

Masterarbeit im
Masterstudiengang „Kriminologie, Kriminalistik und Polizeiwissenschaft“
Juristische Fakultät
Ruhr-Universität Bochum

**Polizeieinsätze mit
psychisch erkrankten Menschen**
Eine explorative, qualitativ-empirische Interviewstudie

Erstgutachter:

Prof. Dr. Thomas Feltes M.A.
Ruhr-Universität Bochum

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Georg Juckel
Ruhr-Universität Bochum

Vorgelegt von:

Simone Agnes Efke
Matrikelnummer: 108117204235
simone.efkemann@rub.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1 Psychische Erkrankungen.....	4
2.1.1 Allgemeine Aspekte.....	4
2.1.2 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen.....	5
2.1.3 Psychiatrische Versorgung.....	6
2.1.4 Polizeirelevante Aspekte.....	8
2.2 Polizeieinsätze mit psychisch erkrankten Personen.....	10
2.2.1 Rahmenbedingungen.....	10
2.2.2 Spannungsfeld der polizeilichen Rolle.....	13
2.2.3 Verhältnis von Polizei und Psychiatrie.....	14
2.3 Polizeibeamte im Kontakt mit psychisch erkrankten Personen.....	15
2.3.1 Einstellungen und Wissen.....	15
2.3.2 Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen.....	17
2.3.3 Verfahrensgerechtigkeit.....	21
2.4 Entscheidungen von Polizeibeamten bei Einsätzen mit psychisch erkrankten Personen.....	22
2.4.1 Polizeigewahrsam oder psychiatrische Unterbringung.....	22
2.4.2 Kriminalisierung.....	23
2.5 Forschungsfrage.....	25
3. Studiendesign.....	26
3.1 Methodisches Vorgehen.....	26
3.1.1 Exploratives Studiendesign.....	26
3.1.2 Leitfadengestützte Einzelinterviews.....	27
3.1.3 Zielgruppe.....	28
3.1.4 Datenschutz und Genehmigungen.....	29
3.2 Datenerhebung.....	31
3.2.1 Sampling und Rekrutierung.....	31
3.2.2 Rahmenbedingungen und Stichprobe.....	33
3.3 Datenauswertung.....	34
4. Ergebnisse.....	38
4.1 Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen..	38

4.1.1	Bewertung des Umgangs	38
4.1.2	Einflussfaktoren	40
4.1.3	Relevanz des Umgangs	42
4.2	Entscheidung zur Unterbringung vs. Polizeigewahrsam	44
4.2.1	Entscheidungsprozess und Kriterien	44
4.2.2.	Relevanz polizeilicher Einschätzung und Entscheidung	46
4.3	Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie	49
4.3.1	Bedeutung der Zusammenarbeit und Regelungen	49
4.3.2	Bewertung der Zusammenarbeit	51
4.3.3.	Rollenverständnis	54
4.4	Ablauf von Polizeieinsätzen	56
4.4.1	Zu- und Rückführungen	57
4.4.2	Amtshilfe innerhalb der Klinik	58
4.4.3	Entweichungen und Fahndungen	59
4.5	Verbesserungsvorschläge	59
5.	Diskussion	62
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	62
5.2	Beantwortung der Fragestellungen	66
5.2.1	Umgang der Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen	66
5.2.2.	Entscheidung zwischen Polizeigewahrsam und Unterbringung	67
5.2.3.	Zusätzliche Erkenntnisse zur Tätigkeit von Polizei und Psychiatrie	68
5.3	Einordnung in den theoretischen Hintergrund	69
5.3.1	Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen	69
5.3.2	Anwendung von polizeilichem Zwang	71
5.3.3	Verfahrensgerechtigkeit	72
5.3.4	Macht und Autorität	74
5.3.5	Kriminalisierung durch Entscheidungen der Polizei	76
5.3.6	Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie	77
5.4	Limitationen	79
6.	Fazit & Ausblick	81
7.	Literaturverzeichnis	III
Anhang A – Leitfaden Klinik	XII
Anhang B – Leitfaden Polizei	XIV

1. Einleitung

Psychische Erkrankungen sind in der heutigen Gesellschaft nach wie vor mit einem großen Stigma behaftet. Auch heute noch werden psychisch erkrankte Personen noch häufig als unberechenbar und gefährlich angesehen (Angermeyer, 2004, S. 246) und Berichte in den Medien über psychisch erkrankte Personen sind zumeist von Stereotypen und Stigmatisierung geprägt (Scherr, 2016, S. 5). Obwohl es keine verlässlichen Zahlen gibt, wird zum Beispiel immer wieder ein Anstieg von Straftaten durch psychisch erkrankte Personen sowie dadurch bedingt ein Anstieg von Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen postuliert. Ergebnisse internationaler Forschung sowie Schätzungen aus dem deutschsprachigen Raum lassen dabei tatsächlich vermuten, dass diese Einsätze einen hohen Stellenwert in der polizeilichen Tätigkeit einnehmen und auch mit besonderen Anforderungen an die beteiligten Polizeibeamten verbunden sind. (Hermanutz & Litzcke, 2004, S. 44ff.; Litzcke, 2003, S. 15ff.; Livingston, 2016, S. 854). Es ist jedoch nicht gesichert, dass sich diese Relevanz in einem tatsächlichen Anstieg von Kriminalität durch psychisch erkrankte Personen begründet. Dabei haben psychisch erkrankte Personen neben einer möglicherweise erhöhten Wahrscheinlichkeit Straftaten zu begehen vor allem auch ein höheres Risiko Opfer von institutioneller Gewalt zu werden (Steinert & Traub, 2016, S. 102f.). Während jedoch in der psychiatrischen Versorgung die Anwendung von Zwangsmaßnahmen seit einigen Jahrzehnten kritisch hinterfragt wird, scheint dieses Thema auf Seiten der Polizei kaum von Interesse zu sein. Dabei gehört die Ausübung staatlicher Gewalt im Rahmen der Gefahrenabwehr zu einer der grundlegenden Tätigkeiten von Polizeibeamten. Der Einsatz polizeilichen Zwangs und seiner Verhältnismäßigkeit sollte dabei grundsätzlich, in Hinblick auf vulnerable Gruppen aber in besonderer Weise reflektiert werden. Dabei scheint vor allem bei Patienten in psychischen Ausnahmesituationen ein besonnenes und vorurteilsfreies Vorgehen notwendig, um eine Eskalation sowie die Anwendung von Gewalt zu vermeiden. Nationale und internationale Forschungsergebnisse lassen dabei jedoch vermuten, dass Polizeibeamte nicht ausreichend ausgebildet sind, um den Umgang mit psychisch erkrankten Personen im Rahmen polizeilicher Einsätze deeskalativ zu gestalten und

so die Anwendung von Zwang zu verhindern (Morabito, Socia, Wik & Fisher, 2017a, S. 36; Thüne, 2014, S. 110f.). Dies kann in Extremfällen für die betroffenen Personen mit psychischen Erkrankungen tödlich enden. So kritisierte vor einigen Jahren ein Polizeiwissenschaftler, dass das Risiko Opfer eines (tödlichen) Schusswaffengebrauchs durch Polizeibeamte zu werden deutlich höher sei, wenn eine psychische Erkrankung vorliege (vgl. Peter, 2017). „Ihr Stigma der Gefährlichkeit macht sie zu Gefährdeten.“ (Bock, Niemann, Dorner, Makowski, Fabeck, Mahlke, Meyer & Finzen, 2015, S. 278).

Bisherige Forschungsarbeiten, die versuchen den Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen zu bewerten, beziehen sich dabei meist auf die Sichtweise der betroffenen, psychisch erkrankten Personen oder auf die Selbsteinschätzung der Polizeibeamten. Die Wahrnehmungen der Polizeibeamten und psychisch erkrankten Personen unterliegen aufgrund der Umstände solcher Situationen vermutlich jedoch subjektiven Verzerrungen. Studien zum Erleben von Polizeibeamten hinsichtlich Einsätzen mit psychisch erkrankten Personen haben dabei bisher vor allem ergeben, dass sich Polizeibeamte selbst im Hinblick auf den Umgang mit psychisch erkrankten Personen nicht ausreichend ausgebildet fühlen (Thüne, 2014, S. 110). Vor allem hinsichtlich der Anwendung von Zwang scheinen daher Schulungen wichtig, um die möglichen Defizite der Polizeibeamten zu verbessern. Um diese Defizite aus einer zusätzlichen Perspektive zu beleuchten und mögliche Ansatzpunkte für solche Schulungen abzuleiten, setzte die vorliegende Arbeit gezielt an einer weiteren Berufsgruppe an, die häufig in Einsätze der Polizei mit psychisch erkrankten Personen involviert ist: es wurden Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik befragt, um aus ihrer Sicht das Erleben von Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen zu schildern. Diese Befragung erschien vor allem sinnvoll, da die betreffenden Mitarbeiter als Experten für den Umgang mit psychisch erkrankten Personen angesehen werden können und zudem aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit sensibilisiert sind für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Ziel der Arbeit war es dabei, aus diesen Schilderungen mögliche Chancen und Defizite herauszuarbeiten sowie konkrete Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten.

Im theoretischen Teil der Arbeit wird dabei zunächst auf einige allgemeine sowie besonders polizeirelevante Aspekte von psychischen Erkrankungen

und der psychiatrischen Versorgung eingegangen (2.1). Zudem werden die strukturellen und institutionellen Besonderheiten von Polizeieinsätzen mit psychischen erkrankten Personen, inklusive der Zusammenarbeit aus Polizei und Psychiatrie, dargelegt (2.2). Anschließend wird eher auf individuelle Aspekte der Polizeibeamte eingegangen, in dem aktuelle Erkenntnisse zum Kontakt von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen (2.3) sowie zu Entscheidungen von Polizeibeamten in diesen Situationen (2.4) einschließlich der sich daraus ableitenden Forschungsfragen (2.5) geschildert werden. Im Weiteren wird im methodischen Teil der Arbeit das Studiendesign im Sinne des methodischen Vorgehens (3.1) einschließlich der Datenerhebung (3.2) und Datenauswertung (3.3) erläutert. Die anschließende Ergebnisdarstellung gliedert sich nach den Hauptfragestellungen in den Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen (4.1) und die Entscheidungen in diesen Situationen (4.2). Darüber hinaus werden die Aussagen der Interviewteilnehmer hinsichtlich der Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie (4.3), Abläufen von Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen (4.4) und konkreter Verbesserungsvorschläge (4.5) dargestellt. Im Diskussionsteil erfolgt nach einer kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse (5.1) die Beantwortung der zugrundeliegenden Fragestellungen (5.2) sowie die Einordnung in den theoretischen Hintergrund und der Abgleich mit vorherigen Forschungsergebnissen (5.3). Nach der Diskussion der Limitationen der durchgeführten Studie (5.5) folgt im Fazit (6.) eine abschließende Bewertung sowie die aus den Ergebnissen abgeleiteten Implikationen.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Psychische Erkrankungen

2.1.1 Allgemeine Aspekte

Psychische Erkrankungen werden aktuell im medizinischen Bereich nach den Kriterien der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) im Kapitel V unter „Psychische und Verhaltensstörungen“ (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort & Remschmidt, 2015) bzw. im psychologischen Bereich nach den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) (vgl. Falkai & Wittchen, 2015) diagnostiziert. Beide Systeme unterliegen fortwährender Überarbeitung, sodass immer wieder Diagnosen entfallen oder auch hinzukommen. Laut DSM-5 definieren sich psychische Erkrankungen bzw. Störungen als Syndrome, welche sich durch klinisch bedeutsame kognitive, emotionale oder behaviorale Dysfunktionen äußern. Dabei sind psychische Störungen zumeist assoziiert mit bedeutsamem Leid oder Einschränkungen in der Lebensführung. Sozial deviantes Verhalten und Konflikte zwischen Individuen und der Gesellschaft stellen jedoch nur dann eine psychische Störung dar, wenn sie auf eine entsprechende psychologische, biologische oder entwicklungsgemäße Dysfunktion zurückgehen (Falkai & Wittchen, 2015, S. 26).

Laut Angaben der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erfüllt etwa jede vierte erwachsene Person jährlich die Kriterien einer psychischen Erkrankung (DGPPN, 2018a, S. 4). Aus diesem Grund wird von psychischen Erkrankungen immer häufiger als Volkskrankheiten gesprochen, wobei sich jedoch die Häufigkeiten der verschiedenen Diagnosen voneinander unterscheiden. Am häufigsten finden sich Angsterkrankungen, affektive Erkrankungen, sowie Erkrankungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Auch die soziodemographischen Hintergründe der betroffenen Personen unterscheiden sich voneinander, sodass zum Beispiel einige Erkrankungen häufiger bei Frauen und wiederum andere häufiger bei Männern auftreten. Da nur ein kleiner Anteil der betroffenen Personen entsprechende Behandlung in Anspruch nimmt, können tatsächliche Zahlen zur Häufigkeit nur geschätzt werden (DGPPN, 2018a, S. 10). Ähnliches gilt für die zeitliche Entwicklung der Häufigkeit psy-

chischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft. Epidemiologische Studien (vgl. Zielke, 2014), die auch versuchen das Dunkelfeld zu berücksichtigen, sprechen dabei nicht für einen Anstieg der tatsächlichen Prävalenz. Es scheint jedoch relativ eindeutig zu sein, dass zumindest die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. So berichten Krankenkassen regelmäßig darüber, dass die Anzahl von Tagen an Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen inzwischen soweit angestiegen ist, dass sie zu den zweithäufigsten Gründen für diese zählen (Wölk, 2014, S. 52f.). Auch für die betroffenen Personen sind die Folgen chronischer psychischer Erkrankungen erheblich. So stehen psychische Erkrankungen an vierter Stelle der sogenannten Disability Adjusted Life Years (DALYs), dem Verlust gesunder Lebensjahre (DGPPN, 2018a, S. 18; Plass, Vos, Hornberg, Scheidt-Nave, Zeeb & Krämer, 2014, S. 629). Neben Folgen für die körperliche Gesundheit können psychische Erkrankungen zudem vor allem zu Arbeitslosigkeit und entsprechenden finanziellen Schwierigkeiten sowie sozialer Isolation führen (DGPPN, 2018a, S. 18ff.).

2.1.2 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Trotz der zunehmenden Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufgrund psychischer Erkrankungen und der damit verbundenen hohen gesellschaftlichen Relevanz unterliegen diese nach wie vor einer nicht unerheblichen Stigmatisierung (vgl. Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005). Ausgangslage hierfür sind negative Stereotypen gegenüber psychischen Erkrankungen, so beispielsweise die eingangs erwähnte Annahme, dass psychisch erkrankte Personen unberechenbar und gefährlich seien. „Der Prozess der Stigmatisierung gipfelt dabei in der Diskriminierung des Stigmaträgers.“ (Angermeyer, 2004, S. 246). Dabei beschreibt Angermeyer drei Formen von Diskriminierung: individuelle Diskriminierung, strukturelle Diskriminierung sowie Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung der betroffenen Personen. Während sich individuelle Diskriminierung vor allem über den Wunsch der Gesellschaft nach sozialer Distanz zu psychisch erkrankten Personen zeige, äußere sich strukturelle Diskriminierung vor allem durch eine Benachteiligung in sozialen Strukturen oder politischen Entscheidungen (Angermeyer, 2004, S. 247f.). Auch die psychiatrische Behandlung, vor allem

im Vergleich zur somatischen Versorgung, stellt aufgrund der eigenen Gesetzgebung durch die Psychisch-Kranken-Gesetze sowie die darin festgelegte Möglichkeit zur Anwendung von Zwang eine solche strukturelle Diskriminierung dar. Die Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung für die Betroffenen reichen dabei von Beeinträchtigungen des Selbstwerts über soziale bis hin zu behandlungsrelevanten Benachteiligungen (Angermeyer, 2004, S. 249f.). Mit der Zeit haben sich aus diesen Gründen verschiedene Bündnisse gebildet (z.B. der Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ (Angermeyer, 2004, S. 250)), die über gezielte Kampagnen versuchen gesellschaftliche Aufklärung über psychische Erkrankungen zu leisten und über diesen Weg der gesellschaftlichen Stigmatisierung entgegenzuwirken (Gaebel, Zäske & Baumann, 2004, S. 553ff.). Die Wirksamkeit solcher Anti-Stigma-Kampagnen konnte dabei in repräsentativen Bevölkerungsumfragen belegt werden, bei denen eine Abnahme des Wunschs nach sozialer Distanz in der Gesellschaft festgestellt werden konnte. Dabei wiesen die Autoren jedoch daraufhin, dass eine weitere Intensivierung solcher Bemühungen nötig sei (Baumann, Zäske, Decker, Klosterkötter, Maier, Möller & Gaebel, 2007, S. 794). Als Beispiel für einen solchen weiteren Ansatz zur Reduktion von Stigmatisierung zählt unter anderem die Diskussion über eine angemessene Terminologie von psychischen Erkrankungen, die über die Jahre einige Veränderungen erlebt hat. Während einerseits im fachlichen Kontext der Begriff *psychische Störung* als Übersetzung aus dem Englischen etabliert wurde, hat sich andererseits vor allem von der Seite der Betroffenen der Wunsch verstärkt stattdessen von *psychischen Erkrankungen* zu sprechen. Diese Formulierung wird auch in der aktuellen S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang der DGPPN (DGPPN, 2018b, S. 14f.) genutzt und wird in der vorliegenden Arbeit ebenfalls Anwendung finden.

2.1.3 Psychiatrische Versorgung

Mit der steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung geht auch ein erheblicher Wandel eben dieser einher. Dieser wurde nicht zuletzt durch die Psychiatrie-Enquête von 1975 angestoßen (vgl. Deutscher Bundestag, 1975). Ziel der damals angestrebten Psychiatriereform war in erster Linie die Verbesserung der Versorgungssituation und Lebensumstände von psychisch erkrankten Menschen – ein Ziel, welches auch heute noch verfolgt wird. Bis

zum damaligen Zeitpunkt bestand psychiatrische Versorgung in erster Linie aus der „Verwahrung“ psychisch erkrankter Personen in stationären Einrichtungen mit teilweise weit über tausend Betten, da sich unter anderem erst mit der Entwicklung von Antipsychotika sinnvolle Behandlungsmöglichkeiten für die meisten schwerwiegenden psychischen Erkrankungen ergaben. Als Gegenbewegung zu dieser *Verwahrrpsychiatrie* entwickelte sich infolge der Psychiatrie-Enquête vor allem die sogenannte Sozialpsychiatrie (Salize, 2012, S. 354), welche neben der verbesserten medizinischen (medikamentösen) Behandlung auch eine verbesserte psychosoziale Versorgung sowie langfristige (betreute) Wohnformen für psychisch erkrankte Personen forderte. In Folge dieser Bewegung kam es zu einem zunehmenden Abbau der großen psychiatrischen Anstalten zugunsten einer gemeindenahen Versorgung, welche auch heute noch in Form von sozialpsychiatrischen Diensten sowie Wohnheimen für psychisch erkrankte Menschen existiert (Jäger & Rössler, 2012, S. 390f.). Im Zuge der Verschiebung des Fokus weg von der rein stationären Versorgung ist das psychiatrische Hilfesystem deutlich komplexer geworden und beruht auf einer Zusammenarbeit verschiedenster stationärer, teilstationärer und ambulanter Einrichtungen. Es scheint jedoch, als wäre dieser Prozess trotz zunehmenden Abbaus von Klinikbetten noch nicht vollständig abgeschlossen. So berichtet Bramesfeld 25 Jahre nach Anstoß der Psychiatriereform, trotz entsprechender Bemühungen, das Fehlen einer flächendeckenden, gemeindenahen Versorgung (Bramesfeld, 2003, S. 263f.). Um die ambulante Versorgung zu stärken, werden jedoch Bemühungen und Ansätze zur strukturellen Veränderungen in den Versorgungs- und Finanzierungssystemen fortgesetzt (Deister, Zeichner, Witt & Forster, 2010, S. 335). Ähnliche Entwicklungen der Deinstitutionalisierung lassen sich auch in anderen Ländern, wie zum Beispiel Ungarn, England oder den Niederlanden beobachten (Salisbury, Killaspy & King, 2016, S. 10; Stubnya, Nagy, Lammers, Rihmer & Bitter, 2010, S. 411f.) und gehen dort teils mit deutlichen Verschlechterungen der Versorgungsqualität einher. So wird zum Beispiel aus den USA berichtet, dass der drastische Abbau psychiatrischer Betten zu einer Verlagerung von psychiatrischer Versorgung in die Gefängnisse geführt habe (Lamb & Weinberger, 2005, S. 533f.). Vor diesem Hintergrund der Deinstitutionalisierung ist es nicht verwunderlich, dass psychische Erkrankun-

gen auch für die Arbeit der Polizei immer relevanter werden, wenn Personen in akuten psychischen Krisen keine ausreichende, niederschwellige und zeitnahe Hilfe erhalten können. In diesen Fällen kommt es häufig zum Kontakt mit der Polizei (Coleman & Cotton, 2010, S. 53f.; Cotton & Coleman, 2010, S. 312; Lamb, Weinberger & DeCuir, 2002, S. 1266).

2.1.4 Polizeirelevante Aspekte

Psychische Erkrankungen stellen nicht nur einen zentralen Risikofaktor für selbstgefährdendes Verhalten zum Beispiel im Sinne von Suizidalität dar (vgl. Wolfersdorf, 2008), sondern gehen je nach Erkrankung auch mit einem erhöhten Aggressionspotential (Steinert & Bergk, 2008, S. 359ff.) und damit verbundener Fremdgefährdung einher. In solchen Situationen ist durch die vorliegende Gefährdung auch häufig die Polizei involviert. So empfiehlt auch Berzewski im Rahmen des Erstkontaktes bei der psychiatrischen Notfallversorgung außerhalb der Klinik aus Sicherheitsgründen die Hinzuziehung der Polizei (Berzewski, 2009, S. 7).

Aufgrund des typischen Verlaufs psychischer Erkrankungen sowie der Häufigkeit und des Gefährdungspotentials akuter Krankheitsphasen sind dabei jedoch einige psychische Erkrankungen relevanter für die Polizei als andere. Die Bedeutung dieser Erkrankungen für die Polizei sowie damit der konkrete Polizeibezug ergibt sich dabei laut Litzcke und Hermanutz aus drei Bereichen: den epidemiologischen Daten, den Erfahrungen von Polizeibeamten sowie aus Untersuchungen zur Straffälligkeit bei diesen Erkrankungen (Litzcke & Hermanutz, 2004, S. 4). Zu nennen sind hierbei vor allem Erkrankungen aus dem Schizophrenie-Spektrum bzw. psychotische Erkrankungen, affektive Erkrankungen einschließlich Depression und bipolarer Störung, belastungsbezogene Erkrankungen wie zum Beispiel die posttraumatische Belastungsstörung, Erkrankungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen der Impulskontrolle und des Sozialverhaltens, paraphile Störungen sowie Demenz und Delir (Litzcke, 2003, S. 20ff.; Litzcke & Hermanutz, 2004, S. 2ff.). Unabhängig von einzelnen Diagnosen zeigt sich dabei, dass vor allem der Konsum von Alkohol oder Drogen sowie gewalttätiges Verhalten die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass psychisch erkrankte Personen in Kontakt mit der Polizei kommen (Borum, Swanson, Swartz & Hiday, 1997, S. 236).

Der Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Kriminalität bzw. Gewalttätigkeit wurde über die Jahre hinweg sehr kontrovers und mit unterschiedlichsten Ergebnissen diskutiert (vgl. Nedopil, 2004), wobei auch dieser Zusammenhang mit einem nicht zu vernachlässigenden gesellschaftlichen Stigma behaftet ist (Steinert, 2001, S. 378). Im Folgenden soll speziell auf drei Aspekte eingegangen werden: Kriminalität als Folge psychischer Erkrankungen, psychisch erkrankte Personen als Ausübende von Gewalt sowie psychisch erkrankte Personen als Opfer von Gewalt. Im Allgemeinen lassen sich verschiedene Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Kriminalität feststellen. Dabei muss die vorliegende Erkrankung nicht immer direkt für die erhöhte Kriminalität verantwortlich sein, sondern kann unter anderem auch auf die jeweiligen Lebensumstände zurück geführt werden (Kröber, 2009, S. 321ff.; Schanda, 2006, S. 85). Eine mögliche Ursache für erhöhte Kriminalität könnte in einer verminderten Einsichts- und Steuerungsfähigkeit liegen. Diese kann grundsätzlich bei psychische Erkrankungen vorliegen und in weiterer Folge zu einer Minderung der Schuldfähigkeit führen (Schneider, Frister & Olzen, 2015, S. 129ff.). Dies wird vom deutschen Strafrechtssystem entsprechend berücksichtigt, indem bei verminderter Schuldfähigkeit oder Schuldunfähigkeit nach §§ 19-21 StGB die Anordnung einer Maßregel zur Besserung und Sicherung vorgesehen ist. Hierzu zählen sowohl die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) als auch in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Betrachtet man die Zahlen von Verurteilungen sowie der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen, so zeigt sich im Vergleich zum Strafvollzug durch die erheblich längeren Unterbringungs dauern ein deutlicher Anstieg (Dessecker, 2005, S. 23f.; Leygraf, 2018, S. 91f.). Dies lässt jedoch nicht zwangsläufig auf einen Anstieg von Kriminalität durch psychische Erkrankungen schließen, auch wenn dies in der Öffentlichkeit immer wieder diskutiert wird. So nennt Dessecker als Ursache für den Anstieg der Unterbringungen im Maßregelvollzug überwiegend Verschärfungen im Kriminalrecht statt eines tatsächlichen Anstiegs der Kriminalität (Dessecker, 2005, S. 26). Vielmehr lässt sich im gesamten Vergleich feststellen, dass zwar einige Erkrankungen mit einer erhöhten Kriminalität verbunden sind, dies aber nicht allgemein für Personen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Personen ohne psychische

Erkrankungen gilt. Diese Erkenntnis betrifft auch explizit die Häufigkeit von Gewalttaten, deren Begehung zum Beispiel bei an Schizophrenie erkrankte Personen durchaus wahrscheinlicher ist als bei Personen ohne eine schizophrene Erkrankung. Allerdings sollte darauf hingewiesen werden, dass das Risiko für Gewalttaten bei anderen Risikogruppen, beispielsweise bei jugendlichen Männern, in vergleichbarem Maße erhöht ist (Steinert, 2001, S. 381f.). Zudem scheint die Wahrscheinlichkeit von Kriminalität und Gewalttaten auch mit der Schwere der vorliegenden Erkrankung und Symptomatik zusammenzuhängen (Hodgins, 2006, S. 13f.; Schanda, 2006). Neben der Begehung von Gewalttaten verfügen Personen mit bestimmten psychischen Erkrankungen zudem auch über ein höheres Risiko, selbst Opfer von Gewalttaten zu werden. Dies betrifft sowohl den privaten als auch den institutionellen Kontext (vgl. Steinert & Traub, 2016). So erleben psychisch erkrankte Personen häufiger Gewalt im privaten Umfeld zum Beispiel durch Angehörige und Freunde. Besonders sind hierbei Frauen mit psychischen Erkrankungen betroffen, welche häufiger Opfer von sexuellen Straftaten werden als Frauen ohne psychische Erkrankung (Steinert & Traub, 2016, S. 101f.). Darüber hinaus erleben psychisch erkrankte Personen jedoch auch häufiger Gewalt in Institutionen. So kommt es in psychiatrischen Einrichtungen regelmäßig zur Anwendung von staatlich legitimer Gewalt in Form von Zwangsmaßnahmen aufgrund von Selbst- und/oder Fremdgefährdung (Steinert & Traub, 2016, S. 102f.). Diese Anwendung von Zwang wird aufgrund der negativen Auswirkungen auf die betroffenen Personen seit einigen Jahren heftig diskutiert und es wird zunehmend eine Reduktion dieser Zwangsmaßnahmen gefordert und angestrebt (vgl. DGPPN, 2018b). Während es zur Häufigkeit der Anwendung von Zwang in psychiatrischen Kliniken inzwischen jedoch relativ verlässliche Zahlen gibt, gilt dies nicht für andere öffentliche Bereiche, in denen psychisch erkrankte Personen potenziell Gewalt erfahren können. Dies betrifft auch die Anwendung polizeilichen Zwangs.

