

In: Erste Hilfe für die Seele. Beiträge zu Notfallseelsorge und Krisenintervention. Bundeskongress Notfallseelsorge und Krisenintervention. Referateband, hrsg. v. Institut für Notfallseelsorge und Krisenintervention. Augsburg 2000: 142-169

## **Standards bei der Betreuung in Krisensituationen**

Wolf R. Dombrowsky

Notfallseelsorge und Krisenintervention sind in Deutschland relativ junge Hilfsangebote. Sie richten sich wie in anderen, darin schon länger geübten Ländern, an alle durch extreme Belastungen akut psychisch traumatisierte Personen, in erster Linie also an Opfer spezifischer Ereignisse, von Unfällen und Katastrophen, weit häufiger aber von weniger spektakulären Notfällen (vornehmlich Infarkten), Todesfällen (z.B. plötzlicher Kindstod) und Gewalttaten (z.B. Geiselnahme, Vergewaltigung). Zudem wurde sichtbar, dass auch die Helfer der Hilfe bedürfen, zum einen im engeren Sinne akuter psychischer Belastung, zum anderen aber auch im weiter gefaßten Sinne einer fortgesetzten, sich akkumulierenden, im pessimalen Falle chronifizierenden Belastungsreaktion im Laufe langjähriger Einsatzfähigkeit. Bereits dieser oberflächliche Blick auf das breite Spektrum möglicher Belastungen und potentiell Betroffener macht deutlich, dass es sehr verschiedener Hilfsangebote bedarf und damit auch differenzierter Maßnahmen mit entsprechender fachlicher Kompetenz. Hier setzt der vorliegende Beitrag an. Bislang nämlich ist noch nicht hinreichend geklärt, wer mit welcher Qualifikation unter welchen Bedingungen wem welche Hilfsangebote offerieren darf und wer dann, bei deren Inanspruchnahme, die Kosten tragen soll.

In anderen Bereichen der Akutversorgung sind diese Fragen geklärt. Dies gilt insbesondere für den Rettungsdienst, wo einerseits die Professionalisierungsformen des Rettungssanitäters, des Notarztes und des Leitenden Notarztes (zumindest im Prinzip, vgl. Hüls 1999) für eine Klärung der Kompetenzen im Einsatzgefüge gesorgt haben und wo andererseits die Einsatzqualität inzwischen beinahe flächendeckend durch die Adaption industrieller Verfahren des Qualitätsmanagement sichergestellt und verbessert wird (vgl. Mylius 1998; Topp 1998) und wo vor allem die Kostenträgerschaft geregelt ist.

All diese Aspekte sind im Bereich Notfallseelsorge und Krisenintervention noch weitgehend problematisch oder werden vielerorts von den Beteiligten so empfunden. Dies gründet teilweise in persönlichen Bedingungen vor Ort, öfter aber in Rivalitäten und der Konkurrenz zwischen den beteiligten Institutionen, Organisationen und ihren maßgeblichen Akteuren. Noch immer sind im bundesweiten Überblick Initiativen wie das KID Augsburg (vgl. Lenzenhuber/Zach in diesem Band) die Ausnahme, bei dem Hilfsorganisationen, Medizin und Notfallseelsorge im Rahmen klar definierter Kompetenzen und Regularien zusammenwirken. Vorherrschend sind weit eher organisationszentrierte, oftmals auch organisationszentrische (im Sinne von „egozentrische“) Insellösungen. Das markanteste Beispiel lieferte die Feuerwehr, die zum Bundeskongress „Notfallseelsorge und Krisenintervention“ ihre Gußadresse beisteuerte, hinterrücks aber längst ihr ganz eigenes Süppchen gekocht hatte: Zusammen mit Daimler Chrysler gründete der Deutsche Feuerwehrverband die Stiftung „Hilfe für Helfer“, die sich unter anderem die Aufgabe stellt, die „Tätigkeit zersplitterter wirkender Organisationen“ zu koordinieren (zit. nach Süddt. Zeitung vom 26.06.00). Man darf gespannt sein, wer sich angesichts dieser „Coup d' état“-Praxis noch koordinieren lassen will und zudem fragen, was denn gerade den Feuerwehrverband gegenüber fachlich schon länger ausgewiesenen Verbänden (z.B. SbE) zu dieser Koordination qualifiziert?

Das Beispiel ist symptomatisch. Von der Sache her bedürfte es der koordinierten, auf größtmögliche Gemeinsamkeiten abzielenden Kooperation aller Akteure, um möglichst schnell verlässliche, überprüfbar wirksame, gleichmäßige und gleichartige Maßnahmen zur Krisenintervention, Betreuung und Nachsorge zu entwickeln. Tatsächlich aber scheint es eher darauf anzukommen, Führungsansprüche durchzusetzen, den Einflußbereich der je eigenen Organisation auszudehnen, auch wenn von der Sache noch gar nicht so viel verstanden wird, sowie möglichst frühzeitig und vor anderen die Claims abzustecken und Bedingungen zu schaffen, die für andere nur schwer, besser gar nicht zu erfüllen sind.

So bevorzugen gegenwärtig Polizei und Feuerwehr eigene Polizei- und Feuerwehrrparrer - teils aus dem begründeten Erfordernis, mit den Gepflogenheiten und Problemen der eigenen Organisation von innen her vertraut zu sein, teils aber auch aus Gründen besserer Kontrollierbarkeit und abschottendem Corpsgeist. Dies gilt ähnlich auch für die Bundeswehr, die im Bereich PTSD hervorragende Arbeit leistet. Dennoch findet eine Zusammenarbeit mit zivilen Einsatzkräften nur begrenzt statt, teils aus wechselseitigen Ressentiments (im Extrem: Krieg/Töten versus Frieden/Retten), teils aus überkommenem Geheimhaltungsdenken (ganz im Gegensatz zur Praxis in Skandinavien und Benelux). Und dies gilt schließlich auch für die einschlägigen Berufsverbände und Schulbildungen innerhalb und zwischen Psychologen, Psychiatern und Medizinern.

Die wechselseitigen Abschottungen und Arkanpolitiken finden sich ebenfalls in den grundlegenden Bereichen der Einsatzauswertung und Supervision sowie der generellen Einsatzlehre. So fehlen bislang evaluierbare Einsatz- und Supervisionsberichte, um einerseits „best practice“-Konzepte entwickeln und andererseits überhaupt quantitative Verteilungen erheben zu können. Statt dessen entwerfen alle beteiligten Organisationen und Institutionen je eigene Einsatz- und Ausbildungsmodelle (vgl. Heise, Pohl-Meuthen, Lovenfosse in diesem Band), während sich die Notfallseelsorge, zumindest wenn man Pfarrer Jochen M. Heinecke (in diesem Band) folgt, keiner Organisation ein- und schon gar keiner Befehlsstruktur unterordnen mag. Gleichwohl möchten alle angemessen entgolten werden, wie nicht nur die Diskussion des Pionierkonzeptes der Unfallkasse Hessen (vgl. Klein in diesem Band) belegte, sondern auch die bundesweit unternommenen Akquisitionsversuche der verschiedenen Kriseninterventions-Gründungsinitiativen verdeutlichen. Einigkeit besteht allein in der Forderung nach Kostenübernahme, während allerorten individuell nach Kostenträgern gesucht wird. Dazu erscheint es vielen hilfreicher, schmucke Fahrzeuge und speziell gekennzeichnete Dienstbekleidungen in die Wagschalen medialer Präsenz, politischen Lobbyismus und wirtschaftlichen Sponsoring werfen zu können als beweiskräftige Belege erfolgreicher inhaltlicher Arbeit.

