote.

Die im Rahmen dieser Studie befragten Sanitätsoffiziere bezeichnen sich - trotz aller Kritik – überwiegend und glaubhaft als überzeugte Soldaten; diese Grundeinstellung sichert der Bundeswehr auch in Krisenzeiten ein Kontingent an ideell gebundenem ärztlichem Personal. Die im Vergleich zu anderen Truppenteilen geringe Anzahl von Beschwerden und Eingaben beim Wehrbeauftragten machen aber deutlich, dass dies nicht als Zeichen beruflicher Zufriedenheit interpretiert werden kann; vielmehr entspricht sie dem Eindruck dieser Gruppe von Soldaten, dass Kritik ohne Konsequenzen seitens der Führung bleibt.

4.3 Das Konzept der Inneren Führung

Mit dem Konzept der „Inneren Führung“ sollte zur Zeit seiner Entwicklung vor über 50 Jahren *„[...] die unverzichtbare hierarchische Struktur der neu aufzubauenden Armee mit ihrem Prinzip von Befehl und Gehorsam mit den Grundrechten des Bürgers in Einklang gebracht und ein "Staatsbürger in Uniform" geschaffen werden [...].“* (Quelle: www.innerefuehrung.bundeswehr.de) In dessen demokratische Rechte darf demnach nur im Rahmen und im Ausmaß des militärisch Notwendigen eingegriffen werden – in scharfer Abkehr vom rechtlosen Befehlsempfänger der Wehrmacht und der Reichswehr. Diese Bedeutung des Einzelnen innerhalb der Bundeswehr wird des Weiteren anhand der Prinzipien dieses Führungsstils deutlich, unter denen unter anderem die „Legitimation“ des militärischen Auftrags durch umfassend informierte Soldaten sowie „Motivation und Mitverantwortung“, mit der die Soldaten gewissenhaft ihre Pflicht erfüllen sollen, zu finden sind. Obgleich sich die Rahmenbedingungen, unter denen die Bundeswehr heute agiert, in substanziellen Aspekten grundlegend von denen z. Z. ihrer Gründung unterscheidet, ist dieses Grundverständnis bei den Soldaten gerade heute tief verwurzelt.

Denn unmittelbare Konsequenz eines solchen Selbstverständnisses ist, dass Identifikation und Motivation an die *Einsicht* in Notwendigkeiten und Sinnhaftigkeiten gebunden ist, und der muss notwendigerweise die Information vorausgehen. Im Kontext dieser Studie erscheint eben dieses Fundament einer demokratischen Befehlsordnung – die Information – zu fehlen, konkret geht es um die als mangelhaft empfundene Kommunikation mit und Information durch militärische Ämter, die als geschlossene Veranstaltungen ohne Ansprechpartner oder Verantwortliche gesehen werden. Dies zieht sich als Grundproblematik durch den Berufsalltag der Ärzte; mit Unverständnis wird besonders dann reagiert, wenn die Einsätze davon betroffen sind. Konsequenzen dieser fehlenden Vermittlung zwischen Entscheidungsträgern und Ausführenden sind massive Identifikationsschwierigkeiten mit den Interventionen, und zwar schon im Hinblick auf Legitimation und formalem Auftrag, noch mehr hinsichtlich der konkreten Durchführung. Fehlende Transparenz wird von den Betroffenen als Verschleierung von Willkür interpretiert, wobei es aus ihrer Sicht an Beispielen nicht mangelt. So besteht die Hauptkritik in einer „respektlosen“ Behandlung, die Begriffe wie „Menschenführung“ – ein Gestaltungsfeld der „Inneren Führung“ - als leere Floskeln empfinden lassen. Als konstruktive Reaktion auf dieses Kommunikations- und Informationsproblem ist ein Zusammenschluss von Betroffenen als ein gemeinsames Sprachrohr der Sanitätsoffiziere zu werten (Forum der Sanitätsoffiziere e.V.; Quelle: www.forum-sanitaetsoffiziere.de), deren Grundsatzforderungen sich mit denjenigen der interviewten Ulmer Kollegen decken: bessere personelle und materielle Ausstattung, angemessene Absicherung und Ausbildung verbunden mit grundlegender Transparenz – kurz: Fürsorge.

Eine Schlussfolgerung lässt sich aus den vorstehenden Ausführungen ableiten: Die aktuelle Personalnot des deutschen Sanitätsdienstes ist nicht nur eine Folge des allgemeinen Ärztemangels und verbesserter ziviler Tarifbedingungen. Sie ist auch eine Konsequenz aus nicht adäquat angewendeten Prinzipien der Inneren Führung unter dramatisch veränderten Rahmenbedingungen. Diese sicher nicht neue Erkenntnis sollte Anlass geben, die konkreten Anforderungen aus den bewährten Prinzipien der Inneren Führung – mit Betonung auf dem Begriff der Führung - in einem Dialog aller Betroffenen an die veränderten militärischen, politischen und gesellschaftlichen Bedingungen anzupassen.

4.4 Methodische Limitierung

Der qualitative Charakter dieser Studie kann grundsätzlich zu einer Limitierung bezüglich der Repräsentativität, Validität, Reliabilität und Objektivität ihrer Ergebnisse führen. Zunächst ermöglicht die Auswahl des Teilnehmerpools nach „theoretical sampling“ eine sukzessive Rekrutierung der Teilnehmer noch während des Erhebungsprozesses nach Wille und Eignung, was die bei quantitativen Verfahren zu Grunde zu legenden Anforderungen an die Repräsentativität systemimmanent nicht erfüllt.

Repräsentativität kann auch durch die Stichprobengröße beeinträchtigt werden, da 52 Interviews aus qualitativer Sicht grenzwertig viel Material darstellen, in quantitativen Studien für repräsentative Ergebnisse aber nicht ausreichen. Angesichts der zentralen Bedeutung des Bundeswehrkrankenhauses Ulm für den deutschen Sanitätsdienst mit insgesamt 308 medizinischen Akademikern in 16 Fachabteilungen kann der kondensierte Erkenntniswert aus dem Erfahrungsschatz von 52 Humanmedizinerinnen aus den zum Interviewzeitpunkt 12 einsatzrelevanten Fächern für die Belastungsforschung dieser Berufsgruppe nicht in Frage gestellt werden.

Die Validität ergibt sich aus der Wahl des qualitativen Interviews, da dieses ein Thema von Betroffenen selbst schildern lässt. Die Leitfadenstruktur des Gesprächs birgt jedoch die Gefahr einer thematischen Beeinflussung, was sich aufgrund der Gesprächsdynamik allerdings in keinem einzigen Fall bestätigen ließ.

Die Reliabilität wird durch die detaillierte Dokumentation aller Analyseschritte ausgehend von unverändertem Textmaterial gewährleistet. Die ständige Weiterentwicklung des Leitfadens während der Erhebung lässt die Reproduzierbarkeit aber nicht mehr dem klassischen Verständnis der quantitativen Forschung entsprechen.

Die Objektivität kann in ertragreichen Interviews mit derart vertraulicher Thematik aufgrund der Personengebundenheit des Vertrauensverhältnisses nur in begrenztem Rahmen bestehen; textnahe Codierung und Forschertriangulation im Arbeitskreis können die Subjektivität des Interviewers in einem solchen Prozess nie gänzlich ausschließen.

5 Zusammenfassung

Die Zielsetzung dieser Studie lag in einer umfassenden Katalogisierung und Kategorisierung von Stressoren und Ressourcen von Sanitätsoffizieren in Auslandseinsätzen der Bundeswehr. Angesichts der rudimentären Forschungslage und der kommunikativen Kompetenz der Stichprobe erschien eine qualitative, Hypothesen *generierende* Methodik zielführend. Das Instrument des halbstandardisierten, leitfadengestützten Interviews erlaubte die Erfassung individueller Erfahrungsdetails in strukturiertem Rahmen.

Die Stichprobe rekrutiert sich nach konsekutiv – kummulativem Sampling aus 52 Sanitätsoffizieren aller einsatzrelevanten Fächer des Bundeswehrkrankenhauses Ulm, die im Durchschnitt 39 Jahre alt waren, überwiegend in fester Partnerschaft lebten und Kinder haben. Den Schwerpunkt bildeten Ausbildungsassistenten mit Dienstgrad Oberstabsarzt; durchschnittlich waren vier Einsätze von je drei Monaten Dauer überwiegend auf dem Balkan und in Afghanistan absolviert. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von November 2006 bis April 2007. Die Interviews von 20 Minuten bis 2,5 Stunden Dauer wurden nach digitaler Aufzeichnung transkribiert und anonymisiert. In der Auswertung des 1200 Seiten umfassenden Textmaterials wurden methodische Grundlagen der Grounded Theory mit Elementen der Qualitativen Inhaltsanalyse mittels der Software „ATLAS.ti“ kombiniert. In mehreren induktiven Prozessschritten wurden Aussagen über 503 textnahe Codes zu 43 Themengruppen gefasst und zu 11 Kodefamilien und schließlich 3 Hauptkategorien abstrahiert.

Die Analyse brachte drei Ursachenfelder hervor, aus denen sich die Belastungen und Ressourcen dieses Personenkreises erklären lassen: die personale Interaktionsqualität („Soziale Interaktion“), die Problemadäquanz der institutionell – organisatorischen Strukturen und Prozesse („Operationalisierung“) sowie die Reevaluation beruflicher Identität und Perspektive („Chancen“).

Familiäre Stabilität und *kameradschaftliche Einbindung* stellen die wesentlichen Ressourcen im Einsatz dar; geringste Irritationen in diesem Bereich überlagern alle Facetten der Auftragserfüllung.

Die Empfindung einer totalen institutionellen *Fremdbestimmung* vor, während und nach den Auslandseinsätzen kristallisierte sich als schwerwiegender Belastungsfaktor heraus: Ungewissheit von der Einplanung über die noch ausstehenden Vorausbildungen bis hin zu den Transportmodalitäten, Frequenz,

Dauer und Ort der Einsätze, mangelhafte Unterbringung und unzureichender militärischer Schutz sowie fachfremder Einsatz von Offizieren wie Unteroffizieren im medizinischen wie allgemeinmilitärischen Bereich. Die *Nivellierung* von Statusunterschieden – strukturell durch Gleichbehandlung und gleiche Einsatzvergütung, sozial durch die Eigendynamik des Lageralltags - führt zum Verlust notwendiger Distanz. Institutionelle Defizite im Bereich der *Fürsorge* durch nicht bedarfsangepasste Unterstützungsangebote für die zurückgelassenen Angehörigen sowie durch unzureichende Vermittlung eines interkulturellen Bewusstseins führen zu einer zusätzlichen Belastung in Bereichen, die durch den Einsatz per se schon hohes Konfliktpotential bergen. Die professionellen psychologischen Betreuungsangebote vor, während und nach dem Einsatz werden von Sanitätsoffizieren nicht wahrgenommen: präventive Maßnahmen scheitern aus Zeitgründen, die Angebote während (Psychologen/ Psychiater) und nach den Einsätzen (Nachbereitungsseminare) aus mangelnder Akzeptanz.

Die Rolle der Ärzte innerhalb einer Interventionsarmee führt zu einer generellen *Identifikationskrise*, die sich im Einsatzfall durch die Kluft zwischen persönlichem Anspruch an Professionalität, Berufsethos und familiäre Einbindung und dem realen Erleben beispielsweise fachfremder Einsätze als Notfallmediziner, fehlender Langzeitbetreuung einheimischer Patienten und monatelanger eigener Abwesenheit zuspitzt. Diesen endogen wie exogen generierten Belastungen stehen keine adäquaten Honorierungen finanzieller oder beruflicher Art gegenüber. Gerade diese berufliche Perspektivlosigkeit ist die Haupttriebfeder, die Bundeswehr zu verlassen – die soziale Sicherheit konnte schon zum Interviewzeitpunkt nur selten die mangelnde Anerkennung aufwiegen.

Die institutionell – organisatorischen Unzulänglichkeiten wurden bereits in früheren Studien dargestellt, wobei alle Truppengattungen im In- wie auch im Auslandsbetrieb betroffen sind. Neu ist die Erkenntnis, in welchem Ausmaß sich die Sanitätsoffiziere durch mangelnde Karrieremöglichkeiten trotz u. a. hohem Einsatzengagement beeinträchtigt sehen und welcher dominierende Einfluss dies auf die ohnehin bestehenden Identifikationsschwierigkeiten mit den derzeitigen Missionen der Einsatzarmee hat – vor allem im Hinblick auf die Weiterverpflichtungsentscheidung.

Die „Massenflucht“ der Sanitätsoffiziere im Jahr 2008 war absehbar.

1. Bering R, Zurek G, Schedlich C, Fischer G: Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 1; 15-22 (2003)
2. Bering R: Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung. 1. Auflage, Shaker-Verlag (2006)
3. Biesold K-H: Das Ausheben eines Massengrabes kann man nicht üben. Interview. Psychologie Heute 5; 43 – 45 (2008)
4. Biesold K-H: Medizinethische Probleme im Einsatz. Wehrmedizinische Monatsschrift 53; 102 – 105 (2009)
5. Die Bundeswehr: Auslandseinsätze der Bundeswehr. www.bundeswehr.de (Stand: 18.06.2009)
6. Die Bundeswehr: Innere Führung und Staatsbürger in Uniform. www.innerefuehrung.bundeswehr.de (Stand: 21.07.2010)
7. Flecher S: In neuer Mission. Auslandseinsätze und die deutsche Sicherheitspolitik. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg) Kompass 2020, S. 8 (2007)
8. Forum der Sanitätsoffiziere e. V. <http://www.forum-sanitaetsoffiziere.de> (Stand: 18.06.2009)
9. Gebauer M: Afghanistan reagiert schockiert auf Skandal-Fotos. <http://www.spiegel.de/politik/ausland/0,1518,444752,00.html> (Stand: 25.10. 2006)
10. Glaser B, Strauss A: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2., korrigierte Auflage, Huber Verlag (2008)
11. Hoge C W, Castro C A, Messer S C, McGurk D, Cotting D I, Koffman R L: Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. New England Journal of Medicine 351; 13 – 22 (2004)
12. Jahresbericht des Wehrbeauftragten 2006 (Drucksache 16/4700). <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/047/1604700.pdf>
13. Jahresbericht des Wehrbeauftragten 2007 (Drucksache 16/8200). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/082/1608200.pdf>
14. Jahresbericht des Wehrbeauftragten 2008 (Drucksache 16/12200). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/122/1612200.pdf>

15. Jerg-Bretzke L, Traue H C: Belastung und Gesundheit bei Bundeswehrangehörigen im Kriseneinsatz. Längsschnittpilotstudie bei Bundeswehrsoldaten des Heeresfliegerregiment 25, Laupheim, und des Jagdbombergeschwaders 32, Lechfeld, im Kriseneinsatz zu den Themen Burnout, Stress, Emotionale Befindlichkeit, Posttraumatische Belastung, Bewältigungsstrategien und Gesundheit. Befragungszeitraum 10/02 bis 02/04 (2004)
16. Jerg-Bretzke L, Braun M, Beschoner P, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann R, Traue H C, Hrabal V: Revision des Burnout-Konstrukt: Untersuchungen zum Burnout bei Ärzten und Soldaten. Kongress Medizin und Gesellschaft 2007. German Medical Science Publishing House, Doc07gmds576 (2007)
17. Jerg-Bretzke L, Hrabal V, Walter S, Traue H C: Belastung durch traumatische Erfahrungen bei Soldaten in Kriseneinsätzen - Ergebnisse aus einer Längsschnittpilotstudie. Trauma und Gewalt 4; 184-196 (2010)
18. Kesebom S: Guter Arzt- kranker Arzt. Untersuchung zum Zusammenhang von Arbeitsbelastungen, beruflichem Selbstverständnis und Suchterkrankungen bei Medizinern. Masterthesis Klinische Sozialarbeit, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin/ Fachhochschule Coburg (2007)
19. Kinkel K: Anhörung vor dem Bundesverfassungsgericht zum Auslandseinsatz der Bundeswehr (1994). www.glasnost.de/militaer/bund/94ausldkink.html (Stand: 26.01.2010)
20. Krüsmann M, Schmelzer M, Butollo W: Projekt „Prävention im Einsatzwesen“ - wichtigste Ergebnisse und Empfehlungen für eine Gesamtkonzeption (2006). <http://www.einsatzkraft.de/Endbericht1.pdf> (Stand: 08.06.2009)
21. Lamnek S: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 4. Auflage, Beltz PVU (2005)
22. Maerker A: Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. 2. Auflage, Springer Verlag (2003)
23. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage, Beltz UTB, S. 58-74 (2007)
24. Mörtl K: Hilfreiche Faktoren in der psychosomatischen Tagesklinik aus Patientensicht. Eine qualitative Studie. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie, Universität Ulm (2008)