2.2 Polizeieinsätze mit psychisch erkrankten Personen

2.2.1 Rahmenbedingungen

In Deutschland existieren keine offiziellen Statistiken darüber, wie häufig psychisch erkrankte Menschen in Einsätze der Polizei involviert sind oder darüber, wie häufig die Polizei mit psychisch erkrankten Menschen in Kontakt

kommt (Litzcke, 2003, S. 23). Zwar berichten Polizeibeamte in ihren Einsatzberichten durchaus, wenn Personen ihrer Ansicht nach psychisch erkrankt waren oder es zu weiteren Maßnahmen wie zum Beispiel Vorführungen oder Unterbringungen in einer psychiatrischen Klinik gekommen ist, jedoch entspricht dies keinen gesicherten Diagnosen und es existieren weiterhin keine Statistiken, in denen diese Einsätze gesondert aufgeführt werden. Die Betrachtung verschiedener Studien aus Deutschland, unter anderem von Interviewstudien mit Polizeibeamten oder die Schätzung der Häufigkeit mittels Stichwortanalysen von Einsatzberichten, lassen jedoch darauf schließen, dass Polizeibeamte deutlich häufiger mit psychisch erkrankten Personen in Kontakt sind als zum Beispiel die Durchschnittsbevölkerung bzw. Nicht-Beamte (Litzcke, 2003, S. 24ff.). Auch internationale Studien bestätigen diese Hinweise, die darauf hindeuten, dass Einsätze mit psychisch erkrankten Personen von hoher Relevanz für die Polizei sind. So werden teils deutlich erhöhte Raten des Kontakts zwischen Polizei und psychisch erkrankten Personen berichtet, was Livingston in einem Review verschiedener Studien zusammenfassen konnte (Livingston, 2016, S. 854). Zudem scheinen diese Einsätze im Rahmen der beschriebenen Deinstitutionalisierung entsprechend angestiegen zu sein (Watson, Corrigan & Ottatti, 2004b, S. 378). Dies wird aus verschiedenen Ländern seit einigen Jahren berichtet, wie zum Beispiel von Coleman und Cotton aus Kanada (Coleman & Cotton, 2010, S. 53f.; Cotton & Coleman, 2010, S. 312). Aktuelle Veröffentlichungen aus England (vgl. Atkins, Davies, Wilkinson, Pope, Guerin & Tetlow, 2019) berichten, dass je nach Erhebung 2 - 20 % bzw. bis zu 15 % aller Einsätze der dortigen Polizei mit psychisch erkrankten Personen zusammenhängen. Dabei zeigt sich jedoch hier ebenfalls die Schwierigkeit, dass viele Daten auf kleinen Fallzahlen oder Schätzungen basieren. Trotzdem wird auch hier von Hinweisen berichtet, dass die Anzahl von Polizeieinsätzen aufgrund psychischer Vorfälle zwischen den Jahren 2014 und 2018 um 28 % gestiegen sei. Dies sei vor allem relevant, da die übliche Dauer solcher Einsätze bei ungefähr 12 Stunden liege und sie somit deutlich länger andauerten als andere Polizeieinsätze (Atkins et al., 2019, S. 125). Einen solchen vermehrten Einsatz an Ressourcen konnten bereits ältere Studien belegen, die den zeitlichen und personellen Einsatz bei Polizeieinsätzen mit Personen mit und ohne psychi-

sche Erkrankung verglichen. Diese konnten zeigen, dass Einsätze aufgrund psychischer Erkrankungen bis zu 87 % mehr Ressourcen benötigten (Charette, Crocker & Billette, 2014, S. 515), wobei vor allem die Ingewahrsamnahme sowie die psychiatrische Vorstellung deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen (Charette, Crocker & Billette, 2011, S. 683f.). Während bei Personen ohne psychische Erkrankung Männer häufiger in Polizeieinsätze involviert sind, scheint es bei psychisch erkrankten Personen diesbezüglich keine Geschlechtsunterschiede zu geben (Crocker, Hartford & Heslop, 2009, S. 86). Somit scheint das Vorliegen einer psychischen Erkrankung einen wichtigeren Einflussfaktor für den Kontakt mit Polizeibeamten darzustellen, als andere soziodemographische Faktoren wie das Geschlecht.

Die rechtliche Grundlage von Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Menschen, speziell von Unterbringungen, setzt sich in Deutschland aus verschiedenen Gesetzesgrundlagen zusammen (vgl. Fehn & Selen, 2004; Schönstedt, 2016). So gilt für die Polizei grundlegend das jeweilige Polizeigesetz des Bundeslandes, in Nordrhein-Westfalen entsprechend das PolG NRW. Wenn es jedoch um Unterbringungen in psychiatrischen Einrichtungen geht, so werden diese größtenteils anderweitig geregelt. Hierbei gibt es Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch durch das Betreuungsgericht (§1906 BGB), welche in Fällen von erheblicher (aber nicht zwangsläufig akuter) Selbstgefährdung möglich sind. Diese laufen unter Beteiligung eines gesetzlichen Betreuers und in der Regel im Vorfeld „geplant“ ab. Voraussetzung ist dabei, dass die betroffene Person nicht einwilligungsfähig ist. Für akute Fälle finden dagegen wiederum die Landesgesetze Anwendung, in denen Hilfe- und Schutzmaßnahmen für psychisch erkrankte Personen festgeschrieben sind, wie in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken (PsychKG NRW § 10-14). Hierbei muss zwingend eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung, zum Beispiel in Form von Suizidalität oder durch Aggressivität und Gewalt, aufgrund einer psychischen Erkrankung vorliegen. In weiterer Folge dieser verschiedenen Gesetzesgrundlagen finden sich in jedem Bundesland andere Regelungen dazu, wie (notfallmäßige) Unterbringungen erfolgen und wer entsprechend beteiligt und verantwortlich ist. Trotz einiger Unterschiede zwischen den verschiedenen Bundesländern ist zumeist vorgesehen, dass

die Einleitung der Unterbringung über die Ordnungsbehörden selbst erfolgt und die Polizei nur im Rahmen der Vollzugshilfe tätig wird (Schönstedt, 2016, S. 62f.). Dabei muss jedoch bei Unterbringungen nach PsychKG kein gesetzlicher Betreuer beteiligt sein, sondern die jeweilige Ordnungsbehörde der Stadt bzw. des Kreises leitet die Unterbringung ein und ein Richter des Amtsgerichtes entscheidet entsprechend über die Rechtmäßigkeit. In Fällen, in denen kein Richter verfügbar ist, kann zudem eine vorläufige Unterbringung erlassen werden, die ohne Entscheid eines Richters innerhalb von 24 Stunden aufgelöst wird. Zudem ist für die Einleitung einer solchen Unterbringung zwingend ein ärztliches Gutachten erforderlich, in welchem die akute Gefährdung sowie der Bezug zu einer psychischen Erkrankung dargelegt werden muss (PsychKG NRW § 10-14).

2.2.2 Spannungsfeld der polizeilichen Rolle

Zu den grundlegenden Aufgaben der Polizei zählen in Deutschland primär die Gefahrenabwehr und die Hilfeleistung, welche beide im Polizeigesetz NRW festgelegt sind (§1 PolG NRW). Somit bewegt sich die Polizei seit jeher in einem Spannungsfeld dieser beiden Anforderungen, welches dem Wandel gesellschaftlicher Werte unterliegt (Frevel, 2015, S. 10ff.) und auch für Einsätze mit psychisch erkrankten Personen gilt (Wood & Watson, 2017, S. 289). Die gesellschaftlichen Erwartungen an die Polizei stellen sich entsprechend dieses Spannungsfeldes dar: So wird die Polizei nicht nur als für Sicherheit und Ordnung zuständig, sondern in vielen Situationen gleichzeitig als erster Ansprechpartner und helfende Instanz angesehen (Behr, 2008, S. 13). Dies zeigt sich auf praktischer Ebene vor allem daran, dass die Polizei (neben Feuerwehr und Rettung) die einzige Einrichtung ist, welche rund um die Uhr angerufen werden kann und somit in vielen Situationen als Erstes hinzugezogen wird. Einige Autoren gehen im vorliegenden Kontext sogar so weit, die Funktion der Polizei als eine Doppelrolle aus Gesetzeshüter und Sozialarbeiter zu beschreiben, da sie zwar einerseits als ausführende Kraft des Gesetzes gesehen wird, andererseits jedoch in ihrer täglichen Arbeit vor allem mit dem Lösen schwieriger Situationen beschäftigt ist (Green, 1997, S. 482f.). Unstrittig ist wohl, dass die Polizeibeamten zumeist diejenigen sind, die viele soziale Schwierigkeiten auffangen müssen und weitere Hilfeleistungen in die Wege leiten müssen. In diesem Sinne werden Polizeibeamte vor die Heraus-

forderung gestellt, bei ihren Einsätzen beiden Ansprüchen gerecht zu werden. Besonders bedeutsam ist diese Diskussion um das Spannungsfeld aus Sicherheit und Hilfe der Polizei im Kontext psychisch erkrankter Personen, da eine ähnliche Diskussion hinsichtlich der Aufgaben von Psychiatrie geführt wird (Hoff & Rössler, 2005, S. 1ff.; Müller, Falkai, Schneider, Hauth & Maier, 2013, S. 365f.): Auch hier kann von einem Spannungsfeld zwischen der Gewährleistung von Sicherheit durch Unterbringung und ggf. weitere Zwangsmaßnahmen einerseits und Hilfe im Sinne des therapeutischen Auftrags andererseits gesprochen werden. Dieses Spannungsverhältnis zeigt sich nicht nur im Selbstverständnis der beiden Einrichtungen oder den gesellschaftlichen Erwartungen, sondern auch konkret bei Betrachtung der jeweils rechtlichen Vorgaben, die für beide Seiten gelten. So haben sich nicht nur das Polizeigesetz und die Psychisch-Kranken-Gesetze geschichtlich gemeinsam entwickelt, sondern enthalten bis heute beide jeweils Aspekte der Hilfeleistung sowie der Gefahrenabwehr und Sicherheit (Kammeier, 2019, S. 210ff.). Vor allem an der Schnittstelle der beiden Institutionen, der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, stellt sich dabei die Frage wie beide Einrichtungen innerhalb dieses Spannungsfeldes agieren und ihre eigenen Aufgaben vor allem in Zusammenarbeit mit der jeweils anderen Einrichtung definieren und auslegen.

2.2.3 Verhältnis von Polizei und Psychiatrie

Bei der überwiegenden Anzahl der Einsätze mit psychisch erkrankten Personen arbeitet die Polizei mit psychiatrischen Kliniken und anderen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung zusammen, da diese entweder die betroffene Person von der Polizei „in Empfang nehmen“ oder aber die Polizei entsprechend informieren, wenn ein untergebrachter Patient abgängig ist und ggf. gefahndet werden muss. Dabei wäre eine möglichst konfliktfreie und reibungslose Zusammenarbeit im Sinne aller Beteiligten, nicht zuletzt auch der betroffenen, psychisch erkrankten Personen. In dem bereits beschriebenen Spannungsfeld aus Sicherheit und Hilfeleistung beider Institutionen stellt sich daher nicht nur die Frage, wie die jeweiligen Einrichtungen dieses für sich auslegen und welches Verständnis sie von ihrer eigenen Tätigkeit mitbringen, sondern auch welches Verständnis und damit einhergehend welche Erwartungen sie von der jeweiligen Gegenseite haben. Erste Ergebnisse inter-

nationaler Forschung zur Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie zeigen dabei, dass die Zusammenarbeit überwiegend durch ineffiziente Kommunikation, teilweise mangelnden Respekt zwischen den beteiligten Mitarbeitern sowie der Herausforderung, angemessene und ausreichende Unterstützungsmöglichkeiten für die psychisch erkrankten Personen zu erreichen, geprägt ist (Hollander, Lee, Tahtalian, Young & Kulkarni, 2012, S. 407ff.). Hier zeigt sich bereits, dass die Ausgestaltung und mögliche, festgelegte Standards der Zusammenarbeit einen direkten Einfluss auf die Qualität der Versorgung der betroffenen, psychisch erkrankten Personen haben kann. Da es bei der Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie wie geschildert in der Regel um zwangsweise Vorführungen und Unterbringungen geht, greifen im Sinne der betroffenen Personen zudem auch die Standards des europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (vgl. Council of Europe, 2010). Diese umfassen nicht nur den Aufenthalt in Polizeigewahrsam und Gefängnissen, sondern auch die unfreiwillige Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen. So sollten zum Beispiel ärztliche Untersuchungen grundsätzlich außerhalb der Hör- und Sichtweite von Gesetzesvollzugsbeamten durchgeführt werden (Council of Europe, 2010, S. 6). Diese Forderung dürfte nicht nur für Untersuchungen im Polizeigewahrsam oder Gefängnis, sondern auch für die Untersuchung bei der Zuführung zur Unterbringung in eine psychiatrische Einrichtung durch die Polizei gelten. Auch Berzewski weist, wenn auch eher aus therapeutischen Gründen, auf die Notwendigkeit von Neutralität hin: „Der Patient darf nicht den Eindruck bekommen, dass der Untersucher Interessensvertreter von Angehörigen oder Polizei ist.“ (Berzewski, 2009, S. 9).

2.3 **Polizeibeamte im Kontakt mit psychisch erkrankten Personen**

2.3.1 Einstellungen und Wissen

Zu den Einstellungen und der Haltung der Polizei gegenüber psychisch erkrankten Personen existieren bereits einige internationale Studien. Diese zeigen, dass sich bei Polizeibeamten häufig ähnliche Vorurteile finden, wie sie auch in der Gesellschaft gegenüber psychischen Erkrankungen vorliegen (Kimhi, Barak, Gutman, Melamed, Zohar & Barak, 1998, S. 628ff.; Stuart, 2017, S. 20ff.). So werden zum Beispiel vor allem Personen mit Suchterkrank-

kungen häufig als selbst für ihre Erkrankung verantwortlich gesehen. Auf der anderen Seite zeigt sich zum Beispiel gegenüber Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die sich vor allem durch eine wahnhaft Symptomatik zeigen, häufig eine sehr ambivalente Einstellung der Polizei. So werden die betroffenen Personen zwar einerseits als hilfebedürftig angesehen und ihnen wird in erster Linie mit Mitleid begegnet. Andererseits gibt die Polizei auch an, dass sie Personen mit schizophrenen Erkrankungen als unberechenbar und dementsprechend gefährlich einschätzt (vgl. Soares & Pinto da Costa, 2019; Watson, Corrigan & Ottati, 2004a, S. 53). Um solche Vorurteile abzubauen existieren inzwischen einige Modellprojekte, in denen es primär darum geht, den Austausch und das gegenseitige Verständnis im Dialog zwischen Polizeibeamten, betroffene Personen sowie deren Angehörigen zu fördern. Beispielsweise berichten psychisch erkrankte Personen und ihre Angehörigen dabei den Polizeibeamten von ihren Erlebnissen mit der Polizei. Solche Projekte, wie zum Beispiel das Anti-Stigma-Projekt von „BASTA – dem Bündnis für psychisch erkrankte Menschen“, scheinen tatsächlich eine positive Auswirkung auf die Reduktion von Vorurteilen zu haben (Bock et al., 2015, S. 181; Wundsam, Pitschel-Walz, Leucht & Kissling, 2007). So zeigte sich zum Beispiel durch eine dialogische Fortbildung der Hamburger Polizei, dass sich negative Stereotypen der beteiligten Polizeibeamten verringern ließen (Bock et al., 2015, S. 280). Es lässt sich daraus folgern, dass solche Interventionen durchaus die Einstellungen Polizeibeamten verändern können. Offen bleibt jedoch, ob solche Interventionen, zumal diese bisher nur punktuell stattfinden, auch das Verhalten der Polizei nachhaltig beeinflussen können (vgl. Wundsam et al., 2007). Dies ist insofern relevant, da durch Einsätze mit psychisch erkrankten Personen, die von den Polizeibeamten zum Beispiel aufgrund eines ungünstigen Ausgangs der Situation negativ erlebt werden, möglicherweise Vorurteile oder negative Einstellungen entstehen und gefestigt werden. Diese können wiederum weitere Situationen ungünstig beeinflussen kann. Einen solchen negativen Kreislauf beschreibt auch Thüne in seiner 2014 verfassten Masterarbeit aus den Ergebnissen von Fokusgruppeninterviews mit Polizeibeamten (Thüne, 2014, S. 99f.). Internationale Studien konnten zudem bereits einen nicht unerheblichen Einfluss der Einstellungen von Polizeibeamten auf die Entwicklung und den

Ausgang eines Einsatzes nachweisen. So kann das Vorliegen bestimmter Einstellungen zu psychischen Erkrankungen einen Einfluss auf die Anwendung restriktiver Maßnahmen im Verlauf eines Einsatzes haben (Godfredson, Ogloff, Thomas & Luebbers, 2010, S. 1401; Oxburgh, Gabbert, Milne & Cherryman, 2016, S. 144f.; Ruiz & Miller, 2004, S. 369f.). Auch die Anwendung von Zwang bei psychisch erkrankten Personen kann durch die jeweilige Wahrnehmung der Polizeibeamten bestimmt werden (Morabito, Socia, Wik & Fisher, 2017b, S. 36). In anderen Studien zeigte sich jedoch, dass Polizeibeamte (im Vergleich zu Nicht-Beamten) eine professionellere Distanz gegenüber psychisch erkrankten Personen aufwiesen und sich dementsprechend auch professioneller verhielten (Litzcke, 2003, S. 469f.) sowie über größeres Wissen hinsichtlich psychischer Erkrankungen verfügen (Litzcke, 2004, S. 19f.). Auch vereinzelte, internationale Untersuchungen konnten zeigen, dass Polizeibeamte über fundiertes Wissen zu psychischen Erkrankungen verfügen und ihnen auch bewusst sei, dass von diesen nicht zwangsläufig eine gesteigerte Gefahr ausgehe (Carey, 2001, S. 42).

2.3.2 Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen

Die Bedeutung von Einstellungen bezüglich psychischer Erkrankungen und ihres Einflusses auf das Verhalten der Polizeibeamten wird noch deutlicher, wenn man sich die Besonderheiten von Einsätzen mit psychisch erkrankten Personen anschaut. Aus bisherigen Studien lässt sich schließen, dass die Polizei nicht nur häufiger mit psychisch erkrankten Personen in Kontakt ist als die Durchschnittsbevölkerung, sondern dass dieser Kontakt auch durch eine andere Qualität gekennzeichnet ist. So treten Polizeibeamte zumeist dann mit psychisch erkrankten Personen in Kontakt, wenn diese sich in einer Krise und somit bereits in einem Ausnahmezustand befinden (Litzcke, 2003, S. 254f.; Schmalzl, 2012, S. 347f.): „... die Polizeibeamten werden mit einer nach Schwere und Gewalttätigkeit selektierten Stichprobe psychisch Kranker konfrontiert.“ (Litzcke, 2004, S. 19). Dieser Umstand ist von hoher Relevanz, denn Personen in einer akuten psychiatrischen Krise verhalten sich oft anders und sind zum Teil weniger zugänglich für kommunikative Maßnahmen als sonst. Dies erfordert von den Polizeibeamten entsprechend besondere Verhaltensweisen und Kommunikationsstrategien. So stellte Fyfe einige Prinzipien auf, die Polizeibeamte im Kontakt mit psychisch beeinträchtigten

Personen berücksichtigen sollten. Hierzu zählen neben entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen eine gezielte Kommunikation mit der betroffenen Person durch einen einzelnen, ausgewählten Polizeibeamten, welcher Drohungen vermeiden und sich ausreichend Zeit für die Auflösung der Situation nehmen sollte (Fyfe, 2000, S. 345).

Es stellt sich jedoch die Frage, ob Polizeibeamte im Rahmen ihrer Ausbildung ausreichendes Wissen oder Kompetenzen erwerben, um Situationen mit psychisch erkrankten Personen gut lösen zu können. Einige allgemeine Bestandteile polizeilicher Tätigkeit, wie unter anderem Aspekte aus Deeskalationstrainings, können auch in diesen Situationen Anwendung finden. So beschreibt Schmalzl polizeiliche Basiskompetenzen, die im Umgang mit psychisch erkrankten Personen von besonderer Relevanz sind. (Schmalzl, 2012, S. 351ff.). Er nennt hier vor allem ein gutes Gespür die Gefährlichkeit einer akuten Situation sowie Fähigkeiten, um mit einer solchen potenziellen Gefährlichkeit polizeiliche umzugehen. Basiskompetenzen im Einsatzhandeln seien dabei „... genaue Beobachtung, differenzierende Wahrnehmung und Deutung von Gefahrenmomenten, kommunikatives Geschick und natürlich ein breites polizeitaktisches Repertoire.“ (Schmalzl, 2012, S. 351). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass zumindest einige übliche Verhaltensweisen der Polizei bei psychisch erkrankten Personen eher zu einer Eskalation beitragen und entsprechend eine Anpassung sinnvoll wäre (Schmalzl, 2004, S. 27ff.). Hier nennt Füllgrabe speziell die Anwendung von Pfefferspray, die bei Personen in einem akuten Erregungszustand aufgrund der erhöhten Schmerztoleranz eher zu einer weiteren Eskalation beitrage, sodass von dessen Einsatz abzusehen sei (Füllgrabe, 2011, S. 28). Zudem gibt es auch einige Besonderheiten bei psychisch erkrankten Personen, die bei anderen Personengruppen (ohne psychische Erkrankung) nicht von Relevanz sind. Zu nennen ist hier zum Beispiel der Umgang mit Wahnvorstellungen bei an Schizophrenie erkrankten Personen (Füllgrabe, 2011, S. 28f.; Hermanutz & Litzcke, 2004, S. 46f.). In diesen Fällen ist es hilfreich über ausreichend Wissen zu psychischen Erkrankungen zu verfügen, um das Verhalten von betroffenen Personen besser nachzuvollziehen und in weiterer Folge entsprechend darauf reagieren zu können.

Obwohl Einsätze mit psychisch erkrankten Personen einen nicht unerheblichen Anteil der polizeilichen Tätigkeit darstellen, scheinen die Polizeibeamten diesbezüglich nicht ausreichend aus- und weitergebildet zu werden (Wells & Schafer, 2006, S. 592ff.). Ähnliches beschreibt Thüne von den Ergebnissen seiner Studie mit Polizeibeamten aus Deutschland, die selbst eindeutig äußerten, dass sie sich für den Umgang mit psychisch erkrankten Personen nicht kompetent genug fühlen. Zudem scheint das Thema in den Ausbildungscurricula nicht gezielt thematisiert zu werden (Thüne, 2014, S. 110). Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in der internationalen Literatur (Ruiz & Miller, 2004, S. 369f.). So beschreibt eine australische Studie, dass Einsätze mit psychisch erkrankten Personen zwar einen großen Stellenwert in der polizeilichen Tätigkeit einnehmen, die Polizeibeamten jedoch Schwierigkeiten haben, mit psychisch erkrankten Personen umzugehen (Godfredson, Thomas, Ogloff & Luebbers, 2011, S. 180). In einer Untersuchung aus Schottland schilderten Polizeibeamte bei einer Erhebung mittels Fragebögen, dass sie zwar gut über die relevante Gesetzgebung informiert seien, sich jedoch zusätzliches Training hinsichtlich psychischer Erkrankungen wünschen (Carey, 2001, S. 41). Vor allem im internationalen Raum wurde das Thema aus diesem Grund in den letzten Jahren durch Forschung sowie durch die Polizei selbst immer wieder aufgegriffen. So wurden gezielt Trainings und Konzepte entwickelt, um den Umgang sowie allgemein den Kontakt von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen zu verbessern (Borum, 2000, S. 333; Hails & Borum, 2003, S. 54; Teller, Munet, Gil & Ritter, 2006, S. 236f.). Ein Beispiel für ein solches Konzept ist die Entwicklung spezieller „Kriseninterventionsteams“ (Watson, Morabito, Draine & Ottati, 2008b, S. 378; Watson, Ottati, Morabito, Draine, Kerr & Angell, 2010, S. 316). Trotz großer Bekanntheit und fortschreitender Anwendung dieses Modells, beschreiben Dupont und Cochran Herausforderungen der Implementierung und Wirksamkeit. So könne das Training allein nicht alle Probleme im Kontakt mit psychisch erkrankten Personen lösen und vernachlässige stellenweise die individuellen Unterschiede zwischen den Polizeibeamten (Dupont & Cochran, 2000, S. 341f.).