Jenen, die genau diese Arbeit leisten, schadet sowohl der Wildwuchs eines gutmenschelnden Kriseninterventionismus, der sich am liebsten als Regularbestandteil in die allgemeine Ausrückeordnung einbezogen und mit Sonderrechten ausgestattet sähe, als auch eine um sich greifende Psychopathologisierung, die generell jeden unter Traumatisierungsverdacht stellt, der mit den belastenden Seiten des Lebens in Kontakt gerät. So angemessen es für eine humane Gesellschaft ist, psychische Gesundheit und Opferschutz nach Maßgabe der Betroffenen zu bestimmen, so berechtigt ist auch der Anspruch der Gemeinschaft, das Maßgebungsverfahren mitzubestimmen. Darin lauern verunsichernde Unwägbarkeiten. Sie umfassen nicht nur die Frage, welche psychische „Grundbelastung“ als allgemein akzeptabel anzusehen ist, sondern auch die Frage, wann eine psychische Traumatisierung als „geheilt“ oder „rehabilitiert“ zu gelten hätte. Zumindest wünschte man sich eine tabufreie Erörterung solcher und anderer Fragen wie auch jener, ob und wann beispielsweise die Trauer- und

Verarbeitungszeit von Ramstein abgeschlossen sein sollte (vgl. Jatzko/Jatzko/Seidlitz 1995), ohne sogleich als herzloser Schlechtmensch denunziert zu werden?

Dass die Beantwortung solcher Fragen notwendig ist, verdeutlicht ein damit zusammenhängender Aspekt: Die Eignungsprüfung vor Einstellungen und die Diagnose von Berufskrankheiten lassen sich als vergleichbare Konfliktfelder verstehen. Bei der Eignungsprüfung, sei es eine Musterung vor der Einberufung in die Armee, sei es eine „Assessment“ genannte Bewerberauslese in Unternehmen, wird versucht, über Eignungsprofile die Potentiale und Belastbarkeit von Menschen vorab abzuschätzen. Kein Testverfahren kommt dabei ohne validierte Mittelwerte aus, zu denen Abweichungen ja überhaupt erst Aufschlüsse erlauben. Insofern wäre die Frage nach der gesellschaftlich vorfindbaren „Grundbelastbarkeit“ die Schlüsselfrage bei der Personalauswahl von Einsatzkräften, die überdurchschnittlich mit psychischen Belastungen zu tun haben. Werden nämlich Menschen ausgewählt, die zu dicht an oder gar unter dieser Grundbelastbarkeitsgrenze liegen, treibt man sie in die Traumatisierung und weiter, bleibt es unbemerkt, in deren Chronifizierung. Dies wäre, radikalisiert zugespitzt, mehr als vermeidbar herbeigeführte Berufskrankheit, wäre, wie Körperverletzung, „Seelenverletzung“. Davon abweichend wäre die „normale“ berufsbedingte Erkrankung die Folge jener überdurchschnittlichen psychischen Belastung, die dieser Beruf mit sich bringt und die, soll eine Berufskrankheit vermieden werden, durch entsprechende Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen kompensiert werden muß. Doch wie soll man wissen, was auf welche Weise schützend kompensiert, wenn man die Wirkung der Belastung nicht ermessen und somit auch keine Belastungsgrenzen definieren kann? Der Weg bis zu vergleichbaren „MIK- und MAK-Werten“ für psychische Belastungen dürfte noch weit sein, vor allem dann, wenn manche selbsternannten Gralshüter des Seelenheils ex cathedra verkünden, dass darauf auch gar nicht mit Verfahren wissenschaftlichen Messens und industrieller Standardisierung zugegriffen werden könne.

## I. Der wissenschaftliche Zugriff: Quantitative und qualitative Aspekte

Der amerikanische Diagnoseschlüssel für psychiatrische Erkrankungen (DSM IV) indiziert Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) nach psychisch belastenden Ereignissen anhand von Symptomen, die *die übliche menschliche Erfahrung* übersteigen. Durch den Bezug auf die übliche menschliche Erfahrung rückt das Problem der Grundbelastung in den Mittelpunkt, ohne jedoch eine Klärung zu erfahren. Wie immer man die „übliche“ menschliche Erfahrung definieren mag, in jedem Falle wäre sie ein statistischer Wert, ein Erfahrungsdurchschnitt, von dem ein jeder individuell abweicht. Es geht somit um die Häufigkeitsverteilung von Erfahrungsqualitäten. Doch was wissen wir über die Erfahrungsqualitäten von psychischer Belastung in diesem *statistischen Sinne*?

Ein Kalauer verdeutlicht das Problem des vorherrschenden Daten- und damit Kenntnismangels: Ein bekannter Psychiater behauptete jüngst, daß posttraumatische Belastungsreaktionen inzwischen auch bei Helfern dramatisch zunehmen. Gefragt, wie er zu dieser Einschätzung käme, sagte er: „Das belegen die zunehmenden Fälle, die zu uns in die Praxen kommen.“ Tatsächlich sind die Sachverhalte nicht so simpel. „Zunehmende Fälle“ sind wenig wert, wenn weder die Zahlen aller diagnostizierten PTSD-Fälle bekannt sind, noch zeitbezogene Vergleichszahlen. Selbst wenn man wüßte, bei wievielen Helfern pro Zeiteinheit PTSD diagnostiziert worden ist, ließe sich daraus kein eindeutiger Trend herleiten - zumindest so lange nicht, wie man weder die PTSD-Verteilung zwischen Helfern und Nicht-Helfern kennt, noch die Relation zwischen diagnostizierten und eingetretenen Fällen, noch die (auf gleiche Weise erhobenen) Vergleichszahlen vorangehener Zeiteinheiten.

Das Problem ist auch aus anderen Zusammenhängen bekannt: Ob man den Anteil von Ausländern an Straftaten oder von Rasern im Straßenverkehr ermitteln möchte, statistisch erfaßbar sind immer nur die auffällig gewordenen, registrierten Individuen (vgl. Geißler 1998). Wieviele Verkehrsteilnehmer wirklich rasen weiß man ebenso wenig, wie sich der wirkliche Anteil von Ausländern an Straftaten ermitteln läßt. Der erfaßten Straftat sieht man nämlich nicht an, wer sie begangen hat. Zudem ist die Zahl der erfaßten nicht mit der Zahl der begangenen Straftaten identisch (vgl. Pfeiffer 1995). Insofern läßt sich bestenfalls der Anteil von Ausländern an der Zahl der insgesamt erfaßten Straftäter ermitteln. Und haben zudem nicht in den vergangenen 20 Jahren die Erhebungs- und Registrierungsmethoden der Bundesländer mehrfach geändert? Vieles also liegt im Dunkeln; ob es jedoch von den in solchen Fällen gern bemühten Dunkelziffern erhellt wird, ist mehr als fraglich (vgl. Joosten 1995).

Noch ungedeckter sind Dunkelziffern für Zusammenhänge, die sich auf ungeklärte Grundgesamtheiten und vorsortierte Stichproben beziehen. Bestes Beispiel dafür sind die Zusammenhänge zwischen deutschen und ausländischen Straftätern. Woraus besteht die Grundgesamtheit der Ausländer? Aus allen in Deutschland befindlichen, wohnenden oder gemeldeten Ausländern? Und wie sind für welche Gruppe die Risiken verteilt, erwischt zu werden? Welche Fälle werden überhaupt registriert und wird überall gleich registriert? Ein Problem, das z.B. für die Kriminalstatistik wie für den internationalen Vergleich von Arbeitslosigkeit gilt (vgl. Pfeiffer 1994; Jahn 1996; Lütge 1997).

Nun geht es nicht um generelle oder spezielle Probleme der vergleichenden und schließenden Statistik oder um die Möglichkeiten, mittels Statistik zu lügen (vgl. Krämer 1992). Vielmehr sollen die Beispiele nur verdeutlichen, was derzeit für posttraumatische Belastungsreaktionen gleichfalls gilt: Sie sind, zumindest aus statistischer Sicht, noch unerfaßt, teilweise schlicht un(er)faßbar. Dies sollte zu denken geben, zumal bereits mit Angaben hantiert wird, - z.B. mit Wachstumszahlen und besonders betroffenen Gruppen -, die, weil eine verlässliche Zahlenbasis fehlt, Scharlatanerie wie Zwecklüge sind.