25. Muhr T: ATLAS.ti. The Knowledge Workbench. Scientific Software Development, Berlin (1997)
26. Reeb H-J, Többicke P: Lexikon Innere Führung. 3. Auflage, Walhalla-Verlag (2003)
27. Rischke L: Der Konflikt zwischen Töten und Helfen. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,617257,00.html> (Stand: 03.04.2009).
28. Ritsert J: Inhaltsanalyse und Ideologiekritik - Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Fischer-Athenäum, Frankfurt/Main, S. 38 (1972)
29. Rizo A, Pair J, McNerney P J, Eystlund E, Manson E, Gratch J, Hill R, Swartout B: Development of a VR Therapy Application for Iraq War Military Personnel with PTSD. In: Medicine Meets Virtual Reality 13: The Magical Next Becomes the Medical Now; 407-413 (2005)
30. Robbe R: Ärzteflucht bei der Bundeswehr. <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,615665,00.html> (Stand: 26.03.2009).
31. Sanitätsdienst der Bundeswehr: Auftrag des Sanitätsdienstes. Unser Leitbild. www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de (Stand: 26.01.2010).
32. Sanitätsdienst der Bundeswehr: Der Sanitätsdienst im Einsatz. www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de (Stand: 13.02.2009)
33. Sanitätsdienst der Bundeswehr: Seelische Belastungen im Auslandseinsatz (06.06.2009). www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de (Stand: 26.01.2010)
34. Schönherr C: Belastungen und Bewältigungsstrategien von Einsatzkräften im Auslandseinsatz. Diplomarbeit, Leopold- Franzens- Universität Innsbruck, Institut für Erziehungswissenschaften (2003)
35. Schubmann R, v. Uechritz M: Psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Soldaten mit Extrembelastungen nach Auslandseinsätzen. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 56; 106 -107 (2006)
36. Schweizer M: Consumer Confusion im Handel. Ein umweltpsychologisches Erklärungsmodell. In: Kuß/ Rudolph/ Tomczak (Hrsg.) Marketing- Management, DUV-Verlag, S. 127-129 (2005)
37. SOEP: Erwerbshaushalte mit mindestens einer Frau. Deutschland 2007. http://www.diw.de/de/diw_02.c.222660.de/downloads.html (Download 10.08.2009)

38. Stern K: Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Waxmann Verlag (1996)
39. Weisaeth L: Stress bei friedenserhaltenden UN- Einsätzen. In: Spörner T (Hrsg) Stressbewältigung und Psychotraumatologie im humanitären Hilfseinsatz. Beiträge Wehrmedizin und Wehrpharmazie. Beta-Verlag Bonn, S. 113-125 (1997)
40. Wendl P: Chance Fernbeziehung – zwischen Krise und erfüllender Partnerschaft: christliche Ehe Krisenbewältigung am Beispiel von Soldaten bei Auslandseinsätzen und deren Begleitung in der Militärseelsorge. Theologische Dissertation, Universität Freiburg (2006)
41. Wölfl M: Die Auslandseinsätze der Bundeswehr und ihre Auswirkungen auf die Bundesrepublik Deutschland im internationalen System. In: Wehrtechnische Studiensammlung des Bundesamtes für Wehrtechnik und Beschaffung (Hrsg.) Militärgeschichte und Wissenschaften, Band 7, Bernhard & Graefe Verlag (2005)

ANHANG

Anhang A: Identität der Interviewpartner

Anhang B: Leitfaden

Anhang C: Codeliste mit Häufigkeiten

Anhang D: Familienhäufigkeiten

Anhang E: Tabellenverzeichnis

Anhang F: Abbildungsverzeichnis

Anhang A: Identität der Stichprobe

IDENTITÄTSMERKMALE	IP (n = 52)	AN (n = 10)	CH (n = 17)	Orthos (n = 3)	Uro (n = 3)	HNO (n = 3)	NCh (n = 1)	Derma (n = 1)	AUG (n = 2)	RAD (n = 2)	LAB (n = 1)	NuP (n = 1)	IN (n = 8)
PERSONALIEN													
mittleres Alter (in a)	38,7	39,5	34,1	31,7	40,3	35,7	36	38	40	31,5	46	48	37,9
Geschlecht (M/F) (in %)	80,8/ 19,2	90/ 10	94,1/ 5,9	100/ 0	100/ 0	66,7/ 33,3	100/ 0	100/ 0	100/ 0	50/ 50	100/ 0	100/ 0	25/ 75
Familienstand (in %)													
verheiratet, ältere Kinder	23,1	30	17,6	0	33,3	33,3	0	0	50	0	0	100	12,5
verheiratet, junge Kinder	36,5	40	47,1	33,3	33,3	0	0	100	0	0	100	0	37,5
verheiratet, keine Kinder	15,4	0	11,8	33,3	33,3	0	0	0	50	0	0	0	37,5
unverheiratet	25	30	17,6	33,3	0	66,7	100	0	0	100	0	0	12,5
MILITÄRISCHER STATUS													
Dienstgrad (in %)													
Oberstarzt	5,8												
Oberfeldarzt	26,9	30	29,4	0	0	33,3	0	100	50	0	100	100	12,5
Oberstabsarzt	55,8	40	64,7	66,7	66,7	66,7	100	0	50	50	0	0	75
Stabsarzt	7,7	20	0	33,3	0	0	0	0	0	50	0	0	12,5
Verpflichtungsstand (in %)													
SaZ < 10	7,7	0	5,9	0	0	33,3	0	0	0	50	0	0	0
SaZ 17	15,4	10	5,9	0	0	0	100	0	0	0	0	0	50
SaZ 20	32,7	20	35,3	100	66,7	33,3	0	0	50	50	0	0	12,5
Berufssoldat	44,2	60	52,9	0	33,3	33,3	0	100	50	0	100	100	25
Einstieg (in %)													
Quereinstieg	17,3	20	17,6	0,00	0	33,3	0	0	0	50	100	0	12,5
Sanitätsoffiziersanwärter- Laufbahn	61,5	30	70,6	67	100	66,7	100	100	100	50	0	100	50

FACHLICHER UND FUNKTIONELLER STATUS													
Fachrichtung (in %)		19,2	32,7	5,8	5,8	5,8	1,9	1,9	3,8	3,8	1,9	1,9	15,4
Abteilungsfunktion (in %)													
Abteilungsleiter	7,7												
Oberarzt	26,9												
Assistent (FA)	23,1												
Assistent (Weiterbildung)	40,4												
Zusatzqualifikationen (in %)													
Notfallmedizin	36,5												
chirurgische Zusatzqualifikationen	21,2												
ZQ im Bereich alternativer Medizin	17,3												
sonstige Zusatzqualifikationen	34,6												
keinerlei Zusatzqualifikationen	23,1												
EINSATZERFAHRUNG													
mittlere Einsatzzahl (absolut)	4,1	5,6	6,6	2,5	3,5	1,5	1,5	3,5	3,5	1,5	3,5	3,5	2,4
mittlere max. Einsatzdauer (in Mo)	3,2	3,9	3,5	2	3,8	2,3	2	3	2	2	4	3	2,6
Verteilung der Einsatzorte (in %)													
UNIFIL/ OEF	11,5	0	66,7	0	16,7	0	0	0	0	0	k.A.	0	12,5
KFOR	71,1	24,3	32,4	2,7	8,1	2,7	0	2,7	5,4	5,4		2,7	13,5
EUFOR	57,7	23,3	43,3	3,3	3,3	3,3	3,3	0	3,3	3,3		3,3	10
UNOMIG	1,9	0	0	0	0	100	0	0	0	0		0	0
ISAF	71,2	21,6	40,5	5,4	2,7	2,7	2,7	2,7	5,4	5,4		2,7	8,1

Humanitärer Hilfseinsatz	15,4	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kongo	7,7	75	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Einsatzabstand (in %)													
akzeptabel	63,5												
nicht zumutbar	11,5												
Akklimatisation (in %)													
ermöglicht	48,1												
nicht ermöglicht	15,4												
nicht gebraucht	13,5												
Einplanungszufriedenheit (in %)													
rechtzeitig	65,4												
nicht rechtzeitig	21,2												
nachvollziehbarer Grund	11,5												
nicht nachvollziehbarer Grund	11,5												
Verständnis für Unplanbarkeit	15,4												
Planungssicherheit unabdingbar	26,9												
Aufgabengebiet im Einsatz (in %)													
immer Facharzt	19,2												
BAT/ LTB	50												
Jungassistent im FLAZ	15,4												
Altassistent/ FA im FLAZ	51,9												

Anhang B: Leitfaden

A. ALLGEMEINE FRAGEN ZUR PERSON

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand / feste Partnerschaft
- Dienstgrad
- BS/ZS/Quereinsteiger
- Fachgebiet
- Funktion
- besondere Ausbildung/ Kompetenzen
- bisherige Einsätze
 - ⇒ **Wie viele** Einsätze hat der IP schon miterlebt?
 - ⇒ Um **welche** Einsätze handelte es sich?
 - ⇒ **In welchem Abstand** zueinander fanden die Einsätze statt?
 - ⇒ Über welche **Zeitspanne** erstreckten sich die einzelnen Einsätze?
 - ⇒ In welchem **Ausbildungsabschnitt** befand er sich jeweils?

B. EINSTELLUNG ZU BERUF UND EINSATZ („COMMITMENT“)

B.1 Grundsätzliche Einstellung zum Beruf

- als **Soldat** der Bundeswehr
- als **Arzt**
- **Rollenverständnis**
- Übereinstimmung mit **ursprünglichen Erwartungen**,
- Verwirklichung der Lebensplanung

B.2 Grundsätzliche Einstellung zu Auslandseinsätzen der Bundeswehr

- seit **wann** Soldat?
- Vereinbarkeit mit dem **Auftrag** der Bundeswehr?
 - ⇒ *vor* der eigenen Einsatzerfahrung
 - ⇒ *nach* der eigenen Einsatzerfahrung
- Hätten diese Erfahrungen seine Grundsatzentscheidung, Sanitätsoffizier zu werden, **beeinflusst**?

C. EINSATZERFAHRUNG

C.1 Beruflich- dienstlicher Alltag

- Schilderung des Aufgabenbereichs
⇒ **attraktiver Job im Ausland?**
- Schilderung des **Patientengutes**
- Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse
⇒ Umgang mit Belastungen
Bsp.: Kompensation durch Alkohol, Medikamente etc.)
- Wie **ergänzten** sich die verschiedenen Teile des Einsatzes?
⇒ BW, Arbeitsteam, Materialversorgung
⇒ **Signifikante Unterschiede** zwischen den einzelnen Einsätzen?

C.2 Singuläre traumatische Ereignisse

- Sind diese vorgekommen?
- Wie wurden sie empfunden?
- Wie wurden sie verarbeitet?
- Welche Rolle spielten dabei die Kontakte zu Vorgesetzten/ Kameraden/ Freunden/ Familie?

C.3 „Privatleben“ im Einsatz

- Wurde der **fehlende lokale und psychische Abstand** zwischen Wohn- und Arbeitsbereich als belastend empfunden?
- **Dienstunterbrechung** statt Dienstschluss
⇒ Zeitbudget für private Interessen?
- Bleibt die **Privatsphäre** in einer Truppenunterkunft gewahrt?
⇒ Rolle der grundlegenden körperlichen Bedürfnisse
(Ausruhen, Essen, Sex etc.)
- Gestaltungsmöglichkeiten für die Freizeit
⇒ **Angebot der BW** willkommen? *(Kneipen etc.)*

C.4 Gesundheit im Einsatz

- Wie wurde den ungewohnten **klimatischen Bedingungen** begegnet?
- Bestand eine **akustische Belästigung**?
(*Lärm durch Flugbetrieb, Kühlaggregate etc.*)
- Umgang mit dem niedrigeren **hygienischen Standard**?

D. POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

D.1 Einstellungen zu den politischen Rahmenbedingungen, in die der Einsatz der Bundeswehr eingebettet ist

- im Vorfeld **vor** Einsatzbeginn
- **nach Konfrontation** mit den realen Bedingungen?

D.2 Funktion der Bundeswehr

- **Welche Rolle** hatte die BW in den jeweiligen Einsätzen inne?
(*leading nation, Vorreiter im Sanitätsdienst...*)
⇒ Auswirkung auf eigenes Selbstwertgefühl und Rollenverständnis als Angehöriger der BW?
- Welches **Mandat** lag vor?

D.3 Sicherheitslage

- Welche **Sicherheitslage** lag vor?
⇒ Wie wurde mit ihr umgegangen?

E. ORGANISATORISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

E.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

- War die **strukturelle Organisation** der Einsatzkräfte der konkreten Aufgaben- und Bedrohungssituation **angemessen**?
- Logistische Entfernung
 - ⇒ rein **geographische Entfernung** des Einsatzlandes von der BRD?
 - ⇒ **Erreichbarkeit** des Einsatzgebietes?
- Infrastruktur
 - ⇒ Verkehrs-/Arbeits-/ Unterkunftsbereich?

E.2 Materielle Rahmenbedingungen

- Wie vollständig und angemessen war die **medizinische Ausrüstung**?
 - ⇒ Bei Mängeln: Welche **Belastungssituationen** ergaben sich daraus?
 - ⇒ Als wie flexibel erwies sich dabei die **Bürokratie**?
- Wie angemessen wurde die **allgemein- militärische Ausstattung** empfunden?
- Welche Rolle spielte die **Selbstausrüstung**?

E.3 Personale Rahmenbedingungen

- War die **Personalausstattung** quantitativ und qualitativ ausreichend bzw. adäquat?
- Inwieweit wurde die **eigene Vorbereitung** als ausreichend empfunden?
 - ⇒ Basisausbildung?
 - ⇒ Kontingentsausbildung?
 - ⇒ sonstige vorbereitende Ausbildungsmaßnahmen?

E.4 Führungsprinzipien

- Wie groß war der **Entscheidungs- und Ermessensspielraum**?
- Wurde er als **konstruktiv oder destruktiv** empfunden?
- Gab es **Kommunikationsprobleme** jedweder Art und welche Auswirkungen hatten diese auf die Aufgabenerfüllung?

F. PERSÖNLICHE/ FAMILIÄRE RAHMENBEDINGUNGEN

F.1 Beziehung zur Heimat

- Welche Bezugspersonen gab es in der Heimat?
- Wie gingen diese mit der Abwesenheit, der Aufgabe und dem Gefährdungspotential des IP um?
- Gab es Konflikte mit den Bezugspersonen?
- Gab es seitens der Bürokratie zusätzliche Probleme?
-

F.2 Politische Unterstützung

- Wie wurde der politische bzw. mediale Diskurs um den jeweiligen Einsatz empfunden?

F.3 Finanzielle Aspekte bzw. Karriere

- Wie wird die finanzielle Entlohnung für zusätzliche Belastung und Gefährdung empfunden?
- Wie wird die eigene Absicherung bzw. die der Familie im Falle von Verwundung oder Tod eingeschätzt?
- Sind Gratifikationen bezgl. Der Karriere mit dem Einsatz verbunden?

