



Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,
sehr geehrte Ehrengäste, liebes KIT-Team

Es ist mir eine große Ehre und eine Freude bei diesem beeindruckenden Jubiläum – 20 Jahre
KIT-Liechtenstein - den Festvortrag machen zu dürfen.

Ich möchte vorweg erklären, warum ich dieses Jubiläum so beeindruckend finde. Ich habe jahrelang große
KIT-Tagungen in Innsbruck organisiert und hatte dabei immer mit vielen KIT-Teams zu tun. Vor allem nach
Großschadenslagen oder Schoolshootings hatte ich auch ein entsprechendes KIT-Team an der Tagung, die
von diesen Vorfällen berichten konnten. Diese Vorträge endeten in der Regel damit, dass diese Teams ihren
weiteren Ausbau erklärten, welche weiteren Aufgaben sie in Zukunft abdecken werden und wie groß ihr
zukünftiges Einsatzgebiet sein wird.

Drei von fünf dieser Teams gab es bereits im nächsten Jahr nicht mehr. Vier von fünf Teams überlebten
nicht die ersten fünf Jahre.

Es ist also eine beeindruckende Kompetenz und besondere Kunst, ein Team auf die Beine zu stellen, sich
zu vernetzen, die Finanzierung abzusichern und die internen Konflikte produktiv zu nutzen, um die Qualität
der Arbeit immer weiter zu verbessern.

Dass nun ein Team bereits 20 Jahre ausgezeichnet funktioniert und fast keine Fluktuationen bei
Teammitgliedern aufweist, ist nicht nur eine besondere Leistung aller Teammitglieder, sondern eine
herausragende Leistung der Leitung. Denn das ist ein Qualitätsmerkmal!

Diese Leistungen nun würdigen zu dürfen ist für mich eine Ehre, und für das Land Liechtenstein, das von
diesen Leistungen in besonderer Weise profitiert, ein außerordentlicher Gewinn.

Gegründet 1998, feiert das Team heute sein 20-jähriges Bestehen!

Dies ist nun einerseits relativ früh und andererseits auch recht spät.

Zum einen relativ früh, weil im Vergleich mit den Gründungen anderer KIT-Teams das KIT-Team in
Liechtenstein mit zu den allersten im deutschen Sprachraum zählt. Meines Wissens war nur das KID-Team

München – nämlich 1995 – früher dran. Die Gründung des KIT-Teams Innsbruck - wohl das erste in Österreich - erfolgte erst nach den Lawinenkatastrophen 1999 im Jahr 2000.

Zum anderen sind all diese Gründungen von Einsatzorganisationen der Psychologischen Ersten Hilfe erschreckend spät – erst in den späten 90er und Anfängen der 2000er Jahren.

Dies ist insofern beachtlich, da man ja schon seit über hundertfünfzig Jahren wusste, dass die Seele krank werden kann und dass ein Grund dafür extreme Ereignisse sein können, wie der plötzliche Tod eines Kindes, ein Selbstmörder für einen Lokführer, das unerwartete Verschwinden eines Menschen oder der Verlust einer geliebten Person bei einem vollkommen sinnlosen Terroranschlag.

All das wusste man schon lange, es war auch Forschungsgegenstand in verschiedenen Disziplinen. Zudem gab es Behandlungskonzepte, beispielsweise in der Psychologie, der Psychiatrie oder der Psychotherapie. Aber eine frühzeitige, effiziente und kostenlose Hilfestellung für alle Menschen eines Landes, gab es nicht.

Zu sehr waren das Leiden, die Trauer und der Tod nur Privatsache und wurde eher verschwiegen und versteckt. Anstatt eine Unterstützung oder gar Hilfestellungen vor Ort anzubieten – unkompliziert, schnell, kostenfrei und rund um die Uhr, wie das das KIT-Team Liechtenstein heute macht – war es üblich nichts zu tun und abzuwarten, bis sich die Trauer gelegt hat, bis die Symptome nicht mehr öffentlich zu sehen waren und die Hinterbliebenen im Alltag wieder funktionierten.