Zwar gibt es moralisch nachvollziehbare Gründe für solche Zwecklügen. Am Beispiel der Flugkatastrophe von Ramstein haben die Autoren Jatzko, Jatzko und Seidlitz (1995) dargelegt, wie schwer PTSD zu diagnostizieren ist und wie oft eine zutreffende Diagnose unterbleibt, weil die zuständigen Fachpersonale noch nicht ausreichend für die Feststellung akuter psychischer Traumatisierungen geschult sind. Den Schaden trugen die Betroffenen als Zusatzbürde davon. Sie litten länger und intensiver bis hin zur kaum reparablen Chronifizierung. Doch auch zutreffende und rechtzeitige Diagnosen sind kein Garant für eine angemessene Rehabilitation. Oft folgten der Diagnose soziale, berufliche und sekundäre psychische Stigmatisierungen, die den Betroffenen das Leben auf andere Weise zusätzlich beschwerten. Von daher ist verständlich, wenn versucht wird, die Problematik dieser Betroffenen so mit Gewicht zu versehen, daß sie als allgemeine, gesellschaftliche, potentiell jeden betreffende Problematik erscheint. Tatsächlich ist die Hoffnung nicht unbegründet, im Gefolge allgemeinen Interesses auch einen Meinungsumschwung bewirken zu können, durch den überkommene Einstellungen und Vorurteile - (z.B. daß PTSD "so eine Art Dachschaden" ist, der "in die Klappsmühle" führen kann) - überwunden werden und damit auch ein Umfeld der Kommunizierbarkeit entsteht, in dem sich dann die Rehabilitationschancen der Betroffenen tatsächlich verbessern.

Andererseits sollte jedoch nicht übersehen werden, daß gerade diese gut gemeinte Forcierung auf Kosten empirischer Belegbarkeit erfolgt und damit Raum gibt für zweifelhaften Nutznieß bis hin zum Mißbrauch und damit zum nachhaltigen Schaden für alle Beteiligten.

Bislang steht nur eines fest: dass nämlich Art und Häufigkeit posttraumatischer Belastungsreaktionen nur über die Zahl der diagnostizierten, also der korrekt identifizierten Fälle festzustellen ist. Dies gleicht der Differenz zwischen Straftätern und Straftaten: Die Zahl der diagnostizierten PTSD-Fälle ist keineswegs identisch mit der Gesamtzahl existenter PTSDs. Doch über die Dunkelziffer wissen wir überhaupt nichts. Wir kennen nicht einmal die Größe des in Frage kommenden Personenkreises, weil für diesen Bereich keine Referenzgröße vorliegt (anders als z.B. beim Zusammenhang von Verkehrsvergehen und Kfz-Haltern oder Führerscheininhabern), auf die Bezug genommen werden könnte (vgl. Helzer/Robins/McEvoy). Selbst für ein umgrenztes Ereignis wie das ICE-Unglück von Eschede vom 03. Juni 1998 läßt sich der Kreis potentiell Betroffener nur mit großem Aufwand erheben: In Frage kommen ja nicht nur alle Einsatzkräfte und die verunglückten Fahrgäste, sondern auch die Angehörigen beider Gruppen, Abholer, Anwohner des Unfallortes, beteiligte Bahnbedienstete, möglicherweise auch Journalisten oder zufällig Anwesende. Beim Verdacht einer schweren Infektionskrankheit wäre in einem solchen Falle Quarantäne angezeigt. Genau hier liegt auch das Unbehagen gegenüber der bereits erwähnten Psychopathologisierungstendenz. Bei einer Infektion zeigt sich nach der Inkubationszeit ein eindeutiges Ergebnis; im Bereich psychischer Traumatisierung gibt es dies nicht. Schaut man nach Radevormwald, Mogadischu, Herborn, Lengede, Ramstein, Remscheid und wie all die Orte akuter psychischer Traumatisierung sonst noch heißen, ist nur eines gewiß: Auch noch nach Jahren und Jahrzehnten zeigen sich Traumata oder brechen gar erst auf, so daß wir die Grundgesamtheit vorhandener PTSD-Fälle grundsätzlich nicht exakt erfassen können.

Was also kennen wir? Im Prinzip nur die Zahl derer, die das Glück hatten, auf Fachpersonale zu treffen, die zwischen der ihnen geschilderten Symptomatik und der (oftmals bereits lange) zurückliegenden akuten Traumatisierung einen Zusammenhang herzustellen wußten. Tatsächlich kennen wir nicht einmal diese Zahl, weil sie aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen weder zentral gesammelt noch in aggregierter Form zur Auswertung zur Verfügung stehen. Insofern kennen wir auch nicht den Anteil jener Patienten, deren geschilderte Symptome zu einer rein symptomatischen Diagnose und Therapie führten (z.B. wegen Kopf-, Rücken oder Magenschmerzen) und somit ursächlich falsch behandelt wurden. Ebenso wenig kennen wir die Zahl jener, die zwar eine (psycho)therapeutische Behandlung fanden, aber aufgrund eines spezifischen anamnetischen Blicks oder einer Therapiepräferenz ebenfalls nicht ursächlich behandelt wurden. Folglich also liegt nicht nur die Anzahl aller PTSD-Fälle im Dunkel, sondern auch die Anzahl jener Fälle, die aufgrund somatischer Symptome eine Behandlung nachsuchen. Die Zahl der eindeutig mit PTSD diagnostizierten Betroffenen ist somit wenig aussagekräftig. Ob sie wächst oder sich nur mehr Betroffene zu "outen" wagen, oder nur mehr Behandelnde gelernt haben, geäußerte Symptome zutreffend zuzuordnen, kann derzeit nicht entschieden werden.

Nun geht es nicht um zutreffende Zahlen um der Zahlen willen. Sie sind kein Selbstzweck, sondern nur die unverzichtbare Grundlage, um Art und Ausmaß posttraumatischer Stressbelastungen erkennen und beurteilen zu können. Dies rückt die grundlegende Bedeutung eines praktikablen Diagnoseschlüssels in den Vordergrund. Nur wenn Ärzte und Therapeuten gleichermaßen in der Lage sind, die Symptomatik akuter Traumatisierungen zu erkennen, lassen sich die geschilderten Verzerrungen minimieren. Die Chancen dazu stehen derzeit nicht gut. Zu divergent sind die Verfahren und Methoden, mit denen bereits während und unmittelbar nach belastenden Ereignissen hantiert wird. Es fehlt an vergleichbaren anamnes-

tischen und diagnostischen Verfahren, an standardisierten Interventionsinstrumenten und an geeigneten Qualitätskontrollen. Begleitende, nachsorgende und nacherhebende Standardverfahren sind gänzlich ungebräuchlich. Indikatoren für Heilerfolg stehen aus. Die Schlußfolgerung daraus ist unbequem: Wir wissen nicht, mit welcher Qualität und Quantität wir es bei psychischen Reaktionen auf belastende, gar extrem belastende Ereignisse zu tun haben. Ebenso wenig können wir mit derzeitigem Wissen hinreichend Genaues über die Wechselwirkungen zwischen Intervention und Traumatisierung sagen. In dem auf Etablierung zielenden Feld der Krisenintervention und Notfallseelsorge zirkulieren überwiegend die erfolgreichen (Selbst-)Erfahrungsberichte (vgl. Stähli und Schäfer in diesem Band). Fundierte Analysen, wie sie beispielsweise zu Eschede vorliegen (vgl. Helmerichs in diesem Band) sind dagegen rar; Mißerfolgsgeschichten fehlen gänzlich oder werden auch nicht gewollt (so weigert sich z.B. Mitchell, fremdevaluiert zu werden). Doch warum sollte ausgerechnet in diesem Bereich menschlichen Wirkens „Murphys Law“ außer Kraft gesetzt sein und nichts schief gehen? Zumindest ist nicht auszuschließen, dass auch unsachgemäße Interventionen und Betreuungs-/Nachbetreuungsmaßnahmen vorkommen und Traumen verschlimmern, vielleicht sogar erst bewirken, wie es ja auch in der Medizin iatrogene Effekte gibt.