G. KAMERADSCHAFTLICHES UMFELD

G.1 Beruflich-dienstliche Leistungen

- Wie wird die **Fachkompetenz** des beruflichen Umfeldes beurteilt?
- Wie die **Einsatzbereitschaft**?
- Wie die **Erfahrung**?
- Gab es **Konflikte** in dieser Hinsicht?
-

G.2 Außerdienstliches Zusammenleben

- Gab es in dieser Hinsicht Probleme?

H. ZIVILES UMFELD

H.1 Staatliche Einrichtungen und Behörden

- Gab es in dieser Hinsicht Kontakte bzw. Probleme?
-

H.2 Privatpersonen

- Gab es in dieser Hinsicht Kontakte bzw. Spannungen?
- Gab es **kulturell** bedingte Auseinandersetzungen, Missverständnisse etc.?
- Fühlt sich der IP in dieser Hinsicht **ausreichend vorbereitet**?

Anhang C: Codeliste

<u>CODES</u>	<u>TEXTNENNUNGEN/ PERSONENNENNUNGEN</u>
-	
1.1 Austausch über Belastungsempfinden mit Kollegen verschiedenster Fachrichtungen, Altersgruppen und Dienstgrade	15
1.2 Hoffnung, dass die Studie Transparenz in die aktuelle Einsatzbelastung der Sanitätsoffiziere bringt und sich damit Missstände verändern lassen	44
1.3 Zweifel an der Durchschlagskraft der Studie aufgrund der Teilnehmer (nur Extrema machen mit) und vor allem der Adressaten (Führung ist nicht an Einsatzrealität und/oder deren Veränderung interessiert)	16
10.1.1 Anschlägen/Unruhen persönlich noch nie unmittelbar ausgesetzt	18
10.1.2 Anschlägen/Unruhen schon einmal unmittelbar ausgesetzt mit persönlichem Bedrohungsgefühl	11
10.2.1 Beteiligung an der Opferversorgung von Anschlägen/Unruhen	24
10.2.1.1 Opferversorgung allgemein nicht traumatisierend, viel mehr Teil des Jobs und daher manchmal sogar heiß ersehnt	16
10.2.1.2 Involvierung in Unruhen/Opferversorgung ist traumatisierend in irgendeiner Form	14
10.2.1.3.1 Belastung, die von der Opferversorgung ausgeht, ist erst nach Abgabe des Patienten spürbar, wenn man wieder Zeit und Kraft zum Nachdenken hat	4
10.2.1.3.2 Opferversorgung allgemein: Sehr motivierte und konzentrierte Arbeitsweise (bei jedem Patienten) → Tunnelblick	9
10.2.2 Keine persönliche Erfahrung mit Opferversorgung i. R. von Anschlägen/Unruhen	3
10.3 Persönlicher Einsatz nicht bei jedem Patienten gleich (schuldige vs. unschuldige Verwundete), Behandlung an sich schon	2
11.1.1 Gesundheitszustand im Einsatz gut (persönlich)	26
11.1.1.1 Gesundheitszustand im Einsatz besser als daheim (persönlich)	9
11.1.2 Gesundheit in Einsätzen angeschlagen (Pneumonie, Gastroenteritis UND PSYCHISCH!) (persönlich)	9
11.2 Infekt der oberen Luftwege/Gastroenteritis obligatorisch	18
11.3 Klima/Hygiene/Keime in den Einsatzländern grundverschieden, Umstellung nötig	19
11.4 Essverhalten im Einsatz: Qualität und/oder Quantität höher als im Inland → Essen hat im Einsatz mehr Belohnungsfaktor, sozialen Charakter und ist Struktur gebend	7
11.5 Schlaf leidet im Einsatz	9
12.1.1 Umstellung nach Heimkehr	27

12.1.2 Keine persönliche Veränderung/Umstellung nach dem Einsatz	10
12.1.3 Heimkehrerproblematik besteht: Das Leben geht ohne einen weiter, selbst fehlt einem aber das Einsatzzeitfenster.	8
12.2.1 Verarbeitung des Einsatzes alleine ohne Familie (währenddessen/ danach): Gründe auf Seiten der Familie/persönlich/dienstlich	18
12.2.2 Einsatz mit persönlichem Umfeld verarbeitet (Familie/ Freunde/ Bekannte): Honorierung der Leistung wichtig	10
13.1.1 Nachbereitungsseminar besucht	8
13.1.2 Nachbereitungsseminar nicht besucht	4
13.2.1 Nachbereitungsseminare erfüllen nicht ihre Aufgabe: Trennung nach Dienstgradgruppen/Aufgabenbereichen nötig	6
13.2.2 Nachbereitungsseminar geholfen, Einsätze zu verarbeiten	4
14.1 Peers werden als Krisenintervention eingesetzt: Jeder wird aufgefangen, ob er will oder nicht	4
14.2.1 Offizielles Debriefing erstreckt sich nicht auf Helfer bei Opferversorgung: Erwartung, dass med. Personal damit professionell fertig wird (eigenes Debriefing)	4
14.2.2 Ärzte der Fächer, deren Tagesgeschäft die Akutversorgung Schwerstverletzter ist (AN/Chir), müssen professionell mit dieser Belastung umgehen können	7
15.1.1 Unterbringung im Einsatz Dienstgrad und altersunabhängig zu mehreren (mind. 2) auf der Stube → problematisch	10
15.1.1.1 Gleichmacherei im Lagerleben (Unterbringung, Betreuungseinrichtungen): Je älter, desto weniger akzeptabel (klare Altersabhängigkeit).	11
15.1.1.2 Frage der Aufgabe im Einsatz: Massenunterbringung im Einsatz ist dienstlich nicht praktikabel bei 24 h 7 d die Woche Dienst.	7
15.1.1.3 Massenunterbringung selbständig entgangen: Aus überfülltem Container ausgezogen, in Arbeitscontainer eingerichtet	1
15.1.2 Mit mehreren Personen (≥ 2) untergebracht, kein Problem	28
15.1.3 Konzept der Lagereinrichtung: Erst Besatzung, dann Lageraufbau - → andersherum wäre es verantwortungsvoller und konsequenter	5
15.2.1 Unterbringung für Offiziere (ab Portepée aufwärts) in Ordnung (mengenmäßig begrenzt, zu zweit)	16
15.2.2 Einzelunterbringung (einmalig/mehrfach)	19
15.3 Campingcharakter der Lager haben auch Einfluss auf die Arbeit der Soldaten: Campinglager → Campingarbeit	6
16.1.1 Einstellung/Kritik der Bevölkerung zu Einsätzen tangiert persönliche Einstellung nicht	25
16.1.2 Einsatzengagement muss von Bevölkerung mitgetragen und honoriert werden	13

16.2.1.1 Bevölkerung hat keine Ahnung von Einsatz-/ Ausnahmesituation	15
16.2.1.2 Interesse der Bevölkerung für die Auslandseinsätze ist sensationsgebunden, nicht aufrichtig	6
16.2.1.3 Öffentliche Meinung ist manipulierbar a) in Richtung pro/contra eines Einsatzes, b) in Richtung Akzeptanz militärischer Strukturen im Staat überhaupt	4
16.2.1.4 Soldaten vertreten die BW als Institution, daher werden Fehlritte Einzelner auf die gesamte BW übertragen (nachvollziehbar)	2
16.2.2.1 Bevölkerung setzt sich differenziert mit Thema Auslandseinsätze auseinander und steht hinter den Soldaten, die den Mehrheitsbeschluss ausführen	3
16.2.2.2 Wertschätzung der Bevölkerung ist vorhanden unabhängig vom (meist geringen) Informationsstand	1
16.2.2.3 Bevölkerung darf Kritik an Einsätzen üben, findet persönlich ebenfalls statt	9
16.3.1 Für Einstellung der Bevölkerung zu, Information über und Einbezug in BW/Einsätze(n) leistet die Wehrpflicht großen Beitrag; Abschaffung der Wehrpflicht = Rückschritt	4
16.3.2 Auslandseinsätze haben zur Aufwertung der BW/der Sanität geführt (bei Bevölkerung und anderen Truppenteilen, persönlich) - → Zusatzqualifikation	5
17.1.1 Berichterstattung ehrlich und fair gegenüber den Soldaten und deren Leistungen	3
17.1.2 Medien betreiben verantwortungslosen Journalismus: Hochpuschen zur Auflagensteigerung	11
17.2 Medien geben nicht das wahre Einsatzleben wider (Anschläge, Lagertristesse), ABER wissen manchmal mehr als die Soldaten vor Ort.	16
18.1.1 BW und politische Führung stehen nicht hinter Soldaten, wenn etwas passiert, sondern schaffen erst die Voraussetzungen dafür, dass es zu Katastrophen kommt, indem sie die BW in Aufgaben zwingt, für die sie weder ausgerüstet noch ausgebildet ist	10
18.1.2 BW bestraft Entgleisungen maßvoll, berücksichtigt auch persönliche Situation	1
18.2 Bereitstellung von Ventilen wichtig für alle (Sport etc.) → Anleitung der Soldaten (jung, niedriger Bildungsstatus oder Rang), wie mit Extremsituationen umgegangen werden muss	17
19.1.1 Sicherheitslage entspannt: Kein permanentes Bedrohungsgefühl	33
19.1.2 Sicherheitslage angespannt: Erhöhte Sicherheitsvorkehrungen, evtl. einhergehend mit persönlichem Bedrohungsgefühl	35
19.1.3.1 Lageralarm/hohe militärische Aktivität/kritische Sicherheitslage: lo-	18

ckerer Umgang damit	
19.1.3.2 Lageralarm/hohe militärische Aktivität/kritische Sicherheitslage: persönliche Beunruhigung, Unwohlsein, Halten an die Anweisungen → konzentriertes, aufmerksames Arbeiten bis hin zur Verängstigung	13
19.2.1 Unsicherheitsgefühl/Belastung am größten in Afghanistan	14
19.2.2 Unsicherheitsgefühl zeitlich gesehen am Anfang am größten, verliert sich im Laufe der Zeit	6
19.2.3.1 Phänomen der Angst bei sich selbst nicht vorherrschend während des Einsatzes	29
19.2.3.2 Phänomen der Angst bei Kameraden im Einsatz nicht vorherrschend, mit Druck konnte umgegangen werden	7
19.2.4 Bei Unruhen gegen „Besitzer“ haben die Deutschen zahlenmäßig/ausrüstungstechnisch keine Chance → starkes Unsicherheitsgefühl in gefährlichen Situationen	6
19.2.4.1.1 Psychologische Bedeutung des militärischen Schutzes (Bewaffnung, militärische Begleiteskorte etc.) für Soldaten selbst und für potentiellen Gegner sehr hoch → ohne Waffen nichts wert	7
19.2.4.1.2 Waffentragpflicht sehr beunruhigend: Sehr gute Ausbildung nötig, um sich nicht selbst zu verletzen/von anderen verletzt zu werden	2
19.3 Für Sicherheitslage inadäquate Sicherheitsvorkehrungen machen Stress/sind lästig	3
19.4.1 Aufkommende Kriminalität neues großes Sicherheitsproblem in den Einsatzländern	5
19.4.2 Minengefahr eines der Hauptsicherheitsprobleme in den Einsatzländern	6
199.1.1.1 Qualität des medizinischen Funktionspersonals (Unteroffiziere): Häufig für eingesetzte Stelle nicht adäquat ausgebildet: Auch psychische Gewöhnung an Arbeit unter Druck wichtig!	35
199.1.1.1.1 Unteroffizierspersonal vor und nach Lehrgängen in die Truppe geschickt, keine In-Übung-Haltung (Geübte Kräfte allein können den Einsatzbedarf nicht decken)	25
199.1.1.1.2 Personal hoch motiviert (auch beim Lückenschließen)	10
199.1.1.2 Qualität des medizinischen Funktionspersonals hervorragend	12
199.1.1.2.1 Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal war sehr gut	9
199.1.2.1 Qualität des ärztlichen Personals: Ärzte aus großen/leistungsstarken BwKs ausbildungsmäßig besser auf den Einsatz vorbereitet	10
199.1.2.2 Mäßiggradige Spezialisierung der Ärzte unabdingbar für den Einsatz und eine gleichmäßige Lastverteilung, BwKs sollten sich nicht in Richtung Spezialisierung entwickeln wie im Zivilen, breites Spektrum macht BwKs unersetzbar	5

199.1.2.3 Ärzte auf BAT-Posten müssen sich selbst um ein Mindestmaß an Kompetenz in der fachfremden Notfallmedizin kümmern, Kameraden verlassen sich auf den Arzt → Einsatz trotzdem verantwortungslos	6
199.1.2.4 Qualität des ärztlichen Personals (im internationalen Vergleich) hervorragend	6
199.1.2.5.1 Quantität des Sanitätsdienstes (verschiedenste Fachrichtungen) international führend, ist aber bei dem Anspruch an die Versorgung nötig	4
199.1.2.5.2 Personell overdosed, v. a. in Einsatzgebieten mit wieder funktionierender medizinischer Infrastruktur	5
199.1.3.1 Qualität des militärischen Personals (Infanterie/ Führung): Professionell, hervorragend ausgebildet → Soldaten, die genau wissen, was sie zu tun haben → sonst nie	5
199.1.3.2 Qualität des militärischen Personals (Infanterie/Führung): Unprofessionell	2
199.2.1 Ausbildungslack des Funktionspersonals macht Arbeitsabläufe umständlicher (alles erklären), nicht verantwortbar	23
199.2.2 Umgang mit unausgebildetem Personal: Offen ansprechen, dann Ausbildung → darauf angewiesen, dass in der Zeit nichts passiert	23
199.2.3 Qualitätsmängel beim Funktionspersonal führen dazu, dass man sich auf die nötigsten Eingriffe beschränkt	3
199.3.1 Leistung des deutschen Sanitätsdienstes international hervorragend und anerkannt → internationales Ranking mit den anderen Armeen wird mit dem Sanitätsdienst bestritten	19
199.3.2 Motivation und Stolz, bei so anerkanntem Sanitätsdienst mitzuarbeiten	6
1999.1.1 Medizinische Ausrüstung ist hervorragend	16
1999.1.2 Medizinische Rahmenbedingungen ambivalent: Im Ergebnis Versorgung wie im Inland nicht möglich	14
1999.1.2.1 Relevantes medizinisches Material ist nicht bester Standard/so hochwertig, dass Versorgungsengpässe bei Ersatzteillieferung entsteht/permanent funktionsuntüchtig/liegt nicht anständig vor → Pfusch am Patienten	19
1999.1.3 Medizinisches Material im Einsatz einfacher als zu Hause, aber absolut ausreichend → Versorgung IM ERGEBNIS wie im Inland möglich!	21
1999.2.1 Medizinisches Material im internationalen Vergleich sehr gut	20
1999.2.2 Material nicht in jedem Bereich gut: Kleidung etc.	6
1999.3.1 Militärische Ausstattung qualitativ und quantitativ unzureichend (Munition, schwere Waffen, Fluggeräte, um Einsatzorte zu erreichen) -> nicht sicher gefühlt	11
1999.3.2 Militärisches Material (Schutzausrüstung, Fahrzeuge) war ausrei-	21