Warum erst in den Anfangsjahren der 2000er Jahre Kriseninterventionsteams in vielen Ländern entstehen, kann man zum Teil aus der Geschichte ableiten.

Blickt man in der Zeitachse zurück, so zeigte sich bereits vor über 150 Jahren, dass bei manchen Menschen nach extremen Ereignissen sogenannte „nervöse Reaktionen“ auftreten. Diese neuen Phänomene tauchen in zunehmender Zahl vor allem ab 1870 auf und sind auf zwei wesentliche Faktoren zurückzuführen: Erstens, der zunehmende Ausbau des Eisenbahnnetzwerks – und damit auch eine Zunahme von Eisenbahnunfällen. Und zweitens: die Einführung der Unfallversicherung und damit auch die Möglichkeit körperliche Verletzungen, – beispielsweise eine Verletzung der Nerven – entschädigt zu bekommen.

Die Eisenbahngesellschaften sahen sich nach Zugunfällen mit Toten und Verletzten deshalb auch einer steigenden Flut von Klagen ausgesetzt, obwohl diese Menschen äußerlich unverletzt waren. Dennoch traten bei ihnen derart schwere, nervöse Störungen auf, dass diese nicht mehr arbeitsfähig waren und sie sich eine Rentenzahlung vor Gericht erkämpften.

Englische Chirurgen erklärten sich das neue Phänomen mit einer Theorie, die sie Railway-Spine nannten, also übersetzt: Eisenbahnrückgrad. Sie gingen davon aus, dass heftige Stöße, Stauchungen oder Erschütterung des Körpers beim Unfall – insbesondere Stauchungen des Rückgrats – zu nicht-sichtbaren Verletzungen des Rückenmarks führen. Diese Verletzungen wiederum – so ihre Erklärung – verursachen die nervösen Störungen.

Und so erlebten beispielsweise England – aber auch andere Staaten, mit einem sich ausbreitenden Eisenbahnnetzwerk – eine Zunahme von neuen Störungsbildern und neuen Diagnosen wie „Neurasthenien, Hysterien, Hypochondrien ...“ und damit auch Klagen gegen die Versicherungsgesellschaften der Eisenbahnen – zur Erreichung einer lebenslangen Rente.

Die Zunahme an Klagen bedrohte aber die wirtschaftliche Existenz der Versicherungsgesellschaften und so setzte sich ab ca. 1900 - vor allem bei Versicherungsgesellschaften und deren eigenen Fachärzten - die Meinung durch, dass die Ursache dieser neurotischen Symptome nicht im Schock oder der Stauchung des Rückenmarks liege, sondern in einer Begehrensvorstellung, einem Wunschziel – lebenslang, ohne Arbeit Geld zu erhalten.

Diese Begehrensvorstellung wird in der Psychiatrie „Rentenneurose“ genannt und ist selbst als Krankheit qualifiziert. Es ist also nicht mehr das traumatische Ereignis das krank macht, sondern der Wunsch eine lebenslange Rente zu beziehen. Psychische Symptome, Leiden und Trauer, werden somit nicht mehr als Folge von Extremereignissen gesehen, sondern sind Versuche von arglistigen Täuschungen.

Der Berliner Professor Ludwig Bernhard kritisierte beispielsweise in seinem Buch „Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik (1912)“, dass die Sozialversicherung den Arbeitern „nur beigebracht hätte so krank als möglich zu sein“ und spricht von einer „Pensionsucht“.

Und diese Überzeugung hält sich bis Mitte des 20sten Jahrhunderts. So werden bis Anfang der 60er Jahre, die durch KZ Lagern bedingten Traumata als „anlagebedingt“ oder als „Rentenneurosen“ eingestuft. Die herrschende Lehrmeinung beispielsweise in Deutschland beruft sich dabei auf eine Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes von 1926, nach der eine Neurose als Unfallfolge nicht rentenpflichtig sei, da die Ausgleichsfähigkeit des Organismus nach psychischen Belastungen quasi unbegrenzt sei.