Natürlich verschwinden durch diese Erwägungen weder die Tatsache der psychischen Traumatisierung noch die Notwendigkeit, sie behandeln zu müssen (vgl. Dombrowsky 1998a). Doch im Gegensatz zur empirisch schwer ermittelbaren „Tatsache PTSD“ lassen sich die Hilfsangebote wesentlich leichter erfassen, so dass eine gewisse Paradoxie entsteht: Einem zunehmend deutlicher umrissenen Angebot, von Kriseninterventions- über Betreuungsteams bis hin zur Notfallseelsorge, steht eine nur schwer faßbare Nachfrage gegenüber. Insofern könnte man auf eine „marktkonforme“ Selbstregulierung warten. Zum einen werden nur jene Angebote Erfolg haben, die eine echte Nachfrage finden und diese auch befriedigen, zum anderen vermag ein gutes Angebot auch eine Nachfrage zu wecken und damit einen Bedarf, so dass mittelfristig anhand der sich durchsetzenden Angebote auf Größe und Art der tatsächlichen Nachfrage geschlossen werden kann. Natürlich nützt die Anleihe beim Marktmodell nur für die Ermittlung quantitativer Leistungsflüsse. Wie bei anderen Hilfeleistungen auch handelt es sich bei Krisenintervention und Notfallseelsorge gerade nicht um die Erstellung und Verteilung privater, sondern öffentlicher Güter. Gleichwohl sollte dies nicht als Freibrief mißdeutet werden, gegen alle Kriterien von Markt und Wirtschaftlichkeit verstoßen zu dürfen. Gerade wenn Art und Umfang der Nachfrage noch unklar und die Angebote noch in der Entwicklung sind, spräche es für die Lauterkeit der Motive, genau die Klärung dieser inhaltlichen Fragen in den Vordergrund zu stellen und danach erst mit dem Aufbau einer flächendeckenden Versorgungsstruktur und der Beschaffung von Fahrzeugen, Bekleidung und Ausstattung zu beginnen.

Tatsächlich aber wird weitgehend umgekehrt verfahren. Es wird beschafft, ausgerüstet, ausgestattet, eingesetzt und (in dieser Reihenfolge) aus- und fortgebildet. Über Art und Umfang fehlen valide Grundlagen. Wieviele Debriefing-, Supervisions-, Kriseninterventions-, Betreuungsteams und Notfallseelsorger werden wirklich gebraucht? Ist die Nachfrage gleichverteilt, so dass ein flächendeckendes Angebot erforderlich wäre? Sollte zukünftig jede Hilfe leistende Organisation eigene Teams unterhalten und sie eigens ausbilden oder wäre eine einheitliche Grundausbildung sinnvoll? Wieviel Ärzte, Psychologen und Psychiater müssen für den Problembereich PTSD ausgebildet werden, um der Nachfrage ein adäquates Angebot gegenüberstellen zu können? Wer übernimmt in der „Rettungskette psychischer Traumatisierung“ welche Aufgabe? Welche Aufgaben sind überhaupt anzubieten und wie greifen sie ineinander?

## II. Die Erstellung des öffentlichen Gutes „psychische Nothilfe“

Der Bundeskongress „Notfallseelsorge und Krisenintervention“ zeigte im Ansatz auf, was sich unter dem Sammelbegriff „psychische Hilfe“ subsummieren läßt: Critical Incident Stress Management, Krisenmanagement, SBE, Betreuung, Nachsorge, Begleitung, Mediation, kollektive und individuelle Selbsthilfe. Allen Formen ist der Angebotscharakter eigen als prinzipielles Selbstverständnis: Die Angebote können angenommen oder abgelehnt werden, niemand wird ohne Einverständnis behandelt/betreut, doch soll niemand ohne Hilfe bleiben, wenn er sie erbittet/anfordert. Welche Hilfen werden angeboten?

Die Frage erscheint simpel, doch zeigt die Praxis, dass darüber keineswegs Klarheit besteht, selbst dann nicht, wenn man annähme, dass die quantitativen Unbestimmtheiten geklärt wären. Denkbar wäre eine Betreuungs-, Kriseninterventions- und Nachsorgekonzeption „aus einem Guss“, die dem psychisch Traumatisierten eine Art „Rundum-Hilfe“ anbietet, die von der Akut-Hilfe „On Scene“ und unmittelbar danach, über die Organisation und Reorganisation unterbrochener Alltagsroutinen, der Begleitung (Trost, Trauer), der Familien- und Angehörigenhilfe bis hin zu Dienstleistungen (Regulation: Behörden, Versicherung, Beerdigung) und der „Fallbegleitung“ (Weiterleitung, Einweisung, Krankenkasse) alle Ressourcen koordiniert und verfügbar macht. (Ansätze zeigte das niederländische Beispiel, vgl. Smeding in diesem Band.) Dies erforderte eine konzertierte Aktion von Gesundheitsfürsorge, Sozialämtern, Kranken-, Sozial-, Pflege- und Rentenversicherungen, Kirchen, karitativen Organisationen, Hilfsorganisationen und Akteuren der Krisenintervention.

In der Praxis funktioniert Krisenintervention gegenwärtig ganz anders. Aus den örtlichen Initiativen haben sich, je nach Geschick und bestehenden Vernetzungen, organisatorische Einbindungen ergeben, die im Prinzip zu zwei Verfahren der Zuziehung geführt haben: a) der Anforderung durch den Einsatzleiter vor Ort und b) der Alarmierung über die Einsatzzentrale. Mischformen werden häufig praktiziert, also eine Nachalarmierung von Kriseninterventionskräften über die Einsatzzentrale, sobald vor Ort Bedarf erkannt wurde.

Klärungsbedarf besteht noch immer in zentralen Bereichen. Es geht um Fragen der Akkreditierung vor Ort, der Alarmierungsreihenfolge und -priorität (besonders bei konkurrierenden Teams), der Unterstellung vor Ort, der Lenkung im Einsatz und der Verbindung zur Einsatzleitung. Insbesondere bei Grossschadenslagen und Katastrophen wäre ein Fachberater im Stab hilfreich, vielleicht auch ein „Leiter Krisenintervention“, - wobei Rangeleien zwischen Medizinern, Psychiatern und Psychologen unausweichlich scheinen. Organisatorische Probleme sind ebenso ungeklärt: Bedarf es eines Sammelplatzes für Traumatisierte, eines psychologischen Triage-Konzeptes beim Massenanfall Traumatisierter, einen besonderen Personenbegleit-Anhänger über den Status und die weiteren Maßnahmen?

Eine Übersicht über die bei Unfällen, Grossschadenslagen und Katastrophen potentiell zu behandelnden Personengruppen macht deutlich, dass mit spezifischen Bedürfnissen gerechnet werden muß, für die höchst unterschiedliche Angebote vorzuhalten sind. Dabei wäre es falsch, nur „Opfer“ und „Helfer“ zu sehen. Wahr ist vielmehr, dass bei jedem konventionellen Schadensereignis mehr Menschen einströmen, als den Ort verlassen. Bei Unfällen im A- und C-Bereich obwalten abweichende Bedingungen.