In Deutschland sind solche Maßnahmen bisher nur wenig verbreitet. Dabei zeigt sich ihre Notwendigkeit deutlich, wenn man die möglichen Auswirkun-

gen eines inadäquaten Umgangs der Polizei mit psychisch erkrankten Personen betrachtet. Für die betroffenen Personen reichen diese von psychischer Belastung hin zu einem konkreten Risiko für die eigene, körperliche und seelische Gesundheit. Studien mit betroffenen Personen beschreiben deutlich, dass diese sich von der Polizei in vielen Situationen herabgewürdigt gefühlt und das Verhalten der Polizei häufig nicht als verhältnismäßig wahrgenommen hätten (Watson, Angell, Morabito & Robinson, 2008a, S. 456), wobei sich je nach Studie ein differenzierteres bzw. ausgeglicheneres Bild ergibt (Livingston, Desmarais, Verdun-Jones, Parent, Michalak & Brink, 2014b, S. 340). Es bleibt daher unklar, inwieweit Polizeieinsätze mit psychisch erkrankten Personen tatsächlich zur Anwendung von Zwang oder auch Verletzungen führen. So konnte in einer explorativen Studie festgestellt werden, dass es keine Hinweise auf ein erhöhtes Maß an Verletzungen bei Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen im Vergleich zu anderen Einsätzen gab (Kerr, Morabito & Watson, 2010, S. 124f.). Auf der anderen Seite finden sich jedoch Hinweise darauf, dass die Polizei bei psychisch erkrankten Personen häufiger Zwang anwendet, was teilweise auf den erhöhten Widerstand durch die Betroffenen zurück zu führen sei (Mulvey & White, 2014, S. 404). Da jede Form von Gewalterfahrung potentiell ein traumatisierendes Ereignis darstellt (Maercker & Hecker, 2016, S. 28), kann dies zu erheblichen psychischen Folgen bis hin zu einer Traumatisierung führen. Neben diesen psychischen Folgen scheinen solche Einsätze für die betroffenen Personen auch mit einem konkreten Risiko für das eigene Leben einherzugehen, da es bei Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen häufiger zum (tödlichen) Schusswaffengebrauch zu kommen scheint. So äußert Feltes in einem Interview, dass obwohl in Deutschland seit 1990 mehr als 260 Personen von Polizeibeamten erschossen wurden, der Schusswaffengebrauch im internationalen Vergleich niedrig sei. Jedoch sei der Anteil von Opfern mit psychischen Erkrankungen von tödlichem Schusswaffengebrauch über die Jahre gestiegen sei und mache inzwischen rund die Hälfte der Fälle aus (vgl. Peter, 2017). Auch in internationalen Studien konnte eine Überrepräsentation von Fällen psychischer Erkrankung unter den bei Fällen von tödlich endendem Einsatz von Gewalt festgestellt werden (Kesic, Thomas & Ogloff, 2009, S. 467). In diesem Zusammenhang kritisiert Finzen

nicht nur die fehlenden offiziellen Statistiken, sondern auch die in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern fehlende Reaktion der Politik auf solche Fälle (Finzen, 2014, S. 50ff.). Zwar war ein solcher Fall ausschlaggebend für die erwähnte dialogische Fortbildung der Hamburger Polizei, in vielen anderen Fällen zeigte sich jedoch wenig Wille zur Aufarbeitung der Problematik von Seiten der Polizei (Bock et al., 2015, S. 278f.).

2.3.3 Verfahrensgerechtigkeit

Neben den individuellen Auswirkungen auf den psychischen Verlauf und möglicherweise die weitere Behandlung der betroffenen Personen ist der Erstkontakt bzw. generell der Umgang der Polizei mit psychisch erkrankten Personen auch in einem anderen Kontext relevant für die Betroffenen. So wird in diesem Zusammenhang auch der Aspekt der Verfahrensgerechtigkeit diskutiert (Livingston, Desmarais, Greaves, Parent, Verdun-Jones & Brink, 2014a, S. 241f.). Die Verfahrensgerechtigkeit bezeichnet einen speziellen Gerechtigkeitstyp der sich auf das Erleben eines Verfahrens als gerecht und fair bezieht. Als Verfahren gilt hierbei jegliche regelgeleitete Abfolge von Ereignissen oder Handlungen, wobei diese für das soziale Leben eine wichtige Rolle spielen. Die Theorie der Verfahrensgerechtigkeit wird jedoch häufig im Kontext von politischen oder juristischen Entscheidungen diskutiert. Die erlebte Verfahrensgerechtigkeit kann sich dabei sowohl auf das Verfahren an sich als auch auf das Ergebnis eines Verfahrens beziehen, wobei letzteres aus erstem zu resultieren scheint (Hinsch, 2016, S. 138).

Grundsätzlich gilt Verfahrensgerechtigkeit auch für Verfahren, im Sinne von Maßnahmen, der Polizei und ihre Bedeutung wird speziell im Zusammenhang mit psychisch erkrankten Personen diskutiert (Watson & Angell, 2007, S. 787f.). Betroffene Personen würden dieser Theorie zufolge in eine polizeiliche Maßnahme eher einwilligen bzw. weniger Widerstand zeigen, wenn sie das Verfahren dieser konkreten Maßnahme als fair und gerecht erleben (Watson & Angell, 2007, S. 792). Der geringere Widerstand und die höhere Kooperation mit der Polizei führen dabei im weiteren Verlauf zu einem besseren Einsatz für alle Beteiligten (Watson & Angell, 2013, S. 30). Dabei stellt das Auftreten und Verhalten der involvierten Polizeibeamten einen wichtigen Faktor dafür dar, wie hoch die Verfahrensgerechtigkeit von psychisch erkrankten Personen empfunden wird (Livingston et al., 2014a, S.

285f.; Watson et al., 2008a, S. 456). Somit können die Einstellungen von Polizeibeamten und ihr Umgang mit den psychisch erkrankten Personen dazu führen, dass diese eine höhere Verfahrensgerechtigkeit erleben und ähnliche Situationen in Folge dessen seltener eskalieren und somit für die Betroffenen weniger einschneidend sind (Watson & Angell, 2007, S. 790f.; Watson et al., 2008a, S. 456). Die Bedeutung von Verfahrensgerechtigkeit wird auch im Kontext der Anwendung von Zwang innerhalb der psychiatrischen Klinik, einschließlich der unfreiwilligen Unterbringung, diskutiert. Bisher unklar ist jedoch, ob das Empfinden von Verfahrensgerechtigkeit der betroffenen Personen zwischen der Polizei und der Klinik differenziert oder sich das Erleben der Verfahrensgerechtigkeit im Kontakt mit der Polizei mit dem weiteren Erleben von Unterbringung und Behandlung in der Klinik vermischt.

2.4 Entscheidungen von Polizeibeamten bei Einsätzen mit psychisch erkrankten Personen

2.4.1 Polizeigewahrsam oder psychiatrische Unterbringung

Wie angeführt ist vor allem bei Unterbringungen nach PsychKG die Polizei ebenfalls häufig beteiligt, wenn nicht sogar als erstes vor Ort. Neben der psychiatrischen Unterbringung stehen der Polizei grundsätzlich auch andere Maßnahmen der Gefahrenabwehr zur Verfügung. So sieht das Polizeigesetz NRW auch die Möglichkeit des Platzverweises (§ 34 PolG NRW) vor, damit eine Person aus Sicherheitsgründen einen Ort verlässt. Wird diesem Platzverweis nicht nachgekommen, besteht darüber hinaus die Möglichkeit, eine fremdaggressive Person, die eine Gefahr für andere Personen darstellt, zur Gefahrenabwehr in den Polizeigewahrsam (§ 35 PolG NRW) zu nehmen. Grundsätzlich muss die betroffene Person hierfür jedoch gewahrsamsfähig sein, was im Zweifelsfall durch einen entsprechenden Arzt sichergestellt werden muss. Vergleichbar zur psychiatrischen Unterbringung ist auch beim Polizeigewahrsam die Entscheidung eines Richters notwendig, um eine Person längerfristig festzuhalten. Weitere Kriterien hinsichtlich des Polizeigewahrsams sind in NRW in der sogenannten Gewahrsamsordnung festgehalten (RdErl. d. Innenministeriums – 43.57.01.08 – v. 20.03.2009). In dieser ist unter anderem vorgesehen, dass bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung keine Gewahrsamsfähigkeit gegeben ist, bei Intoxikation durch Alkohol und Drogen gilt dies jedoch erst ab einem bestimmten Grenzwert. Auch die

Äußerung von Suizidabsichten stellt ein Ausschlusskriterium für den Polizeigewahrsam dar. Die initiale Entscheidung, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und somit in weiterer Folge, ob die Person entsprechend in Polizeigewahrsam genommen wird oder über die bereits beschriebenen Wege eine psychiatrische Unterbringung in die Wege geleitet wird, obliegt also zunächst der Polizei. In der internationalen Literatur werden Polizeibeamte daher oft als „Gatekeeper“ bezeichnet, denn sie sind diejenigen, die die Entscheidung treffen, ob eine Person dem psychiatrischen Versorgungssystem oder dem Justizsystem zugeführt wird (Lamb et al., 2002, S. 1266). Da Polizeibeamte wie erwähnt in Bezug auf psychische Erkrankungen nicht unbedingt ausreichend geschult sind, stellt sich natürlich die Frage, inwiefern diese Entscheidungen zwischen psychiatrischer Unterbringung und Polizeigewahrsam das Risiko einer Fehleinschätzung bergen. Dabei bezieht sich der Begriff Fehleinschätzung in vorliegender Arbeit nicht auf eine juristische oder moralische Bewertung der getroffenen Entscheidung, sondern auf eine falsche Einschätzung der Polizei hinsichtlich des Vorliegens einer psychischen Erkrankung bei einer betroffenen Person. Da es jedoch auch hierzu keine entsprechenden Zahlen gibt, gibt es keine Hinweise darauf wie häufig Personen trotz Vorliegen einer psychischen Erkrankung in Polizeigewahrsam gebracht werden.

2.4.2 Kriminalisierung

Über die Bedeutung der Zuweisung von psychisch erkrankten Personen zum psychiatrischen Versorgungssystem oder in das Justizsystem ist aus nationaler Literatur nur wenig bekannt. Dabei sind die Konsequenzen solcher möglichen Fehleinschätzungen weitreichend. Neben möglichen Auswirkungen auf die Kliniken oder die Polizei selbst sind vor allem Auswirkungen auf die betroffenen Personen denkbar (Watson et al., 2004b, S. 378). So kann es bei Zuführung in den Polizeigewahrsam dazu kommen, dass die benötigte psychiatrische Behandlung ausbleibt. In der internationalen Literatur wird zudem das Risiko einer erhöhten Kriminalisierung diskutiert, die entsteht, wenn betroffenen Personen aufgrund der Fehleinschätzungen von Polizeibeamten diese Behandlung versagt bleibt und sie stattdessen fälschlicherweise dem Justizsystem zugewiesen wird. Welche Relevanz dem Ermessensspielraum der Polizei dabei zukommt, zeigt sich bei der Betrachtung von Studien nach denen Polizeieinsätze mit psychisch erkrankten Personen häufig einen

Graubereich darstellen, in denen nicht immer klare gesetzliche Regelungen gelten (Wood, Watson & Fulambarker, 2017, S. 81). Als möglichen Grund für polizeiliche Fehleinschätzungen wird unter anderem aufgeführt, dass die Beamten nicht hinreichend geschult sind, psychische Erkrankungen und somit den Bedarf an psychiatrischer Versorgung zu erkennen (Lamb, Weinberger & Gross, 2004, S. 107). Aufgrund der Bedeutung dieser Fehleinschätzungen wurden in anderen Ländern hinsichtlich der Differenzierung zwischen psychisch erkrankter und nicht psychisch erkrankter Person inzwischen einige Trainingsprogramme entwickelt und evaluiert (Janus, Bess, Cadden & Greenwald, 1980, S. 228f.; Sellers, Sullivan, Veysey & Shane, 2005, S. 656f.). Neben der Schwierigkeit, dass Polizeibeamten den psychiatrischen Hilfebedarf nicht korrekt erkennen, stellen in einigen Ländern aufgrund der mittlerweile niedrigen Bettenzahlen auch die hohen Anforderungen für eine psychiatrische Unterbringung eine Hürde dar. Dies wird dadurch verstärkt, dass viele Polizeibeamte nicht nur Schwierigkeiten haben das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung zu erkennen, sondern sie dem Fachpersonal in den psychiatrischen Klinik das zu ihrer Einschätzung führende Verhalten der betroffenen Person nicht präzise schildern und somit ihre Einschätzung nicht fachlich fundiert begründen können (Green, 1997, S. 483f.). Fraglich ist, inwieweit diese Schwierigkeiten sich auch auf den deutschen Kontext übertragen lassen.

2.5 Forschungsfrage

Vor dem geschilderten Hintergrund haben sich für die vorliegende Arbeit zwei zentrale Fragestellungen ergeben. So sollte zum einen der Frage nachgegangen werden, wie sich der Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen in der Praxis darstellt. Zum anderen sollte die Frage behandelt werden, wie sich der Entscheidungsprozess der Polizeibeamten zwischen psychiatrischer Unterbringung und Polizeigewahrsam aus Sicht der Klinikmitarbeiter darstellt und welche Relevanz diese Entscheidungen in der Praxis haben. Bisherige Studien zu diesen Fragen untersuchen dabei nur die Sichtweise der Betroffenen sowie der Polizeibeamten, welche aufgrund der Umstände sowie der direkten Involvierung in die entsprechenden Situationen gewissen, subjektiven Verzerrungen unterliegen können. Aus diesem Grund sollte in der vorliegenden Studie eine zusätzliche Perspektive eingeholt werden, in dem die Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik zu ihren Erfahrungen zu Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen befragt wurden. Die Aussagen der Mitarbeiter sollten zudem mit Informationen aus zusätzlichen Interviews mit Polizeibeamten zu den Abläufen solcher Situationen ergänzt werden.

Die hauptsächliche Befragung von psychiatrischen Mitarbeiter erschien aus mehreren Gründen sinnvoll. So sind sie im Rahmen von Unterbringungen meist in die jeweiligen Einsätze involviert, können jedoch im Verhältnis zu Polizeibeamten und Patienten als dritte Partei angesehen werden, die eine gewisse Neutralität mit sich bringt. Hinsichtlich des Umgangs mit psychisch erkrankten Personen können sie zudem aufgrund des fachlichen, psychiatrischen Hintergrunds als Experten angesehen werden und sind zudem sensibilisiert bezüglich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Darüber hinaus sind sie von einem Teil der polizeilichen Entscheidungen direkt betroffen.

Als leitende Fragen für die Studie galten:

1. Wie stellt sich der Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen aus Sicht der Klinikmitarbeiter dar?
2. Wie erleben und beurteilen Klinikmitarbeiter die Entscheidungen der Polizei hinsichtlich Polizeigewahrsams und psychiatrischer Unterbringung?

3. Studiendesign

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Exploratives Studiendesign

In Bezug auf das allgemeine Thema der vorliegenden Arbeit sowie konkret bezogen auf die formulierten Fragestellungen liegen wenig Erkenntnisse vor. So existieren bisher zwar Fragebögen, welche das Erleben von betroffenen, psychisch erkrankten Personen im Rahmen von Polizeieinsätzen erheben, jedoch liegen diese nicht in validierten, deutschsprachigen Fassungen vor. Speziell hinsichtlich der Erfahrungen von psychiatrischen Mitarbeitern mit Polizeieinsätzen existieren keinerlei solche Erhebungsverfahren, da sich dieser Perspektive bisher kaum gewidmet wurde. Zudem war das Ziel der vorliegenden Studie nicht, allein die Häufigkeit von Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen zu erheben, sondern konkrete Schilderungen und Erfahrungen über relevante Situationen zu gewinnen. In diesem Sinne handelte es sich primär um einen explorativen Ansatz, welchem sich im Rahmen eines qualitativen Designs genähert werden sollte. Im Gegensatz zu quantitativen Verfahren zeichnen sich qualitative Studiendesigns neben einer geringeren Fallzahl auch durch das zirkuläre Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses aus. So kann auch im Laufe der Erhebung noch eine Anpassung des Erhebungsinstruments erfolgen und auf neue Erkenntnisse, die sich aus der bisherigen Erhebung ergeben haben, flexibel reagiert werden. Auch die genaue Auswahl der Stichprobe bzw. der Studienteilnehmer kann bei Bedarf entsprechend angepasst werden, um möglicherweise gezielt weitere Sichtweisen und Perspektiven einzuholen (Mayring, 2010, S. 230ff.). Dies erschien für die vorliegenden Fragestellungen im Vergleich zum linearen Verlauf bei der quantitativen Erhebung angemessener, da es zwar Vorkenntnisse zu den Sichtweisen von Polizeibeamten und betroffenen Personen mit psychischen Erkrankungen gibt, jedoch keine hinsichtlich des Erlebens psychiatrischer Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit der Polizei. Das qualitative Forschungsdesign bot sich zusätzlich an, da es zunächst nicht um eine repräsentative Erhebung der Erfahrungen von psychiatrischen Mitarbeitern ging. Stattdessen war das methodische Ziel der Erkenntnisgewinn sowie ein tiefergehendes Verständnis hinsichtlich der Polizeieinsätze im psychiatrischen Kontext. Hierbei sollte es vor allem darum gehen, mögliche

Herausforderungen und Schwierigkeiten aber auch Chancen zu identifizieren und ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie psychiatrische Mitarbeiter die Einsätze der Polizei erleben und bewerten. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollten zudem weitere Forschungsfragen sowie Ansätze für Theorien generiert werden, die wiederum repräsentative Aussagen über mögliche Probleme bei Polizeieinsätzen im psychiatrischen Kontext zulassen könnten (Mayring, 2010, S. 227ff.).

3.1.2 Leitfadengestützte Einzelinterviews

Im Rahmen eines qualitativen Ansatzes sind verschiedene Formen der Datenerhebung denkbar. Um direkte Erzählungen und Berichte der psychiatrischen Mitarbeiter gewinnen zu können, wurde sich für die vorliegende Studie für die Durchführung von Interviews entschieden. Hierbei wurde unter anderem abgewogen, ob die Durchführung von Einzelinterviews oder Gruppeninterviews bzw. sogar Fokusgruppen für die vorliegende Fragestellung am geeignetsten seien. Im Rahmen von Gruppeninterviews (Przyborski & Riegler, 2010, S. 440) können vor allem gemeinsame Haltungen sowie Dynamiken innerhalb einer Zielgruppe aufgedeckt werden. Hierbei können sich Teilnehmer in ihren Erzählungen gegenseitig weiterführen oder aber über konkrete, durch die Forscherin vorgegebene Sachverhalte, diskutieren. Für die vorliegenden Fragestellungen wurde sich jedoch letztendlich für die Durchführung von fokussierten Einzelinterviews entschieden (Mey & Mruck, 2010, S. 425f.). Dies unter anderem, da die persönlichen Erfahrungen der Individuen im Vordergrund stehen sollten und es nicht darum ging, eine gemeinsame Haltung der psychiatrischen Mitarbeiter gegenüber der Polizei zu identifizieren. Zudem wurde befürchtet, dass im Rahmen von Fokusgruppen einzelne Teilnehmer weniger frei berichten können und sich bestimmte Tendenzen im Rahmen der Gruppendiskussion abbilden könnten, die nicht den individuellen Bewertungen der Studienteilnehmer entsprechen könnten.

Die konkrete Durchführung der Interviews sollte mittels eines Leitfadens erfolgen, um einige Aspekte, welche sich aus der vorhandenen Literatur als potenziell relevant ergaben, entsprechend adressieren zu können. So sollten unter anderem die verschiedenen Arten von Einsätzen der Polizei im psychiatrischen Kontext gezielt angesprochen werden, um gegebenenfalls Unterschiede zwischen den verschiedenen Einsätzen und Abläufen erkennen zu

können. Darüber hinaus schien es sinnvoll, gezielt sowohl positive als auch negative Erlebnisse und Erfahrungen schildern zu lassen, um nicht im Rahmen der Erzählung ein zu einseitiges Bild der geschilderten Einsätze zu erhalten. Jedoch sollten bereits im Rahmen des Leitfadens auch freie Elemente eingebaut werden, die den Studienteilnehmern ermöglichen sollten, zunächst ohne Vorgaben von ihren Erfahrungen zu erzählen. Somit wurde ein Leitfaden eingesetzt, der eine semistrukturierte Durchführung der Interviews ermöglichte. Auch die Reihenfolge der angesprochenen Themen konnte in diesem Rahmen flexibel angepasst werden, um hierüber auch ein Verständnis dafür zu entwickeln, welche Aspekte für die Studienteilnehmer von entsprechend wichtiger Bedeutung waren (Helfferich, 2014, S. 565f.).

Der Leitfaden zu dieser Studie wurde bereits im Vorfeld im Rahmen eines Pretests, als Teil einer Studienleistung im Rahmen des Masterstudienganges, entwickelt und getestet (s. Anhang A). Hierfür wurde zunächst eine frei erstellte Version des Leitfadens erstellt, in welcher die relevanten Fragestellungen weitestgehend offen angesprochen wurden. Dieser wurde im Folgenden an drei verschiedenen Mitarbeitern einer psychiatrischen Klinik getestet und im Nachgang an jedes Interview entsprechend angepasst. So entwickelten sich wie bereits angesprochen einerseits freie Erzählblöcke und andererseits konkretere Themenblöcke mit spezifischeren Leitfragen zu den aufgestellten Fragestellungen, innerhalb derer gezielt auf verschiedene Aspekte des entsprechenden Themenkomplexes eingegangen werden konnte. Wie bereits ausgeführt, zeichnen sich qualitative Forschungsdesigns in erster Linie durch ihren zirkulären Forschungsprozess aus. Auf diese Besonderheit wurde auch im Rahmen der vorliegenden Studie zurückgegriffen. So wurde zwar der Leitfaden im Verlauf der durchgeführten Interviews nicht explizit verändert, jedoch wurde die Strukturierung des Interviews je nach konkreter Interviewsituation variiert. Dabei wurden neu hinzugekommene Aspekte auch in weiteren Interviews thematisiert bzw. der Schwerpunkt im Rahmen des Interviews auf neue Erkenntnisse gelegt.

3.1.3 Zielgruppe

Als primäre Zielgruppe für die Studien wurden Ärzte, die regelmäßig am Bereitschaftsdienst teilnehmen sowie Mitarbeiter der Pflege identifiziert, da beide Berufsgruppen im Rahmen ihrer Tätigkeit am häufigsten mit der Polizei in

Kontakt treten. Diese Auswahl wurde ebenfalls im Rahmen des bereits angesprochenen Pretests überprüft und bestätigt. Hieraus ergab sich auch, dass ein möglichst ausgeglichenes Verhältnis der beiden Berufsgruppen angestrebt werden sollte, da beide Berufsgruppen in Zusammenarbeit mit der Polizei andere Aufgaben übernehmen und die relevanten Situationen somit aus anderen Blickwinkeln beurteilen können. Bei den Teilnehmern beider Berufsgruppen wurde gezielt darauf geachtet, dass diese bereits einige Zeit in der Klinik tätig sind und somit von ausreichend eigenen, persönlichen Erfahrungen und nicht nur aus dritter Hand berichten können. Bei den Ärzten wurde zudem darauf geachtet, dass es sich um diensthabende Ärzte handelte, da Oberärzte in der Regel nur noch aus dem Hintergrund mit der Polizei in Kontakt kommen und daher keine direkten Erfahrungen hinsichtlich der Polizei im Umgang mit psychisch erkrankten Personen machen.

Bereits zu Beginn der Studie wurde geplant, neben den hauptsächlichen Interviews mit Mitarbeitern der psychiatrischen Klinik ergänzend vereinzelte Interviews mit der Polizei zu führen. Dieser Gedanke ergab sich ebenfalls aus der Durchführung des Pretests, in dessen Rahmen festgestellt wurde, dass auf Seiten der psychiatrischen Mitarbeiter wenig Wissen über die konkreten polizeilichen Abläufe bei Einsätzen im psychiatrischen Kontext vorhanden war. Um auch hinsichtlich der Auswertung nicht nur auf ausschließlich theoretisches Wissen zu diesen Prozessen zurück greifen zu können, wurden daher entsprechend zusätzliche Interviews mit Polizeibeamten geführt, welche von ihren Erfahrungen mit Einsätzen im psychiatrischen Kontext sowie zusätzlich möglichen standardisierten Abläufen und Leitfäden berichteten. Vor diesem Hintergrundwissen erschien die Auswertung vor allem der Bewertung der psychiatrischen Mitarbeiter konkreter und realistischer interpretiert werden zu können. Auch für die Interviews mit den Polizeibeamten wurde ein Leitfaden genutzt, der eine semistrukturierte Interviewdurchführung ermöglichte (s. Anhang B). Schwerpunkt waren dabei die Prozesse und Vorgaben bei den verschiedenen Einsätzen im psychiatrischen Kontext sowie der angesprochenen Fragestellungen.

3.1.4 Datenschutz und Genehmigungen

Vor Beginn der Erhebung wurde ein Datenschutzkonzept entwickelt, welches vor allem den Umgang und die Speicherung der erhobenen Daten beinhaltet.

te. So erfolgte die Erhebung in anonymisierter Form, da alle erhobenen Daten wie Audiodateien, Transkripte und soziodemographische Fragebögen mit unabhängigen Codes versehen wurden, sodass kein Rückschluss auf die Teilnehmer möglich war. Die Audiodateien wurden im Laufe der Transkription umfassend anonymisiert. Der weitere Umgang mit den erhobenen Daten orientierte sich dabei an den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes sowie den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung.