chend zum sicher fühlen	
1999.3.3 Militärisches Material im internationalen Vergleich qualitativ/quantitativ unzureichend	4
2.1.1 Alter: bis 40	36
2.1.2 Alter: zwischen 40 und 50	11
2.1.3 Alter: über 50	5
2.10.1 UNIFIL (Libanon), OEF (Horn von Afrika): Marineeinsätze	6
2.10.2 KFOR	37
2.10.3 EUFOR, B.-H.	30
2.10.4 UNOMIG, Georgien	1
2.10.5 ISAF	37
2.10.6 Humanitärer Einsatz	8
2.10.7 Kongo	4
2.11.1 Anzahl der Einsätze: 9-10	4
2.11.2 Anzahl der Einsätze: 5-8	13
2.11.3 Anzahl der Einsätze: 3-4	13
2.11.4 Anzahl der Einsätze: 1-2	14
2.12.1 Längster Einsatz: 5-6 Monate	8
2.12.2 Längster Einsatz: 4 Monate	6
2.12.3 Längster Einsatz: 3 Monate	18
2.12.4 Längster Einsatz: 2 Monate	11
2.12.5 Längster Einsatz: +/- 1 Monat	3
2.13.1 Zum Zeitpunkt der Einsätze immer schon Facharzt mit Tätigkeit meist in leitender Position	10
2.13.2.1 Zum Zeitpunkt des Einsatzes Assistenzarzt (TrpArzt) mit med.-milit. Tätigkeit innerhalb (Truppenarzt) oder außerhalb des Lazarets (MedEvac etc.)	26
2.13.2.2 Zum Zeitpunkt des Einsatzes Assistenzarzt (jung), Weiterbildungsassistent FLAZ	8
2.13.2.3 Zum Zeitpunkt der Einsätze Assistent (alt)/ Facharzt mit Tätigkeit im Lazarett	27
2.14.1 Einplanung für den Einsatz: Rechtzeitig	36
2.14.2 Einplanung nicht rechtzeitig	17
2.14.2.1 Kurzfristige Einsatzbereitschaft aus nachvollziehbarem Grund (Ausfall eines Kameraden, Katastrophenhilfe)	6
2.14.2.2 Kurzfristige Einplanung aufgrund mangelnder Vorplanung (keinen akuten Grund)	6
2.14.3.1 Viele verschiedene Komponenten sind an Einplanung beteiligt (Sanitätsamt, SanFü-Kommando, Einplanung der Häuser, Luftwaffe (Flug hin und zurück), Wetter (je nach Jahreszeit!)) → verständlich, dass Abreisetermin	8

nicht auf einen Tag genau sicher	
2.14.3.2 Relative Planungssicherheit kurz für Abflug/Rückflug sehr wichtig, Unsicherheit belastend	14
2.2.1 Geschlecht männlich	42
2.2.2 Geschlecht weiblich	10
2.3.1 Familienstand: Verheiratet, ältere Kinder	12
2.3.2 Familienstand: Verheiratet, junge Kinder	19
2.3.3 Familienstand: Verheiratet, keine Kinder	8
2.3.4 Familienstand: Unverheiratet (feste Partnerschaft)	13
2.4.1 Dienstgrad Oberstarzt	3
2.4.2 Dienstgrad Oberfeldarzt	14
2.4.3 Dienstgrad Oberstabsarzt	29
2.4.4 Dienstgrad Stabsarzt	4
2.5.1 SanOA-Laufbahn, Studium bei der BW	32
2.5.2 Quereinsteiger, zivil studiert	9
2.5.3.1 SaZ 17 (nicht verlängert für Facharztausbildung)	8
2.5.3.2 SaZ 20 (weiter verpflichtet zur Facharztausbildung)	16
2.5.3.3 SaZ 20 (Vordienstzeit, noch keine FA-Verlängerung)	1
2.5.3.4 SaZ unter 10	4
2.5.3.5 Berufssoldat	23
2.6.1 Fachgebiet Anästhesie	10
2.6.10 Fachgebiet Orthopädie	3
2.6.11 Fachgebiet Urologie	3
2.6.12 Fachgebiet Radiologie	2
2.6.2 Fachgebiet Chirurgie	15
2.6.3 Fachgebiet Innere/Allgemeinmedizin	8
2.6.4 Fachgebiet Augenheilkunde	2
2.6.5 Fachgebiet Dermatologie	1
2.6.6 Fachgebiet HNO	3
2.6.7 Fachgebiet Laboratoriumsmedizin	1
2.6.8 Fachgebiet Neurochirurgie	1
2.6.9 Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie	1
2.7.1 Facharzt, Abteilungsleiter	4
2.7.2 Facharzt, (leitender) Oberarzt	14
2.7.3 Facharzt, Assistent	12
2.7.4 Assistenzarzt, alt	18
2.7.5 Assistenzarzt, jung	3
2.8.1 Zusatzqualifikation im Bereich Notfallmedizin (Rettungsfachkunde/Intensivmedizin/leitender Notarzt	19

2.8.2 Zusatzqualifikation im chirurgischen Bereich (Viszeral-/Unfall-/Gefäß-/Microchirurgie)	11
2.8.3 Zusatzqualifikation im allergologisch-immunologischen Bereich	2
2.8.4 Zusatzqualifikation im Bereich alternativer Medizin (Naturheilverfahren/Akupunktur/Chirotherapie)	9
2.8.5 Sonstige Zusatzqualifikationen	16
2.8.6 keinerlei Zusatzqualifikation	12
2.9.1 Akklimatisationsphase zwischen den Einsätzen/nach dem Einsatz gegeben	25
2.9.2 Akklimatisationsphase zwischen den Einsätzen nicht gegeben	8
2.9.2.1 Akklimatisationsphase nicht gebraucht	7
20.1.1.1 Transport nach Afghanistan problemlos	9
20.1.1.2 Transport in die Balkaneinsätze problemlos	12
20.1.2.1 Transport in die Einsatzländer: Lang, beschwerlich und gefährlich → unangenehm	4
20.1.2.1.1 Termez als Umschlagplatz für Afghanistaneinsatz: Immer noch provisorischen Charakter nach über 5 Jahren Bestand, Zwischenhalt dort sehr unangenehm	6
20.1.2.2 Konsequenzen der Transportproblematik für die bestehende Planung: längere Wechselzeiträume, längere Splittings und Planungsunsicherheit → unnötig	4
20.2.1 Wirtschaftlichkeitsgedanke/ Praktikabilität der BW zeigt sich durch Hinzuziehen ziviler Linienmaschinen →angenehmer Transport	3
20.2.2 BW reagiert inflexibel auf kurzfristige Reiseänderungen/Informationsfluss verbesserungsbedürftig	3
21.1 Lager in Afghanistan: Unsicher, taktisch ungünstige Lage	17
21.2 Lager auf dem Balkan: Unsicher, taktisch ungünstige Lage	21
21.3.1 Lageraufbau der ersten Lager unstrukturiert und schleppend, man übernahm schon bestehendes, bei dem Lage und Ausfertigung ungenügend war	4
21.3.2 Lager in Ordnung, (trotz militärtaktischen Mängeln) kein Unsicherheitsgefühl im Lager	9
21.3.3 Auslandseinsätze werden angefangen ohne Bereitschaft, in sie finanziell zu investieren	12
21.3.4 vermindertes Sicherheitsgefühl in den Lagern	13
21.3.5 Sicherung der Lager unzureichend	5
21.3.6.1 Lager bergen auch positive Aspekte (logistisch/verkehrsgünstig/Funktionalität)	10
21.3.6.2 Hauptfaktoren im Einsatz: Schlafen, Arbeiten, Essen, Sanitärsituation: akzeptabel	13

21.3.6.3 Neue Lager (Masar, Kunduz) infrastrukturell (Internet, Telefon, geteerte Straßen), sicherheitstechnisch (sogar Lazarett armiert, von Sicherheitsring umgeben) und hygienisch (sauber, kein Dreck) von Anfang an anders konzipiert als die ersten Lager	14
21.3.7 Infrastruktur der Lager der anderen Nationen (Amerikaner) der deutschen weitaus überlegen	8
22.1.1 Assistenzärzte ohne Facharztstreife: fachlicher Entscheidungsspielraum im Einsatz größer als im Inland	15
22.1.1.1 Assistenzärzte ohne Facharztstreife (im Lazarett): Referenzzentrum wichtig (im Einsatz/daheim)	4
22.1.2 Assistenzärzte ohne Facharztstreife (BAT/gemischtmilitärischer Job): größerer Entscheidungsspielraum nur, wenn man auch zum Einsatz kommt, und das ist selten der Fall	3
22.1.3.1 Einsätze eignen sich zum Festigen der Fähigkeiten (mehr Zeit, Medizin ist Hilfe statt Dienstleistung)	9
22.1.3.2 Als Assistent bringt die Einsatzfähigkeit keinen Fortschritt für die Fachweiterbildung	8
22.1.4 Assistenzärzte ohne Facharztstreife (z. B. BAT) / junge Fachärzte: erhöhter Stressfaktor durch einsame Entscheidungsfindung, Kompensation durch Gedanken, dass man nicht der Beste, aber der Einzige ist, der gerade helfen kann	13
22.2.1 Fachärzte: Leitende Funktion und strenge Hierarchie sehr viele größeren Entscheidungsspielraum als im Inland (letzte Wiese)	18
22.2.2 Fachärzte: Keine größere Entscheidungskompetenz	5
22.2.3 Einsamkeit der Entscheidungsfindung kein Problem	20
22.3 Militärischer Entscheidungsspielraum größer: Dienstgradniveau der BW viel niedriger als bei anderen Nationen, daher ist die militärische Durchsetzung sehr schwer	7
23.1.1 Einsatz und kleine Kinder: Für alle Beteiligten eine schwierige Situation	17
23.1.2 Je größer die Kinder zum Einsatzzeitpunkt sind/je mehr daran gewöhnt, desto ruhiger ist man im Einsatz	13
23.1.3.1 Einsätze und Kinderbetreuung: Durch Partner (wie im Alltag auch)/ Großeltern gelöst	8
23.1.3.2 Bezahlter Babysitter nötig	2
23.2.1 Einsatz und Partnerschaft: Gewöhnungsphase zu Beginn, im Laufe der Einsätze beherrscht	6
23.2.10 Freundeskreis stützt daheim gebliebenen Partner/Familie	11
23.2.2 Je gefestigter eine Partnerschaft, desto weniger Beziehungsprobleme gibt es im Einsatz	10

23.2.3 Alterskorrelation: je jünger die Soldaten/ihre Partner/ihre Familie (junge Feldweibel/Oberfeldweibel), desto mehr Probleme im Einsatz	13
23.2.4 Einsatzzeitkorrelation bei Beziehungsproblemen	16
23.2.5.1.1 Partnerschaftliche Konflikte/Gefahr des Fremdgehens auf Grund des Einsatzes/während des Einsatzes aufgetreten	12
23.2.5.1.2 Keine Konflikte mit dem Partner aufgrund/während Einsätzen	22
23.2.5.2 Partnerschaftliche Konflikte/Fremdgehen bei Kameraden beobachtet	24
23.2.6.1 Fremdgehen persönlich kein Thema	18
23.2.6.2.1 Fremdgehen bei Kameraden (SanOffz): kein Trend dazu erkennbar	1
23.2.6.2.2 Partner daheim orientiert sich häufig anderweitig (bei Kameraden) → Trennung kurz nach dem Einsatz	9
23.2.7.1.1 Trennung während des Einsatzes kann auch langjährige Partnerschaft auffrischen	6
23.2.7.1.2 Auseinanderleben in der Partnerschaft kann Folge von vielen Einsätzen sein	4
23.2.7.2 Trennung von der Familie/dem Partner ist Hauptbelastung (Schmal-spurkommunikation)	13
23.2.7.3.1 Urlaub während des Einsatzes kann in der Beziehung einiges auf-fangen	1
23.2.7.3.2 Heimaturlaub innerhalb des Einsatzes: Unvorteilhaft, bringt Solda-ten aus dem Konzept	2
23.2.8.1 Partner steht dahinter, dass Einsätze zum Job gehören → Unterstüt-zung auch während des Einsatzes (Erzählen von kritischen Ereignissen etc.)	29
23.2.8.2 Unterstützung durch Partner schwierig, da er mit Einsatzteilnahme hadert	4
23.2.9.1 Partnerwechsel zwischen den Einsätzen/Trennung	8
23.2.9.2 Neuer Partner/Partner auch Soldat	9
23.3.1 Hauptbelasteter ist der Partner, der daheim bleibt: im Einsatz Run-dumversorgung, daheim entfällt Aufgabenteilung und alles bleibt an einem hängen UND Sorge um den Partner	19
23.3.2 Einsatz als Flucht vor familiären Problemen/Ausreißen in ein Abenteuer manchmal der Fall, von Familie nicht gerne gesehen	2
23.3.3.1 Eigene nahe Verwandtschaft bringt Verständnis dafür auf, dass die Einsätze zum Beruf gehören	16
23.3.3.2.1 Familie ist vor allem besorgt	15
23.3.3.2.2 Familie ist so an Einsätze gewöhnt, dass sie sich keine Sorgen mehr macht (Anrufe sind lästig) -> verletzend	2
23.3.3.3 Rückhalt der Familie/Verwandten/des Partners sehr wichtig	30
23.3.4 Alltagstätigkeit mit hoher Abwesenheit verbunden, daher Familie vor	5

Einsätzen schon daran gewöhnt	
24.1.1 Einsatzengagement führt zur beruflichen Förderung (Beurteilung, Beförderung)	12
24.1.1.1 Erkaufen von Beförderungen durch Einsatzengagement ist kein nachvollziehbares Konzept	1
24.1.1.2 Einsätze müssen noch mehr mit Aufstieg verknüpft werden (positiv wie negativ)	12
24.1.2 Einsatzengagement führt zu keiner beruflichen Veränderung/Förderung	35
24.1.3 Einsatzengagement führt zu Ausbildungsnachteilen	10
24.1.4 Einsatzengagement gehört zum Job (v.a. zu den einsatzrelevanten Fächern), wer nicht teilnimmt, hat Nachteile	23
25.1.1 Auslandsverwendungszuschlag für Ärzte uninteressant (zivile Nebentätigkeiten im Inland sind ähnlich lukrativ) → wegen Geld geht keiner in den Einsatz	35
25.1.1.1 Niedrige Entlohnung der Einsätze demotiviert vor/in den Einsätzen	7
25.1.2 Einsatz finanziell ausreichend	14
25.1.2.1 Für Unteroffiziere/Feldwebel lohnen sich die Einsätze → anderes Grundgehalt	14
25.2 Sozialistische Gleichmacherei bei BW weit verbreitet und nicht akzeptabel (AVZ, Unterbringung, Offizierscasino)	16
25.2.1 Anreiz für den Einsatz sollte geschaffen werden, wenn nicht finanziell (unrealistisch!), dann ideell (z. Bsp. für jeden Einsatztag einen Tag früher in Rente oder Karriereaufstieg)	12
25.2.2.1 Keine Staffelung des AVZ nach Dienstgradgruppen/Lohngruppen	5
25.2.2.1.1 Staffelung nach Dienstgrad lässt sich im BW-Sozialismus schlecht verkaufen → „unkameradschaftlich“	3
25.2.2.1.2 Staffelung des AVZ nach Dienstgrad	11
25.2.2.2 Staffelung nach Gefahrenpotential	9
25.2.2.3 Staffelung nach Verantwortungsbereich	10
25.2.2.4 Gesamtanhebung des AVZ (kompletter UN-/NATO-Satz)	11
25.2.2.5 Staffelung des AVZ nach sozialen Kriterien (verheiratet, Kinder) → Entbehrungen größer	1
25.3.1 AVZ-Level als Mindestsatz (92 Euro okay) festlegen, um für die Einsatzumstellung zu entschädigen → Herabsetzen weniger gefährlicher Standorte inakzeptabel	14
25.3.2 Geld kann Einsatzteilnahme nicht entschädigen	11
25.4 Frustrierende Entlohnung im internationalen Vergleich/ im Vgl. zu anderen Beamten im Ausland	15
26.1.1 Kameradschaft nach kurzer Zeit intensiv, einzigartig (jeder weiß, dass	37