Tabelle 1: „Personengruppen bei Unfall und Katastrophe“

1.	Opfer
2.	Sekundär Betroffene
3.	Organisierte Hilfe
4.	Spontan Helfende
5.	Beziehungseinströmende
6.	Berufseinströmende
7.	Neugierige
8.	„Bystander“
9.	„Trespasser“

Jede Gruppe läßt sich genauer spezifizieren, so dass sich daraus die verschiedenen Bedürfnisse herleiten lassen. So befinden sich in Gruppe 5, den „Beziehungseinströmenden“, in erster Linie Angehörige, Freunde und sonstige den in 1 und 2 Genannten Nahestehende. Sie bedürfen der besonderen Behandlung, Betreuung und oftmals auch Abschirmung gegenüber Medien und Neugierigen (Beispiele: Herald of Free Enterprise; Abholer für Birgen Air Flughafen Berlin-Brandenburg). Bei kleineren Ereignissen strömen Nahestehende in Krankenhäuser oder Polizeistationen ein, um Informationen zu erhalten; manchmal weitet sich der Kreis der Nahestehenden aus ereignisspezifischen Gründen, z.B. bei Sportveranstaltungen, Festivals oder internationalen Veranstaltungen, so dass dann ganze Clubs, Reisegruppen oder sonstiges „Wir-Gefühl“ Geeinten wie Familien auftreten und sich auch so verhalten.

In Gruppe 6, den „Berufseinströmenden“, befinden sich zuvörderst Journalisten und ihre Dienstleister (Kameraleute, Beleuchter, Ton- und sonstige Techniker, Tross), sodann VIPs, also Vertreter aus Politik, Verbänden, Organisationen, Kirchen und sonstigen öffentlichkeitsrelevanten Institutionen, auch ausländische Vertreter (Botschaftsangehörige, Delegationen) sowie Unternehmen und Dienstleister. In Eschede wurden einige Journalisten selbst Opfer psychischer Traumatisierung und bedurften der Hilfe, was gleichermaßen auch für andere Einströmende zutreffen kann.

Von besonderer Bedeutung ist Gruppe 2, die „sekundär Betroffenen“, die nicht erkennbar verletzt, aber gleichwohl unmittelbar Beteiligte sind (Beispiel: unverletzte Insassen eines verunfallten Busses oder unverletzt Geborgene). Sie brauchen zumeist Betreuung, zumindest eine Grundversorgung (Trinken, Essen, Sitz- oder Ruhemöglichkeit, sanitäre Einrichtung). Dies gilt besonders für Ältere und für Kinder.

Gruppe 8 und 9, „Bystander“ und „Trespasser“, sind kein wirkliches Problem, aber zumeist den Einsatzkräften ein Ärgernis. Im Gegensatz zu Gruppe 7, den „Neugierigen“ handelt es sich bei ihnen um „normale“ Anwesende, also um Personen, die sich entweder ohnehin am Ort des Geschehens befanden oder sich hindurch bewegten (Anwohner, Geschäftsleute, Dienstleister, Lieferanten, Handwerker etc.). Viele von ihnen sind wertvolle Augenzeugen, oftmals auch Ersthelfer. Da sie am Ort waren, besteht für sie kein unmittelbar einsichtiger Grund, sich zu entfernen. Neugierige dagegen strömen absichtsvoll zum Ort des Geschehens, das Ereignis ist der Grund zum Kommen.



Gruppe 4, „Spontanhilfe“, ist für die Krisenintervention ein Problem, weil es sich hier um Menschen handelt, auf die kein Gemeinwesen verzichten kann, die sich aber insbesondere bei gravierenden Ereignissen in ihrer eigenen Belastbarkeit täuschen und sich somit leicht überfordern. Dies ist ihnen während ihres Handelns/Helfens kaum zu vermitteln und wirkt als doppelte Brüskierung: Als Ablehnung ihres Engagements und als öffentliche Herabsetzung.

In Gruppe 3, der „organisierten Hilfe“ finden sich neben Polizei, Feuerwehr und den Rettungsdiensten, je nach Schwere und Ausmaß des Ereignisses, alle Hilfsorganisationen sowie verschiedene andere Organisationen und Dienste, wie z.B. BGS (z.B. bei Bahnunfällen), Bundeswehr (Oderhochwasser), Veterinärdienst (z.B. bei Tiertransportunfall), Luftfahrtbundesamt, BKA, LKA und Sondereinheiten (bei Flugunfall oder bei Straftaten, bei Erpressung, Terrorismus oder Geiselnahme) Weitere Dienste und Spezialisten können hinzugezogen werden. Berufs- und einsatzbedingte psychische Traumatisierungen sind nicht ausgeschlossen und bedürfen dann ebenso der Hilfe.

Auf der Zeitschiene wäre demnach vom Ereignisbeginn an zu unterteilen und wie bei der sogenannten Rettungskette nach Abfolge und Übergabemodalitäten von Hilfe zu fragen. Wer hilft wem nach welcher Maßgabe? Wie erkennt man, ob Selbst- und Laienhilfe ausreicht? Woran läßt sich die Schwere eine akuten psychischen Traumatisierung „on scene“ erkennen und zutreffend diagnostizieren? Wonach entscheidet sich, ob ein Betroffener an einen Arzt weitergegeben wird oder an eine hilfreiche Nachbarin, die gut Trösten kann (wie in Eschede geschehen)?

Reanalysiert man zugängliche Einsatz- und Erfahrungsberichte von KITEams, so fallen Aussagen auf, wie: „Ich hab´ gleich gesehen, dass es dem nicht gut ging“, oder: „Inzwischen habe ich ein ganz gutes Gespür dafür, wer Hilfe braucht und wer nicht“. Manche Helfer behaupten, es anderen „an der Nasenspitze anzusehen“, andere gehen einfach über den Einsatzort und schauen nach „typischen Anzeichen“ wie Gesichtsblässe, Durchblutungsflecke, mimisches Zucken, Zittern usw.. Eine verlässliche „On-Scene-Differentialdiagnostik“ gibt es noch nicht, wer drei Mal im Einsatz war hält sich schon für erfahren.

Vergleicht man zudem die inzwischen vielfältig vorliegenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge, so fallen die Unterschiede ins Auge, nicht nur im Umfang, auch in den Schwerpunkten, den Zuordnungen zu „Schulen“ (dominant: Mitchell) und Therapieformen (dominant: Gesprächstherapie). Generell herrschen Unterschiede vor, am wenigsten in der Ausrüstung und Ausstattung, am schärfsten im Bereich Supervision, Evaluation und Erfolgskontrolle. Dies muß angesichts der Tatsache, dass hier in Grenzbereichen an menschlichen Schräubchen gedreht wird, bedenklich stimmen.

Legt man deshalb um der Behandelten willen strenge Maßstäbe an, so wäre als erstes Vergleichbarkeit in Ausbildung, Maßnahmen, Verfahren und Ergebnissen zu fordern. Der einfachste Weg, dies zu gewährleisten, findet sich im Qualitätsmanagement von Unternehmen und mehr noch in dessen Adaptionen für medizinische und präklinische Dienste. Längst wird dort nach den Grundzügen der ISO 9000-Familie (vorwiegend nach 9004-2) zertifiziert. Überträgt man diese Ansätze auf Krisenintervention und Notfallseelsorge, so wären, wie im Fertigungsprozess, die drei Grundbereiche und ihre zentralen Merkmale zu erfassen:

1. Strukturqualität  
Aufgaben  
Verantwortlichkeiten  
Kompetenz

## Aufbau

1. Prozessqualität
  - Abläufe
  - Steuerungen
  - Verfahren
  - Schnittstellen
  
1. Controlling
  - Dienstleistung
  - Dienstleistungserbringung
  - Erfolg

Als besonders bedeutsam für die Strukturqualität ist die Kompetenz, also Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Einspeisung der praktischen Erfahrungen.

Als besonders bedeutsam für die Prozessqualität sind validierte Verfahren zur On-Scene-Diagnostik, zur Gesprächsführung und zur Weiterleitung an übergeordnete Kompetenz.