Vor Beginn der Erhebung wurden die Genehmigungen von verschiedenen Stellen eingeholt. Im Rahmen des Trägers der beteiligten psychiatrischen Klinik muss bei der Befragung von Mitarbeitern, auch in kleineren Stichproben, der Personalrat des jeweiligen Standorts eingeholt werden. So wurde zunächst der Personalrat der beteiligten Klinik unter Vorlage einer Studienbeschreibung um die Genehmigung der Durchführung gebeten. Zusätzlich wurden entsprechend der beteiligten Berufsgruppen die ärztliche Direktion sowie die Pflegedirektion angefragt, um die entsprechenden Mitarbeiter befragen zu dürfen. Hinsichtlich der Interviews mit den Polizeibeamten wurde im Vorfeld, ebenfalls unter Vorlage einer kurzen Studienbeschreibung, die Genehmigung des Innenministeriums in Nordrhein-Westfalen eingeholt. Obwohl es sich bei der vorliegenden Studie nicht um eine klinische Studie im engeren Sinne handelte und auch keinerlei Patienten im Rahmen der Studie beteiligt waren, ist es zudem üblich bei Forschung in diesem grundsätzlich ethisch sensiblen Setting, ein Votum der Ethikkommission einzuholen. Dies erfolgte über die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Auch hier wurde, jedoch nur für den klinikinternen Teil der Erhebung, ein entsprechendes Votum eingeholt. Die konkrete Erhebung begann erst, nachdem alle entsprechenden Genehmigungen vorlagen. Obwohl die Studie von den jeweiligen Leitungen (sowohl innerhalb der Klinik als auch beim Polizeipräsidium) zwar befürwortet und unterstützt wurde, war die Studienteilnahme für die betreffenden Mitarbeiter freiwillig. Zudem war die Masterandin mit den potentiellen Teilnehmern der Klinik nicht bekannt. Dennoch stand Ihnen frei, ob das Interview innerhalb oder außerhalb Ihrer Arbeitszeit stattfand. Vor Teilnahme an der Studie wurden alle Teilnehmer über den Zweck und Inhalt der Studie sowie über den Ablauf der Erhebung und den Datenschutz informiert und haben schriftlich hierzu eingewilligt.

3.2 Datenerhebung

3.2.1 Sampling und Rekrutierung

Für die vorliegende Erhebung wurden letztendlich verschiedene Samplingverfahren kombiniert, die sich teilweise an den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen orientierten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 126f.). Das hauptsächliche Kriterium für die Studienteilnehmer war wie bereits angeführt, persönliche Erfahrungen mit Polizeieinsätzen im psychiatrischen Kontext gemacht zu haben. In diesem Punkt folgte das Sampling entsprechenden Kriterien, da nur Mitarbeiter der Klinik für das Sample infrage kamen, bei denen dies entsprechend zutraf. Aus klinischen Erfahrungen sowie der Bestätigung dieser innerhalb des Pretests lagen zudem Annahmen darüber vor, dass dies in Bezug auf Ärzte vor allem für die diensthabenden Ärzte gilt. Bei diesen ist es wiederum irrelevant, in welchem Bereich der Klinik diese tätig sind, da sie im Dienst ab dem späten Nachmittag als einziger Arzt in der Klinik anwesend und zuständig für die direkte psychiatrische Notfallversorgung sind. Im Rahmen der Pflegekräfte dagegen, welche in allen Schichten primär für eine Station zuständig sind, wurde vorab identifiziert, auf welchen Stationen es am häufigsten zu Einsätzen mit der Polizei kommt. Dies ist in der beteiligten psychiatrischen Klinik am häufigsten auf der Station für psychotische Erkrankungen der Fall. Daher kamen vor allem die Pflegekräfte dieser Station für das Sample in Frage. Innerhalb dieses potenziellen Samples diensthabender Ärzte und Pflegekräfte der Station für psychotische Erkrankungen, wurden neben der allgemeinen Rekrutierung im Sinne des Schneeballsystems, auch speziell Personen aufgenommen, welche von anderen Interviewpartnern als möglicherweise von Interesse für die Studie genannt wurden. Dies war im Vorfeld nicht geplant, aber zum Beispiel der Fall, wenn den Interviewpartnern von anderen Kollegen bekannt war, dass diese zum Beispiel in letzter häufiger mit der Polizei zu tun hatten oder speziell Arten von Einsätzen oder spezifische Situationen, die seltener vorkommen, bereits erlebt hatten und daher zu diesem Punkt mehr zu erzählen wüssten. Anders verhielt sich das Sampling bei den Interviews mit Polizeibeamten. Hier wurde insofern grundsätzlich dasselbe Kriterium angelegt, wie für die Mitarbeiter der Klinik, dass die entsprechenden Polizeibeamten selbst bereits persönlich

Erfahrungen mit Einsätzen im psychiatrischen Kontext gemacht haben sollten. Weitere Strategien zum Sampling wurden hier jedoch nicht angewandt. Entsprechend der unterschiedlichen Samplingverfahren unterschied sich auch die jeweilige Rekrutierungsstrategie zwischen den beteiligten Berufsgruppen, was teilweise auch durch die Struktur innerhalb der Klinik bedingt war. Hinsichtlich der Ärzte findet in der beteiligten Klinik im Anschluss an die Besprechung aller Ärzte und Therapeuten wöchentlich eine Vortragsreihe zur Vorstellung und Diskussion relevanter wissenschaftlicher Arbeiten statt. In diesem Rahmen wurde nach einer kurzen theoretischen Einführung auch die vorliegende Studie vorgestellt und die anwesenden Ärzte um Teilnahme gebeten. Darüber hinaus wurde im weiteren Verlauf eine Mail über den internen Verteiler der diensthabenden Ärzte versandt, die ebenfalls eine kurze Beschreibung der Studie sowie die Bitte um Teilnahme enthielt. Die weitere Bekanntmachung der Studie erfolgte darauf, spätestens ab dem ersten Interview, weitestgehend direkt unter den ärztlichen Kollegen. Interessierte Mitarbeiter konnten sich daraufhin selbstständig bei der Forscherin melden. Da die Pflegekräfte an der angesprochenen Klinikbesprechung und Vortragsreihe nicht teilnehmen, wurde für diese Berufsgruppe eine andere Rekrutierungsstrategie gewählt. Da für das Sample speziell die Pflegekräfte einer Station für psychotische Erkrankungen ausgewählt wurden, fand die Rekrutierung speziell auf dieser Station statt. Hierzu wurde in angepasster Form die Studie im Rahmen der ebenfalls wöchentlich stattfindenden Teamsitzung, an der das gesamte therapeutische, ärztliche und pflegerische Team der betreffenden Station teilnimmt, vorgestellt und um Teilnahme geworben. Im Anschluss wurde zudem eine schriftliche Information zur Studie im Stationszimmer hinterlegt sowie eine Liste ausgelegt, in der sich potenziell interessierte Teilnehmer eintragen konnten. Die Forscherin suchte im Anschluss regelmäßig das Stationszimmer auf, um die in der Liste eingetragenen Personen für die Terminvereinbarung anzusprechen. Hinsichtlich der Interviews mit den Polizeibeamten erfolgte die Rekrutierung ausschließlich über das Polizeipräsidium, welches sich im Einzugsgebiet der beteiligten Klinik befindet. Die Anfrage zur Studie wurde dabei an einen zentralen Ansprechpartner gestellt, welcher im weiteren Verlauf intern die Rekrutierung der Inter-

viewpartner vornahm. Die interessierten Polizeibeamten meldeten sich daraufhin selbstständig bei der Forscherin.

3.2.2. Rahmenbedingungen und Stichprobe

Die Interviews mit den Mitarbeitern der Kliniken dauerten zwischen 30 und 45 Minuten und wurden überwiegend in den Räumlichkeiten der jeweiligen Interviewpartner geführt. Da dies im Rahmen der Arbeitszeit erfolgte kam es hier gelegentlich zu kurzen Störungen, jedoch in keinem Fall zu einem vorzeitigen Abbruch des Interviews. Die Interviews wurden alle mit einem Diktiergerät für die spätere Transkription aufgezeichnet. Die Interviews mit den Polizeibeamten fanden ebenfalls in den Räumlichkeiten der Klinik bzw. in einem Fall auf der jeweiligen Polizeiwache statt. Neben der konkreten Durchführung des Interviews wurden die Mitarbeiter der Klinik zudem gebeten, einen kurzen soziodemographischen Fragebogen auszufüllen.

Die Stichprobe aus der Klinik setzte sich zusammen aus $n = 6$ Pflegekräften und $n = 4$ Ärzten. Dies entspricht somit wie angestrebt einer vergleichbaren Verteilung der beiden Berufsgruppen, ist jedoch auch repräsentativ für den klinischen Alltag, da grundsätzlich mehr Pflegekräfte als Ärzte in der Klinik tätig sind. Zudem setzte sich die Stichprobe aus jeweils 5 Frauen und 5 Männer zusammen, obwohl hierbei nicht explizit eine Gleichverteilung angestrebt wurde. Das durchschnittliche Alter betrug 31.2 Jahre und die durchschnittliche Berufserfahrung im psychiatrischen Setting 5.1 Jahre. Somit kann davon ausgegangen werden, dass bei allen Teilnehmern ausreichende Erfahrungen und Kenntnisse zur Tätigkeit im psychiatrischen Kontext und auch mit Polizeieinsätzen vorlagen. Zu den Interviews mit den Polizeibeamten wurden keine expliziten soziodemographischen Angaben erhoben, da der Inhalt dieser Interviews nur als Hintergrundwissen dienen sollte und nicht hauptsächlich Gegenstand der Fragestellungen war. Es war möglich, $n = 3$ Polizeibeamte aus dem entsprechenden Polizeipräsidium zu befragen.

Wie erläutert wurden die Interviews mittels eines Leitfadens durchgeführt, welcher eine semistrukturierte Durchführung ermöglichte. Dabei wurde jedoch im Laufe der Interviews zunehmend von diesem Leitfaden abgewichen bzw. flexibler auf neu auftauchende Aspekte eingegangen. Besondere Schwierigkeiten zeigten sich vor allem in der freien Erzählung von konkreten, positiven wie negativen, Situationen. Dies stellte für die meisten Teilnehmer

eine Herausforderung dar, da nicht auf Anhieb konkrete Situationen erinnert und erzählt werden konnten. Leichter fiel dabei jedoch die Schilderung bestimmter Situationen im Rahmen der anderen Themenbereiche, weshalb in diesen Fällen auf die konkrete Rückfrage verzichtet wurde, sondern in diesem Kontext die Erzählaufforderung verstärkt wurde, um auf diesem Wege an die Schilderung von Erfahrungen mit Polizeieinsätzen zu gelangen. Bei Bedarf wurde hier ergänzend nach weiteren, zum Beispiel gezielt positiven oder negativen Situationen, gefragt. Zudem wurde wie bereits geschildert die Reihenfolge des Leitfadens von Beginn an nicht strikt eingehalten, sondern entsprechend dem Interviewverlauf und dem Erzählfluss der Teilnehmer angepasst. Es wurden jedoch in jedem Interview alle Themenbereiche angesprochen und keine Aspekte ausgelassen.

Auch wenn die zugrundeliegende Theorie des gewählten Studiendesigns dies nicht explizit vorsieht, wurde bei der Durchführung der Interviews auch die theoretische Sättigung berücksichtigt. So wurde der Leitfaden zwar nicht an die jeweils gewonnenen Erkenntnisse angepasst und es war auch nicht Ziel der Studie eine bestimmte Theorie zu entwickeln und zu bestätigen. Jedoch wurde aufgrund der Größe der Stichprobe dennoch angestrebt, durch weitere Interviews keine weiteren Erkenntnisse mehr generieren zu können. Dies konnte in Ansätzen bereits über die gewonnene Stichprobe erreicht werden, da sich zentrale Aussagen über die Interviews hinweg immer wieder fanden.

3.3 Datenauswertung

Die Transkription der Interviews mit den Klinikmitarbeitern sowie der Interviews mit den Polizeibeamten erfolgten durch die Forscherin selbst. Die Transkription sowie die Auswertung erfolgten mittels der Software MaxQDA (Version 20). Grundlage für die Transkription stellte das einfache Transkriptionssystem und die entsprechenden Transkriptionsregeln nach Kuckartz (Kuckartz, 2018, S. 164ff.) dar. Hierbei erfolgte eine wörtliche, jedoch sprachlich leicht geglättete Transkription der Interviews, da es weniger auf die emotionale und sprachliche Darstellung, sondern auf die vermittelten Inhalte ankam. Die Transkripte zu allen durchgeführten Interviews finden sich in dem dieser Masterarbeit beiliegenden Anlagenband.

Die Auswertung der Interviews richtete sich nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2014, S. 543f.). Auch hier galt die Überlegung, dass die konkreten Inhalte der Interviews für die Fragestellungen zentral sind. Die Auswertung erfolgte dabei insgesamt nach Abschluss der Erhebung. Bei der Kodierung wurde aufgrund des explorativen Studiencharakters eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung gewählt (Mayring & Fenzl, 2014, S. 545ff.). Die Details des genauen Vorgehens werden im Folgenden beschrieben. So wurden anhand des Leitfadens zunächst Hauptkategorien mit jeweils wenigen Unterkategorien vorgegeben und vorab definiert. Konkrete Ankerbeispiele oder Kodierregeln wurden bewusst nicht festgelegt, um innerhalb der Kategorien und der explorativen Schilderungen die Inhalte nicht zu früh festzulegen. Eine Übersicht dieser Haupt- und Unterkategorien inklusive der jeweiligen kurzen Definitionen findet sich in der folgenden Tabelle (Tab. 1).

Tab. 1: ursprüngliches Kategoriensystem: deduktive Kategorien aus dem Leitfaden

Hauptkategorien	Unterkategorien	Definition
Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie	Rollenverständnis	eingenommene Rolle an der Schnittstelle von Psychiatrie und Polizei
	Eigene Erfahrungen	(berufliche) Erfahrungen mit Polizeieinsätzen
	Bewertung	(Persönliche) Bewertung der Zusammenarbeit
	Absprachen	Kenntnis über spezifische Absprachen zwischen Psychiatrie und Polizei
Ablauf polizeilicher Einsätze im psychiatrischen Kontext	Entweichung	Typischer Ablauf bei Entweichungen
	Amtshilfe	Typischer Ablauf bei Amtshilfe
	Zwangseinweisung	Typischer Ablauf bei Zwangseinweisungen
Polizeilicher Einfluss auf die Zwangseinweisung	Entscheidungsprozess	Verlauf und Beteiligte des Entscheidungsprozesses
	Kriterien	Kriterien der Entscheidung für oder gegen die Zwangseinweisung
	Bewertung von Entscheidungen	Häufigkeit und Merkmale von Fehleinschätzungen
	Konsequenzen	Relevanz und Auswirkungen von Fehleinschätzungen
Polizeilicher Umgang mit psychisch erkrankten Personen	Bewertung	Persönliche und fachliche Bewertung des Umgangs
	Konsequenzen	Relevanz und Auswirkungen des Umgangs
	Einflussfaktoren	Hilfreiche und kritische Einflussfaktoren auf den Umgang
Verbesserungsvorschläge		

In einem ersten Durchgang wurden die Transkripte zunächst deduktiv nur hinsichtlich dieser vorgegebenen Kategorien codiert und alle Aussagen der Interviewpartner diesen Kategorien zugeordnet. Bei relevanten Aussagen, welche sich keiner der Unterkategorien zuordnen ließen, erfolgte zunächst nur die Zuordnung zur Hauptkategorie. In einem zweiten Schritt wurden daraufhin alle Transkripte erneut gesichtet und nun Aspekte codiert, welche durch die zunächst festgelegten Kategorien zunächst nicht erfasst wurden. In einem finalen Schritt wurden anschließend alle Unterkategorien induktiv noch einmal neu codiert. Hieraus wurden zum anderen die ersten Unterkategorien angepasst sowie eine weitere Stufe von Unterkategorien gebildet. In der folgenden Tabelle findet sich das hieraus resultierende finale Kategoriensystem (Tab. 2).

Tab. 2: finales Kategoriensystem nach deduktiver Codierung

Hauptkategorien	Erste Unterkategorie	Zweite Unterkategorie
Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie	Vorwissen	
		Absprachen
	Offizielle Absprachen	
	Inoffizielle Absprachen	
	Relevanz	
	Erleben der Zusammenarbeit	Varianz
		Positiv
		Negativ
	Rollenverständnis	Erwartungen
		Gegenseitiges Verständnis
Selbstverständnis		
Ablauf polizeilicher Einsätze im psychiatrischen Kontext	Zuführung/Rückführung	Anlass
		Außerhalb
		Innerhalb
	Amtshilfe	Anlass
		Ablauf
	Entweichung	Anlass
		Fahndung
Polizeilicher Einfluss auf die Zwangseinweisung	Fehleinschätzungen	Relevanz
		Konsequenzen
	Entscheidungsprozess	Ablauf
		Kriterien
Polizeilicher Umgang mit psychisch erkrankten Personen	Erfahrungen	Varianz
		Negativ
		Positiv
	Einflussfaktoren	Individuell
		Strukturell
	Relevanz	
Verbesserungsvorschläge	Umgang	
	Entscheidung	
	Zusammenarbeit	

Obwohl die ergänzenden Interviews mit den Polizeibeamten hinsichtlich zusätzlichen Hintergrundwissens zum Ablauf von Polizeieinsätzen geführt wurden, wurden diese gemeinsam mit den klinikinternen Interviews codiert. Dabei waren jedoch nicht alle Kategorien aufgrund des unterschiedlichen Leitfadens relevant. Die gemeinsame Kodierung ermöglichte jedoch, dass Hintergrundwissen der Polizeibeamten an den jeweils entsprechenden Stellen mit den Ergebnissen aus den klinikinternen Interviews gezielt abzugleichen und einfließen zu lassen.

4. Ergebnisse

4.1 Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen

4.1.1 Bewertung des Umgangs

Hinsichtlich des Umgangs von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen waren vor allem die Aussagen der Klinikmitarbeiter relevant. Diese Erfahrungen waren größtenteils individuell und es wurden sowohl sehr positive als auch sehr negative Erfahrungen berichtet. Dabei wurde angeführt, dass negative Erfahrungen stärker in Erinnerungen blieben und die Erfahrungen sehr stark von den jeweiligen Beamten abhingen. So wurde ein großes Spektrum hinsichtlich der Angemessenheit, Professionalität und Verhältnismäßigkeit des Umgangs berichtet. Insgesamt schien es zudem als wäre der Umgang mit intoxikierten Personen deutlich schwieriger. Eine Besonderheit waren die Schilderungen einer deutlichen Diskrepanz zwischen einem eskalativen Umgang der Polizei mit aggressiven Personen, welche sich im Kontext der Klinik innerhalb kurzer Zeit beruhigen ließen.

„Was halt ich schlecht finde ist teilweise der Umgang mit den Patienten. Sehr, ja, da wird über die als Geistesranke geredet. Es wird laut in deren Beisein über die geredet, so sehr unwertschätzende Kommunikation insgesamt. Auch schon erlebt, dass mit Schlägen gedroht wurde dem Patienten. Ja, wenn die, auch wenn die vor allem mit der Polizei kommen, dann kommen die meistens ziemlich zermackt und ziemlich geladen, obwohl wir dann feststellen, dass die hier in dem Setting sehr, eigentlich schnell wieder runterkommen und dann gar nicht so aggressiv sind.“

(K3, Pflege)

Jedoch wurde auch angemerkt, dass die Klinikmitarbeiter den Umgang der Polizeibeamten mit den psychisch erkrankten Personen meist nur für wenige Minuten erleben würden. Als positiv wurde berichtet, wenn die Polizeibeamten einen (angemessen) freundschaftlichen Umgang mit den betroffenen Personen pflegten und sich insgesamt professionell verhielten. Vor allem Verhaltensweisen, die Verständnis, Empathie und Sorge vermittelten, hinterließen einen positiven Eindruck. Auch das Ausstrahlen von Ruhe und Gelassenheit sowie ein deeskalatives Verhalten wurden als hilfreich erlebt. Ein besonderer Punkt betraf zudem die Kommunikation oder vorherige Ankündigung von Maßnahmen. So wurde positiv herausgestellt, dass in wenigen Fällen auch negative Maßnahmen wie zum Beispiel das Anlegen von Handfes-

seln als Vorsichtsmaßnahme den Patienten entsprechend kommuniziert wurden und dadurch aus Sicht der Klinikmitarbeiter von den Patienten als weniger zwanghaft erlebt würden.

„Also jetzt gerade ist ein Patient hier, der wurde am Wochenende in der Nacht zu uns gebracht mit drei Beamten in Fesseln. Den wir hier aber schon kennen und die haben halt gesagt, der knirscht halt sehr mit seinen Zähnen und das hört sich sehr, sehr aggressiv an. Wo wir uns aber denken, ja das macht der jeden Tag. So eine Situation, die waren super nett die Polizisten, der hat denen das auch nicht übergenommen. Ne, das war eine reine Vorsichtsmaßnahme von denen aus. Aber ich glaube, dass es da auch andere Polizisten gibt, die sowas einfach sofort machen würden. Und nicht sagen würde, Herr Sowieso oder Frau Soundso, wir machen das jetzt als Vorsichtsmaßnahme, weil wir sie nicht kennen. Sondern wir klatschen den jetzt einfach, auf gut Deutsch gesagt, auf den Boden und legen ihm die Acht an, damit wir sicher sind. Ne, ich glaube da gibt es ganz, ganz viele Unterschiede.“

(K7, Pflege)

Neben den positiven Aspekten wurden jedoch auch erhebliche Defizite und Schwierigkeiten im Umgang der Polizeibeamten mit den psychisch erkrankten Personen berichtet. Dies reichte vom Ausdruck einer negativen Grundhaltung, welche sich in fehlendem (Krankheits-)Verständnis, fehlender Wertschätzung und Respekt sowie unangemessenen Umgangsformen (z.B. unangebrachtem Duzen der Patienten) äußere. Dies sei regelmäßig der Fall, während schwerwiegendere Probleme seltener zu beobachten seien. So käme es in einigen Fällen auch zu Beleidigungen oder Bedrohungen des Patienten sowie Provokationen und eskalativen Verhaltensweisen (z.B. Anschreien des Patienten).

„Also wir hatten neulich eine Situation, das war auch ne ganz, sicherlich ne schwierige Situation. Auch ein unangenehmer Patient muss man ganz klar sagen, der auch einen Mitarbeiter von uns angegriffen hatte und der Polizist, der ihn dann aus der Klinik begleiten sollte, also duzte den Patienten durchgehend und sagte der geht, also drohte dem durchgehend eigentlich so: wenn Du einen Mucks machst, dann haeue ich Dir einen in die Fresse. Wirklich, in dem, also das war Originalton, ne, und sowas mehrfach. Also das finde ich schon schwierig. Ich weiß nicht wie die Polizei mit nicht psychisch kranken Menschen umgeht, aber prinzipiell finde ich, dass das kein angemessener Umgangston ist.“ (K1, Ärzte)

Hier schwang für die meisten Klinikmitarbeiter vor allem ein Gefühl von Abwertung und Erniedrigung sowie Machtausübung und Demonstration von Autorität auf Seiten der Polizeibeamten mit.

„Auf der anderen Seite gibt es aber auch einfach den Polizisten, muss ich sagen, wo man einfach merkt, dass es um, dass es um ne menschliche Abwertung in dem Falle geht. Also, Erhöhung durch Erniedrigung. Das merkt man durch Tätigkeiten, durch die Sprache ganz deutlich den Patienten gegenüber. Da wird unglaublich respektlos umgegangen mit den Patienten.“ (K8, Pflege)

In extremen Fällen käme es durch solche Verläufe auch zu unverhältnismäßiger Härte angefangen bei einem unnötig groben Umgang bis hin zu massiven Verletzungen, bei denen zweifelhaft sei, was im Vorfeld geschehen sein muss, um in diesem Ausmaß Gewalt ausüben zu müssen. Dabei schilderten die Interviewteilnehmer auch einige konkrete Situationen, in denen entsprechende Zweifel an der Verhältnismäßigkeit aufgekommen seien. So habe ein Arzt (K6) erlebt, dass ein Patient „wie ein Spanferkel verschnürt“ von der Polizei auf der Station „abgeliefert“ worden sei. Dies bezog sich darauf, dass der betroffene Patient sowohl Hand- als auch Fußfesseln trug, welche hinter seinem Rücken miteinander verbunden waren. Zudem wurde er von 8 Polizeibeamten begleitet, weshalb der Interviewpartner nicht abschätzen konnte, welche Aggressivität im Vorfeld von diesem Patienten ausgegangen sein musste. Neben Verdachtsmomenten aufgrund des Zustands des Patienten bei Zuführung schilderten einige Interviewteilnehmer jedoch auch Situationen, in denen sie selbst Zeuge von unverhältnismäßiger Polizeigewalt werden konnte. Eine Pflegekraft (K7) berichtete im Interview von einer Situation, bei der die Polizeibeamten die Fixierung eines Patienten unterstützen sollten. In diesem Rahmen sei es dazu gekommen, dass ein Polizeibeamter den Hals des Patienten mit der Hand zudrücken wollten, wovon er durch die befragte Pflegekraft gehindert worden sei. Eine weitere Pflegekraft (K8) schilderte einen Vorfall, bei dem ein Patient nach Zuführung durch die Polizei die Station wieder verlassen wollte, während die Beamten noch anwesend waren. Während des Versuchs, den Patienten am Verlassen der Station zu hindern, sei es durch die Gewalteinwirkung zu einer Fraktur des Unterschenkels bei dem betroffenen Patienten gekommen.

4.1.2 Einflussfaktoren

Mögliche Faktoren, die den Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen beeinflussen können, konnten vor allem in individuelle Faktoren auf Seiten der Polizeibeamte sowie strukturelle Faktoren im Sinne von Situationseinflüssen getrennt werden. Als ein großes Defizit wurde das

bereits angesprochene fehlende (Krankheits-)Verständnis der Polizeibeamten gesehen, welches zumeist auf mangelnde Erfahrung und unzureichende Aus- und Fortbildung zurückgeführt wurde. So würden vor allem Unwissenheit und Unsicherheit auf Seiten der Polizeibeamten zu mehr Aggression führen.

„Weil ich glaube, ja, Unwissenheit, eben in dem Gebiet ist halt, führt halt zu auch Unverständnis und führt zu Aggression auch von Seiten der Polizisten. Das führt wieder zu Aggressionen von Seiten der Patienten und das ist dieser Aufschaukelungsprozess.“ (K1, Ärzte)

„Entweder äußern die das tatsächlich: ich weiß überhaupt nicht, was da jetzt los ist oder was da jetzt gerade im Kopf vorgeht. Also und manche fragen dann auch nach und: wie machen sie das denn hier? Und wie gehen sie denn hier mit den Leuten um? Weil ich versteh das überhaupt nicht. So und manchmal merkt man das auch einfach an der Körpersprache und am Blick wie sie eben neben dem Patienten stehen und sich gerade fragen: was geht hier eigentlich gerade ab? Was passiert hier eigentlich?“ (K10, Ärzte)

Dabei seien sowohl die Einschätzung von Verhaltensweisen psychisch erkrankter Personen als auch die falsche Einschätzung des Gefahrenpotentials und Defizite in der Kommunikation mit psychisch erkrankten Personen besonders problematisch. Als hinderlich wurde zudem eine negative Grundhaltung gegenüber der Psychiatrie erlebt, da diese auch zu Vorurteilen, zum Beispiel in Form von Schuldzuweisungen gegenüber dem Patienten, aber auch zu Frustration der Polizeibeamten führe. Ein weiteres großes Problem erlebten die Klinikmitarbeiter in der Betonung der eigenen Autorität und dem Bedürfnis im Kontakt mit den psychisch erkrankten Personen Macht und Stärke demonstrieren zu wollen.