Wer dennoch leidet und nicht mehr klarkommt, ist damit selbst verantwortlich, hat minderwertige Nervenanlagen oder versucht einen Betrug.

Mit dem ersten Weltkrieg wiederholen sich aber nun die Traumatisierungen, nur diesmal tausendfach. Eine riesige Anzahl von Soldaten zeigen ohne körperlichen Befund Symptome einer unsichtbaren Verletzung: Soldaten erblinden, werden taub, haben Lähmungserscheinungen, zittert und verfallen in panische Angstzustände.

Wer von ihnen die Serie „Babylon Berlin“ gesehen hat – kann sich vielleicht erinnern, dass dies dort auch thematisiert wird. Die traumatisierten ehemaligen Soldaten werden als „Fluttermänner“ oder „Kriegszitterer“ bezeichnet. Die zentrale Figur, der Kommissar, leidet selbst darunter, versucht dies zu verbergen und behandelt sich selbst mit Morphium.

Aber auch für die vielen Ausfallserscheinungen und das Zittern der ehemaligen Soldaten hat die Kriegspsychiatrie eine Erklärung. Auf Grund von Nervenschwäche oder verleitet durch die

„Begehrensvorstellung“, möglichst schnell von der Front wegzukommen, hat der Kriegsneurotiker (also jemand der Angst vor dem Krieg hat) – nach Ansicht der Psychiater ein willkürlich gewähltes Ereignis als traumatisch empfunden und zum Anlass für seine Symptombildung genommen.

Die Psychiatrie klassifizierte dies als arglistige Simulation, hysterische Übertreibung, Willensschwäche oder die Ursache von minderwertigen Anlagen.

Was in diesen Erklärungen der Psychiatrie wieder „verschwindet“ sind die Ursachen der Traumatisierung – nämlich die Fronterlebnisse. Aber es verschwinden auch die Folgen für die Seele und die Notwendigkeit einer adäquaten Hilfestellung. Was sich in den Köpfen der Psychiatrie und Psychologie quasi heimlich, also unreflektiert einnistet, ist die Einstellung, dass traumatische Symptome nicht behandlungswürdig sind.

Das gleiche Muster – die Ablehnung der Anerkennung einer seelischen Verletzung und die Ablehnung einer adäquaten Hilfestellung – wiederholt sich nach dem Vietnamkrieg. Zurückkehrende Soldaten, die derart starke psychische Auffälligkeiten zeigen, sodass sie nicht mehr ins Arbeitsleben integrierbar sind und eine lebenslange Unterstützung des Staates brauchen, will der damalige Präsident Richard Nixon in die Psychiatrie abschieben – mit der neu erfundenen Diagnose: Posttraumatische Angst Neurose. Soldaten und Krankenschwestern, die in Vietnam ihren Kriegsdienst leisteten sind nach dieser Diagnose krank geworden, weil sie zu ängstlich waren, bzw. mit der Angst nicht richtig umgehen konnten.

Aber diesmal es kommt anders. Die Amerikanische Frauenbewegung, die seit den 70er Jahren häusliche Gewalt und deren Folgen thematisiert, unterstützt die noch jungen – überwiegend 18 und 19-jährigen Vietnamsoldaten und fordern für diese die Anerkennung ihres Leidens und eine adäquate Hilfestellung.

So wird dann letztlich 1980 erstmals die neue Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung festgeschrieben und man beginnt Entstehungsbedingungen aber auch Heilungswege seelischer Verletzungen systematisch zu erforschen.

Trotz dieser Anerkennung der Kriegstraumatisierungen wird Frauen, die in Vietnam gedient haben – also den damaligen Krankenschwestern – für weiter 10 Jahre der Zugang zu Hilfeeinrichtungen verwehrt. Erst 1990 werden auch für sie die kriegsbedingten Belastungen anerkannt und konnten auch Krankenschwestern kostenfrei Hilfe in Anspruch nehmen.