Als besonders bedeutsam für das Controlling sind die Einsatznachbereitung, das Debriefing, die Supervision und die Erfolgskontrolle über die angewandten Massnahmen. Zum letztgenannten gibt es bislang keine Verfahren.

Schaut man sich das weitere an, welche Unterpunkte der drei Grundbereiche bislang wirklich auf professionelle Weise definiert sind, so muß festgestellt werden, dass Krisenintervention und Notfallseelsorge in der Breite eher Aktivitäten respektablen „Good Will“ sind und weniger Maßnahmen, die eindeutige und vor allem vergleichbare Gütekriterien erfüllen. Dies trifft nicht die seit langem höchst professionell und stabil arbeitenden Einrichtungen hoher Reputation, sondern, nochmals, die Breitenarbeit. Sie muss über das Maß des Üblichen im Sinne einer Hilfe nach „gesundem Menschenverstand“ und „Gottvertrauen“ in Richtung auf bemessbare Qualität fortentwickelt werden.

### III. Das Maß des “Üblichen”

Ungeachtet aller quantitativen Erfassungsprobleme bezieht sich die Feststellung psychischer Belastungsreaktionen jenseits des *üblichen* Maßes auf eine nicht näher bestimmte Relation zwischen individueller Erfahrung und dem gesellschaftlichen Erfahrungshorizont, innerhalb dessen sich die Individuen bewegen. Man könnte eine Art Normalverteilung unterstellen, derzufolge jede Gesellschaft durch übliche Erfahrungen gekennzeichnet ist, ähnlich wie durch Sprache, Bildungs- und Ausbildungsmuster, Normen, Werte und Lebensstile. Dem Alltagsdenken erscheint eine solche Vorstellung durchaus plausibel. Bis hin zu Konfektionsgrößen ist unser Leben von Normungen auf der Basis von Durchschnittsdurchdrungen, warum nicht auch das Maß unserer psychischen Belastbarkeit?

Natürlich ist Glück oder Schmerz nicht individuell meßbar, andererseits zeigen gerade Messungen, daß es sehr wohl kollektiv vergleichbare Bandbreiten des Empfindens gibt. Insofern sind Glücks- oder Schmerzerfahrungen, wie generell alle Erfahrungen, nicht allein Ausfluß individueller Dispositionen. Was die Individuen einer jeden Gesellschaft erfahren *können*, ermittelt sich nämlich erst während des Erfahrens selbst. Der Prozeß des Erfahrens

orientiert sich in beständiger Rückkoppelung an individuellen Dispositionen, die bis hin zur Tagesform sehr weitreichende Bezüge einschließen, und an gesellschaftlich vorgegebenen Bezügen, die permanent darüber Auskunft geben, welche Erfahrung erlaubt und welche verboten sind, *wie* die jeweilige Erfahrung normativ skaliert wird und wie sie individuell vorgenommen und eingebaut werden *sollte*.

Die meisten grundlegenden Erfahrungen sind in ritualisierte und symbolische Bezüge eingefasst. Ob es sich um Schulanfang oder die erste Liebe, um Berufsbeginn oder Scheidung handelt. Immer finden sich Umgangsformen, Kommunikationsformen und Strukturierungsformen, durch die der Handlungskern sozial und sozialisiert wird. So wie jede Zeit und jede Gesellschaft ihre Vorstellung von "gutem Benehmen" oder von "fairem Verhalten", von "typisch männlich" und "typisch weiblich" hervorbringt, so treibt sie auch Vorstellungen von "üblicher Belastbarkeit" hervor. Gleichen wir unseren Sprachschatz mit den sozialen Situationen ab, in denen diese Vorstellungen in Anwendung gebracht werden, gewinnt das normative Muster "Belastbarkeit" unmittelbar Gestalt. Sätze wie: "Stell' Dich nicht so an!", "Da muß man halt durch!", "Indianer kennen keinen Schmerz!" oder "Kneif die Backen zusammen!" umreißen das Muster.

Im empirischen Sinne ist die Postulierung eines einheitlichen Erfahrungshorizontes sicherlich problematisch. Gleichwohl muß man von dessen Erfahrbarkeit zumindest in dem Sinne ausgehen, daß er jedem Gesellschaftsmitglied wenigstens der Möglichkeit nach erfahrbar ist. Ansonsten wäre nicht nur die Rede vom *Üblichen* sinnlos, sondern auch die Annahme gesellschaftlich durchgängiger Orientierungen. Doch so wie es Kultur als Gesamtmenge und darin eingeschlossene Subkulturen als Teilmengen gibt, lassen sich auch Erfahrungshorizonte spezifischer Gruppen innerhalb der Gesamtmenge aller gesellschaftlich möglichen Erfahrungen denken, die von anderen Teilgruppen nicht nachvollziehbar sind oder gar nicht für möglich gehalten werden. Insofern ist die Indizierung posttraumatischer Streßsyndrome anhand von Symptomen, die *die übliche menschliche Erfahrung* übersteigen, nur als Metapher zu verstehen, ähnlich einer Richterskala für PTSD: Genau wie bei Erdbeben werden dann jedem Wert auf der Skala Auswirkungen zugeordnet, von denen aus sich auf die Stärke des Bebens rückschließen läßt. Sodann müßte die Skala in dem Sinne geeicht werden, als man die Bevölkerung befragt, bis zu welchem Grad sie die Belastungssymptome noch für üblich hält und ab welchem Grad das Übliche überstiegen wird.

Empirisch käme hier sicherlich am ehesten die Bedeutung der Aussage zum Vorschein, daß sich die Einheitlichkeit des gesellschaftlichen Erfahrungshorizontes auflöst. Befragt man z.B. Polizisten nach ihren Erfahrungen im Umgang mit Straftätern aus osteuropäischen Staaten, so wird gleichlautend auf die extreme Differenz zwischen hier und dort üblichen Gewaltformen und -schwellen hingewiesen. Die hohe Bereitschaft dieses Täterkreises, auch schon bei Bagatellanlässen mit einer Brutalität zu reagieren, die in der eigenen Gesellschaft unüblich ist, zeigt, daß

1. beim Zusammentreffen differenter "Üblichkeiten" extreme Belastungen auftreten;
2. die Größe der Differenz die Unangepaßtheit und damit den Mangel an Korrespondenz ausdrückt und
3. Korrespondenz nicht in beide Richtungen gleichermaßen herstellbar ist, also die eine Seite nicht so schnell pazifiziert werden kann, wie sich die andere Seite brutalisiert.

Die Folgen solcher differenter Üblichkeiten sind also schwerwiegend und sie gelten auch für den gesamten Bereich des Helfens bei Unfällen und Katastrophen. Auch dort gilt, daß sich die "Dienstklasse für Scheiternsfälle" nicht nur im professionellen Sinne spezialisiert und

damit vom Durchschnitt der gesellschaftlich verfügbaren Hilfekenntnisse entkoppelt, sondern auch im Sinne wahrnehmenden Erfahrens und Erlebens: Da sie zu entsorgen hat, was Gesellschaft in letzter Konsequenz gar nicht zu vollem Bewußtsein kommen lassen will, reserviert sich die Realität des Scheitern zunehmend für diese Dienstklasse. (Der Rest sieht Katastrophenfilme und Action-TV, um den Preis, Fiktion für Realität zu halten.) So wie sich die Dienstklasse in ihren Kompetenzen und Kenntnissen spezialisiert, differenziert sie sich auch in ihren Erfahrungen und Erlebnissen hin auf ein nur noch für sie Übliches, das für den Rest der Gesellschaft zunehmend zum Unüblichen wird. Die Folge ist eine wachsende Kluft zwischen Laien und Helferschaft, eine gesellschaftlich durchgängige Unkenntnis über die Erfahrungen und Belastungen der Helferschaft und damit auch ein Rückgang an Korrespondenz. Dieser Rückgang wirkt doppelt negativ, weil er zum einen die in die Helferschaft nachrückenden Generationen immer unbedarfter und zum anderen die Realität des Scheitern immer weniger kommunizierbar macht. Die Dienstklasse fühlt sich damit zunehmend unverstanden, während die Gesellschaft ihre Dienstklasse zunehmend als "Staat im Staate" wahrnimmt.