„Ich glaub, dass da immer so, also zumindest kommt das bei mir so an, dass das schon immer sowas mit Macht ausüben auch zu tun hat irgendwie, dass die schon immer demonstrieren: Okay, wir haben jetzt hier das Sagen. Du bist der Kleine, wir sind die Großen. So ging das schon immer. Und je nach Situation, je nach Beamten, je nach Patient ist das mal nen bisschen kumpeliger, je nachdem wie der Patient halt auch auf die Leute reagiert oder aber halt wirklich nicht so nett, nicht so schön.“
(K4, Pflege)

Als hilfreich wurde dagegen erlebt, wenn Polizeibeamte über Gelassenheit verfügen und sich zum Beispiel von persönlichen Beleidigungen durch Patienten nicht provozieren ließen, sondern diese als Ausdruck der Erkrankung werten könnten. Auch eine Sensibilität für psychische Notlagen wurde als hilfreich erlebt. So schilderte eine befragte Ärztin (K1) es als sehr positiv, als

zwei Polizeibeamte einen Patienten, der nach dem Versuch sich zu strangulieren aufgrund der möglichen tieferliegenden Verletzungen zur Abklärung in die Gefäßchirurgie musste, diesen dorthin begleiteten und dort die insgesamt zwei Stunden andauernde Untersuchung mit ihm abwarteten und ihn anschließend zurück in die psychiatrische Klinik führen. Dies sei aus Sicht der Interviewteilnehmerin deutlich über den üblichen Einsatz der Polizei hinausgegangen und habe viel Empathie für den Patienten ausgedrückt.

Neben den individuellen Faktoren wurden jedoch auch angeführt, dass einige übergreifende Faktoren den Umgang beeinflussen könnten. Hierzu zählten zum Beispiel bisherige negative Erfahrungen und ein daraus sich entwickelnder Abkühlungsprozess, was auch erklären würde, warum der Umgang bei älteren, dienstfahreneren Polizeibeamten tendenziell eher schlechter erlebt wurde. Zusätzlich konnten einige Klinikmitarbeiter bereits häufiger eine Gruppendynamik zwischen den Polizeibeamten beobachten, welche zu einem Aufschaukeln unangemessener Verhaltensweisen führe.

„Also du hast richtig das Gefühl, so dieses Erstaunen. Das auf einmal dieser Flow nicht bestätigt wird, in dem alle gerade sind. Dass dann kurz so, oh okay, ja. Aber es gibt auch genauso andere, das hat auch, find ich, viel mit dem Alter zu tun. Wesentlich ältere, die dann schon so ein paar Dienstjahre auf dem Buckel haben. Die lassen sich dann nicht so schnell einordnen, ne. Also das geht dann einfach nicht. Sodass man dann manchmal die jüngeren Kollegen zur Raison rufen muss erst, die dann auf diese Person einwirken.“ (K8, Pflege)

Darüber hinaus wurde von allen Klinikmitarbeitern betont, dass auch der Verlauf des Einsatzes sowie die Aggressivität und Provokation durch die jeweiligen Patienten den Umgang erheblich erschweren und die Anwendung von Zwang nötig machen können.

4.1.3 Relevanz des Umgangs

Für die Klinikmitarbeiter ergibt sich die Relevanz des Umgangs von Polizeibeamten mit den Patienten vor allem aus Folgen für diese Patienten, aber auch für die Aufnahmesituation und die weitere Behandlung innerhalb der Klinik. So würden die Patienten aus Sicht der Mitarbeiter vor allem Schock und Ärger zeigen, wenn sie durch die Polizei unverhältnismäßige Gewalt erlebt hätten, es käme jedoch nur selten zu Anzeigen. In gravierenden Fällen könnten solche Polizeieinsätze für die betroffenen Patienten auch ein traumatisches Erlebnis stellen, was die bereits zugrundeliegende psychische Erkrankung zusätzlich beeinträchtigt und die Therapie dieser erschwere.

„Ja, also bei den Patienten die halt, muss ich einfach sagen, unverhältnismäßig Gewalt erleben in Zusammenhang mit der Polizei, muss ich sagen beeinträchtigt das einfach die Therapie. Also wenn ich mir überlege, ich komme vielleicht wegen Problemen der Verwahrlosung oder weil ich Alkoholiker bin oder dergleichen, dann hab ich ein Problem. Das in der Psychiatrie behandelt werden muss. Ja, aber, wenn ich dann vorher noch ein auf die Mappe kriege und ich mich nicht wehren kann. [...] Das ist etwas, was traumatisiert. Und das ist dann etwas, was einfach im Vordergrund ist. Was eigentlich ein ganz eigenes Therapiesetting benötigt.“ (K8, Pflege)

Darüber hinaus würden die Klinikmitarbeiter erleben, dass viele Patienten massive Angst vor den Polizeibeamten entwickeln, was sich auch auf weitere Einsätze mit der Polizei auswirken könne. Innerhalb der Aufnahmesituation käme es durch unangemessenes Verhalten der Polizei vor allem zu mehr Aggression und Unruhe und bei zunehmender Eskalation auch häufiger zu einer Fixierung und führe letztendlich zu Unzufriedenheit bei allen Beteiligten.

„In erster Linie wird der Patient deutlich aggressiver, unruhiger. Genau das, was wir eben nicht erreichen wollen geschieht. Die Polizisten sind unzufrieden, weil sie sich noch mehr vielleicht mit jemandem körperlich auseinandersetzen müssen. Weil er immer weiter hochfährt. Für uns natürlich viel mehr Arbeit, denjenigen irgendwie wieder runterzuholen, wenn er denn einmal ganz oben ist. Also es ist negativ für Alle einfach. Für alle Beteiligten plus der Patient, der wieder ein ganz negatives Bild von der Polizei selbst hat.“ (K2, Pflege)

In Bezug auf den weiteren Verlauf der Behandlung wurde jedoch auch ein zunächst paradoxer Aspekt angeführt. Da sich die Mitarbeiter auch gegenüber den Patienten deutlich von der Polizei distanzieren würde, könne es durch eine suboptimale Zuführung der Polizei sogar zu einem besseren therapeutischen Verhältnis mit dem Patienten kommen.

Auch die Polizei selbst betonte die Relevanz eines korrekten Umgangs mit psychisch erkrankten Personen bzw. der Notwendigkeit von Fortbildungsmaßnahmen in diesem Kontext. So würden sich wie eingangs geschildert Einsätze mit psychisch erkrankten Personen zunehmend häufen, jedoch fehle ein Ansprechpartner oder eine Anlaufstelle für schwierige Fälle und Fragen in diesem Zusammenhang. So würden psychisch erkrankte Personen für Polizeibeamte in der Regel eine Gefahrenquelle darstellen, bei der die Einschätzung besonders schwierig sei. Die geltenden Richtlinien fordern dabei im Prinzip dieselbe Vorgehensweise wie bei nicht psychisch erkrankten Personen und verweisen dabei nur auf die Möglichkeit einer unerwarteten Situationsentwicklung, was die Umsetzung der bestehenden Vorgaben entsprechend erschweren würde.

„Ja, grundsätzlich kann man sagen, dass was zur Eigensicherung im Umgang mit jedem Bürger niedergeschrieben ist, das gilt. Und zusätzlich man eben noch verschärft darauf abzielt, dass da. Ja, ne irrationale Lageentwicklung stattfinden könnte und die wird dann praktisch oben draufgesetzt. Grundsätzlich kann man sagen, dass was für jeden Bürger gilt, gilt natürlich auch für psychisch Kranke. Nur ist es eben schwieriger, damit umzugehen. [...] deswegen ist der Umgang da, mit psychisch Kranken, so wie mit jedem anderen Bürger auch. Nur man versucht eben Gefahrenquellen zu minimieren.“ (P3, Polizei)

4.2 Entscheidung zur Unterbringung vs. Polizeigewahrsam

4.2.1 Entscheidungsprozess und Kriterien

Eine der beiden Hauptfragestellungen bezog sich auf die Frage nach Fehleinschätzungen in der Entscheidung zwischen psychiatrischer Unterbringung und Polizeigewahrsam. In diesem Zusammenhang muss jedoch deutlich zwischen Selbst- und Fremdgefährdung unterschieden werden. Zunächst stellte sich die Frage, wie der Entscheidungsprozess verläuft, welchen Einfluss die Polizei auf diesen hat und nach welchen Kriterien entschieden wird. Angaben zu diesen Aspekten konnten durch die Klinikmitarbeiter nur wenig gemacht werden, da vor allem zum Ablauf der Unterbringung außerhalb der Klinik wenig Kenntnisse bestanden. Grundsätzlich waren jedoch die Annahmen, dass die Polizei den Transport in die Klinik letztendlich nur begleitet, aber häufig als erstes vor Ort war und somit den Anstoß für die Unterbringung gegeben hat, indem sie das Ordnungsamt und die Rettung hinzugezogen habe. Eindeutige Kriterien für die psychiatrische Unterbringung stellten für die Klinikmitarbeiter in erster Linie das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und eine sich daraus resultierende Gefährdung dar. Jedoch wurden Zweifel geäußert, ob dies auch immer die Grundlage für die Entscheidung der Polizeibeamten darstelle. Vor allem bei Angaben von Suizidgedanken könne die Polizei keine fundierte psychiatrische Beurteilung über das konkrete Ausmaß der Selbstgefährdung vornehmen, so sei in Fällen suizidaler Äußerungen die Vorstellung in der Psychiatrie zunächst unumgänglich. Deutlich schwieriger sei es dagegen bei sozial auffälligen oder sogar aggressiven Personen, bei denen die Polizeibeamten einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung hätten. Hier sei der Eindruck der Klinikmitarbeiter vor allem, dass sich primär an der psychiatrischen Vorgeschichte der Personen orientiert würde ohne zu berücksichtigen, ob eine bestehende psychische

Erkrankung im konkreten Fall auch Ursache für das eventuell bestehende, kriminelle Verhalten bzw. die Gefährdung sei.

„Ja, meistens sind's halt bekannte Patienten. Wenn man einmal hier war, ist der erste Weg meistens auch hierhin zurück. Es gibt halt auch Patienten wo wir sagen: Okay, der gehört eigentlich eher in ne Ausnüchterungszelle als hier in die Psychiatrie. Aber, wie gesagt, wenn der einmal hier war, dann hat der den Stempel halt und dann kommt der auch hier hin.“ (K4, Pflege)

Besonders kritisch sei die Differenzierung zwischen Intoxikation und psychischer Erkrankung (z.B. im Sinne einer Abhängigkeit), da Intoxikation allein aus Sicht der Klinikmitarbeiter kein Kriterium für eine psychiatrische Unterbringung darstelle.

„Ja eigentlich ist es häufig bei wirklich intoxikierten Patienten mit Alkohol oder auch irgendwelchen anderen Drogen, die halt im Rahmen dessen gewalttätig geworden sind. Da muss man dann immer entscheiden. Ist das wirklich jetzt, weil die ne Abhängigkeit haben und das im Rahmen dessen passiert ist. Oder vielleicht noch ne andere Erkrankung vorliegt. Oder ist das so, einfach, weil die alkoholisiert sind und gerade nicht Herr ihrer Sinne sozusagen. Auch das, wenn man die Patienten oder die Leute, die dann kommen, nicht kennt.“ (K10, Ärzte)

„Ich glaube da ist das Schwierige wenn der Name durchgegeben wird und es blinkt auf, dass der in der Psychiatrie bekannt ist, ist das die erste Adresse wo man denjenigen hinfährt plus, dass das oft damit zu tun hat, hab ich auch schon erlebt, dass die nicht bei der Polizei in Gewahrsam genommen werden aufgrund von irgendwelcher Intoxikation, wo die Polizei sagt: das ist medizinisch, damit wollen wir nichts zu tun haben.“ (K2, Pflege)

Dagegen betonte die Polizei, dass sie zwar, vor allem in Akutsituationen, durch Hinzuziehung des Ordnungsamtes durchaus den initialen Anstoß für die Unterbringung gebe, jedoch für die letztendliche Entscheidung nicht verantwortlich sei. So würde bei Zweifeln oder dem Verdacht auf eine psychische Erkrankung die Gewahrsamsfähigkeit durch einen entsprechenden Arzt überprüft oder direkt das Ordnungsamt informiert werden. Ab diesem Zeitpunkt sei die Polizei auch in Akutsituationen nur noch subsidiär zuständig. Darüber hinaus ergaben die Polizeiinterviews, dass auch die Polizeibeamten die Schwierigkeiten in der Differenzierung zwischen Intoxikation und psychiatrischer Erkrankung sowie Aggressivität allein nicht als Grund für eine psychiatrische Unterbringung sahen.

„Ja, derjenige muss ja entsprechend auffällig sein dann halt. Also nicht nur ein Alkoholkonsum haben, meinetwegen Straftaten begangen haben und zur Verhinderung weiterer Straftaten wird dann wegen in Gewahrsam genommen. Oder kommt nem Platzverweis nicht nach oder ist hilflos halt. Also man muss da differenzieren [...], also, der muss den Eindruck erwecken, er ist psychisch in irgendeiner Weise auffällig dann halt.“ (P1, Polizei)

Jedoch gäbe es keine festgelegten Kriterien für diese Entscheidung und auch keine spezielle Schulung hinsichtlich des Erkennens von psychischen Erkrankungen. Zwar sei das Thema im Rahmen des Faches „Psychologie“ Inhalt der Ausbildung bzw. des Studiums, jedoch fänden nach Abschluss kaum noch zusätzliche Fortbildungen hierzu statt. Somit sei die Entscheidung meist basiert auf möglichen Auffälligkeiten im Gespräch mit der betroffenen Person, welche sich auch im Laufe des Einsatzes steigern könnten. Die Bewertung dieser Auffälligkeiten und die darauf beruhende Entscheidung sei in erster Linie eine individuelle Bewertung aufgrund der eigenen Erfahrung oder gesundem Menschenverstand.

„Man muss halt immer vor Ort, und das ist halt das Schwierige, weil wir auch ich würde sagen, gar nicht geschult sind. Das ist einfach nur ein Bauchgefühl, einfach nur der gesunde Menschenverstand. Wo wir abschätzen müssen, ist das jetzt ne psychisch kranke Person oder ist der jetzt aufgrund von Alkohol, Drogen, etc. aggressiv. Sag ich mal, die Erfahrung, je länger man dabei ist. Desto besser ist das, oder desto besser kann man die Situation natürlich einschätzen.“ (P2, Polizei)

4.2.2. Relevanz polizeilicher Einschätzung und Entscheidung

Zur Einschätzung der Relevanz und möglichen Konsequenzen von Fehleinschätzungen konnten sich vor allem die Mitarbeiter der Klinik äußern. Auch hier muss deutlich zwischen Selbst- und Fremdgefährdung unterschieden werden. Da die Polizei bei Suizidäußerungen wenig Handlungsspielraum habe, werden die betroffenen Personen standardmäßig in der psychiatrischen Klinik vorgestellt. Dabei könne sich im ärztlichen Gespräch ergeben, dass keine konkreten Suizidabsichten bestehen und somit keine akute Selbstgefährdung vorliegt. Wenn die betroffenen Personen nicht an einer freiwilligen Aufnahme interessiert seien, könnten sie in diesen Fällen anschließend die Klinik wieder verlassen. Dieser Ablauf sei für alle Beteiligten mit den wenigsten Konsequenzen verbunden, zumal andersrum das Risiko für suizidale Personen im Polizeigewahrsam am höchsten sei. Zudem gebe es einige Personen, die einer freiwilligen Aufnahme zustimmten und bei denen das Gespräch mit dem Arzt zu einer Entlastung und vielleicht auch Ent-

stigmatisierung führen könne. Die nicht erfolgte Aufnahme könne in solchen Fällen vor allem dann schwierig werden, wenn die betroffenen Personen nicht ohne Umstände zu ihrem Aufenthaltsort zurückgebracht würden.

„Also was ich vielmehr erlebe ist natürlich, dass Patienten darüber irgendwie sauer sind, weil sie dann auf einmal hier in XXX in ner Ecke sind wo sie gar nicht hinwollen und dann irgendwie gucken müssen mit Bus und Bahn wie sie wieder dahin kommen, wo sie herkommen. Nen Großteil unserer Patienten ist ja auch finanziell einfach sehr schlecht gestellt. Das bedeutet auch so ne Fahrkarte ist schon viel Geld, was dann irgendwie gerade vielleicht nicht da ist und das macht die Patienten eher sauer.“ (K2, Pflege)

Problematisch würde es jedoch in Fällen von Fremdgefährdung, da zwar die letztgültige Entscheidung über eine Unterbringung bei der Klinik läge, es jedoch in der Praxis bei aggressiven Patienten sehr selten dazu käme, dass diese nach erfolgter Vorstellung durch die Polizei doch nicht aufgenommen und zum Beispiel von den Polizeibeamten wieder mitgenommen würden. Vor allem wenn die betroffenen Personen zusätzlich zur Fremdgefährdung Suizidgedanken gegenüber der Polizei angeben würden, könne die Polizei die Person auch nicht in Gewahrsam nehmen, da dies nach Angaben in den Polizeiinterviews ein Ausschlusskriterium für den Polizeigewahrsam darstellt.

„Also bei Suizidalität weiß ich, da ist eine Verwahrung in einer Sicherheitszelle gar nicht vorgesehen, weil einfach von den Gesetzen her Polizisten dann sozusagen unmittelbar dazu verpflichtet sind, die medizinische Versorgung einzuleiten. Eben weil die Suizidalität im Vordergrund steht, egal was er gerade gemacht hat perspektivisch. Das bedeutet aber auch für uns, dass wir ganz... schon sehr extreme Situationen auf der Station manchmal haben. Das bedeutet, wir haben auf einmal Leute, die eine 20-minütige Straftat begangen haben. Aso die ist 20 Minuten gerade passiert, ziemlich massiv und sagt dann, ja ich bin suizidal. Und auch das passiert, dass die sich dann hier in's Fäustchen lachen, weil sie dann sozusagen die Polizei ausgehebelt haben. Und das ist natürlich auch ein Knackpunkt für die Versorgung, wie aber auch für die Polizei unglaublich schwierig, weil es da keine Abwägungsmöglichkeit gibt. Ne, es gibt nur suizidal, ab in die Psychiatrie. Und dann ist dieser erstmal Festsetzung, Aufnahme- und was auch immer -prozess halt ausgehebelt.“
(K8, Pflege)

So käme es vor allem bei intoxikierten, aggressiven Personen wiederholt zu Unterbringungen statt einer Ingewahrsamnahme, obwohl diese keinen psychiatrischen Notfall darstelle, weil diese entsprechend suizidale Äußerungen machen. Aus Sicht der Klinikmitarbeiter sei es zudem so, dass Patienten, die häufiger mit der Polizei und der Klinik in Berührung kommen, diese Umstände und Prozesse auch bekannt seien. So könne es passieren, dass diese

Personen die Äußerung von Suizidgedanken nutzen, um zum Beispiel juristischen Konsequenzen entgehen. Dabei schilderten die Mitarbeiter, dass dies nicht bewusst erfolgen muss, sondern viel mehr aus einer unbewussten Grundhaltung heraus erfolgen könne.

„Und die Fehleinschätzung in unsere Richtung könnte dazu führen, dass, also es gibt mit Sicherheit Patienten, die gerade wenn die diesen Psychiatriestempel auch haben und XXX ist jetzt ja nun auch keine so große Stadt, die Patienten, die Polizisten kennen ja ihre Pappenheimer auch, und dann bringen die, glaube ich, unreflektiert Menschen hierhin. Obwohl die, und diese Menschen wissen das auch und wissen dann eventuell auch: okay, ich kann mich besaufen bis zum Umfallen, Scheiße bauen, ich lande ne Nacht in der Klappe und dann gehe ich wieder. [...] Also ich würde jetzt nicht soweit gehen zu behaupten. zumindest würde mir jetzt auch kein spezieller Patient einfallen, der das wirklich, souverän reflektiert, ausnutzt. Aber irgendwie so ne gewisse Grundhaltung ist mit Sicherheit bei vielen da, die wissen halt sie können machen was sie wollen. Es passiert, es wird sie keiner anzeigen. Und wenn's doch mal einer täte, werden sie trotzdem keine Sanktionen erfahren seitens der Justiz. Das gibt's schon.“ (K5, Pflege)

In vereinzelt Fällen würde dies jedoch auch schon explizit angedroht. So schilderte eine Pflegekraft (K3) einen besonders paradoxen Fall, in welchem eine Person aufgrund fehlender medizinischer Indikation und aggressiven Verhaltens einschließlich von Drohungen gegen das Personal von der Polizei aus der Klinik entfernt werden musste. In diesem Zusammenhang kündigte er bereits an, sich unter Angabe von Suizidgedanken erneut durch die Polizei vorführen und aufnehmen zu lassen. Dies sei einige Zeit später auch entsprechend passiert und es sei tatsächlich zu einer entsprechenden Aufnahme gekommen, bei der es zu erheblichen aggressiven Übergriffen durch den betreffenden Patienten kam. Auch wenn solche Fälle nicht häufig vorkämen, seien die Konsequenzen solcher Aufnahmen vor allem durch das hohe Gewaltpotential dieser Patienten sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Mitpatienten erheblich. Zudem müssten in der Klinik der Interviewteilnehmer aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Isolierung in einem gesonderten Raum sowie der fehlenden Möglichkeit zur intensivmedizinischen Überwachung die betroffenen Personen in den meisten Fällen fixiert werden um eine Gefährdung der Mitarbeiter und Mitpatienten zu verhindern. Eine Nachbesprechung solcher Einsätze und Situationen mit der Polizei fände jedoch trotz bestehender Schwierigkeiten nie statt.

Im Vergleich zum Umgang der Polizeibeamten wurde jedoch auch angemerkt, dass diese Problematik weniger relevant wäre.

„Wenn man aber die anderen Dinge eben ändern könnte, dann wäre das das kleinste Übel“ (K2, Pflege)

4.3 Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie

4.3.1 Bedeutung der Zusammenarbeit und Regelungen

Befragt nach der Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie zeigte sich insgesamt, dass diese einen großen Stellenwert in der jeweiligen Tätigkeit einnimmt. Obwohl dieser Aspekt keine hauptsächliche Fragestellung darstellte, nahm er auch in den Interviews großen Raum ein. Aus Sicht der Klinikmitarbeiter seien vor allem Fälle von Zuweisungen oder Rückführungen nach der Entweichung untergebrachter Patienten der häufigste Punkt in der Zusammenarbeit. Diese gehörten zur alltäglichen Routine im psychiatrischen Krankenhaus, kämen jedoch nachts gehäuft vor. Dagegen seien Fälle von Amtshilfe im Sinne von Hinzuziehung der Polizei zur Unterstützung bei Situationen innerhalb der Klinik deutlich seltener. Hierbei handele es sich meist um Situationen, bei den Personen aus der Klinik entfernt werden müssten oder bereits untergebrachte Patienten aufgrund von hohem Gewaltpotential nicht mehr händelbar seien. Dies sei jedoch häufig auch abhängig von der aktuellen, personellen Situation der Klinik und käme daher ebenfalls nachts häufiger vor. Der Eindruck der Klinikmitarbeiter, dass sie aus Sicht der Polizei, für die meiste Arbeit sorgten, konnte durch die Interviews mit der Polizei in Teilen bestätigt werden. So wurde auf jeden Fall angeführt, dass Einsätze mit psychisch erkrankten Personen in den letzten Jahren nach subjektivem Eindruck deutlich zugenommen hätten und entsprechend ebenfalls zur alltäglichen Tätigkeit gehören.

„Also ich kann jetzt nicht sagen, wie häufig das vorkommt. Es kommt aber aus meiner Sicht, das ist aber ja nur subjektiv, in den letzten Jahren immer häufiger vor, dass wir mit psychisch kranken Personen zu tun haben. Also die Anzahl der Einsätze mit psychisch Kranken ist aus meiner Sicht erheblich mehr geworden. [...] ich denke, dass sind gesellschaftliche Faktoren. die Medien vielleicht, die da Einfluss nehmen. Ich kann's nicht sagen. Oder vielleicht ist das Umfeld, geht das Umfeld auch anders mit psychisch Kranken. Sind da sensibler geworden, wenn einer vielleicht ne psychischen Erkrankung hat. Dass man da eher irgendwie die Polizei hinzuruft. Ich weiß es nicht.“ (P2, Polizei)

Die Anlässe solcher Einsätze variierten dabei deutlich und teilweise würde sich die psychische Erkrankung auch erst im Verlauf des Einsatzes darstellen. Am ehesten ginge es jedoch um die Begleitung (geplanter) Unterbringungen sowie die Auffindung von vermissten bzw. entwichenen Personen, bei denen eine Gefährdung vorläge. Dies käme aus Altenheimen, vor allem bei Bewohnern mit dementiellen Erkrankungen, deutlich häufiger vor als Entweichungen aus psychiatrischen Kliniken. Hierbei muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die befragten Polizeibeamten nicht direkt im Einzugsgebiet der Klinik arbeiteten, in der die Interviews geführt wurden.

Absprachen zwischen Psychiatrie und Polizei wurden in den Interviews auf beiden Seiten als eher inoffiziell und der Routine unterlegen geschildert. Zwar gebe es regelmäßige Treffen auf der Leitungsebene, bei denen einzelne Fälle besprochen sowie wiederkehrende Schwierigkeiten geklärt würden. Aus diesen resultierten zwar Absprachen wie die direkte Kontaktmöglichkeit der Wache für die Klinik sowie die Festlegung der vorherigen Ankündigung bei einer notfallmäßigen Zuführung, jedoch würden diese nicht immer „ganz nach unten“ durch kommuniziert oder im Arbeitsalltag nicht ausreichend berücksichtigt.