man aufeinander angewiesen ist)	
26.1.2.1 Kameradschaft im Einsatz temporär	8
26.1.2.2 Kameradschaft dahingehend lang anhaltend, dass diese gemeinsame Zeit den gegenseitigen Umgang miteinander nachhaltig prägt	14
26.2.1 Privates wird mit Kameraden besprochen/ naher Kontakt zu den Kameraden	7
26.2.2 Abstand zu Kameraden (Distanz, die zum Arbeiten nötig ist), keine Verkumpelung, aber auch Abstand von der andern Seite	11
26.2.3.1 Anlaufstelle für Kameraden mit Problemen im Einsatz	15
26.2.3.2 Keine Anlaufstelle für Kameraden mit Beziehungsproblemen	3
26.2.3.3 Gespräch kann angeboten werden, Dienstentlastung etc., aber Verarbeitung muss vom Kameraden selbst aufgebracht werden	4
26.3.1 Permanenter/einziger Kontakt (Familienersatz) zu Kameraden über LANGE ZEIT: kein Entkommen, man MUSS sich verstehen	27
26.3.1.1 Verarbeitung von Erlebnissen, die man der Familie nicht erzählen will/darf: Kollegen/Kameraden	11
26.4 Kameradschaft mit wachsender externer Bedrohung stärker → kann im anderen Fall problematisch sein	13
26.5.1 Kameradschaft ist dienstgradübergreifend möglich und nötig	17
26.5.2 Ärzte bleiben natürlicherweise unter sich	9
26.6.1 Abteilungsinterne Teams für den Einsatz sinnvoll (eingespielte Arbeitsweise, persönlicher Kontakt)	8
26.6.2 Gutes Auskommen mit Schlüsselpersonen (Arbeitsteam, mächtige Posten) unentbehrlich	20
26.7.1 Freizeit mit Kameraden verbracht	21
26.7.2 Rückzug von der sozialen Gruppe auch mal wichtig	7
27.1.1.1 Kontakt zu Zivilisten: Als BAT / in med.-militär. Funktion stark	11
27.1.1.2 Kontakt zu Zivilisten im BAT-Einsatz gering	6
27.1.2 Kontakt zu Zivilisten: Im humanitären Einsatz stark	4
27.1.3.1 Kontakt zu Zivilisten im normalen Einsatz hoch	16
27.1.3.2 Kontakt zu Zivilisten im typischen Einsatz sehr selten	20
27.2.1.1 Kontakt war sehr angenehm und sollte verstärkt werden	15
27.2.1.2 Das Lager auch mal verlassen / Kontakt mit Bevölkerung und Land Hauptanteil der Einsatzbefriedigung	25
27.2.1.2.1 Parallelgesellschaft im Lager: V. a. Sanitätsdienst beschäftigt sich mit den eigenen Leuten und hat mit dem Land, in dem das Lager steht, nichts zutun	11
27.2.1.2.2 Verlassen des Lagers heikel, nur mit dienstlichem Auftrag/Ausgangssperre	16
27.2.2.1 Kontakt zu Zivilisten unangenehm/nicht gesucht → Distanz durch	12

jahrelange Erfahrung	
27.2.3.1 Sprachbarriere zur Zivilbevölkerung verhindert näheren Kontakt	9
27.2.3.2 Kontakt zu Zivilbevölkerung erfordert Eindenken in eine völlig andere Kultur (Frauenrolle, Rolle der Familie, Umgang mit Medizin)	13
27.3.1 Deutsche sind durch formales Konzept der Auftragsdurchführung (Force Protection, Cimic und Präsenz als Schutztruppe) und vermittelnde Art und Weise der Ausführung akzeptiert	28
27.3.2 Bevölkerung empfindet Soldaten als Besatzer, Soldaten sind nicht willkommen → Distanz zu Einsatz, Einsatzland und Einsatzbevölkerung	5
27.3.3 Fatalismus der Bevölkerung: Keine Motivation zum Aufbau aufgrund mangelnder Perspektive -> Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe funktioniert nicht -> Sinnfrage: kann Einsatzziel so erreicht werden?	1
27.3.4 Forderungsverhalten („give me“) der Bevölkerung → Abwehr gegenüber der von der Bevölkerung zugedachten Aufgabe, das Land wiederaufzubauen, gehört nicht zum Auftrag der BW → Distanz zu Einsatzziel, -land u.-bevölkerung	14
27.3.5 Hilfsleistungen der Soldaten werden nicht zum Wiederaufbau, sondern in die Selbstbereicherung der Bevölkerung gesteckt (Bestechung/Kriminalität/Hintergehen) → Gefühl der offenen und auch persönlichen Hintergehen	8
27.3.6 Bevölkerung ist um den Aufbau des eigenen Landes bemüht	1
27.4.1.1 Guten Kontakt/Kooperation zum/mit zivilen Aufbaupersonal (UN, Infrastruktur, Hilfsorganisationen)	3
27.4.1.2 Kritisch gegenüber zivilen Hilfsorganisationen (viel Administration, wenig Output/konzeptloses Helfersyndrom)	3
27.4.2 Kontakt zu anderen Nationen vorhanden	21
27.4.3 Kontakt/Kooperation mit lokalen medizinischen Einrichtungen	22
28.1.1 Offizielle Betreuungseinrichtungen besucht	28
28.1.2 Offizielle Betreuungseinrichtungen nicht besucht	6
28.2.1 Offizielle Betreuungseinrichtungen abwechslungsreich und ausreichend	26
28.2.1.1 Rückzugsmöglichkeiten der Soldaten (offiziell/inoffiziell) im Lager sehr wichtig: Rückzug in die Individualität; Rückzug zu seinesgleichen (Offzheim fehlt)	29
28.2.2 Offizielle Betreuungseinrichtungen nicht regenerierend	7
28.2.3 Offizielle Betreuungseinrichtungen gab es nicht: spontane Treffpunkte übernehmen diese Funktion	3
29.1.1 Familienbetreuungszentrum: Keine Bedeutung im Alltag des Partners/der Familie	27
29.1.1.1 Familienbetreuungszentren haben für Soldaten mit funktionierendem	11

sozialen Netz/ Familie keine Bedeutung	
29.1.1.2 Betreuung durch die Einheit sehr gut → dadurch verliert Familienbetreuungszenrum an Bedeutung	2
29.1.1.3 Betreuungscentren haben selbst Schuld an ihrer geringen Beanspruchung	12
29.1.1.4 Familienbetreuungscentren können im Alltag den Familien nicht helfen	8
29.1.1.5 BW pflegt noch traditionellen Familienentwurf und alte Einsätze (6 Mo) → Umstellung nötig!	8
29.1.2.1 Familienbetreuungszenrum hat guten Eindruck gemacht/wurde genutzt	3
29.1.2.2 Familienbetreuungscentren prinzipiell sinnvoll (Angehörige/ Kinder: Nicht alleine in ihrer Situation)	8
29.2.1.1 Erwünschte Funktionen von Familienbetreuungscentren: Immer up-to-date über Lage im Einsatzland, Hilfe bei Verletzung/Tod im Einsatz	5
29.2.1.2 Gewünschte Funktionen von Familienbetreuungscentren: Unterstützung der Familie (Haushaltshilfe, Kinderbetreuung etc.)	6
3.1.1.1 SanOA-Laufbahn finanziell motiviert, um überhaupt ein Studium finanzieren zu können	10
3.1.1.2 Finanzielle Unabhängigkeit in Form von Selbständigkeit waren auch ausschlaggebend für Berufswahl	10
3.1.2 Reiz der Kombination Arzt-Offizier war Grund für Berufswahl (spannender Job und gute Ausbildung in den BwKs)	25
3.1.3 Entscheidung für SanOA-Laufbahn aus jugendlicher Unsicherheit heraus getroffen	3
3.1.4.1 BW als eine Möglichkeit, einen Studienplatz zu bekommen	6
3.1.4.2 BW als eine Möglichkeit, einen sicheren Job zu bekommen	4
3.1.5.1 Weg in die BW über Wehrdienst/Vordienstzeit	15
3.1.5.2 Hineingeschlittert in die BW überhaupt → Folgen merkt man erst zu spät	4
3.1.5.3 Soldaten oder Beamten in der Familie / familiär vorbelastet	8
3.2.1 Entwicklung hin zu Einsatzarmee prinzipiell interessant: Auslandseinsätze verhelfen zu außergewöhnlichen Erfahrungen/geben BW einen Sinn	25
3.2.1.1 Auslandseinsätze zum Gewinn interessanter Erfahrungen sind ab einem bestimmten Erfahrungsgrad nicht mehr nötig	2
3.2.2 Entwicklung hin zur Einsatzarmee ist akzeptabel	4
3.2.3.1 Entwicklung der BW hin zur Einsatzarmee war absehbar	11
3.2.3.2 Ausmaß der Einsätze (Vermehrung der Einsatzorte und der Frequenz) war nicht absehbar	5
3.3.1.1 Einsatzmotivation: Abstand von Alltagsproblemen (dienstlich, privat)	4

3.3.1.2 Einsatzmotivation: Erfahrungen im medizinisch-militärischen Bereich zu sammeln	7
3.3.1.3 Motivation in den Einsätzen: Arbeit ordentlich verrichten (zu jeder Gefahrenlage!), Völker verständigend eingreifen, viel zu tun	12
3.3.1.4 Motivation in den Einsätzen: Überleben	1
3.4.1.1 Eintrittszeitpunkt bis 1989	25
3.4.1.2 Eintrittszeitpunkt nach 1989	23
3.4.2 Zum Eintrittszeitpunkt: BW war sicherer Staatsapparat, Einsätze in dieser Form nicht absehbar	25
3.5.1.1 Berufswahl würde heute wieder so ausfallen unter den Rahmenbedingungen von damals	9
3.5.1.1.1 Entscheidung war richtig, Berufszufriedenheit ist vorhanden	20
3.5.1.2 Mit heutigem Wissen Zweifel an Entscheidung, zur BW zu gehen/ würde nicht mehr zur BW gehen	9
3.5.2.1 Medizin hat sich sehr verändert, am ehesten Entscheidung Medizin überdenkenswert, nicht BW (Administration, Ansehen, Verdienst)	3
3.5.2.2 Administratives ist Hauptteil der Tätigkeit und ist auch ein Reiz → kann sich auch rein administrative Tätigkeiten vorstellen	1
3.5.3.1.1 Berufswahl wäre nicht anders gewesen, wären die Einsätze absehbar gewesen: Am Anfang zählt der sichere Job und die Ansprüche des Studiums	6
3.5.3.1.2 Mit Wissen um die Einsätze wäre Berufswahl wahrscheinlich anders ausgefallen	2
3.5.3.2 Sinnhaftigkeit (lokal wie konzeptionell) der neuen Einsätze nicht immer vorhanden, hätte damalige Entscheidung/beeinflusst auch jetzige Entscheidung	9
3.5.3.3 Berufswahl nicht weiter vertretbar (Einsätze, mangelnde Perspektive)	7
3.5.4 Karriere ab Facharzt fast nicht möglich (war damals einfacher) → Attraktivität sinkt	10
3.6.1 Entscheidung für die Bundeswehr damals/heute: Soziale Sicherheit (soziale, versicherungsrechtliche Vorteile)	11
3.6.2.1 Arbeitsmotivation nicht finanzieller Art, sondern durch abwechslungsreichen, anstrengenden Job, den man je nach Belastbarkeit verändern kann	6
3.6.2.2 Arbeitsmotivation gedämpft durch Abbau des Faches/weniger fachliche Möglichkeiten/schleppende Ausbildung	3
3.7.1 Entscheidung für BS: Teil eines Deals im Rahmen von Ausbildung/Karriere	3
3.7.2 Entscheidung für BS: Perspektive akzeptabel, Identifikation mit Entscheidung	5
30.1 Sexualleben, partnerschaftliches DU fehlt im Einsatz	4

30.1.1 Partnerschaftliche Beziehung beruht über lange Zeit nur auf „Kommunikation aus der Konserve“ → Defizit, da Konserve für manche zu teuer ist und nicht alles besprochen werden kann; trotzdem häufiger Kontakt nach zu Hause wichtig	12
30.2 Privatsphäre stark eingeschränkt, man ist NIE alleine, eingesperrt	32
31.1.1 Kommunikation nach Hause funktioniert (Feldpost)	8
31.1.1.1 Normale Post = Sonderstellung im Einsatz	7
31.1.1.2 Feldpost dauert zu lange, wäre aber wichtig → Verbesserungsbedarf!	3
31.1.2.1 Kommunikation nach Hause gut und oft funktioniert (Telefon)	37
31.1.2.2 Telefonieren hat nicht gut/oft funktioniert	7
31.1.2.3.1 Betreuungstelefone/kostenlose Telefoniermöglichkeiten genutzt	10
31.1.2.3.2 Betreuungstelefone/kostenlose Telefoniermöglichkeiten standen nicht zur Verfügung	7
31.1.2.4 Privatanbieter als Telefonier-/Internetmöglichkeit sehr teuer	16
31.1.2.4.1 Privatanbieter (KBMPuls) als Telefoniermöglichkeit nicht in Anspruch genommen	6
31.1.2.4.2 Privatanbieter als Kommunikationsmittel genutzt	25
31.1.2.4.3 Telefonkosten durch privaten Anbieter sind bezahlbar, ist in Ordnung	8
31.1.2.5 Lokale Handykarten werden genutzt, da billiger → illegal, da sie noch viel mehr abgehört werden als KBMPULs	5
31.1.3.1 Kommunikation nach Hause gut und oft funktioniert (Internet)	23
31.1.3.2 Internet hat nicht gut funktioniert	2
32.1 Absicherung des Partners vorbereitet	3
32.2 Schlechte Absicherung bei Verletzung/Tod im Einsatz	5
32.3 Zeitsoldaten schlechter abgesichert als Berufssoldaten: Keine Aufklärung darüber, keine Hilfestellung	6
32.4 Information über soziale Absicherung/Versicherung im Einsatz gut	1
33.1 Anerkennung für die Arbeit im Einsatz erhalten nur diejenigen mit den repräsentativsten Aufgabengebieten (Orden, Recreation Day)	3
33.2 Sonderurlaubsregelung für Dauerdienst im Einsatz sehr knitterig gehandhabt, unverständlich	4
33.3 Einsatz ist kein Urlaub, sondern mit großem inneren Stress verbunden → in einsatzbelasteten Abteilungen ist ein Einsatz nichts besonderes, wird gering geschätzt → sehr unbefriedigend	7
34.1.1 Einsatzeinplanung ausgeglichen (klinische Tätigkeit)	19
34.1.2 Einsatzeinplanung nicht ausgeglichen (klinische Tätigkeit)	2
34.1.3 Einsatzgerechtigkeit in der Truppe nicht gegeben: Einsatzbelastung von Ärzten und anderem medizinischen Personal hängt z. Bsp. vom Chef	13

oder von Vorgesetzten ab, die einen schützen oder schicken	
34.2 Abteilungsinterne Planung vorhanden	21
34.2.1 Einsatzfähigkeit der Fachgruppe hoch → Einsätze kürzer/weniger oft	8
34.2.2 Einsatzfähigkeit der Fachgruppe niedrig → Einsätze öfter/länger	3
34.2.3 Vorteil der abteilungsinternen Planung/des Kontaktes mit Konsiliargruppenleiter: Persönlichere Einplanung, Rücksicht auf familiäre Problemkonstellationen, Kommunikation ohne Umwege, Transparenz der Einplanung	8
34.3 Einsatzgerechtigkeit zwischen den verschiedenen Verwendungen nicht gegeben: a) einsatzrelevante Fächer häufig b) FüOrg-Leiste wenig c) Frauen: wenig	16
34.4 Einsatzgerechtigkeit zwischen Ärzten mit unterschiedlich vielen Zusatzqualifikationen nicht gegeben: Prädestinieren für häufige Einplanung → kein Interesse mehr an qualifizierter Zusatzausbildung	4
34.5 Einsatzfähigkeit als Führungsperson Vorbildfunktion (auch nötig, wenn privat belastet oder altersmäßig angeschlagen ist)	6
34.6 Einsatzgerechtigkeit entsteht durch Transparenz, dann regelt sich die Sache mit der Gerechtigkeit ganz von selbst	5
35.1 Einsatzzeitraum: Ein ganzes Kontingent(6 Mo/4Mo) unzumutbar	11
35.2 Einsatzzeiträume müssen kurz gehalten werden (2 Monate höchstens) : a) Weiterbildung nicht zu lange unterbrechen b) Finanzielle Einbußen der Fachärzte so gering wie möglich halten c) private Gründe	26
35.3 Einsatzhäufigkeit: Muss genügend Zeit dazwischen sein (jährlich ein Einsatz ist sozial schwer verkraftbar)	5
35.4.1 Offizielle Fassung der Einsatzbelastung der Sanität: In 20 Mo 4 Mo im Einsatz → nicht akzeptabel	1
35.4.2 Offizielle Fassung der Einsatzbelastung der Sanität: In 20 Monaten 4 Monate im Einsatz → in Ordnung	3
36.1 Vertrauenspersonen im Einsatz: Kameraden/Kollegen	22
36.2 Pfarrer als Vertrauensperson	17
36.2.1 Prinzipiell sind diejenigen Vertrauenspersonen, mit denen man sich einfach versteht (Partner, Kollegen, Kameraden)	20
36.2.2 Kein Pfarrer im Einsatz dabei	2
36.2.3 Pfarrer ist den ganzen Einsatz über dabei → Leidensgenosse, macht dasselbe mit wie alle Soldaten → hat Vertrauen auch verdient	3
36.3 Militärseelsorge als Zufluchtsort (allgemein)	5
36.4.1.1 Kein Vertrauen zum Psychologen/Psychiater als Mensch (sieht komisch aus, muss auch komisch sein)	12
36.4.1.2 Kein Vertrauen zum Psychologen/Psychiater als Teil des Systems → Informationen werden nicht vertraulich behandelt (kein gutes Gefühl dabei)	2
36.4.2 Psychologe nie permanent da, nicht verfügbar	8