Versuchte man nun, für die differenten Üblichkeiten Eichungen zu entwickeln, so ließen sie sich bereits aus der Differenz der Durchschnitte ableiten: Für Helfer ist üblich, was für Laien bereits extrem unüblich ist. Weit schwieriger wäre es, für beide Gruppen ein gemeinsames Eichmaß abzuleiten, was sich vermutlich leichter vom Ende absolut erscheinender Extremereignisse aus bestimmen ließe als umgekehrt von den Erfahrungshorizonten des jeweils Üblichen. Folter z.B. erscheint ohne zu zögern als Erfahrung, die das für alle Übliche bei weitem übersteigt. Sie birgt, ohne jeden Bezug zum je speziellen Üblichen, eine so eigene, furchtbare Qualität, daß selbst die Bezugnahme zu ihrer empirischen Üblichkeit - immerhin wird in beinahe zwei Dritteln aller Staaten dieser Erde zeitweise oder dauerhaft gefoltert! - als Perfidie erscheint. Gerade das Beispiel Folter zeigt, daß die Relation Üblich/Unüblich offensichtlich eine andere Bedeutung hat. In unserem Verständnis von Humanität wandelte sich Folter ja auch dann nicht zum Besseren, avancierte sie zur üblichen Umgangsform aller Gesellschaftsmitglieder; vielmehr hielten wir dann die ganze Gesellschaft für inhuman. Doch so korrekt dies im moralischen Sinne sein mag, so unschlüssig ist es im logischen. Der Rekurs aufs Übliche ist quantitativ. Folterten sich alle wechselseitig, so wäre dies moralisch verwerflich aber gleichwohl üblich. Was überstiege dann dieses Übliche? Nicht zu foltern?

#### IV. Die ethische Grundlage

Von der inneren Logik her wird jedes über das Übliche Hinausgehende als gleichartige Steigerung vorgestellt, also als noch Schlimmeres. Von Bedeutung ist dabei selbstverständlich nicht, ob sich Folter noch verschlimmern läßt, (obgleich daran beständig gearbeitet wird), sondern vielmehr der Versuch, einen Grenzwert zu definieren, also einen Moment, von dem an das Übliche überstiegen wird. Dieser Moment selbst ist nicht Gegenstand rein *mehrheitlicher* Erfahrung, sondern Gegenstand *ethisch befürwortbarer Wertsetzung*. Als Qualitätsmarken solcher Grenzwertbestimmung können die Menschenrechte oder auch die Gesundheitsdefinition der WHO betrachtet werden. Eine solche Anbindung von Quantität an Qualität enthebt uns der Dilemmata, die ein ausschließlich mehrheitlich bestimmtes "Übliches" skurril hervortreibt: Die übliche Folter war ein skurriles Beispiel, das mehrheitliche Befinden über die Todesstrafe wäre ein anderes. Auch das Beispiel der Vergewaltigung zeigt die ethische Sprengkraft, da Vergewaltigung immer Vergewaltigung bleibt, selbst wenn sie zur üblichen Sexualpraktik verkäme und somit die übliche Erfahrung nicht mehr überstiege. Gerade weil die ethischen Prinzipien immer von neuem in Gefahr stehen, verletzt zu werden, stellt die Durchdringung von Quantität und Qualität immer wieder vor die Notwen-

digkeit, die Sachverhalte aufs Schärfste zu durchdenken. Was in einer Gesellschaft üblich ist, muß keinesfalls für alle gelten oder deswegen gar akzeptabel werden. Man denke hier nur an die Knabenliebe der Antike oder an noch immer praktizierte Beschneidungsrituale. Die Straftatbestände der Verbrechen gegen die Menschlichkeit markieren exakt, aber noch immer unvollständig die Scheidelinie, die das ethisch Übliche von dem in manchen Gesellschaften Üblichen trennt - aus guten Gründen!

Bezogen auf den Ausgangspunkt bedeutet dies nun, daß PTSD nur insofern als Resultat einer übersteigerten, negativen Abweichung von einer als üblich definierten Referenzerfahrung angesehen wird, als die Referenzerfahrung sowohl quantitative, durchschnittliche Erfahrungen einbezieht, wie auch qualitative, ethisch begründete Grenzwerte für menschliche Erfahrung. Als Bezugsmaßstab kann auch hier die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation gelten, die ausdrücklich die allgemeinen menschlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen einbezieht und auf die generellen Menschenrechte der Vereinten Nationen rekurriert. Dort heißt es in der Präambel, die Paket 1 (die politischen und bürgerlichen Rechte) und Paket 2 (die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte) verzahnt:

“Das Ideal vom freien Menschen, der frei von Furcht und Not lebt, kann nur verwirklicht werden, wenn Verhältnisse geschaffen werden, in denen jeder seine wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte ebenso wie seine bürgerlichen und politischen Rechte genießen kann.”

Die 1976 in Kraft getretenen und inzwischen von 135 Staaten ratifizierten Rechte sind auch deshalb für das Thema “psychische Gesundheit” von Bedeutung, weil insbesondere das 2. Paket, die sogenannten WSK-Rechte, ethische Grenzwerte umreißt, die

- a) für die Wirtschaftlichen Rechte das Recht auf Arbeit, auf gerechte Arbeitsbedingungen, auf Gewerkschaftsbildung und auf soziale Sicherheit nennen,
- b) für die Sozialen Rechte den Schutz der Familie, insbesondere für Mütter und Kinder, das Recht auf angemessenen Lebensstandard und das Recht auf Gesundheit, das dann von der WHO konkretisiert wird. Und schließlich
- c) für die Kulturellen Rechte das Recht auf Bildung und auf die Teilnahme am kulturellen Leben.

Beiden Paketen, die bereits 1966 formuliert wurden, merkt man ihren defensiven Charakter an. Es sind Schutzrechte für Entrechtete, doch scheint es an der Zeit, das defensive Übergewicht abzubauen. Wie notwendig dies wäre, zeigt sich, wenn man das Recht auf Gesundheit und das Ideal, dieses wie alle Menschenrechte frei von Furcht und Not genießen zu können, ernst nimmt und bereits als präventive, fürsorgliche Maßnahme umzusetzen sucht. Dann wird zwar einerseits deutlich, daß Helfern wie Betroffenen, die extreme psychische Belastungen hinnehmen müssen, keine Schutzrechte vorenthalten oder sie gar zu Entrechteten gemacht werden, sie aber andererseits durchaus in eine Lage geraten können, in der sie die ihnen zustehenden Grundrechte nicht mehr genießen können, weil sie sich weder im Sinne des Rechtes auf Gesundheit wohlfühlen, noch vollständig arbeits- und beziehungsfähig sind und deshalb auch nicht angemessen am kulturellen, familialen und geselligen Leben teilnehmen können.

## V. Praktische Implikationen

Die alltagspraktischen Bezüge der bisherigen Überlegungen ergeben sich aus zwei Momenten. Das eine resultiert aus den ethischen Grenzwerten, im Sinne von Höchstgrenzen gegenüber psychischer Überanspruchung. Darin einbezogen ist die moralische Verpflichtung, für diejenigen, die für die Gesellschaft die "Dreckarbeit" machen, auch angemessen zu sorgen. Das andere Moment ergibt sich aus der arbeitsteilig bedingten Auflösung eines gemeinsamen Erfahrungshorizontes in wechselseitig abgeschottete, nur noch schwer kommunizierbare und vermittelbare Horizonte aus speziellen Erfahrungen. Ergänzen sich beide Momente pessimal, entstehen isolierte, nur noch auf sich selbst bezogene Dienstklassen mit einer Binnendifferenzierung entlang ihrer Fachdienste, denen Gesellschaft teilnahmslos gegenübersteht. Funktionieren die Dienstklassen erfolgreich, entziehen sie der Gesellschaft nicht nur die Gründe, die zu ihrer Entstehung führten, sondern auch die Möglichkeit, diese Gründe zu reflektieren, erfahrbar zu belassen und darüber als Grund für die Existenz dieser Dienstklassen zu respektieren. Tendenzen zu einer solchen pessimalen Entwicklung sind absehbar, sowohl an der wachsenden Geringschätzung gegenüber den weit ins private Leben wirkenden Konsequenzen freiwilligen und ehrenamtlichen Engagements, als auch an der wachsenden Unfähigkeit, mit den Kehrseiten von Sicherheit und Fortschritt noch kompetent umgehen zu können.