„Und ich finde, es kann einfach einen ganz klar ausgearbeiteten Standard geben zwischen Polizei und diesem Haus und der Pflege. Es gibt immer so Kommunikation zwischen den obersten Instanzen, aber das sickert nicht durch komplett. Find ich auch nachvollziehbar [...]. Aber es kann doch einen ausgearbeiteten Standard geben, wie mit entlaufenen, zurück geführten oder neu gebrachten Patienten verkehrt wird. Der wie gesagt von der Polizei und der Klinik in Absprache zusammen erarbeitet wird im Optimalfall. [...] Gibt es nicht. Find ich problematisch.“ (K8, Pflege)

So gebe es die Absprache, dass die Klinik die Polizei über eine nicht erfolgte Aufnahme nach Zuführung informieren solle. Diese Absprache scheint aber auf beiden Seiten nicht immer eingehalten bzw. als notwendig erachtet zu werden. Darüber hinaus gebe es auch einige unklare Regelungen und Unsicherheit hinsichtlich Zuständigkeiten, die nicht eindeutig festgelegt seien. Dies beträfe aus Sicht der Klinik zum Beispiel die Befugnisse und Grenzen der polizeilichen Tätigkeit innerhalb der Klinik. So schilderte eine Pflegekraft (K8) den Fall, dass mehrere Polizeibeamte in Einsatzmontur aufgrund der Beschädigung eines parkenden Fahrzeugs in der Nähe der Klinik ohne vorherige Ankündigung die Station aufgesucht hätten, um dort nach dem Patienten zu suchen, der die Tat begangenen haben sollte. Dies wurde ihnen je-

doch von der betreffenden Pflegekraft mit Hinweis auf die Verängstigung der Mitpatienten entsprechend untersagt.

Dagegen funktioniere auch die festgelegte Ankündigung der Zuführung sowie die Übermittlung von Einsatzprotokollen von Seiten der Polizei aus nicht immer zuverlässig. Aus diesen Gründen erfolgten weitere Absprachen zumeist auf direkter Ebene, individuell und situationsabhängig. Zudem ergäben sich aus der routinierten Erfahrung in der Zusammenarbeit auch viele implizite Abläufe und eine Aufgabenverteilung (wie z.B. bei der gemeinsamen Fixierung von Patienten), ohne dass diese in irgendeiner Form festgelegt oder ausformuliert seien.

„Ja, unbewusst wahrscheinlich und aus der, einfach aus den Gegebenheiten irgendwie, weil, naja, wir haben halt die Magnete, wie gesagt. Das können die Polizisten nicht machen. Die Polizisten haben vielleicht noch Kabelbinden an den Patienten. Das können wir nicht abmachen und ich denke, das ist dann immer so nen gucken irgendwie so nen, ja wie geht's jetzt am besten.“ (K4, Pflege)

4.3.2 Bewertung der Zusammenarbeit

Vor dem Hintergrund der großen Relevanz der Zusammenarbeit sowie der teils fehlenden, klaren Absprachen stellte sich die Frage, wie die Zusammenarbeit von den jeweiligen Seiten erlebt wird. Dabei zeigte sich auf beiden Seiten eine gewisse Varianz aus jeweils positiven und negativen Aspekten, die erneut von den einzelnen Beamten abhängig zu sein schienen, obwohl sich insgesamt um eine gute Zusammenarbeit bemüht würde. Gerade durch die hohe Varianz in den Verhaltensweisen der Polizeibeamten seien Verallgemeinerungen nur schwer möglich. Es wurden jedoch einige Aspekte geschildert, die wiederkehrend entweder als besonders positiv oder negativ erlebt würden. Zu ersterem zählten die Klinikmitarbeiter, wenn die Unterstützung und Hilfsbereitschaft der Polizeibeamten über das übliche Maß hinausgehe und zum Beispiel auf direkte Bitte hin der Einsatz ausgedehnt würde.

„Als konkretes Beispiel war vor einigen Wochen. da hat die Polizei einen Patienten, der sehr agitiert war, ihn notfallmäßig in die Klinik gebracht. Passenderweise auch, weil einige Tage zuvor halt ne Fahndung veranlasst wurde. Und der Patient war tatsächlich verbal nicht zu beruhigen. Kam auch schon in Handschellen quasi. Ich hab mit dem Polizisten dann tatsächlich vereinbaren können, dass wir gut als Deeskalationsversuch im ärztlichen Gespräch die Handfesseln lösen. Und die Polizei tatsächlich dann noch mal vor der Tür wartet. Das machen die dann auch und war dann auch notwendig, weil wir ihn dann tatsächlich mit der Polizei noch zusammen fixieren mussten.“ (K6, Ärzte)

Auch die Gewährleistung und Herstellung von Sicherheit sowie die Deeskalation durch die Anwesenheit und das Auftreten der Polizei wurde als positiv bewertet. Dagegen wurde gerade die Zusammenarbeit im Kontext von Entweichungen als sehr schlecht beschrieben. So käme es immer wieder zu Vorwürfen bis hin zu Anweisungen oder Drohungen gegen die Klinikmitarbeiter, da diese für die Entweichungen verantwortlich gemacht würden. So habe beispielhaft im Falle einer Entweichung aus dem genehmigten Ausgang, bei dem der Patient das Auto seiner Mutter entwendet habe, der Polizeibeamte die Klinik mit den Worten verlassen „ich hoffe, er fährt jemanden um“ (K1, Ärzte). Auch bei Anforderung von Amtshilfe sei die Zusammenarbeit eher schwierig, da häufig die angeforderte Unterstützung nur mit massiver Verzögerung erfolge oder teilweise sogar initial verweigert würde.

„Und dieses Unverständnis warum wir das jetzt machen. Oder auch wenn hier jetzt fünf Leute von uns stehen, um dann zu sagen: aber hier sind doch Leute. Und wir sagen: ja, aber wir trauen uns da nicht dran. Uns das zugestehen zu können. Das fehlt mir manchmal“ (K2, Pflege)

„Also in der Regel habe ich das ja jetzt nicht erlebt, dass die dann sagen: Nö, machen wir nicht. Also kann schon sein, dass die dann sehr unzufrieden sind und keinen Bock haben, also so kommt's halt rüber, aber die machen das schon.“
(K4, Pflege)

Weitere Situationen dieser Art wurden auch von anderen Interviewteilnehmern geschildert. So sei es bereits vorgekommen, dass durch die Leitstelle die angeforderte Amtshilfe bzw. Unterstützung mit Verweis auf ein im Einzugsgebiet laufendes Fußballspiel verweigert wurde, mit der Bitte zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal anzurufen (K10, Ärzte) oder das benötigte Hilfe mit dem Verweis auf das Klinikgelände und die dort nicht geltende Zuständigkeit verweigert wurde (K3, Pflege). Neben Problemen bei konkreten Einsatzarten gäbe es jedoch bei einigen Beamten auch Defizite im allgemeinen Umgang, was sich auch in fehlender Kommunikation und Informationsaustausch widerspiegelte. So erlebten die Klinikmitarbeiter die Polizeibeamten insgesamt eher als unfreundlich und wütend gegenüber der Klinik. Auch eine gewisse Abneigung gegen die Psychiatrie im Allgemeinen würde entsprechend kommuniziert und andererseits versucht, auch gegenüber den Klinikmitarbeitern möglichst viel Macht auszuüben. Vor dieser Wahrnehmung ergibt sich die Einschätzung der Klinikmitarbeiter, dass mit der Polizei kein

kollegiales Miteinander bestehe und die Zusammenarbeit eher durch Unwohlsein und fehlende Wertschätzung geprägt sei.

„Weil es, glaube ich, kein kollegiales Miteinander mit der Polizei ist. Also das ist, ich fühl mich dann halt auch meistens irgendwie, durch deren Verhalten, durch deren Auftreten auch einfach schon nen bisschen untergebuttert und nicht so nach dem Motto: Okay, wir rufen jetzt jemanden der uns hilft, mit dem wir uns unterhalten können und der uns halt jetzt unterstützt, sondern eher so die haben eh keinen richtigen Bock zu kommen. Die machen sich halt auch oft irgendwie lustig über die Psychiatrie, die keine Ahnung, die Mitarbeiter, die sowieso nichts können irgendwie. Kommt halt oft, oder kam halt auch schon oft genug vor, dass wir die Polizei angerufen haben. Die kommen dann und dann legt der Patient sich halt freiwillig ins Bett und dann lachen die uns natürlich, also dann sagen die: siehste, können die nicht mal alleine nen Patienten fixieren und der legt sich freiwillig ins Bett. Und vorher, als die Polizei noch nicht da war, hat er halt wild getobt, ne. [...] ne, also ernst genommen. Ich glaub nicht, dass die unsere Arbeit ernst nehmen, ne. Wir hatten schon öfter so das Bedürfnis, dass wir mal sagen: Kommt doch mal ne Woche hospitieren.“

(K4, Pflege)

Ähnliche Schwierigkeiten beschrieb auch eine Ärztin (K1), welche bereits die Situation erleben musste, dass die Polizei zur Amtshilfe im Sinne der Unterstützung bei der Fixierung gerufen hatte und die Beamten vor Ort die Notwendigkeit der Maßnahme nicht einsehen wollten und entsprechend verweigerten. Zwar schilderte die Ärztin ebenfalls, dass sich die Situation bis zum Eintreffen der Polizeibeamten etwas beruhigt hatte, aufgrund von Vorfällen in der Vergangenheit und des hohen Aggressionspotentials des Patienten jedoch an der Fixierung festgehalten werden sollte. Hier wurde die Einschätzung der Klinik von den Polizeibeamten jedoch nicht berücksichtigt, sondern aufgrund der sich akut darstellenden Situation in Frage gestellt. Auch im bereits geschilderten Fall des Patienten (K3), welcher zunächst aufgrund von aggressivem Verhalten durch die Polizei aus der Klinik entfernt wurde und später erneut durch andere Polizeibeamten unter Angabe von Suizidgedanken vorgestellt wurde, teilten die Polizeibeamten die Einschätzung der Klinikmitarbeiter nicht. So musste trotz vorheriger Ankündigung des Patienten dieser in der Klinik aufgenommen werden, da die Polizeibeamten den Klinikmitarbeitern mit einer Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung drohten. Die ergänzenden Interviews mit der Polizei zeigten dagegen, dass auch auf Seiten der Polizei eine solche Varianz hinsichtlich der Zusammenarbeit erlebt würde. Trotz guter Erfahrungen in der Zusammenarbeit, betonten die Interviewpartner, dass sich Psychiatrie und Polizei weniger als Gegenspieler,

sondern als Kollegen betrachten sollten, die zwar unterschiedlichen Ansätze, aber im Grunde ein gemeinsames Ziel, die Hilfe für Menschen, verfolgten.

„Ich glaube, man sollte sich nicht so als Gegner oder als Gegenspieler bewerten. Sondern vielmehr als, in Führungsstrichen Kollegen, die das gleiche Ziel verfolgen. Nämlich wir wollen, den Menschen helfen in erster Linie. Und die sollen wieder gesund werden und ja, dann auch der Klinik zugeführt werden dann halt. Der Mensch soll am Leben bleiben in erster Linie und dem soll's nach Möglichkeit wieder gut gehen. Das ist ja unser Anliegen dann halt. Also so dass man mehr miteinander arbeitet dann halt. Als vielleicht so als Konkurrenten zu sehen oder als missverstandenes Gegenüber dann halt. Das wäre so meine Idee. wir haben natürlich andere Ansätze. Die Polizei hat andere ja Möglichkeiten, andere Ziele oftmals dann auch, und andere Rechtsvorschriften als Mediziner haben. wir haben vielleicht nen anderen Blickwinkel da drauf, arbeiten aber trotzdem gemeinsam an der gleichen Sache mit dem gleichen Ziel eben. Menschenleben zu schützen dann halt.“

(P1, Polizei)

So würde ein aus Sicht der Polizei unnötiges Arbeitsaufkommen, zum Beispiel durch Entweichungen, zu Unverständnis und Unzufriedenheit führen. Dabei sah auch die Polizei ein großes Defizit im fehlenden Austausch sowie im fehlenden Verständnis für die gegenseitige Tätigkeit inklusive der jeweiligen Befugnisse und Grenzen.

4.3.3. Rollenverständnis

In den Aussagen zur Zusammenarbeit aus Polizei und Psychiatrie ergaben sich auf beiden Seiten viele Hinweise auf das zugrundeliegende Rollenverständnis, welches sowohl die Zusammenarbeit im Hinblick auf die jeweils andere Institution, aber auch in Bezug auf die betroffenen Personen mit psychischen Erkrankungen beeinflusst. Einerseits schilderten die Klinikmitarbeiter erhebliche negative Sichtweisen und Reaktionen der Polizeibeamte, aus denen sie auf deren Verständnis von Psychiatrie folgerten. So zeichneten sich Polizeibeamte überwiegend durch ein veraltetes (Sicherheits-) Verständnis von Psychiatrie als reinem Verwahrungsort aus.

„Das Verständnis ist glaub ich, dass die Patienten hier festgehalten werden. [...] Mitunter auch nicht ungefährlich ist, Patienten einzufangen quasi... oder zu verwahren, hierhin zu fahren, und ich glaube die Erwartung ist dann so ein bisschen: na gut, jetzt wird die schwere Tür aufgemacht, die Patienten werden darein geschoben und dann fällt die schwere Tür zu und ist unmöglich aufzukriegen. Das ist glaub ich, so der... mit Gitter an den Fenstern vielleicht noch, ich weiß es nicht. Das ist jetzt spekuliert. Aber das ist glaub ich das Sicherheitsverständnis der Polizei, was wir ja nicht erfüllen werden und auch nicht können.“ (K6, Ärzte)

Vor allem der Aspekt der Selbstbestimmung, welcher in der Psychiatrie immer stärker diskutiert wird, sei für die Polizeibeamten nicht nachvollziehbar. Aus diesen Gründen erlebten die Klinikmitarbeiter in der Zusammenarbeit immer wieder fehlende Wertschätzung bis hin zu deutlicher Abneigung gegenüber der Psychiatrie. Trotzdem zeigte sich, dass die jeweiligen Erwartungen und das Selbstverständnis der beiden Einrichtungen gar nicht so weit auseinandergehen, wie es zunächst schien. So erwarteten die Klinikmitarbeiter durch die Polizei keine psychiatrische Beurteilung, aber sehen diese durchaus in der Pflicht in Konfliktsituationen zu helfen und zu unterstützen. Diese Hilfe solle dabei primär Herstellung und Gewährleistung von Sicherheit darstellen, mit den der Polizei zur Verfügung stehenden Mitteln.

„Naja, wenn die Polizei hierherkommt, in so einer Situation. Dann ist es schon so, dass sagen wir mal die Sicherung des Patienten durch die Polizei erstmal erfolgt. Also dann wäre das so, man kann sich das vorstellen. Also wenn wir jetzt ne, dass hier irgendwie so eskaliert ist, dann haben wir zwar wahrscheinlich in der Zwischenzeit es schon geschafft irgendwie ein Fix-Bett zumindest in die Nähe des Einsatzortes zu bringen. Und dann stehen da wirklich 10 Mann drumherum und der arme Patient in seiner Notsituation steht uns da gegenüber. Und dann kommt die Polizei dazu, dann treten wir meistens irgendwie einen Schritt zurück. Sonst hätten wir die Polizei auch nicht gerufen, wenn wir das nicht, wenn wir das selber hätten lösen können. Lassen quasi die Sicherung des Patienten von der Polizei übernehmen. und wenn sie ihn dann quasi irgendwie gesichert haben, dann kommen wir mit dem, unserem Bett dazu und dann legen wir ihn darein.“ (K9, Ärzte)

So sahen es einige Klinikmitarbeiter als hilfreich an, dass das teils einschüchternde Auftreten der Polizei bereits zur Klärung einer eskalativen Situation beitragen kann und bei der Hinzuziehung zur Amtshilfe seien die Polizeibeamten entsprechend handlungsleitend und sollten nach ihrem Ermessen in der jeweiligen Situation agieren.

„Meistens setzen die dann auf ein einschüchterndes Verhalten. Das finde ich jetzt in dem Fall aber nicht schlecht. Weil wir sagen, also, dass in dem Sinne sind sie ja dann auch da. Die kommen dann meistens also mit dem Schlagstock schon sichtbar. Und, ja, wie gesagt, das reicht dann eigentlich schon. Dem Patienten wirklich sagen: So, jetzt setzen Sie sich auf's Bett! und dann klappt das.“ (K3, Pflege)

Dieses Verständnis deckte sich mit den Aussagen der Polizeiinterviews, in denen als Aufgabe der Polizei vor allem die sichernde Begleitung von Maßnahmen sowie die Gefahrenabwehr betont wurde. Dagegen stellten die Polizeibeamten heraus, dass sie nicht für erkrankte Personen zuständig seien

und daher nicht im Rahmen von Therapie oder Behandlung tätig würden, sondern sahen dies klar im Zuständigkeitsbereich der Klinik.

„Da gibt's schon jetzt nen Umgang, der zielt aber nicht drauf ab, ne Krankheit zu kurieren. Sondern der zielt darauf ab, wie wir jetzt als Polizei eben mit denjenigen umgehen, um nicht uns selber oder ihn zu gefährden.“ (P3, Polizei)

Auch diese Einteilung bzw. Zuschreibung wurde aus Sicht der Klinikmitarbeiter ebenfalls getragen. Obwohl in der Klinik immer wieder eskalative Situationen entstehen und bewältigt werden, sahen sie ihre Rolle explizit nicht in der (körperlichen) Sicherung oder Zuständigkeit für aggressive Patienten (vor allem bei Intoxikation).

„Ich hab öfter das Gefühl, dass die Polizisten, jetzt nur für diesen Track gesprochen, weil hier ja was Besonderes ist, öfter vergessen, dass wir immer noch Pfleger sind. Hier gibt es keine ausgebildeten Kämpfer. Wir sind Krankenpfleger. Und auch wenn wir uns wehren können und bestimmte Griffe kennen, sind wir immer noch Pfleger. Und das würde ich mir wünschen, dass das noch mehr sich verfestigt in den Köpfen der Polizei, ja.“ (K2, Pflege)

„Genau, dann dienen wir quasi als Arrest. Obwohl wir es ja nicht sein wollen, sondern wir wollen ja hier Therapie machen.“ (K3, Pflege)

Stattdessen distanzieren sie sich deutlich von der Polizei und gaben an, dies auch gegenüber den Patienten zu tun. Neben der Konzentration auf Therapie und Behandlung, im Gegensatz zur Verwahrung von Patienten, verstanden sich die Klinikmitarbeiter zudem häufig als Vermittler zwischen Polizei und Patienten bis hin zum Anwalt der Patienten gegenüber der Polizei.

„Oder wenn Patienten zugeführt werden, dass ich mich um den Patienten sofort kümmere, ihm so nen bisschen Sicherheit vermittele. Weil oft ist das so: Polizei sind die Bösen und wir sind dann immer noch so nen bisschen die Guten. Dass ich dann halt das Zimmer irgendwie zeige, um die Situation so nen bisschen zu entschärfen.“ (K2, Pflege)

4.4 Ablauf von Polizeieinsätzen

Hinsichtlich der Schilderung von verschiedenen Polizeieinsätzen im psychiatrischen Kontext soll an dieser Stelle vor allem auf einzelne, relevante Aspekte eingegangen werden. Weitere Informationen aus diesen Schilderungen sind zusätzlich in die Darstellung und Beantwortung der Hauptfragestellungen eingeflossen, werden jedoch nicht für alle Arten von Einsätzen gesondert aufgeführt.

4.4.1 Zu- und Rückführungen

Im Kontext von Zu- und Rückführungen sind vor allem zwei Aspekte aufgefallen, welche hier näher beleuchtet werden sollen. So wurden zum einen auch Fälle geschildert, in denen Patienten durch die Polizei in die Klinik zurückgebracht wurden, ohne dass es hierfür einen konkreten Anlass gegeben hätte. Da vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen häufig wiederkehrend in der Klinik aufgenommen werden und auch häufig mit der Polizei Kontakt haben, sind diese Personen den Polizeibeamten entsprechend bekannt. Dadurch käme es zum Beispiel regelmäßig zu Fällen, in denen Patienten Ausgang gewährt würde und diese während dieser Zeit von der Polizei aufgegriffen und in die Klinik zurückgebracht würden. Nachvollziehbar sei dies in Fällen, in denen der Patient sich während des Ausgangs auffallend verhält oder die Polizei Kenntnis über den entsprechenden Unterbringungsbeschluss habe. Solche Situationen kämen teilweise jedoch sogar bei Patienten vor, die gar keinen Unterbringungsbeschluss hätten oder zum jeweiligen Zeitpunkt bereits aus der Klinik entlassen worden seien. Diese Vorgehensweise sei vor allem für die betroffenen Personen schwierig, da ihnen meist kein Glaube geschenkt würde, wenn sie die Unterbringung abstreiten und auch nach erfolgter Vorstellung in der Klinik nicht wieder zurückgebracht würden. Somit sei ein solcher Vorgang für die betroffene Person mit erheblichen Unannehmlichkeiten verbunden.

Einen weiteren Aspekt im Rahmen von Zuführungen stellte die genaue Übergabe und Begleitung der weiteren Situation durch die Polizei dar. Hier zeigte sich in den Schilderungen, dass diesbezüglich nicht nur keine klaren Regelungen herrschen, sondern die Situation auch in jedem Fall unterschiedlich gehandhabt wird. Dies betrifft sowohl die Beendigung des Polizeieinsatzes als auch die konkrete Begleitung der Untersuchung durch den jeweiligen Arzt. In einigen Fällen erfolge teilweise nicht einmal eine ausreichende Übergabe und die Polizeibeamten verlassen die Klinik möglichst schnell wieder, was in einigen Situationen auch durch einen neuen, zwischenzeitlich eingegangenen Einsatz begründet ist. Es könne jedoch auch vorkommen, dass die Polizei die Untersuchung durch den Arzt abwartet und dann gemeinsam über den weiteren Verlauf entschieden bzw. die Situation gemeinsam beendet wird. Hier gab es zudem auch keine klare Vorgehensweise dahingehend, ob

die Polizei während der Untersuchung im Raum anwesend sei oder vor der Tür auf die Rückmeldung des Arztes warte. Dies werde meist situationsabhängig zwischen Arzt und Polizeibeamten vor Ort entschieden. In besonderen Fällen begleite die Polizei den Patienten, vor allem bei erheblicher Aggression, auch noch bis auf die Station und unterstütze die Mitarbeiter bei Bedarf dort auch noch bei der Fixierung, wenn diese nötig sei. Ein zusätzlicher Aspekt in dieser Aufnahmesituation stellt die Einschätzung der Gefährdung und die etwaige Lösung von Handfesseln dar. Die meisten Klinikmitarbeiter berichteten von einer teils erheblichen Diskrepanz zwischen Einschätzung und Eskalation der Situation mit der Polizei und einer sehr schnellen Entaktualisierung und Beruhigung, sobald die Räumlichkeiten der Klinik erreicht würden, sodass meist bereits im Aufnahmegespräch nicht an einer Fixierung oder den Handfesseln festgehalten werden müsse.

„Was schon häufig auffällt ist, dass Patienten unter Riesen-Tamtam hier angekündigt werden und dann auch in Handfesseln beispielsweise oder sogar, wenn der Notarzt und Krankenwagen mit involviert ist, auf der Krankenliege fixiert hier ankommen und auch gesagt wird, dass wir nen fixierten Patienten kriegen. Wir sollen das Fix-Bett fertig machen und es ist fast immer so, dass man den Patienten sieht und dann nochmal kurz intuitiv entscheidet und sagt: okay, wir machen den los. Das wird gut gehen. Und das geht dann in der Regel auch gut. Dann kommen die hier an, die Handschellen werden abgemacht und der Mensch hört auf zu schreien, er hört auf zu spucken, er hört auf sich zu wehren. Da findet also anscheinend ne Überdramatisierung statt, glaube ich. [...] ich weiß es nicht genau woran das liegt. Aber häufig ist es nicht annähernd so schlimm wie angekündigt, ja. Es gibt natürlich auch die andern Fälle, wo dann der Patient wirklich in die Fixierung übernommen wird und so wild tobt, dass auch wir froh sind, dass die Polizei dabei ist immer.“

(K5, Pflege)

4.4.2 Amtshilfe innerhalb der Klinik

Hinsichtlich Amtshilfe zeigte sich die gravierend unterschiedliche Definition dieses Begriffs. Die Polizeibeamten verstanden unter Amtshilfe vor allem die Begleitung von durch das Ordnungsamt bereits geplanten Unterbringungen, während die Unterstützung innerhalb der Klinik eher wie ein Hilfeersuchen von privaten Bürgern angesehen wurde. Auch wenn diese Unterstützung durch die Polizei von den Klinikmitarbeitern eher selten angefordert wird, besteht aus ihrer Sicht durchaus die Erwartung, dass die Polizei solchen Ersuchen möglichst schnell und unkompliziert nachkomme. Dies vor allem deshalb, weil sie sich in diesem Zusammenhang ebenfalls konkret als Bürger darstellten, die ihre Arbeit machen möchten und am Ende des Tages unbe-

schadet nach Hause gehen wollen. Die Notwendigkeit von Amtshilfe betreffe sowohl die Unterstützung bei der Fixierung von Patienten als auch das Entfernen von Personen aus dem Haus. Bei der Fixierung kämen dabei vor allem die unterschiedlichen Expertisen zum Tragen, da die Polizeibeamten vor allem für die primäre Sicherung zuständig seien, während die Klinikmitarbeiter sich mit dem Fixiersystem auskennen und diesbezüglich geschult seien und daher ab dieser Stelle wieder die Verantwortung übernehmen würden. Offizielle Einteilungen dieser Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche wurden jedoch nicht geschildert.

4.4.3 Entweichungen und Fahndungen

Im Rahmen von Entweichungen sowie daraufhin möglicherweise eingeleiteten Fahndungen sowie bereits bei Zuführungen zeigte sich vor allem, wie abhängig die beteiligten Institutionen von der Einschätzung der jeweils anderen sind. Bei Zuführungen ist vor allem die Klinik abhängig von der korrekten Einschätzung einer psychischen Erkrankung sowie dieser als Ursache für eine mögliche Gefährdung durch die Polizei, obwohl eine solche Einschätzung nicht der Expertise der Polizei entspricht. Aber auch die Polizei ist andersherum für ihre Tätigkeit maßgeblich von der Einschätzung der Klinik abhängig. So werden neben den polizeiinternen Auskunftssystemen bei Entweichungen alle zentralen Informationen für die benötigten Fahndungsmaßnahmen von der Klinik eingeholt. Das Ausmaß und die Intensität dieser Maßnahmen ist dabei grundlegend abhängig von der jeweils vorliegenden Gefährdungslage. Somit sei es in Fällen von Entweichungen besonders wichtig für die Polizei, dass die betreffenden Klinikmitarbeiter, welche den Patienten am besten kennen oder zuletzt Kontakt mit ihm hatten, eine möglichst korrekte Beschreibung und Einschätzung der vorliegenden Gefährdung vornehmen und der Polizei mitteilen.