36.4.3 Psychologe/Psychiater ist mit einer Stigmatisierung verbunden	7
36.5 Mit den meisten Dingen kommt man selber zurecht, professionelle Hilfe (Psychologe/Psychiater) wurde nur im Notfall in Anspruch genommen	18
37.1.1 Gesundheitsverhalten der Kameraden: Alkohol ist ein Problem a) Gruppenzwang b) billig c) Ventil	14
37.1.2.1 Nur komplettes Alkoholverbot vertretbar/zumindest die scharfen Sachen	4
37.1.2.2 Komplettes Alkoholverbot keinen Vorteil gegenüber der 2-Dosen-Regelung, s. Zwischenfälle bei anderen völlig abstinenten Nationen	2
37.1.3 Kampf gegen Alkoholmissbrauch im Einsatz: Soziale Kontrolle (wird zumindest versucht) statt Kontrolle durch Führung	5
37.1.4 Bedeutung des Alkohols von Einsatz zu Einsatz unterschiedlich: Balkan>Afghanistan	2
37.1.5.1 Alkohol und Waffe am Mann: Kein Unsicherheitsgefühl, kein Sicherheitslack außer einigen Bagatelverletzungen	2
37.1.5.2 Beunruhigung durch Alkoholkonsum der Kameraden in Kombination mit Waffentragepflicht	6
37.1.5.3 Alkoholkonsum in Verbindung mit Waffentragepflicht problematisch: Äußere Bedrohungssituation + persönliche Probleme → Gefahr der Kurzschlusshandlung unter Alkoholeinfluss (Suizide!)	4
37.2 Gesundheitsverhalten der Kameraden: Rauchverhalten exorbitant, da billig	2
37.3 Langeweile führt zu ausuferndem Genussverhalten	5
37.4 Extremsituationen führen zur Exazerbation vieler verschiedener Krankheiten (psychiatrisch/dermatologisch etc.): Sogar Repatriierungen können die Folge sein	3
37.5.1 Sexualität spielt im Einsatz eine Rolle	18
37.5.2 Entgleisung sexueller/zwischen geschlechtlicher Verbindungen werden durch soziale Kontrolle verhindert/in Grenzen gehalten	7
37.5.3 Geschlechterinteraktionen sorgen für Abwechslung im öden Lagerleben, solange sie nicht ausufern → können auch zu privaten Katastrophen führen	8
37.6 Sport und Alkohol als Ventile von allen stark genutzt → vermehrt traumatische Verletzungen und Unfälle im Suff	19
37.7 Im Einsatz gesünder gelebt als zu Hause (kein Alkohol, da immer im Dienst)	11
37.7.1 Alkohol begrenzt konsumiert (in geselliger Runde)	7
38.1 An Vorausbildungen teilgenommen	23
38.1.1 Teilnahme an Vorausbildungen grundsätzlich sinnvoll → als Arzt einmalige Teilnahme ausreichend, da ansonsten zu zeitaufwändig (Fehlzeiten im	15

Krankenhaus)	
38.1.2.1 Vorausbildungen bereiten nicht auf den Einsatz vor: BW kommt nur Dokumentationspflicht nach, nicht der Fürsorgepflicht (v. a. bei Ärzten die militärische Komponente)	8
38.2.1 Vorausbildung sollte getrennt vorgenommen werden je nach Aufgabengebiet im Einsatz	9
38.2.1.1 Basisausbildung notwendige allgemeinmilitärische Vorausbildung, daher enthält sie auch Dinge, die nicht zum Haupttätigkeitsgebiet des Arztes im Einsatz gehören	6
38.2.1.2 Medizinische (Impfungen, Gesundheitscheck) und militärische Vorbereitung (Vorausbildungen) der deutschen Soldaten sehr gut im internationalen Vergleich	1
38.2.1.3 Basisausbildung für Balkaneinsatz overdosed, für Afghanistan/gefährliche Einsatzgebiete würde es einer intensiveren Vorbereitung bedürfen zum Sicherfühlen	3
38.2.2 Kontingentsausbildung: Konzept nicht sinnvoll	6
38.2.2.1 Kontingentsausbildung wichtig (Informationen über das Einsatzland) → Belastung im Vorhinein, wenn keine Informationen über Einsatzort vorliegen	6
38.3.1 Einsatz von Assistenten in Truppenarztzeit als Truppenarzt/Notarzt im Einsatz: Bessere Kompetenz als nach 2 Jahren Weiterbildung im Fachgebiet	1
38.3.2 Quereinsteiger: Militärische Schmalspurausbildung, höchstes Unsicherheitsgefühl im Einsatz und bei den Vorausbildungen, militärisch kaum ernst genommen	2
38.3.3 Schnellbleiche statt normaler Vorausbildung aufgrund Zeitdruck	3
38.3.4 BW schickt Leute auch ohne nötige Ausbildung/Übung (Vorausbildung, Notarztkompetenz etc.) in den Einsatz → Verantwortung dafür liegt trotzdem beim jeweiligen Soldaten, keine Rückendeckung zu erwarten, wenn etwas schief geht	15
38.4 Vorausbildungen/militärische Ausbildung für Sanitätsoffiziere unnötig: Alles, was man an Grundfertigkeiten braucht, lernt man im Einsatz (Schießen) oder liest man sich selbst an (Kontingentsausbildung)	3
39.1 Bürokratie/Aufgaben sehr befriedigend (häufig neuere Einsatzorte)	8
39.2 Bürokratie im Einsatz auf die Spitze getrieben (meist schon lange bestehende Standorte) → Abenteuercharakter geht verloren	13
39.2.1 Bürokratie/Organisation an altem Einsatzort eingespielt für einen reibungslosen Ablauf	4
39.3 Bürokratie bei humanitärem Hilfseinsatz zu hoch → Kapazität in die Versorgung stecken, nicht in die Verwaltung	2
39.4 Wege müssen kurz gehalten werden (kurz ist nur der inoffizielle Weg)	9

39.5 Notwendige administrative Arbeit durch unzureichend ausgebildetes Personal/Personal, dass sich vor Entscheidungen drückt, nicht beherrschbar, bleibt also an den Ärzten hängen → damit aber auch die Verantwortung	5
39.6.1 Kommunikation zwischen Sanität und verschiedenen Stäben von gegenseitigem Unverständnis geprägt (z. Bsp. Klinik- u. MedEvac-Kp)	9
39.6.2 Stabsriege (sanitätsdienstliche/militärische Führung: Administration) blockiert klinische Medizin -> Abläufe wie Opferevakuierung werden erschwert	7
4.1 Identifikation mit formalem Auftrag und faktischer Ausführung im Einsatzland Afghanistan nicht gegeben	11
4.1.1 Afghanistaneinsatz sinnvoll (formal oder faktisch)	7
4.1.2.1 Konzept der BW in Afghanistan greift nicht (Bevölkerungsgruppen lassen sich nicht einigen) → Situation wird eskalieren (Opfer!)	9
4.1.2.1.1 Konzept für Afghanistan hätte schon vor Beginn der Beteiligung existieren sollen → Ziellosigkeit	8
4.1.2.2 BW beschäftigt sich immer mehr selbst im Einsatz, daher kein Output mehr€Problem mit der Entwicklung!	7
4.1.2.3 wachsende Truppenstärke/erhöhte Präsenz/härtere Methoden in Afghanistan führen zur Rolle einer Okkupationsmacht	2
4.2.1 Identifikation mit den Balkaneinsätzen gegeben (formal und faktisch)	7
4.2.1.2.1 Identifikation mit Balkaneinsätzen nicht gegeben (Konzept oder Auftrag an sich)	3
4.2.2 Identifikation mit dem formalen Auftrag der Balkaneinsätze gegeben	4
4.2.2.1 Anfangs erfolgreiches Konzept auf dem Balkan veränderungswürdig (Rückzug)	14
4.3.1 Identifikation mit Kongo-Einsatz unter den vorliegenden Voraussetzungen nicht gegeben (formal und faktisch nicht)	6
4.3.2 Klare weltpolitische Interessen sind Grundlage mancher Einsätze (BRD will mitspielen ohne Mittel und Erfahrung → sehr gefährlich und fahrlässig) → Todesopfer für Macht und Wohlstand	14
4.4 Identifikation humanitären Hilfeinsätzen(Sumatra/Tsunami-Katastrophe)/MedEvac-Einsätzen: Sinnvoll, hochmotivierend, ist zu leisten!	5
4.5.1 Einsätze sind Krieg, das muss jedem klar sein, also bekannt gemacht werden	7
4.5.2 Politische/militärische Führung möchte sich nicht in die Karten schauen lassen, Informationsdefizite von Soldaten und Bevölkerung sind Folge, aber manchmal auch nötig	9
4.5.3.1 Identifikation mit einer Politik, die die BW instrumentalisiert, nicht gegeben → man fühlt sich missbraucht: Nachvollziehbarer humanitärer Sinn nötig, um diese Gefahren auf sich zu nehmen	5

4.5.3.2 Legitim, dass die BW ein Instrument zur Durchsetzung weltpolitischer Interessen ist, es muss nur offen und ehrlich artikuliert werden und Vorbereitung statt finden : Berufsarmee!!	6
4.6.1 Mit gegangen (verpflichtet), mit gehangen (Pflicht, Dinge mit zu tragen, hinter denen man nicht steht, z.B. Interventionen) → moralische Rechtfertigung vor sich selbst möglich	19
4.6.2 Jeder muss die Interventionen für sich selbst tragbar machen, als Arzt folgt man nur seinen Patienten (Soldaten)	14
4.7.1 Führung weiß nicht, was wie im Einsatz abläuft → Besucherdelegationen machen den Touristentrip, ohne, dass dabei die Situation der Einheimischen und der Soldaten aufgefangen werden kann	6
4.7.2 Führung sollte sensibel mit den Soldaten im Einsatz umgehen: Einplanung restriktiv, auch bei Frauen mit kleinen Kindern!	8
41.1 Artikulationsmöglichkeiten beschränkt, da keiner Erfahrungsberichte/Beschwerden lesen oder hören will	17
42.1 Wichtiger Faktor: Bei familiären Problemsituationen daheim/Unglücksfällen im Einsatz unbürokratische Hilfe seitens der BW(ausfliegen, Familie einfliegen) → BW ist bemüht	5
42.2 BW wenig bemüht, wenn Unglücksfälle im Einsatz in der Langzeitbetreuung Geld kosten	3
43.1 Missbrauch von 90/5: Nach starker Einsatzbelastung unabhkömmlich (Hochzeit) -> keinen Rückhalt der direkten Vorgesetzten → Enttäuschung	1
43.2 Missbrauch von 90/5: Vermeidung bestimmter Einsatzorte	1
43.2.1 Vermeidung bestimmter Einsatzorte/Lager ohne Ziffer	1
43.3 90/5 ist Gesundheitsziffer, die Einsatz verbietet → dann müssten diese Leute auch arbeitsunfähig sein, da im Einsatz die körperliche Belastung weit aus geringer ist als im Inland	9
5.1 Hauptpatientengut Zivilisten: Force Protection (durch med. Behandlung von Zivilisten die Gunst der Bevölkerung gewinnen) und humanitäre Einsätze	29
5.1.1 Ziel der Behandlung von Zivilisten (Bevölkerung): Hilfe zur Selbsthilfe -> klappt nicht: Bevölkerung lehnt sich zurück, lokaler krimineller Markt wird bereichert durch Hilfsgüter	5
5.1.2 Ziel der Behandlung von Zivilisten (Soldaten): Überforderung durch Unterforderung umgehen, indem die Soldaten etwas zutun haben UND In-Übung-Halten!	14
5.1.3.1 Zivilisten, die im Lager medizinisch vorgestellt werden, sind nicht die Hilfsbedürftigen, sondern die, die politisch/finanziell am meisten wiegen/die Connections haben→wollen von hervorragender/kostenloser Behandlung profitieren → belastend	12
5.1.3.2 Humanitäre Hilfsleistung missbraucht (Führung lässt einen im	7

Stich/Helfersyndrom der zivilen Hilfskräfte) → Sanität und die Truppe unter Druck, den Menschen zu helfen	
5.1.4 Fehlende Langzeitbetreuung/geringe Patientenzahl i. Vgl. zum Bedarf lassen die Behandlung von Zivilisten nicht immer sinnvoll erscheinen	12
5.1.5.1 Konfrontation mit unbekannten/ in BRD nicht mehr vorkommenden Krankheiten: Fachlich spannend und herausfordernd und befriedigend (mit einfachsten Mitteln helfen)	14
5.1.5.1.1 Bei den interessanten/schweren Fällen kann man häufig nichts machen, ist frustrierend → lapidare Verletzungen am befriedigsten	11
5.1.5.2 Spektrum im Einsatz anders als bei Inlandstätigkeit: Alter (Kinderbehandlung) und Fachrichtung (muss irgendwie alle abdecken, letzte Instanz)	14
5.1.6 Behandlung von Zivilisten (humanitär/F.P.) erfüllt einen mit Stolz: Persönlich gutes Gefühl, Dankbarkeit der Bevölkerung (keine Dienstleistung wie in BRD, sondern Wunder)	16
5.2 Static display (Balkan, Kongo): Reine Notfallversorgung für Zivilisten, ansonsten hauptsächlich Soldaten	25
5.2.1 Aufbauhilfe auf dem Balkan besteht in medizinischer Hinsicht nicht in klassischer humanitärer Hilfe, Länder sind zivilisiert (Anlernen moderner OP-Techniken → Unikliniken haben Ausstattung und Technik vergleichbar mit deutschen Kliniken)	5
6.1.1.1 Zeitspannen, in denen nichts passiert, sind sehr groß und unbefriedigend	15
6.1.1.2 Einsatzalltag entspannend, raus aus Alltagstrott	16
6.1.1.3 Hohlzeiten nicht unangenehm, sinnvoll genutzt (Arbeit mitgenommen, neue Bekanntschaften schließen, Freizeit)	30
6.1.1.4 Switchen zwischen verschiedenen kognitiven/physischen Aktivierungszuständen sehr belastend (Leerlauf-Notfall) → Gefahr des Aktionismus bei starker Aktivierung	4
6.1.1.5 Rolle des Arztes im Einsatz: Wenig fachliche/ militärische Herausforderung, einsatzbereit für den Notfall → ist auch so gewollt und in Ordnung so	22
6.1.1.5.1 Präsenz der Sanität bildet psychiatrisch-psychologisches Backup für die Truppe und auch für die Nöte der Zivilbevölkerung	2
6.1.1.6 Nichtstun im Inland vs. Daheim ist Chaos(beruflich/privat) und man kann nicht helfen → Ohnmachtsgefühl	10
6.1.2 Unterforderung verhindern (Tagesstrukturierung, aktiv bleiben), damit dadurch nicht nach Wochen Überforderung bei kleinsten Aufgaben entsteht	17
6.2.1 Tagesstrukturierung typischer Einsatz: a) früh aufstehen b) Lesestoff mitnehmen c) Ausbildungen (RettSan etc.) d) Einheimische behandeln e) Mahlzeiten f) Lagerunde g) nachmittags etwas vornehmen für sich/ seine	29