Es ist historisch auch spannend, dass der Aspekt des Zuviel-Angst-Habens – selbst noch in den neuen Diagnosen enthalten blieb. Erst mit der letzten Revision des diagnostischen und statischen Manuals 2015, fällt die Unterstellung der übermäßigen Angst gänzlich heraus.

Die Rentenneurose – also das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen von psychischen Symptomen – gibt es als psychiatrische Krankheit bis heute.

Wenn man sich also mit der Geschichte der psychischen Traumatisierung beschäftigt, stellt man schnell fest, dass immer die betroffenen Menschen beschuldigt wurden: Entweder, weil sie zu schwach oder

minderwertig waren oder weil sie sich arglistig Geld beschaffen wollten. Das Leiden wurde nie ernst genommen und war deshalb auch nicht unterstützungswürdig.

Ich glaube, dass damit einerseits ein Stück weit erklärbar ist, warum psychische Erste Hilfe – also Krisenintervention - sich erst so extrem spät in westlichen Ländern etablierte.

Andererseits wird damit auch klar, dass die Gründung eines solchen Teams ein Meilenstein und eine besondere Herausforderung war und die breite Akzeptanz einer solchen Hilfestellung – vor allem in den ersten Jahren – keine Selbstverständlichkeit war.

Umso mehr ist die Gründung eines KIT-Teams und die Überzeugungsarbeit am Anfang zu schätzen und zu würdigen. Und umso mehr muss man sich heute freuen, dass nicht nur die Gründung klappte, sondern dieses KIT-Team derart professionell geführt wurde, dass es heute sein 20-jähriges Jubiläum feiern kann.

Ich bin zudem fest davon überzeugt, dass es eine entscheidende Errungenschaft eines jeden Landes ist, wenn man allen Menschen eine fachkundige und unentgeltliche psychische erste Hilfe in Extremsituationen anbieten kann, die rund um die Uhr und jeden Tag abrufbar ist und die zu den Betroffenen hinget.

Diese einzigartige und besondere Hilfestellung ist aber nicht nur eine Unterstützung für die Betroffenen. Es ist auch eine Unterstützung für die Systempartner – wie Rettungssanitäter und Notärzte oder Polizisten. Es ist eine Unterstützung für Arbeitgeber, Kindergärten und Schulen und es ist eine enorme Hilfestellung für alle nachfolgenden, begleitenden psychosozialen Einrichtungen im Rahmen der sozialen Arbeit, der Psychiatrie oder der Psychotherapie.

Ich möchte deshalb zuerst dem Kit Team danken, für die geleistete Arbeit, aber auch für die angenehme Gewissheit, dass auch in Zukunft immer – 24 Stunden am Tag – jemand da sein wird, der schnell und unkompliziert vor Ort ist, der kompetent Kinder, Jugendliche und Erwachsene begleitet und so allen Schutz und Hilfe zukommen lässt.

Ich möchte aber auch betonen, dass dies nur in einem Netzwerk möglich ist. Aus diesem Grund ist diese Feierlichkeit auch eine Würdigung für die geleistete Arbeit in den Kooperationen, also die gegenseitige Wertschätzung und Zusammenarbeit mit der Polizei oder dem Rettungsdienst, den Sponsoren, also der Stiftung und den Personen in der erweiterten Organisation, dem Stiftungsrat, und auch allen anderen Nachsorgeeinrichtungen, die den Betroffenen über die weitere Zeit helfen. Ohne diese Arbeit und ohne die Kooperation ist eine erfolgreiche KIT Arbeit nicht zu denken.

Deshalb auch an dieser Stelle: Herzlichen Dank!

Und damit komme ich zum Schluss. Sie haben hier ein sehr erfolgreiches KIT-Team, das ausgezeichnet geführt und vernetzt ist und das heute ein Jubiläum feiert.

Ich würde mich sehr freuen, wenn die gegenseitige Wertschätzung und Unterstützung, aber auch die Inanspruchnahme von Kollegenhilfe weiter ausgebaut wird, so dass sie alle auch ein 30, 40 und 50-jähriges Jubiläum feiern werden können.

Viel Glück für diese nächsten Jahre und Danke für das Zuhören!