4.5 Verbesserungsvorschläge

Hinsichtlich des Umgangs wünschten sich die Polizeibeamten in erster Linie die Vermittlung von zusätzlichem Fachwissen zu psychischen Erkrankungen. Dies wurde auch von den Klinikmitarbeitern als zentraler Verbesserungspunkt angeführt, um Unsicherheit bei dem Polizeibeamten und die Anspannung im Zusammenhang mit solchen Einsätzen zu reduzieren. Vor allem die Vermittlung von Kompetenzen in der Kommunikation mit psychisch erkrank-

ten Personen, zum Beispiel in einer akut psychotischen Phase, wurden als hilfreiche Verbesserungsmöglichkeit angesehen. Dabei sollte dieses Wissen nach Möglichkeit nicht nur auf theoretischer Ebene vermittelt werden, sondern zum Beispiel auch durch praktische Erfahrungen im psychiatrischen Kontext oder durch dialogische Seminare, bei denen auch Betroffene und Angehörige ihre Erfahrungen vermitteln, erfolgen. Ähnliche Wünsche zeigten sich auch auf Seiten der befragten Polizeibeamten.

„Also in erster Linie müsste man natürlich zuerst mal wissen, was gibt es für psychische Erkrankungen. Und welche Symptome liegen da vor. Dass man halt relativ schnell vielleicht auch als Polizeibeamter schon mal so ne Voreinschätzung treffen kann. Ne, was hat der überhaupt für ne Erkrankung. Ne Psychose ist ja was anderes als ne Depression oder wie auch immer. Also das man, dass halt schon mal so vor Augen hat. Und dann müsste man halt auch wissen, wie. Sag mal, welche Auswirkungen können solche Erkrankungen haben. Wie verhalten sich die Menschen dann. Dass man halt nicht vorschnell irgendwelche Urteile fällt. Also es gibt ja so im Volksmund, sagt man. Naja, der ist halt bescheuert. Und mit dem kann ich jetzt machen, was ich will. So, ne, der kapiert sowieso nichts. Und das muss wirklich aus meiner Sicht muss da viel mehr investiert werden und ne viel höhere Sensibilisierung stattfinden. Das wäre sehr, sehr wichtig.“ (P2, Polizei)

Hierüber könnten zudem Vorurteile abgebaut und das Verständnis von Psychiatrie geändert werden, wodurch sich auch Empathie, Respekt und Wertschätzung fördern ließen.

„Auch da wieder Verständnis für denjenigen. Also das was wir machen, wenn jemand hier total wahnhaft und eingebunden ist, man kann immer sagen: ich sehe das gerade nicht was Sie sehen oder ich höre das nicht. Ich glaube Ihnen aber, dass Sie das so empfinden. Und ich kann Sie nur bestätigen. Sie müssen keine Angst haben, es passiert Ihnen hier nichts. Es kann Ihnen nichts passieren. Ist ja auch wieder ne Art von Verständnis und Zuspruch.“ (K2, Pflege)

„Was aber halt hier ein anderes Thema ist, wobei ja. Allein wenn jetzt in den Polizeienköpfen ankommt, dass eben psychisch Kranke auch in Krisensituationen und in akuten Schwerstkrisensituationen eben keine wilden Tiere sind, die in ne geschlossene Klappe gesperrt werden, sondern dass man will, dass die trotzdem offen geführt werden und respektvoll behandelt werden und so weiter. Das kann ja auch dann dieses Verständnis schärfen dafür, dass man's eben auch mit Menschen in Krisensituationen zu tun hat und nicht mit irgendwelchen blöden Randalieren oder Provokateuren, sondern mit Kranken, ne.“ (K5, Pflege)

Neben diesen Angeboten für Polizeibeamten wurde auch die Förderung von Patientenrechten in Bezug auf die Polizei angeführt.

Weitere Verbesserungsvorschläge bezogen sich hauptsächlich auf die Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie. Diesbezüglich waren sich die In-

terviewpartner aus der Klinik und von der Polizei einig, dass vor allem ein besserer Austausch zwischen den beiden Einrichtungen bestehen müsste. Dabei war vor allem wichtig, dass dieser nicht nur auf Ebene der Leitungen stattfände, sondern in Form einer direkten Kommunikation zwischen den jeweils ausführenden Kräften. Dies könne zum Beispiel in Form von regelmäßigen Fallkonferenzen und Nachbesprechungen oder gezielten Seminaren erfolgen, wodurch auch eine höhere Transparenz und ein besseres Verständnis für die Arbeit des jeweils anderen (inklusive der jeweiligen Aufgaben und Grenzen) erreicht werden könnte. Darüber hinaus wurde vor allem die Förderung eines wertschätzenden und professionellen Umgangs miteinander von beiden Seiten gewünscht.

„Aber ich finde, man müsste mehr Gesprächskreise schaffen. Wo vielleicht die, sag ich mal, die Kollegen, die häufig in erster Linie stehen und mit den Kranken zu tun haben. Und hier auf der Seite der Klinik Psychiater oder Pflegepersonal.

Dass man solche Gesprächskreise schafft und dann sich regelmäßig austauscht. Also ich glaub, das ist ganz wichtig. Dieser regelmäßige Austausch, so wie wir das jetzt halt machen. Dass man halt beide Linien, beide Seiten kennen lernt und dass man dann Verständnis für die andere Seite halt auch hat.“

(P2, Polizei)

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Schilderungen der Klinikmitarbeiter vom Umgang der Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen waren hauptsächlich von Varianz geprägt, da die negativen Erfahrungen meist eher in Erinnerung blieben und zudem die Erfahrungen sehr abhängig von den einzelnen Beamten seien und somit individuell variierten. Darüber hinaus zog sich durch alle Schilderungen prägnant die Diskrepanz aus einerseits außerhalb der Klinik angespannten, aggressiven und eskalativen Zuführungssituationen, welche sich andererseits in vielen Fällen innerhalb der Klinik schnell entaktualisieren würden. Relevant sind diese Erfahrungen vor allem hinsichtlich der negativen Haltung einiger Polizeibeamten gegenüber der Psychiatrie und psychisch erkrankten Personen, welche sich in verschiedenen Ausprägungen in den daraus resultierenden Verhaltensweisen zeigten. Dies reiche von unangemessenen Umgangsformen über aktive Beleidigungen, Bedrohungen und Provokationen sowie grobem, körperlichem Umgang bis hin zu schweren Verletzungen bei den betroffenen Personen. Dabei war allen Mitarbeitern bewusst, dass psychisch erkrankte Personen in akuten Krankheitsphasen sehr agitiert und aggressiv werden können und unter Umständen auf die Anwendung von Zwang nicht verzichtet werden kann. Jedoch kamen gerade im Hinblick auf die geschilderte Diskrepanz auch Zweifel an der Verhältnismäßigkeit der durch die Polizeibeamten angewandten Gewalt auf. Einhergehend mit der negativen Haltung gegenüber der Psychiatrie gaben die Interviewpartner der Klinik vor allem fehlendes Wissen in Bezug auf psychische Erkrankungen sowie daraus resultierend fehlendes (Krankheits-)Verständnis als Ursache für einen negativen Umgang mit psychisch erkrankten Personen an. Darüber hinaus konnten einige Klinikmitarbeiter jedoch auch feststellen, dass viele unangemessene Verhaltensweisen der Polizeibeamten mit einer unangebrachten Ausübung von Macht und einer unbedingten Betonung der eigenen Autorität einherzugehen scheinen. Diese werde vor allem deutlich, wenn sich der unangemessene Umgang im Rahmen gruppenspezifischer Prozesse unter den beteiligten Polizeibeamten hochschaukele, was für die Klinikmitarbeiter als Außenstehende gut zu beobachten sei. Als ein besonders positives Beispiel, vor allem hinsichtlich der notwendigen Ausübung von Zwang, wurde dage-

gen die Kommunikation polizeilicher Maßnahmen gegenüber den betroffenen Personen angeführt. So könnten bestimmte Maßnahmen, wie beispielsweise das Anlegen von Handfesseln, den betroffenen Personen entsprechend angekündigt und erklärt werden, beispielsweise, wenn diese nur als Vorsichtsmaßnahme erfolgten. Dies würde vermutlich auch einen Einfluss auf die Folgen solcher Einsätze für den Patienten haben. Denn diese könnten vor allem bei unverhältnismäßiger Anwendung von Zwang sowie einem gleichzeitigen Gefühl von Hilflosigkeit, ein traumatisches Erlebnis darstellen, was die bereits zugrundeliegende Erkrankung zusätzlich beeinträchtigen könne. Die Folgen, die durch einen unangemessenen Umgang für die Klinik entstünden, unterschieden sich deutlich zwischen der Akutsituation und der weiteren Behandlung. So führe dieser in der Aufnahmesituation meist zu einem höheren Eskalationspotential, was von allen Beteiligten negativ erlebt würde. Im weiteren Verlauf könne die suboptimale Zuführung aufgrund der expliziten Distanzierung von der Polizei jedoch sogar positive Auswirkungen auf das Verhältnis zum Patienten mit sich bringen.

Hinsichtlich möglicher Fehleinschätzungen in der Entscheidung zwischen psychiatrischer Unterbringung und Polizeigewahrsam konnten die befragten Klinikmitarbeiter wenig zur Rolle der Polizei sagen, da kaum Kenntnisse über den vorangehenden Entscheidungsprozess außerhalb der Klinik bestanden. Hierzu konnten jedoch die Angaben aus den ergänzenden Polizeiinterviews deutlich machen, dass die Polizei zwar nicht die letztgültige Verantwortung über diese Entscheidung habe, jedoch den jeweiligen Prozess initiativ anstoßen würde. Dafür sei es wiederum zentral, dass die Polizeibeamten bei akuten Einsätzen sowohl das Vorliegen einer psychischen Erkrankung als auch den ursächlichen Bezug zur bestehenden Gefährdung korrekt erkennen könnten. In vielen Fällen orientierten sich die Polizeibeamten dabei vor allem an der psychiatrischen Vorgeschichte und bisherigen stationären Aufenthalten in der Psychiatrie ohne den Bezug zwischen aktueller Symptomatik und Gefährdung herzustellen. Als besondere Problematik zeigte sich hier die Angabe von Suizidgedanken durch die betroffenen Personen. In diesen Fällen wäre die Vorstellung in der psychiatrischen Klinik eindeutig indiziert, es käme jedoch häufig zu einer anderen Einschätzung der konkreten Suizidabsichten durch die Psychiater. Diese diskrepante Einschätzung habe meist jedoch

keine weiteren Folgen, da in solchen Fällen zumeist keine stationäre Aufnahme erfolge. Schwieriger sei es jedoch bei der Differenzierung zwischen Intoxikation, welche laut Klinikmitarbeitern auch bei Aggressivität keinen psychiatrischen Notfall darstelle, und psychischer Erkrankung. Hier komme es wiederkehrend zu Aufnahmen von intoxikierten, aggressiven Personen, welche zwar nicht häufig seien, aber aufgrund des hohen Gewaltpotentials für Mitarbeiter und Mitpatienten eine erhebliche Belastung darstellten. Zudem würden für die betroffenen Personen aufgrund der psychiatrischen Unterbringung weitere juristische Konsequenzen zumeist ausbleiben. Aus diesem Grund würden bestimmte Verhaltensmuster wie die Äußerung von Suizidgedanken im Kontakt mit der Polizei, von einigen Patienten im Sinne einer unbewussten Grundhaltung den Klinikmitarbeitern zufolge genutzt, um unter anderem einer juristischen Verfolgung zu entgehen.

Die durchgeführten Interviews konnten darüber hinaus zeigen, dass die Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie einen hohen Stellenwert für beide Institutionen einnimmt. Dabei finden sich die Schnittpunkte der jeweiligen Tätigkeit überwiegend in akuten Situationen und Einsätzen mit einer hohen Gefährdungslage, sowohl bezüglich Selbst- als auch Fremdgefährdung. Aufgrund überwiegend fehlender Kenntnis hinsichtlich bestehender, offizieller Absprachen oder eines gemeinsamen Standards für solche gemeinsamen Situationen, laufen diese fast ausschließlich über informelle Routinen und situationsabhängige Absprachen zwischen den beteiligten Mitarbeitern bzw. Beamten vor Ort sowie eine implizite Aufgabenteilung bei gemeinsamem Handeln ab. Trotz fehlender offizieller Zuschreibung zeigte sich dennoch eine klare Rollenzuschreibung, welche von beiden Seiten deutlich formuliert wurde. So sei die Polizei in der gemeinsamen Tätigkeit vor allem für den Aspekt der Sicherheit zuständig, während die Klinik die Expertise in der Behandlung des Patienten besitzen und sich in der Zusammenarbeit überwiegend darauf konzentrieren. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit ergeben sich den Interviewpartnern zufolge vor allem in Situationen, in denen die jeweiligen Zuständigkeiten und deren Grenzen unklar sind. Hier zeigten sich vor allem die wenigen Kenntnisse, die über die Arbeit der jeweils anderen Seite vorliegen und aus welchen vor allem falsche Erwartungen sowie Frustration und Unzufriedenheit resultieren, wenn es durch sie zu unterschiedlichen Einschätzun-

gen derselben Situation komme. Einen von den interviewten Klinikmitarbeitern hervorgehobenen Aspekt stellte das große Unverständnis gegenüber der Psychiatrie dar, welches ihnen von vielen Polizeibeamten entgegengebracht würde und in einigen Kontexten sogar klar als eine „Anti-Psychiatrie-Haltung“ bezeichnet wurde. Dieser Punkt ist besonders relevant, da eine solche negative Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen und der Psychiatrie als Institution nicht nur die Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie beeinflusst, sondern auch Auswirkungen auf die betroffenen, psychisch erkrankten Personen haben kann.

Hinsichtlich des konkreten Ablaufs verschiedener Polizeieinsätze wurden einige wenige relevante Punkte berichtet. Hierzu gehörte die Rückführung von psychisch erkrankten Personen in die Klinik ohne konkreten Anlass, entweder aus dem genehmigten Ausgang oder sogar bereits nach Entlassung aus der Klinik. Zudem schien es im Zusammenhang von Zuführungen keine konkreten Regelungen zu geben, an welchem Punkt die Übergabe bzw. der Einsatz der Polizei endet, was auf Seiten der Klinikmitarbeiter aufgrund aus ihrer Sicht vorzeitiger Beendigung trotz weiterhin bestehenden Unterstützungsbedarfs häufig zu Frustration führe. Auch die konkrete Form der Übergabe sowie die Begleitung der Untersuchung durch die Polizei, ist nicht standardisiert geregelt, sondern unterliege situationsabhängigen Entscheidungen vor Ort. Vor allem die Zusammenarbeit bei Fixierungen (im Rahmen von Amtshilfe innerhalb der Klinik) konnte sehr anschaulich die Aufgaben- und Rollenteilung zwischen Polizei und Psychiatrie in der praktischen Tätigkeit abbilden. So sei die Polizei aus Sicht der Klinikmitarbeiter bei Hinzuziehung zur Amtshilfe primär handlungsleitend und agiert dabei rein in ihrem Ermessen, auch wenn dies zum Teil von den Klinikmitarbeitern kritisch betrachtet wurde. Die hauptsächliche Aufgabe der Polizeibeamten sei dabei die vorübergehende Sicherung des Patienten und Zuführung zum Fixierbett. Da vor allem das Fixiersystem eine Expertise der Klinikmitarbeiter darstellt, sind diese erst ab diesem Zeitpunkt wieder in der Hauptverantwortung. Schließlich ist in Bezug auf die Abläufe von Einsätzen zu nennen, wie abhängig Polizei und Psychiatrie in ihrer Tätigkeit voneinander sind. So stellt nicht nur die Einschätzung der Polizei über das Vorliegen einer psychischen Erkrankung die Grundlage für Zuführungen in die psychiatrische Klinik dar,

sondern die Einschätzung der Klinikmitarbeiter zur Gefährdungslage bei Entweichungen bildet wiederum die Grundlage für die Intensität der polizeilichen Fahndungsmaßnahmen. Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Zusammenarbeit sahen die Interviewpartner hinsichtlich der Zusammenarbeit vor allem in Verstärkung der Kommunikation und Intensivierung des Austauschs zwischen den handelnden Personen sowie bezüglich des Umgangs mit psychisch erkrankten Personen in besserer Fortbildung und Schulung der Polizeibeamten.

5.2 Beantwortung der Fragestellungen

5.2.1 Umgang der Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen

Hinsichtlich des Umgangs der Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen konnten die Mitarbeiter der Klinik eine umfassend und fachliche Einschätzung abgeben. So wurde dieser von den meisten Interviewpartnern zwar insgesamt als gut bezeichnet, es konnten aber auch klare Defizite und Kritikpunkte im Umgang einiger Beamten angeführt und reflektiert werden. So scheinen einige Beamte immer wieder ihre Befugnisse zu überschreiten und einen sehr unangemessenen Umgang bis hin zur unverhältnismäßigen Ausübung von Gewalt. Trotz aller strukturellen Umstände, die die Anwendung von Zwang in der jeweiligen Situation notwendig machten, scheint hier ein kritischer Blick sinnvoll zu sein. Vor allem die Frage der Verhältnismäßigkeit sowie der Umgang mit der von Amtswegen zugesprochenen Macht und Autorität stellen dabei zentrale Punkte dar, die von den Klinikmitarbeitern klar als wichtig benannt wurden. Die Relevanz begründet sich vor allem darin, dass sich aus einem dysfunktionalen Umgang der Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Menschen weitreichende Folgen bis hin zu einer Traumatisierung für die betroffenen Personen ergeben können, wenn gleichzeitig einige Ursachen dieses unangemessenen Umgangs vermeidbar wären. Vor allem dem fehlenden Fachwissen und dem unangebrachten Verständnis von Psychiatrie könne über Schulungen oder Fortbildungsmaßnahmen Abhilfe geschaffen und schon dadurch wahrscheinlich positive Verbesserungen erzielt werden. Hierzu zähle auch, Polizeibeamte stärker für psychische Notlagen zu sensibilisieren. Dafür sei es wichtig, den Polizeibeamten Grundkenntnisse zu den häufigsten bzw. für sie relevantesten psychischen Erkrankungen zu vermitteln. Zu diesen gehört neben fachspezifischem Wissen zu

Symptomen und möglichen Auswirkungen auf das Verhalten der psychisch erkrankten Personen auch die angemessene Kommunikation. Die Vermittlung dieser Inhalte sollte beispielsweise durch psychiatrisches Fachpersonal erfolgen, sodass gleichzeitig ein direkter Erfahrungsaustausch stattfinden kann. Die Interviewteilnehmer betonten weiterhin, dass eine solche Fortbildung zudem nicht nur theoretisch erfolgen, sondern auch entsprechende Praxisanteile beinhalten sollte. So könnten zum Beispiel einige Hospitationstage eingebaut werden, im Rahmen derer die Teilnehmer gegenseitig die Tätigkeit der jeweils anderen Einrichtung am besten kennen gelernt werden kann. Darüber hinaus sei zu empfehlen, dass Personen mit psychischen Erkrankungen selbst die Schulung leiten, wie es bereits in einigen Modellprojekten gehandhabt wird. Hierüber kann ein tieferes Verständnis für die Situation der betroffenen Personen aufgebaut sowie mögliche Vorurteile abgebaut werden (Wundsam et al., 2007, S. 184ff.).

5.2.2. Entscheidung zwischen Polizeigewahrsam und Unterbringung

Neben dem Umgang mit psychisch erkrankten Personen zeichnete sich das Erkennen einer psychischen Erkrankung als weitere relevante Fähigkeit für Polizeibeamten in entsprechenden Einsätzen ab. Auch wenn die Polizei nicht für die Entscheidung über eine Unterbringung verantwortlich ist, spielt sie im Entscheidungsprozess dennoch eine zentrale Rolle. Vor allem in akuten Situationen, in denen psychisch erkrankte Personen beispielsweise aufgrund von Aggressivität oder Krankheitssymptomen in der Öffentlichkeit auffallen, wird die Polizei durch Passanten oder Angehörige meist als erstes informiert und ist somit zuerst vor Ort. Zwar wird in Verdachtsfällen das Ordnungsamt hinzugerufen und die Verantwortung somit abgegeben, aber ein solcher Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung muss zunächst entstehen. Dies kann in einigen Fällen offensichtlich sein, sich in anderen wiederum erst im späteren Verlauf des Einsatzes herausstellen. Die frühe, korrekte Einschätzung und Erkennung einer psychischen Erkrankung ist jedoch zentral für das weitere Vorgehen und an dieser Stelle gibt die Polizei die relevante Initiative. Dies ist insofern wichtig, da hinsichtlich der Erkennung psychischer Erkrankungen den Polizeibeamten keine fachlichen Kriterien vorliegen bzw. keine regelmäßige, fachliche Schulung erfolgt. So wird über die Situation der betroffenen Person individuell auf Grundlage einer persönlichen

Einschätzung entscheiden. Dabei kann die Häufigkeit und Relevanz von Fehleinschätzungen in diesem Prozess nur schwer eingeschätzt werden und hat sich auch aus den Interviews mit den Klinikmitarbeitern nicht abschätzen lassen. Anders als erwartet zeigte sich zwar, dass die Polizeibeamten im Zweifelsfall eher die Vorstellung in der psychiatrischen Klinik einer Ingewahrsamnahme vorziehen. Jedoch sind auch hier weitreichende Konsequenzen denkbar, wenn aggressive, intoxikierte Personen psychiatrisch aufgenommen werden und das Klinikpersonal mit einem erheblichen Gewaltpotential umgehen muss. Die Schwierigkeiten in der Einschätzung der Polizeibeamte würden zusätzlich erschwert durch Probleme im Zuge der gesetzlichen Regelungen. Bei Betrachtung der Schilderungen der Klinikmitarbeiter wurde zudem bewusst, dass die hier bestehenden Probleme im Gegensatz zum Umgang von Polizeibeamten mit psychischen erkrankten Personen oder der Zusammenarbeit der beiden Einrichtungen, nicht an der Basis gelöst werden können. So schilderten die Interviewteilnehmer beider Einrichtungen Fälle, in denen die Kriterien für eine Unterbringung nach PsychKG nicht erfüllt gewesen seien, jedoch auch keine Gewahrsamsfähigkeit vorgelegen habe, sodass eine Ingewahrsamnahme ebenfalls nicht in Frage kam. Auch wenn sich diese Schwierigkeit an der Basis, zwischen Klinikmitarbeitern und Polizeibeamten, zeigt, scheint es sich hierbei um eine übergeordnete Frage zu handeln, welche auch auf einer höheren Ebene gelöst werden müsste. Dabei scheint an dieser Stelle aufgrund der Bedeutung rechtlicher Grundlagen die Einbeziehung von Rechtswissenschaftlern notwendig.

5.2.3. Zusätzliche Erkenntnisse zur Tätigkeit von Polizei und Psychiatrie

Neben den ursprünglich zu beantwortenden Fragestellungen soll hier zusätzlich auf die Zusammenarbeit zwischen Polizei und Psychiatrie eingegangen werden, da sich dieses Thema in den explorativen Interviews als für die Befragten wichtig herausstellte und sich zudem für die Beantwortung der ursprünglichen Fragestellungen relevant abzeichnete. Vor allem die Qualität und mögliche Schwierigkeiten der Zusammenarbeit schienen sich maßgeblich auf die involvierten Mitarbeiter und Beamten auszuwirken, da Unzufriedenheit und Frustration die Arbeitsweise negativ beeinflussen. Über diesen Weg seien auch die psychisch erkrankten Personen von der Zusammenarbeit betroffen. Besonders vor dem Hintergrund, dass die Zusammenarbeit

meist im Rahmen von akuten Einsätzen mit einem hohen Eskalationspotential stattfindet, die grundsätzlich bereits eine besondere Herausforderung für die beteiligten Mitarbeiter und Beamten darstellen, ist das Risiko hoch, dass sich berufliche Unzufriedenheit auch in der Professionalität der eigenen Arbeit widerspiegelt. Dieses wird zusätzlich durch fehlende Kenntnis über offizielle Regelungen verstärkt. Hauptsächlich das fehlende Verständnis für die gegenseitige Arbeit, inklusive der Aufgabenbereiche und Grenzen der jeweils anderen Tätigkeit, führe zu unrealistischen Erwartungen und Enttäuschungen. Wenn solche Erwartungen nicht zentral geregelt werden, sondern Zuständigkeiten immer wieder vor Ort zwischen den Mitarbeitern der beteiligten Institutionen neu ausgehandelt werden müssen, stellt dies ebenfalls eine hohe Herausforderung an die Professionalität der jeweiligen Tätigkeit dar. Das primär eigene Vorstellungen und Rollenbilder in diesen Situationen handlungsleitend sind, zeigte sich zum Teil an den widersprüchlichen Aussagen der Klinikmitarbeiter in Bezug auf die Sicherung. Allgemein solle die Polizei die Sicherung übernehmen und zu diesem Zweck bei Hinzuziehung zur Unterstützung auch gerne möglichst einschüchternd und autoritär auftreten, wobei die Verweigerung der Anwendung von Zwang in diesen Situationen einerseits als kritisch angesehen wurde. Andererseits wurde in der Rolle als Vertreter des Patienten oder Vermittler zwischen Patienten und Polizei die teils unverhältnismäßige Anwendung von Zwang kritisiert.

5.3 Einordnung in den theoretischen Hintergrund

5.3.1 Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen

Insgesamt bestätigten die vorliegenden Ergebnisse die Erkenntnisse vorheriger Studien über Vorurteile und Stereotypen von Polizeibeamten in Bezug auf psychische Erkrankungen (Stuart, 2017, S. 20ff.; Watson et al., 2004a, S. 53), welche sich auch auf der Verhaltensebene widerspiegeln. So erlebten die Klinikmitarbeiter in vielen Fällen eine negative Haltung bis hin zu einer Abneigung der Polizeibeamten gegenüber der Psychiatrie. Auch fehle bei vielen Polizeibeamten ein (Krankheits-)Verständnis für psychische Erkrankungen, was bei diesen Beamten nicht nur zu Unsicherheit, sondern auch zu Respektlosigkeit und fehlender Wertschätzung führte. Insofern seien die Haltung und die Einstellungen der Polizeibeamten einer der Hauptgründe für das teils unangemessene Verhalten der Polizeibeamten sowohl gegenüber den

Klinikmitarbeitern als auch gegenüber den betroffenen psychisch erkrankten Personen. Bei denjenigen Polizeibeamten, die sich offensichtlich schon einmal mit psychischen Erkrankungen beschäftigt haben und dementsprechend mit mehr Empathie und Respekt in Situationen mit psychisch erkrankten Personen gehen, funktioniert die Zusammenarbeit und der Umgang deutlich besser.