Mitarbeiter h) früh ins Bett gehen	
6.2.2 Tagesstrukturierung in gemischtmilitärischem Job: Entweder Bereitschaft im Lager (Freizeit) oder on tour (mehrere Tage)	15
6.3 Mangelndes Organisationsvermögen des Dienstherrn holt einen auch im Einsatzalltag ein	4
6.4 Lieber nichts arbeiten als unter Voraussetzungen, die ein Arbeiten unter den gewohnten eigenen Standards nicht erlauben	1
6.5 Keinen Dienstschluss, nur Dienstunterbrechung → 24h ansprechbar sein, keine Möglichkeit zum Abschalten	18
7.1 Belastungszyklus im Einsatz: Euphorische Aufbauphase (1.Mo), Frustrationsphase (altes Kont.), Ernüchterungsphase, Zwischentief, Endspurt → immer zu beobachten	7
7.2.1 Gefährdete Soldaten sind diejenigen, die Probleme mit in den Einsatz bringen/im Einsatz Beziehungsprobleme entwickeln → regelmäßig Probleme → schon Repatriierungen deshalb	10
7.2.2 Anteil psychiatrischer Patienten in den frühen Balkaneinsätzen höher als der in den frühen Afghanistaneinsätzen	1
7.2.3 Für psychologische Unterstützung zuständiges Personal (Psychiater, Psychologe, Pfarrer) steht von Anfang an in enger Kommunikation → Aufgabe ist Betreuung von noch Gesunden, nicht nur Behandlung von Kranken	9
7.2.3.1 Prävention im Einsatz (z. Bsp. über Soldatenradio) wird versucht, nicht immer erfolgreich und nicht genug	4
7.3 Verletzung/Tod von Kameraden psychologisch andersartig als Notfalldienst im Inland: Gefahr vor Augen geführt, man kennt evtl. die Opfer persönlich	9
7.4 Man ist verschiedenen Dingen ausgeliefert (Ärgernisse, Gefahren), damit muss man sich arrangieren (Apathie/Galgenhumor/Optimismus)	15
8.1.1 Frauen dienstgradgruppenübergreifend als Freiwild gehandelt	4
8.1.2 Manche Frauen nutzen Weiblichkeit aus → Männer ausgeliefert, Gefahr der Szenen	5
8.1.3 Durch Anzüglichkeiten in persönlicher Bewegungs- und Verhaltensfreiheit eingeschränkt → unangenehm	2
8.2 Frauen bei der BW und im Einsatz positiv, da die Männer ihre Hormonüberschüsse im kommunikativen Miteinander loswerden können → soziale Ausgeglichenheit	2
8.3.1 Frauen im Einsatz: In Einsatzländern Frauen nichts wert, Soldatinnen werden als Mitbringsel verstanden, nicht als Arzt/Gesprächspartner → muss man dulden, man ändert dort unten nicht die Welt	5
8.3.2 Mit weiblicher Fachkompetenz haben Männer/Kollegen im In-und Aus-	2

land(Einsatz noch mehr) ein Problem → muss sich immer mehr beweisen	
9.1.1 Zweigleisiges Verfahren: Teils Telemedizin (gute Telekommunikations- verbindung/herabgesetztes Personal), teils Präsenzdienste (AFG/gerätetechnisch FA vorgeschrieben)	3
9.1.1.1 Präsenzeinsätze unersetzbar: Qualitätskontrol- le/Behandlungen/Verständnis für die Einsatzsituation/Telemedizin unsinnig	3
9.1.2 Telemedizin kann Facharzt vor Ort in jedem Einsatz ersetzen→leichtere Dinge von andere Fachrichtungen übernommen, schwere Dinge können im Einsatz nicht behandelt werden	1
9.2.1 Belastung für den einzelnen ist gleich geblieben durch Telemedizin, aber: Mit gleichem Personal können gleichzeitig mehr Standorte betreut wer- den	1
9.2.2 Telemedizinbetrieb sehr viel angenehmer als Präsenzeinsätze (einge- spielter Rhythmus, im Inland ohne Gefahr)	1
TOTALS:	5374

Anhang D: Familienhäufigkeiten

CODES-PRIMARY-

DOCUMENTS-TABLE

Report created by Admin – 13.03.09 13:47:39

HU: [C:\Kathrin Moertl\Kollegenprojekte\Thurid\Atlas.ti\Codieren Atlas.ti\6.Mai 1]_KM.hpr6]

Code-Filter : Code Family

« Supercodes » [11]

PD-Filter: All [52]

Quotation-Filter: All

[3697]

Tabelle der Häufigkeiten:

Textnennungen pro Codefamilie und pro Text

	SC Für- sorge	SC Hono- ration	SC Ideo- logie	SC Konse- quenzen	SC Koope- ration	SC Nivellie- rung	SC Output	SC Per- spektive	SC Res- sourcen	SC Sozialhy- giene	SC Stres- soren	TOTALS:
P 1: AN 20.rtf	20	18	44	18	7	11	9	19	37	38	36	257
P 2: Chir 31.rtf	9	7	14	9	10	2	7	12	30	34	15	149
P 3: IN 21.rtf	17	18	22	8	4	6	5	7	22	39	26	174
P 4: AUG 3.rtf	14	12	19	5	5	3	7	13	17	26	21	142
P 5: Derma 3.rtf	11	9	21	13	4	6	1	8	25	33	10	141
P 6: HNO 6.rtf	11	9	13	5	9	1	5	10	19	28	24	134
P 7: LAB 1.rtf	7	13	18	10	5	7	4	11	9	23	15	122
P 8: NCh 4.rtf	13	11	17	16	9	5	8	9	18	29	29	164

P 9: NuP 6.rtf	14	8	13	9	8	6	3	8	22	34	19	144
P10: Ortho letzt.rtf	9	8	14	9	7	9	8	10	21	22	13	130
P11: Radio 1.rtf	13	9	15	9	9	7	0	12	14	26	25	139
P12: Uro 4.rtf	12	7	15	7	6	8	6	10	27	29	14	141
P13: AN 5.rtf	18	9	16	9	6	2	3	7	20	22	23	135
P14: AN 6.rtf	13	10	17	11	8	5	7	9	18	28	21	147
P15: AN 9.rtf	13	8	19	10	11	7	9	9	28	35	24	173
P16: AN 11.rtf	21	7	18	13	2	4	6	9	21	30	23	154
P17: AN 14.rtf	11	10	19	12	5	7	6	6	25	26	17	144
P18: AN 18.rtf	17	10	26	8	7	3	5	12	22	23	27	160
P19: AN 25.rtf	14	7	11	6	9	3	7	9	21	26	14	127
P20: AN 31.rtf	8	5	13	8	4	4	5	11	20	24	11	113
P21: AUG 6.rtf	10	10	18	10	6	5	3	11	17	28	20	138
P22: Chir33.rtf	13	9	12	6	6	4	5	8	23	24	19	129
P23: Chir 1.rtf	7	4	12	6	5	5	6	8	18	26	13	110
P24: Chir 2.rtf	11	8	9	2	3	5	6	9	20	24	12	109
P25: Chir 3.rtf	12	7	10	4	3	3	7	7	10	19	20	102
P26: Chir 5.rtf	5	7	6	4	3	3	4	7	17	26	11	93
P27: Chir 6.rtf	12	8	14	6	2	3	4	9	16	24	14	112
P28: Chir 10.rtf	9	9	12	7	6	4	6	11	21	33	20	138
P29: Chir 11.rtf	9	8	12	6	3	3	6	9	15	22	18	111
P30: Chir 19.rtf	11	7	10	7	5	5	3	8	14	26	15	111
P31: Chir 26.rtf	11	11	13	5	2	4	5	14	17	24	16	122
P33: Chir 27.rtf	10	7	16	10	7	4	5	9	23	32	18	141
P34: Chir 28.rtf	8	6	10	7	2	3	4	7	12	25	15	99

P35: Chir 30.rtf	6	6	13	7	4	4	5	10	22	23	10	110
P36: Chir 32.rtf	10	8	7	5	4	4	5	9	18	22	11	103
P37: Chir 34.rtf	9	5	8	6	1	3	4	8	14	19	13	90
P38: Chirurgie letzt.rtf	9	7	9	4	2	3	6	8	16	23	13	100
P39: HNO 1.rtf	5	7	8	10	4	4	1	9	23	26	11	108
P40: HNO 7.rtf	5	7	11	5	2	2	6	9	14	15	7	83
P41: IN12.rtf	10	11	13	7	3	4	6	7	20	24	17	122
P42: IN 2.rtf	9	6	7	5	3	2	2	8	10	22	12	86
P43: IN 3.rtf	14	9	12	7	2	6	3	8	14	22	19	116
P44: IN 23.rtf	11	8	15	9	3	3	7	9	26	24	16	131
P45: IN 24.rtf	10	9	13	3	4	3	5	8	20	21	16	112
P46: IN 26.rtf	7	6	11	8	4	5	8	10	22	28	15	124
P47: IN 27 I.rtf	16	8	13	8	4	4	5	8	27	33	24	150
P48: Ortho3.rtf	10	7	11	4	3	5	8	10	16	23	20	117
P49: Ortho 2.rtf	10	9	11	8	6	5	5	9	26	30	15	134
P51: Radio 2.rtf	5	9	7	6	4	5	2	5	19	28	11	101
P52: Uro.rtf	9	5	14	4	4	3	6	10	19	23	14	111
P53: Uro 6.rtf	7	5	12	3	4	5	5	8	22	24	11	106
P55: AN X.rtf	8	5	11	8	3	3	4	8	18	16	8	92
TOTALS:	563	433	724	392	252	230	268	479	1025	1354	881	6601

Anhang E: Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Die verschiedenen Entitäten der Validität in qualitativer Sozialforschung und deren Entsprechung in vorliegender Studie	S. 23
Tab. 2:	Die Gütekriterien qualitativer Daten nach Mayring und deren Entsprechung in vorliegender Studie	S. 27
Tab. 3:	Die quantitative Relevanz der Kodefamilien	S. 29
Tab. 4:	Die Kodes innerhalb der Kodefamilie „Sozialhygiene“ bilden den sozialen Bereich ab.	S. 32
Tab. 5:	Fürsorge spielt in jedem Arbeits- und Lebensbereich von Sanitätsoffizieren eine Rolle.	S. 33
Tab. 6:	Stressoren und Ressourcen stellen bereichsübergreifende, subjektiv gefärbte Faktoren dar.	S. 34
Tab. 7:	Ideale mit Einfluss auf vergangene wie zukünftige Einstellungen und Entscheidungen	S. 35
Tab. 8:	Die Honorierung stellt sich als eine stark vernachlässigte Ressource dar.	S. 36
Tab. 9:	Die Zukunft in der Bundeswehr mit Blick auf Einsätze, Karriere und familiäre Vereinbarkeit	S. 37
Tab. 10:	Die berufliche Beanspruchung und ihre Konsequenzen psychischer, physischer wie sozialer Natur	S. 38

Tab. 11:	Die Zusammenarbeit mit bundeswehreigenen, zivilen und einheimischen Institutionen	S. 39
Tab. 12:	Die Negierung von Unterschieden durch die Bundeswehr und deren Folgen	S. 40
Tab. 13:	Berufliche wie persönliche Befriedigung durch Auslandseinsätze	S. 41
Tab. 14:	Die Erfassung des Familienstandes der Sanitätsoffiziere zum Interviewzeitpunkt. Die Daten der Gesamtbefragten stellen den Bezugspunkt dar und sind hervorgehoben.	S. 45
Tab. 15:	Hauptaufgabengebiete eines Sanitätsoffiziers mit entsprechenden Kontaktmöglichkeiten zu Einheimischen oder zum Einsatzland	S. 61
Tab. 16:	Die zwei Pfeiler der Vorausbildung: Militärische und kulturelle Auseinandersetzung mit dem Einsatzland	S. 78

Anhang F: Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Auswertungsschema in Anlehnung an die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	S. 14
Abb. 2:	Die Analyseeinheiten in der konkreten Auswertung	S. 15
Abb. 3:	Allgemeine Kodierregeln zur eindeutigen Zuordnung der Codes zu Textstellen sowie zur eigenen und fremden Überprüfbarkeit der Kodierung	S. 16
Abb. 4:	Darstellung der Hermeneutic Unit 6. Mai 1) – alle erarbeiteten Daten (Codes, Memos, Kategorien) zu den Texten P1 bis P 52 sind Teil davon und auf einen Blick verfügbar.	S. 18
Abb. 5:	„Primary Doc Manager“ als Bearbeitungsdatei, in die alle Interviews eingespeist und von dort aus geöffnet und bearbeitet werden können.	S. 19
Abb. 6:	Die Bearbeitungsebene für die Zitate: der „Quotation Manager“	S. 20
Abb. 7:	Der „Kode Manager“ als Verwaltungsinstrument für die verfassten Codes	S. 20
Abb. 8:	Der „Family Manager“ zur Erstellung von Kodefamilien aus Codes	S. 21
Abb. 9:	Kodierung eines Interviews	S. 28
Abb. 10:	Durch Reduktion, Integration und Abstraktion erstellte Hauptkategorien	S. 42

Abb. 11:	Die „Sozialhygiene“ als Deskription sozialer Integration und Rollendefinition des Sanitätsoffiziers innerhalb der koexistierenden Systeme Bundeswehr, Familie und Freundeskreis.	S. 44
Abb. 12:	Die Visualisierung des Konfliktfeldes „Partnerschaft“ der befragten Sanitätsoffiziere im Hinblick auf die Auslandseinsätze	S. 46
Abb. 13:	Der Familienstand der interviewten Sanitätsoffiziere („Bw“) im bundesdeutschen Vergleich („BRD“) mit der entsprechenden Altersgruppe (30-40 Jahre)	S. 47
Abb. 14:	Finanzielle Unabhängigkeit als Chance der Sanitätsoffiziere für eine frühzeitige Familiengründung (Interviewausschnitt)	S. 48
Abb. 15:	Frühe finanzielle Eigenständigkeit und frühe Familiengründung beschleunigen die Loslösung vom Elternhaus (Interviewausschnitt).	S. 49
Abb. 16:	Mit der Familie halten Belastungen Einzug in das „Abenteuer“ Einsatz (Interviewausschnitt).	S. 50
Abb. 17:	Idealismus als Ressource in der Sanitätsoffizierslaufbahn (Interviewausschnitt)	S. 51
Abb. 18:	Verteilung der Erwerbstätigkeit auf die Geschlechter in der Bundesrepublik	S. 52
Abb. 19:	Flexibilität des daheim gebliebenen Partners als Ressource für die Soldaten im Einsatz (Interviewausschnitt)	S. 52