Doch auch für die Helferschaft wäre diese pessimale Entwicklung nicht folgenlos. Für sie bedeutet die wachsende Differenz ihres üblichen Erfahrungshorizontes zum allgemein üblichen, gesellschaftlichen Erfahrungshorizont nicht nur ein fachliches Spezialistentum, das sich kaum mehr über die eigenen Fachgrenzen hinweg kommunizieren läßt, sondern auch eine viel weiter reichende Isolierung bis hinein in alle anderen Lebensbezüge: Ihre Erfahrungen, zumal die belastenden, werden unkommunizierbar. In gewissem Sinne finden sich darin Ansätze von Menschenrechtsverletzung, weil durch die pessimale Verschränkung beider Momente eine Situation entsteht, wie sie sich auch bei absichtsvoll bewirkter Beeinträchtigung ergibt: Einschränkung der Arbeits- und Erlebensfähigkeit, berufliche, soziale und emotionale Isolation, Reduktion von menschlicher Teilhabe. Zu fragen also wäre, wie es gelingt, den nicht gewollten und nicht geplanten Tendenzen beider Momente hin zu ihrer pessimalen Verschränkung entgegenzuwirken?

Um diese Frage beantworten zu können, muß geklärt werden, wie Individuen Erfahrungen verarbeiten, die das übliche Maß überschreiten und was mit diesen Personen und ihrer sozialen Umwelt geschieht, wenn sich solche "unüblichen" Erfahrungen nicht, oder nur unvollständig in die Biographie und die sozialen Beziehungen einbauen lassen. Resick, Schnicke und Markway (1991:25) haben solche unüblichen Erfahrungen als "schemadiskrepante Information" bezeichnet und darauf verwiesen, daß sie sich nicht mit den bestehenden Wahrnehmungs-, Erklärungs- und Überzeugungsmuster verarbeiten lassen. Gerade dieser Hinweis ist von Bedeutung, weil er auf die Tatsache verweist, daß es in der Regel nicht ausreicht, die schemadiskrepante Information zu reinterpretieren oder zu modifizieren, sondern daß auch der informationsverarbeitende Apparat, also der betroffene Mensch selbst der Veränderung bedarf. Dies aber gelingt nur, wenn wir in der Lage sind, Qualität zu definieren und die Quantität des das Übliche Übersteigenden zu bemessen. Unterlassen wir beides, wird doppelte Scharlatanerie zum Üblichen: Die Erschleichung oder gar Erpressung öffentlicher Leistungserbringung für ein Leiden, das alsbald nur noch zum Genuss dieser Leistungen nach dem Maß ihrer Steigerung aufgebauscht werden muß. Die wirklich Leidenden werden dann doppelt Leidtragende, weil sie leiden ohne Glauben zu finden.

Literatur

Bleich, A./Dyclan, A./Koslowsky, M./Solomon, Z.: "Psychiatric Implications of Missile Attacks on a Civilian Population", J. AM. MED. ASSOC. 268 (1992):613-615

Bromet, E.J./Parkinson, D.K./Dunn, L.O.: "Long-term mental health consequences of the accident at Three Mile Island", INT. J. MENTAL HEALTH 19,1990,2:48-60

Dombrowsky, W.R.: Verhalten von Menschen in Extremsituationen. Stress, Belastungsreaktionen und Krisenintervention. In: Dokumentation "Wer hilft dem Helfer?" Stakenburger Fachtagung 1997. Deutsches Rotes Kreuz Stakenburg. Darmstadt 1998 (a) Pp. 1-22

Dombrowsky, W.R.: Das Verhalten von Menschen in Extremsituationen. In: Dokumentation "Das steckt niemand so einfach weg... Psychologische und ethische Probleme der Helfer in Katastropheneinsätzen und im Rettungsdienst". Interdisziplinäre Fachtagung 01.-02.11.1996 in Darmstadt. Bonn: Akademie des DRK 1997 Pp. 5-15

Dombrowsky, W.R.: "Das Ehrenamt - noch eine Ehre?", NOTFALLVORSORGE 3/1998 (b)

Geißler, R.: "Das gefährliche Gerücht. Über "die" kriminellen Ausländer und die Gesetzestreue", FRANKFURTER RUNDSCHAU Nr. 123 vom 29.05.1998:20

Guidelines for the Development of a Psychological Support Programme for Victims of Disasters and other Stressful Life Events. Int. Fed. of Red Cross and Red Crescent Societies, Genf 1993 (2074)

Helzer, J.E./Robins, L.N./McEvoy, L.: "Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiological catchment area survey", N. ENGL. J. MED. 317:1630-1634

Jahn, Th.: "Geschöntes Bild. Die offizielle Statistik täuscht - rund ein Fünftel der Ostdeutschen ist unterbeschäftigt", DIE ZEIT Nr. 9 vom 23.02.1996:34

Jatzko, H./Jatzko, S./Seidlitz, H.: Das durchstoßene Herz. Ramstein 1988. Beispiel einer Katastrophen-Nachsorge. Oldenburg: Stumpf & Kossenday 1995

Joosten, H.: "Die ewige Suche nach dem Täter", DIE ZEIT Nr. 30 vom 21.07.1995:24

Krämer, W.: So lügt man mit Statistik. Frankfurt/M., New York: Campus 1992

Lütge, G.: "Die Wunder der Statistik. Ein Vergleich der nationalen Arbeitslosenquoten führt in die Irre", DIE ZEIT Nr. 47 vom 14.11.1997:27

Pfeiffer, Chr.: "Politik der großen Zahl", Der Kriminologe Christian Pfeiffer über Bonner Tricks im Umgang mit der Verbrechensstatistik. DER SPIEGEL Nr. 24 vom 13.06.1994:53-57

Pfeiffer, Chr.: "Die im Dunkeln sieht man nicht", DIE ZEIT Nr. 30 vom 21.07.1995:23

Quarantelli, E.L.: "An assessment of conflicting views on mental health: The consequences of traumatic events", in: Figley, Ch. (ed.): Trauma and its wake. New York: Brunner & Mazel 1985

Quarantelli, E.L.: "The controversy on mental health consequences of disasters", in: Groups and Organizations in War, Disaster and Trauma. Bethesda, MD: Dept. of Psychiatry, Uniformed Services University of the Health Sciences. 1987:1-35

Resick, P.A./Schnicke, M.K./Markway, B.G.: The relationship between cognitive content and Posttraumatic Stress Disorder. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New York, N.Y. 1991

Schenk, E.G.: "Seelische Veränderungen infolge Gefangenschaft unter extremen Lebensverhältnissen", DER MEDIZINISCHE SACHVERSTÄNDIGE 80,1984,2:29-32

Schnyder, U./Sauvant, J.-D. (Hg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, Göttingen u.a.: Hans Huber 1993

Suttker, P.B./Allain, A.N.J./Winstead, D.K.: "Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans", AM.J.PSYCHIATRY 150 (1993):240-245

Wahrheit, G.J.: "Disasters and their mental health consequences", in: Lysted, M. (ed.): Mental Health Response to Mass Emergencies. New York: Brunner & Mazel 1988