Abb. 20:	Die Heimkehrerproblematik	S. 53
Abb. 21:	Verschiedene Erlebnishorizonte der Ehe-/Beziehungspartner während des Einsatzes (Interviewausschnitt)	S. 53
Abb. 22:	Der traditionelle Familienentwurf der Bundeswehr	S. 54
Abb. 23:	Durchschnittliche Kinderzahl der Interviewpartner	S. 55
Abb. 24:	Belastung „Einsatz“ durch Verarbeitungsschwierigkeiten der Kinder (Interviewausschnitt)	S. 55
Abb. 25:	Honorierung des Einsatzengagements durch positive Verarbeitung der Kinder (Interviewausschnitt)	S. 55
Abb. 26:	Belastungsquelle „Kind“ während der Einsätze	S. 56
Abb. 27:	Temporärer Rollenverlust des Sanitätsoffiziers als Vater während des Einsatzzeitraums (Interviewausschnitt)	S. 56
Abb. 28:	Die Trennung von der Mutter während des Auslandsaufenthaltes als Chance für die Familie (Interviewausschnitt)	S. 57
Abb. 29:	Die Rolle des Freundeskreises als emotionale Stütze für Sanitätsoffiziere und ihre Familien in Abhängigkeit von den persönlichen Lebensverhältnissen	S. 57
Abb. 30:	Die Rolle des Freundeskreises als sozialer Rückzug für die Familie während des Einsatzes (Interviewausschnitt)	S. 58
Abb. 31:	„Kameradschaft“ als Ressource im Einsatz	S. 58

Abb. 32: Bewertung der Kameradschaft im Einsatz aus Sicht der Interviewpartner	S. 59
Abb. 33: Aspekte intensiver Kameradschaft im Einsatz	S. 59
Abb. 34: Einfluss der äußeren Bedrohungssituation auf die Arbeitskameradschaft und –motivation (Interviewausschnitt)	S. 60
Abb. 35: Bedeutung des Einheimischenkontakts bei Einsatz als Beweglicher Arzt Trupp („BAT“)	S. 61
Abb. 36: Die Auswirkungen des Einheimischenkontaktes auf die Einsatzbefriedigung der Sanitätsoffiziere bei Tätigkeit im Lager	S. 62
Abb. 37: Risiko- Nutzen- Abwägung eines Sanitätsoffiziers beim Kennenlernen des Einsatzlandes (Interviewausschnitt)	S. 63
Abb. 38: Akzeptanz deutscher Soldaten durch die Bevölkerung im Einsatzland aus Sicht der befragten Sanitätsoffiziere	S. 63
Abb. 39: Kommunikations- und Kontaktbarrieren mit den Einheimischen aus Sicht der Interviewpartner	S. 64
Abb. 40: Kulturelle Differenz als Irritation des eigenen Selbstverständnisses (Interviewausschnitt)	S. 64
Abb. 41: Die Rolle der Frau in verschiedenen Kulturen und ihre Relevanz für die Auftragserfüllung (Interviewausschnitt)	S. 65
Abb. 42: Auswirkung der Interaktion mit der Bevölkerung auf die Einsatzmotivation der befragten Sanitätsoffiziere	S. 65
Abb. 43: Zivil- militärische Kontakte im Einsatzland	S. 66

Abb. 44:	Internationale Stellung des deutschen Sanitätsdienstes (Interviewausschnitt)	S. 66
Abb. 45:	Überbeanspruchung sanitätsdienstlicher Hilfe (Interviewausschnitt)	S. 67
Abb. 46:	Viel Verwaltung, wenig kurative Manpower auch bei zivilen Hilfsorganisationen (Interviewausschnitt)	S. 67
Abb. 47:	Das familiäre Umfeld eines Sanitätsoffiziers prägt dessen professionelle Leistungsfähigkeit im Einsatz ebenso wie die von der Bundeswehr zur Verfügung gestellten Ressourcen. Die Nutzung beider Ressourcen ist nicht nur eine Frage der Fürsorge, sondern im wohlverstandenen eigenen Interesse zur optimalen Auftragserfüllung.	S. 68
Abb. 48:	Laufbahnnachteile und finanzielle Einbußen durch lange Einsatzdauer (Interviewausschnitt)	S. 69
Abb. 49:	Die sozialen Bindungen als wesentlicher die Einsatzdauer begrenzender Faktor	S. 69
Abb. 50:	Einsatzdauer als kritischer Faktor (Interviewausschnitt)	S. 70
Abb. 51:	Hohe Einsatzbereitschaft aller – hier im Fach Chirurgie – sorgt für gleichmäßige Lastverteilung (Interviewausschnitt)	S. 70
Abb. 52:	Zufriedenheit mit der Auslandseinplanung in Abhängigkeit vom Tätigkeitsgebiet	S. 71
Abb. 53:	Fehlende Einsatzgerechtigkeit zwischen den verschiedenen klinischen Fächern (Interviewausschnitt)	S. 72

Abb. 54:	Keine Einsatzgerechtigkeit zwischen kurativer und administrativer Laufbahn aus Sicht der kurativ tätigen Sanitätsoffiziere (Interviewausschnitt)	S. 73
Abb. 55:	Fehlende Einsatzgerechtigkeit zwischen den Geschlechtern (Interviewausschnitt)	S. 73
Abb. 56:	Die Sichtweise eines weiblichen Sanitätsoffiziers auf die Vereinbarkeit von Kind und Einsatz (Interviewausschnitt)	S. 73
Abb. 57:	Aus Angst vor rigoroser Einplanung werden Zusatzqualifikationen oder besonderes Interesse verschwiegen (Interviewausschnitt).	S. 74
Abb. 58:	Zufriedenheit mit dem zeitlichen Vorlauf der jeweiligen Einsatzeinplanungen	S. 75
Abb. 59:	Transparenz kurzfristiger Einsatzeinplanung	S. 76
Abb. 60:	Mangelndes Vertrauen in die Einplanung prägt die Sichtweise der Einsatzarmee (Interviewausschnitt).	S. 76
Abb. 61:	Umgang mit kurzfristiger oder intransparenter Einsteuerung in die Einsätze	S. 77
Abb. 62:	Inanspruchnahme des Vorausbildungsangebotes	S. 78
Abb. 63:	Typische Einschätzung der Vorausbildung (Interviewausschnitt)	S. 79
Abb. 64:	Die Akzeptanz der militärischen Vorausbildung	S. 79

Abb. 65: Kritik an der militärischen Vorausbildung (Interviewausschnitt)	S. 80
Abb. 66: Einzelkritik an der landeskundlichen Ausbildung (Interviewausschnitt)	S. 80
Abb. 67: Transportschwierigkeiten überschatten den gesamten Einsatz (Interviewausschnitt)	S. 81
Abb. 68: Die Planung der Feldlager: die Bundeswehr im Lernprozess (Interviewausschnitt)	S. 83
Abb. 69: Die Belastung durch fehlende Privatsphäre im Einsatz (Interviewausschnitt)	S. 84
Abb. 70: Einschätzung des medizinischen Unteroffizierspersonals im Einsatz durch die Befragten (Interviewausschnitt)	S. 85
Abb. 71: Einschätzung der militärischen Schutzausrüstung in den Einsätzen durch die Befragten	S. 87
Abb. 72: Beurteilung der Auslandsverwaltung für einen reibungslosen Arbeitsablauf im Einsatz	S. 89
Abb. 73: In den Bereichen, in denen Hilfe am nötigsten ist, besteht sie nur formal (Interviewausschnitt).	S. 90
Abb. 74: Zufriedenheit unter den Sanitätsoffizieren mit den Kommunikationsmitteln im Einsatz	S. 91
Abb. 75: Inanspruchnahme der Kommunikationsangebote im Einsatz durch die Sanitätsoffiziere	S. 92

Abb. 76: Finanzielle Engpässe führen zu Kontaktverlust und sozialen Konflikten – im Aus- wie im Inland (Interviewausschnitt).	S. 93
Abb. 77.1: Die Belastungssituation im Einsatz: die erlebte eigene Macht- und Hilflosigkeit (Interviewausschnitt)	S. 94
Abb. 77.2: Die Belastungsreaktion im Einsatz: der Zusammenbruch (Interviewausschnitt)	S. 95
Abb. 78: Unmittelbare und mittelbare Konfrontation mit Kriegshandlungen im Einsatz	S. 95
Abb. 79: Empfindungen bei Konfrontationen mit Kriegsopfern	S. 96
Abb. 80.1: Der Interviewpartner ist sich zunächst sicher, keine bleibenden Schäden von seiner Arbeit davonzutragen...	S. 96
Abb. 80.2: ...schildert dann aber traumatisierende Situationen...	S. 97
Abb. 80.3: ...negiert bleibende Erinnerungen an Einzelschicksale...	S. 97
Abb. 80.4: ...und widerspricht zum Schluss allem zuvor Geschilderten (Interviewausschnitte).	S. 97
Abb. 81: Die Reaktion der Sanitätsoffiziere auf die äußere Bedrohungslage im Auslandseinsatz	S. 98
Abb. 82: Gesundheit der Sanitätsoffiziere im Einsatz	S. 99
Abb. 83: Reaktionen der Sanitätsoffiziere auf die Einsatzsituation	S. 99

Abb. 84: Die Ansprechpartner der Befragten im Einsatz	S. 101
Abb. 85: Resonanz der Ärzte auf professionelle psychologische Hilfe im Einsatz	S. 102
Abb. 86: Resonanz der offiziellen Betreuungseinrichtungen bei Ärzten im Auslandseinsatz	S. 103
Abb. 87: Reintegration der Befragten nach der Rückkehr aus dem Einsatz	S. 103
Abb. 88: Die Wertschätzung des eigenen Wohlstandes wird durch die Einsätze verstärkt (Interviewausschnitt).	S. 104
Abb. 89: Zeit für Akklimatisierung durch den Arbeitgeber nach dem Auslandsaufenthalt	S. 104
Abb. 90: Die Personalführung begleitet ihre Beschäftigten bei deren einschneidenden Veränderungen in- und außerhalb der Bundeswehr nicht.	S. 105
Abb. 91: Beweggründe für die Berufswahl „Sanitätsoffizier“	S. 106
Abb. 92: Motivation zur Verpflichtung als Zeitsoldat bei der Bundeswehr	S. 107
Abb. 93: Eintrittszeitpunkt der befragten Sanitätsoffiziere	S. 108
Abb. 94: Einfluss des Eintrittszeitpunktes auf die Identifikation mit der Einsatzarmee	S. 108

Abb. 95: Betroffene von gefährlichen Einsätzen als Patrouillenbegleitung nach Eintrittszeitpunkt in Prozent	S. 109
Abb. 96: Verteilung der Interviewpartner nach Status im Inland	S. 110
Abb. 97: Die Fachkunde Rettungsmedizin wird nur zögerlich angegeben (Interviewausschnitt).	S. 111
Abb. 98: Die Verteilung der Einsatzfrequenz über die 52 Interviewpartner	S. 112
Abb. 99: Die maximale Einsatzdauer der Befragten.	S. 112
Abb. 100: Operationen, an denen die Interviewpartner bereits teilnahmen	S. 113
Abb. 101: Besetzte Posten der Sanitätsoffiziere im Laufe ihrer Einsatzkarriere	S. 114
Abb. 102: Ausmaß der Zustimmung / Ablehnung der verschiedenen Auslandseinsätze durch die interviewten Sanitätsoffiziere	S. 114
Abb. 103: Identifikationsprobleme mit den jüngeren Einsatzgebieten wie Afghanistan oder dem Kongo	S. 115
Abb. 104: Kompensation des Gewissenskonfliktes der Sanitätsoffiziere zwischen Arzt und Soldat	S. 116
Abb. 105: Die Bedeutung der öffentlichen Meinung zum Einsatzengagement und die Resonanz aus der Bevölkerung jeweils aus Sicht der Interviewpartner	S. 117

Abb. 106: Das Patientengut der interviewten Sanitätsoffiziere im Auslandseinsatz	S. 118
Abb. 107: Bewertung der Behandlung von Zivilisten durch die Befragten	S. 118
Abb. 108: Zufriedenheit der Sanitätsoffiziere mit der finanziellen Vergütung der Einsätze	S. 119
Abb. 109: Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der befragten Ärzte mit dem Auslandsverwendungszuschlag	S. 120
Abb. 110: Die Differenzierungsvorschläge der Sanitätsoffiziere für die bis jetzt gleiche Bezahlung jedes Soldaten im Einsatzland	S. 121
Abb. 111: Honorierung des Einsatzengagements von Sanitätsoffizieren aus deren Sicht	S. 121
Abb. 112: Störfaktor Gleichbehandlung aller Soldaten durch die Führung	S. 122
Abb. 113: Bewertung der Verpflichtungsentscheidungen durch die Befragten aus heutiger Sicht	S. 123
Abb. 114: Die Themengebiete des Leitfadens mit erwarteten Belastungsschwerpunkten (dunkelgrau) und nachrangigeren Bereichen (hellgrau) vor Beginn der Erhebung.	S. 127
Abb. 115: Tatsächliche Belastungsschwerpunkte (dunkelgrau) auf Grundlage der Befragung, die die ursprünglich erwarteten Problembereiche (hellgrau / weiss) überschatten.	S. 128

Ich möchte es nicht versäumen, einigen Mitmenschen, die mich in den Jahren der Dissertation begleitet haben, meinen besonderen Dank auszusprechen. Dieser gilt zunächst dem Bundesverteidigungsministerium für das Interesse an dieser Studie und die Genehmigung, Interviews an Sanitätsoffizieren durchführen zu können.

Ohne das Vertrauen meiner Betreuerin, Frau Dr. Lucia Jerg-Bretzke, und meines Doktorvaters, Herrn Prof. Dr. Harald Traue, in dieses Pilotprojekt, ihre Beratung und ständige Ermutigung wäre diese Studie dennoch nicht entstanden.

Dies gilt auch für das qualitative Doktorandenseminar und ganz besonders für Frau Dr. Katrin Mörtl, die mir in der qualitativen Ausarbeitung beratend zur Seite standen.

Meiner Familie, insbesondere meinem Mann und meinen Eltern, danke ich für ihre Unterstützung, ihr Verständnis und ihre unendliche Geduld.

Den maßgeblichen Anteil am Gelingen dieser Studie haben jedoch meine Interviewpartner, die Sanitätsoffiziere des Bundeswehrkrankenhauses Ulm, die mir ihre kostbare Zeit und ihr Vertrauen schenkten und mir mit ihrem Engagement und Erfahrungsschatz dieses Projekt überhaupt und zudem eine motivierte und spannende Entstehungsphase ermöglichten. Ihnen gilt mein ganz besonderer Dank.

Lebenslauf

Zur Person

Name: Thurid Ella Charlotte Schmid, geb. Frank
Geb.-Dat.: 25.08.1983
Geb.-Ort: Ostfildern/Ruit
Anschrift: Lärchenweg 4/1, 89134 Blaustein-Herrlingen
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: verheiratet, keine Kinder

Schulbesuch

09/1990 – 07/1994 Besuch der Grundschule „Stauferschule Lorch“
09/1994 – 06/2003 Besuch des Parler-Gymnasiums Schwäbisch Gmünd
06/2003 Abitur

Studium

10/2003 – 11/2009 Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm
09/2005 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
08/2008 Beginn des Praktischen Jahres am
Bundeswehrkrankenhaus Ulm
11/2009 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2005 – 08/2010 Promotion
Thema der Dissertation:
„Die Auslandseinsätze von Sanitätsoffizieren: Belastungsmomente und deren Verarbeitung aus Sicht der Betroffenen. - Katalogisierung, Kategorisierung und Copinganalyse auf Basis einer qualitativen Befragung von Ärzten des Bundeswehrkrankenhauses Ulm.“

9. Juni 2011 Rigorosum

Beruflicher Werdegang

10/2002	Erfolgreiche Bewerbung als Sanitätsoffiziersanwärter mit dem Studienfach Humanmedizin an der Offiziersbewerberprüfzentrale in Köln
07/2003 – 09/2003	Militärische Grundausbildung im 6./ Sanitätslehrregiment in Feldkirchen
03/2004	Erfolgreiche Absolvierung des Offizierslehrgangs
12/2009	Erteilung der Approbation und Beförderung zum Stabsarzt
11/2009 – 02/2010	Ableistung der postuniversitären modularen Ausbildung an der Sanitätsakademie in München
seit 03/2010	Berufsbeginn als Assistenzärztin in der Abteilung für Anästhesiologie des Bundeswehrkrankenhauses Ulm