Des Weiteren konnten die Schilderungen im Kontext von Zuführungen und Rückführungen vor dem Aspekt der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen bestätigen, welcher in verschiedenen Kontexten immer wieder diskutiert wird (Bock et al., 2015, S. 278; Stuart, 2017, S. 20ff.; Watson & Angell, 2013, S. 30). So scheint das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bzw. einer psychiatrischen Vorgeschichte aus Sicht der Polizei bereits als Kriterium für eine psychiatrische Unterbringung zu genügen, ohne dass diese in der jeweiligen Situation akut oder ursächlich für die Gefährdung gewesen sein muss. Besonders deutlich zeigt sich diese Stigmatisierung bei der Rückführung von (ehemaligen) Patienten, zu denen im Polizeisystem scheinbar ein entsprechender Vermerk zu psychiatrischer Unterbringung oder allgemein psychiatrischer Behandlung vorliegt, und welche ohne konkreten Anlass in die Klinik gebracht werden. Auch wenn die Situation mit den zuständigen Klinikmitarbeitern zumeist schnell geklärt werden könnte, stellen solche Vorgehensweisen für die betroffenen Personen eine Diskriminierung aufgrund ihrer psychischen Erkrankung dar und können mit erheblichen Unannehmlichkeiten verbunden sein, da zum Beispiel kein Rücktransport an den Auffindungsort erfolgt und die Patienten auf eigene Kosten und mit teils hohem Aufwand selbstständig zurückfahren müssen. Hier könnten ebenfalls sowohl konkrete Schulungen zum Umgang mit psychisch erkrankten Personen als auch die Aufklärung über psychische Erkrankungen und den Kontext Psychiatrie zu einer Verbesserung verhelfen. Dass solche Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung, speziell zu einer Reduktion individueller Diskriminierung in Form des Wunschs nach sozialer Distanz, beitragen, konnte dabei schon die eingangs erwähnte Bevölkerungsumfrage zeigen (Baumann et al., 2007, S. 794). Auch durch gezielte Interventionen bei Polizeibeamten sind aus ersten Untersuchungen positive Effekte auf die Reduktion von Stigmatisierung und Stereotypen zu erwarten (vgl. Bock et al., 2015; Wundsam et al., 2007). Je-

doch konnten bisher keine konkreten Auswirkungen auf das Verhalten der Polizeibeamten nachgewiesen werden. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass für einzelne Maßnahmen nicht nur positive Effekte erwartet werden können: eine österreichische Studie zeigte, dass eine Fortbildung bei den Polizeibeamten nicht nur zu einer Abnahme des Bedürfnisses nach sozialer Distanz, sondern gleichzeitig auch zu einer Zunahme von Angstgefühlen in Bezug auf psychische Erkrankungen führte (Frühwald, Entenfellner, Grill, Korberl & Frottier, 2011, S. 7f.). Aus diesem Grund ist eine kontrollierte Evaluation solcher Maßnahmen besonders wichtig.

5.3.2 Anwendung von polizeilichem Zwang

Betrachtet man den Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen stellt die Anwendung (unverhältnismäßiger) Gewalt im Rahmen von gefahrenabwehrenden Maßnahmen einen zentralen Aspekt dar. Dabei war für alle Interviewteilnehmer unstrittig, dass in einigen Fällen auf die Anwendung von Zwang durch die Polizei nicht verzichtet werden kann. Da ein hoher Anteil der Interviewteilnehmer hauptsächlich mit psychotisch erkrankten Patienten arbeitet, war allen bewusst, dass bei dieser Patientengruppe aufgrund der Psychopathologie ein höheres Risiko für Aggressivität und Gewalt vorliegt, was in der Literatur bestätigt wird: „..., dass psychotische Positivsymptome, wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, einen statistisch nachweisbaren Effekt auf das Vorkommen von Gewalthandlungen haben, wobei dieser Effekt allerdings nicht sonderlich ausgeprägt ist.“ (Richter, 2019, S. 82f.) Auch wenn dieser Effekt nicht sonderlich hoch ausgeprägt ist, kommt er im Kontakt mit Polizeibeamten sicherlich zum Tragen. Dabei stellt sich die Frage, ob es vermeidbare Ursachen gibt, welche das Risiko von Gewalthandlungen durch den Patienten und in weiterer Folge die Notwendigkeit der Anwendung von Zwang durch die Polizei erhöhen. Auch hier deckten sich die Angaben der Klinikmitarbeiter überwiegend mit gängiger Literatur. So finden sich zwei zentrale, von den Klinikmitarbeitern angesprochene Aspekte auch in den gängigen Theorien zur Entstehung von Aggression wieder. Dies ist zum einen die Auswirkung von Stress (Nau, Oud & Walter, 2019, S. 66f.) sowie zum anderen die Wirkung von Schlüsselreizen (Nau et al., 2019, S. 72ff.). Auf letztere haben Polizeibeamte vermutlich nur wenig Einfluss, da aus Sicht der Klinikmitarbeiter bereits die Kleidung und das Auftreten der Po-

lizebeamten für viele psychisch erkrankte Personen einen solchen Schlüsselreiz darstellen können, vor allem wenn diese Personen bereits zuvor negative Erfahrungen mit der Polizei gemacht hätten. Zusätzlich stellen Polizeieinsätze vor allem für psychisch erkrankte Personen einen hohen Stressfaktor dar (Hermanutz & Litzcke, 2004, S. 40). Hier sahen die Klinikmitarbeiter die Gefahr, dass Polizeibeamte aufgrund ihrer Unkenntnis über psychische Erkrankungen und Verhaltensweisen die psychisch erkrankten Personen schnell überfordern. Aus einer solchen, größtenteils vermeidbaren, Überforderung heraus könne es bei den betroffenen Personen entsprechend zu Aggressionen kommen. Umso wichtiger stellt sich hier die Bedeutung grundlegender Kenntnisse der Polizeibeamten über psychische Erkrankungen, Verhaltensweisen psychisch erkrankter Personen sowie angemessener Kommunikationsstrategien dar. Dabei muss es ähnlich wie von Schmalzl beschrieben (Schmalzl, 2012, S. 351f.) nicht darum gehen, den Polizeibeamten weiterführendes Wissen zur Psychopathologie zu vermitteln, sondern vor allem ausreichend Kenntnisse, um das Verhalten psychisch erkrankter Personen angemessen einschätzen und darauf reagieren zu können. In den Polizeiinterviews wurde dagegen geäußert, dass für den Umgang mit psychisch erkrankten Personen keine gezielten Standards vorliegen, sondern im Prinzip dieselben Maßnahmen und Vorschriften gelten wie bei anderen Einsätzen auch. Hermanutz und Litzcke gehen diesbezüglich ebenfalls davon aus, dass die grundlegenden Standards der Polizei überwiegend auch für den Umgang mit psychisch erkrankten Personen ausreichen würden. Zudem sehen sie die Gefahr, dass eine Abweichung von diesen allgemeinen Vorgaben aufgrund von unangemessenen Stereotypen zu vermehrten Fehlreaktionen führen kann (Hermanutz & Litzcke, 2004, S. 43). Dies bestärkt die Ausführungen aus dem vorherigen Absatz zur Notwendigkeit von Interventionen, welche die Stigmatisierung psychisch erkrankter Personen durch Polizeibeamte reduzieren. Dies könnte sinnvoller sein als die reine Vermittlung besonderer Verhaltensweisen im Umgang mit psychisch erkrankten Personen, da letztere auch zu einer Förderung von Stereotypen führen kann (vgl. Frühwald et al., 2011).

5.3.3 Verfahrensgerechtigkeit

Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde im Rahmen der Interviews mit den Klinikmitarbeitern nicht explizit auf Aspekte der Verfahrens-

gerechtigkeit eingegangen. Dennoch ergaben sich aus den Schilderungen einiger Interviewteilnehmer Hinweise, welche die Bedeutung von Verfahrensgerechtigkeit im vorliegenden Kontext deutlich machten. Am prägnantesten zeigte sich dies darin, ob polizeiliche Maßnahmen den betroffenen Personen im Vorhinein angekündigt sowie die Notwendigkeit der jeweiligen Maßnahme erläutert wurde. So würden nicht alle Polizeibeamten der psychisch erkrankten Person das Anlegen der Handfesseln kommunizieren, auch wenn die jeweilige Situation dies durchaus zulassen würde. Eine Kommunikation unangenehmer und negativ bewerteter Maßnahmen und die Erläuterung ihrer Notwendigkeit kann aber vermutlich die erlebte Verfahrensgerechtigkeit erhöhen. So ist ein zentraler Punkt von Verfahrensgerechtigkeit, dass nicht nur das Ergebnis einer Maßnahme, sondern bereits die Durchführung dieser als fair und gerecht erlebt wird. Dies dürfte bei entsprechender Ankündigung und Erläuterung polizeilicher Maßnahmen, vor allem bei der Anwendung von Zwang, eher der Fall sein und sich in weiterer Folge positiv auf die Verarbeitung des Erlebnisses auswirken. So ergab sich aus den Schilderungen der Klinikmitarbeiter, dass es eine erhebliche Varianz in den Reaktionen der Patienten auf die Anwendung von Zwang durch die Polizei gab. Während sich einige Patienten noch tage- oder wochenlang mit der jeweiligen Situation beschäftigen und diese gegenüber den Mitarbeitern als traumatisches Erlebnis schildern würden, erlebten die Mitarbeiter bei anderen Patienten, dass diese das Ereignis trotz teils erheblicher Anwendung von Zwang schnell verarbeiteten. Dies kann zum einen auf unterschiedliche Verarbeitungsmechanismen und Persönlichkeitsmerkmale zurückzuführen sein, jedoch vermutlich nicht ausschließlich durch diese erklärt werden. Dagegen scheint es wahrscheinlich, dass Merkmale der Situation oder auch Verhaltensweisen der Polizeibeamten einen Einfluss auf die Verarbeitung des Ereignisses haben können. Unter dem Hinweis positiver Auswirkungen der Kommunikation polizeilicher Maßnahmen, lässt sich vermuten, dass entsprechend gängiger Literatur (Livingston et al., 2014a, S. 285f.; Watson & Angell, 2007, S. 792) eine hohe, erlebte Verfahrensgerechtigkeit auch im Kontext der Polizei relevant zu sein scheint. Allerdings sprechen die Ergebnisse der Interviews dafür, dass die Erfahrungen mit der Polizei von den Patienten als getrennt vom Kontext der Klinik bewertet werden. Dies lässt sich erstens

durch die deutliche Distanzierung des Klinikpersonals von der Polizei erklären, zweitens aber auch durch die schnelle Entaktualisierung und Deeskalation von Zuführungen durch die Polizei innerhalb der Klinik. In jedem Fall stelle die Vorstellung in der psychiatrischen Klinik einen Bruch dar, an dem die beiden Prozesse aus Polizeieinsatz und psychiatrischer Unterbringung hinsichtlich der Verfahrensgerechtigkeit getrennt werden. Somit würden der Klinikaufenthalt und die Unterbringung einerseits, sowie der Einsatz mit der Polizei andererseits als zwei getrennte Verfahren erlebt. Hinsichtlich des Erlebens der Verfahrensgerechtigkeit wäre für ersteres das Verhalten der Klinikmitarbeiter entscheidend, während die Polizeibeamten nur einen Einfluss auf die erlebte Verfahrensgerechtigkeit des Einsatzes hätten.

5.3.4 Macht und Autorität

Einen weiteren wichtigen Punkt stellt die Beobachtung dar, dass es vielen Polizeibeamten um die Ausübung von Macht und die Demonstration der eigenen Autorität gehe, was sich innerhalb einer Gruppe von mehreren Polizeibeamten dynamisch zunehmend entwickeln würde. So käme es vor allem bei größeren Gruppen von Polizeibeamten zu einem Aufschaukeln unangemessener Verhaltensweisen, die sich meist nur durch gezielte Impulse von außen durch die anwesenden Klinikmitarbeiter unterbrechen ließen. Darüber hinaus erwies sich aus Sicht der Klinikmitarbeiter als ein zentrales Defizit, dass auf Provokationen durch psychisch erkrankte Personen zu stark eingegangen werde und im Gegenzug versucht werde die eigene Macht und Autorität umso stärker zu betonen. Betrachtet man verschiedene Erklärungsansätze zu unverhältnismäßiger Polizeigewalt, unabhängig davon ob Personen mit oder ohne psychische Erkrankungen betroffen sind, so decken sich diese mit den Schilderungen der Klinikmitarbeiter. Als individuelle Faktoren nennt Mochan die Arbeitsbelastung, den Widerstand durch die betroffenen Personen sowie die Aufrechterhaltung von Autorität, welche alle von den Klinikmitarbeitern erörtert wurden (Mochan, 2009, S. 22ff.). Als strukturelle Faktoren diskutiert sie vor allem die Organisation der Polizei, hier speziell die Cop Culture, als möglichen Erklärungsansatz (Mochan, 2009, S. 25ff.).

Der Begriff der Cop Culture wurde vor allem durch Rafael Behr geprägt und bezieht sich auf eine alltagspraktische Kultur von Polizeibeamten, die spezifische Handlungsmuster umfasst (Behr, 2008, S. 17). Manzoni konnte die Be-

deutung solcher polizeikulturellen Einflüsse auf Anwendung von Gewalt empirisch nachweisen (Manzoni, 2003, S. 180f.). Feltes beschäftigte sich in einem zweiteiligen Aufsatz mit polizeilichem Fehlverhalten und geht hier schwerpunktmäßig auf diesbezüglich notwendige Änderungen in der Organisation der Polizei ein (vgl. Feltes, 2012a; Feltes, 2012b). So beschreibt er Strukturen, die polizeiliches Fehlverhalten begünstigen, wozu unter anderem die „Mauer des Schweigens“ unter den Kollegen bei Untersuchungen sowie das Fehlen einer Fehlerkultur innerhalb der Polizei zählen (Feltes, 2012a, S. 288f.). Im zweiten Teil seines Aufsatzes stellt Feltes konkrete Forderungen auf, welche nicht nur eine bessere Aufarbeitung polizeilichen Fehlverhaltens betreffen, sondern zudem den Strukturen der Cop Culture entgegen wirken sollen (Feltes, 2012b, S. 309ff.). Diese beiden Aspekte scheinen auch im vorliegenden Kontext relevant, insbesondere, weil die Schwierigkeiten bei Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen durch die Polizei wie eingangs geschildert bisher nur vereinzelt aufgearbeitet werden. Zudem entsprechen die in den Klinikinterviews geschilderten gruppenspezifischen Prozesse bisheriger Forschung, dass vor allem Aspekte der polizeilichen Identität, einschließlich des polizeilichen Selbstwerts und der Identifikation mit der Polizei, einen erheblichen Einfluss auf die Anwendung von polizeilicher Gewalt haben (Bosold, 2006, S. 174).

Betrachtet man die Bedeutung von Autorität für die polizeiliche Identität scheint es nicht verwunderlich, dass auch Autorität von hoher Bedeutung ist. Dies schildern Alpert und Dunham im Rahmen ihrer Theorie der Autoritätserhaltung, welche im Verlauf hinsichtlich empirischer Forschungsergebnisse angepasst wurde. Die Anwendung unverhältnismäßiger Gewalt durch die Polizei erklärt sich in dieser Theorie durch das Ziel des Autoritätserhalts auf Seiten der Polizei sowie durch Widerstand aufgrund der fehlenden Reziprozität auf Seiten der Bürger (Alpert & Dunham, 2012, S. 183ff.). Im Rahmen eines Forschungsprojekts zu diesem Thema konnte gezeigt werden, dass in der Tat vor allem die Angst vor einer Eskalation der Situation sowie der Wunsch nach Autoritätserhalt für Übergriffe durch die Polizei verantwortlich sind (Feltes, Klukkert & Ohlemacher, 2007, S. 301). Im Rahmen gesellschaftlicher Entwicklungen in Richtung zunehmender Respektlosigkeit gegenüber der Polizei scheint daher der Umgang der Polizei mit einem solchen Autori-

tätsverlust von zentraler Bedeutung (Behr, 2012, S. 194f.). Die geschilderten Zusammenhängen konnten nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch im Kontakt mit Jugendlichen nachgewiesen werden konnte (Hunold, 2012, S. 124f.). Sowohl bei Jugendlichen als auch bei psychisch erkrankten Personen kann aufgrund des Alters oder der Erkrankung in bestimmten Situationen die Verantwortung für das eigene Verhalten eingeschränkt sein. Hinsichtlich des Kontakts mit der Polizei erscheint dies insofern problematisch, da hierdurch eher mit aus Sicht der Polizeibeamten respektlosem Verhalten zu rechnen sei. Dabei sollten gerade bei solchen vulnerablen Gruppen Respektlosigkeit Provokationen nicht persönlich oder als Angriff auf die eigene Autorität aufgefasst werden sollten.

5.3.5 Kriminalisierung durch Entscheidungen der Polizei

Hinsichtlich der Entscheidung zwischen psychiatrischer Unterbringung und Polizeigewahrsam konnten die vorliegenden Ergebnisse die zugrundeliegende Theorie einer Kriminalisierung nicht bestätigen. Zwar ergab sich auch in den durchgeführten Interviews das Erkennen einer psychischen Erkrankung als zentraler Faktor, in dem der Polizei als anstoßgebende Behörde eine wichtige Verantwortung zukommt. Als problematisch ergab sich hier, dass keine gezielte Fortbildung diesbezüglich stattfindet und die getroffenen Entscheidungen zumeist auf einer persönlichen Bewertung bis hin zu „gesundem Menschenverstand“ beruhen. Aus diesem Grund erscheint es wahrscheinlich, dass wie in existierender Literatur beschrieben ein hoher Anteil an Fehleinschätzungen vorliegt (Watson et al., 2004b, S. 383f.), ohne dass die genauen Gründe für die Entscheidungen der Polizeibeamten immer klar zu benennen wären (vgl. Morabito, 2007). Dies deckt sich zudem mit den Aussagen aus den Polizeiinterviews, dass die Einschätzung des Klinikpersonals nicht der Einschätzung der Polizeibeamten entspricht. Allerdings ergaben die Ergebnisse hinsichtlich dieser Fehleinschätzungen tendenziell eine andere Richtung als die in der internationalen Literatur (vgl. Lamb et al., 2004) beschriebene. So scheint es in anderen Ländern problematischer, dass Polizeibeamte eine psychische Erkrankung nicht erkennen und die betroffenen Personen daher statt in eine psychiatrische Klinik in den Polizeigewahrsam gebracht werden. Dies könne in bestimmten Fällen sogar zu einer höheren Kriminalisierung führen, da juristische Konsequenzen folgen ohne

dass die psychische Erkrankung als Ursache und möglicherweise mildernden Umstand der Kriminalität in Betracht gezogen wird. Die vorliegenden Ergebnisse lassen dagegen vermuten, dass sich Polizeibeamte aus verschiedenen Gründen, sei es Abgabe von Verantwortung oder Unsicherheit, im Zweifelsfall eher für die Einleitung der psychiatrischen Unterbringung entscheiden. Dementsprechend konnten die Klinikmitarbeiter vorrangig von Fällen berichten, in denen entweder nach der Vorstellung keine Unterbringung oder stationäre Aufnahme erfolgte oder Patienten aufgenommen werden mussten, die keinen psychiatrischen Notfall darstellten. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass keine differenzierte Kenntnis darüber vorlag, wie häufig psychisch erkrankte Personen tatsächlich im Polizeigewahrsam landen, obwohl eine psychiatrische Unterbringung angezeigt gewesen wäre. Dies liegt daran, dass ein Polizeiarzt zur Überprüfung der Gewahrsamsfähigkeit tatsächlich nicht standardmäßig, sondern nur im Verdachtsfall hinzugezogen wird. Neben den Konsequenzen für die Betroffenen stellten die Schwierigkeiten der differierenden Einschätzungen auch eine Herausforderung für die Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie dar.

Insgesamt stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob von den jeweiligen Polizeibeamten überhaupt eine psychiatrische Beurteilung verlangt werden kann oder nicht andere Kompetenzen relevanter erscheinen. So wurde in England ein Modell entwickelt, bei dem Polizeibeamte darin geschult werden im Rahmen von Einsätzen auf die relevanten Verhaltensauffälligkeiten zu achten und diese in der Übergabe an die Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik konkreter schildern zu können (Wright & McGlen, 2012, S. 55). In der Entscheidung zwischen Polizeigewahrsam oder psychiatrischer Unterbringung sollte zudem berücksichtigt werden, dass viele Polizeibeamte Schwierigkeiten äußern angemessene Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Personen zu finden (Godfredson et al., 2011, S. 192f.; Hollander et al., 2012, S. 407ff.).

5.3.6 Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie

In den Schilderungen zur Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie konnten vor allem bisherige Entwicklungslinien beider Institutionen wiedergefunden werden. So wird sowohl im polizeilichen Kontext als auch in der psychiatrischen Tätigkeit immer wieder ein Spannungsfeld zwischen Sicherheit und

Fürsorge diskutiert. Beide Einrichtungen sind, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Zielsetzungen, mit beiden Aspekten betraut und beiden Einrichtungen werden gesellschaftlich beide Aufgaben in vergleichbarem Maße zugeschrieben. In Bezug auf die polizeiliche Tätigkeit als Fokus der vorliegenden Arbeit zeigt sich dies unter anderem daran, dass die Polizei für viele Bürger in Notlagen den einzigen Ansprechpartner darstellt, der rund um die Uhr verfügbar ist. Jedoch hat es auch hier gesellschaftliche Entwicklungen und Veränderungen gegeben, inwiefern sich die Polizei in ihrer Tätigkeit eher fürsorgenden oder gefahrenabwehrenden Aspekten verschreibt. Vor allem hinsichtlich aktueller Debatten um die Entwicklung einer Sicherheitsgesellschaft (Singelstein & Stolle, 2006, S. 145f.) verwundert es nicht, dass sich die Polizei in Zusammenarbeit mit der Klinik primär auf den Aspekt der Gewährleistung von Sicherheit beruft und diesen auch von Seiten der Klinik aus zugeschrieben bekommt. Dass die Grenzen an dieser Stelle jedoch in der praktischen Tätigkeit nicht so klar definiert sind wie von den Interviewpartnern auf theoretischer Ebene geschildert, zeigt sich deutlich an der gemeinsamen Durchführung von Fixierungen sowie in den teils widersprüchlichen Erwartungen und unklaren Zuständigkeiten. Ein Beispiel für letzteres ist die Dauer des Polizeieinsatzes bei Zuführung in die psychiatrische Klinik. Gerade im Sinne dieser klaren Rollenverteilung müsste einerseits die Polizei zur Gewährleistung von Sicherheit standardmäßig die Aufnahmesituation zumindest solange begleiten, bis der zuständige Arzt keine akute Gefährdung mehr sieht, die von den Mitarbeitern nicht bewerkstelligt werden kann. Andererseits dürfte das Aufnahmegespräch mit dem diensthabenden Arzt als erster Teil der Behandlung und Feststellung des psychiatrischen Hilfebedarfs alleinig im Handlungsbereich der Klinik liegen und somit die Untersuchung, wie durch die eingangs beschriebenen CPT-Standards gefordert, nicht durch die Polizei begleitet werden (vgl. Council of Europe, 2010). Hier schien es jedoch keine offizielle bzw. einheitliche Regelung zu geben.

Die vorliegenden Daten zeigten weiterhin die Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit aus Polizei und Psychiatrie. Neben den angesprochenen Schulungen und einem verstärkten Austausch zwischen den beiden Einrichtungen könnte hier der Einsatz von multiprofessionellen Teams in Frage

kommen, wie dies in einigen Ländern bereits getan wird. So könnte nicht nur ein Training der jeweiligen Polizeibeamten, sondern sogar eine konkrete praktische Zusammenarbeit von Polizeibeamten und psychiatrischen Fachkräften erfolgen. Dazu zählt zum Beispiel die Möglichkeit gezielter Ansprechpartner bei der Polizei oder bei kooperierenden psychiatrischen Einrichtungen, welche bei Einsätzen mit psychisch erkrankten Personen die Polizeibeamten beraten und unterstützen können (Borum, 2000, S. 333). Bei Modellen mit einer noch intensiveren Zusammenarbeit kann auch ein Psychiater regelmäßig im jeweiligen Polizeipräsidium anwesend sein oder es existieren feste Teams aus Polizeibeamten und psychiatrischen Fachkräften, welche Einsätze mit Verdacht auf psychisch erkrankte Personen gemeinsam übernehmen (Helfgott, Hickman & Labossiere, 2015, S. 111f.; Rosenbaum, 2010, S. 176ff.; Watson & Fulambarker, 2012, S. 71). In Bezug auf die bereits angesprochenen Aspekte können solche Interventionen positive Auswirkungen auf das Wissen und die Einstellungen der Polizeibeamten haben (Compton, Bakeman, Broussard, Hankerson-Dyson, Husbands, Krishan, Stewart-Hutto, d'Orio, Oliva, Thompson & Watson, 2014a, S. 521f.), zeigen jedoch geringere Effekte auf die Anwendung von Zwang (Compton, Bakeman, Broussard, Hankerson-Dyson, Husbands, Krishan, Stewart-Hutto, d'Orio, Oliva, Thompson & Watson, 2014b, S. 528).

5.4 Limitationen

Im Folgenden sollen die Limitationen der durchgeführten Studie erörtert werden. Auch wenn es nicht das Ziel dieser Arbeit war, soll an dieser Stelle daraufhin gewiesen werden, dass die Aussagen der Interviewteilnehmer keine verlässliche Einschätzung von Relevanz und Häufigkeit der geschilderten Situationen ermöglicht. Zudem unterliegen die Schilderungen der Klinikmitarbeiter und Polizeibeamte gewissen Verzerrungen und Erinnerungseffekten. So wiesen die Interviewpartner aus der Klinik selbst daraufhin, dass negative Erfahrungen mit polizeilichen Einsätzen zumeist besser im Gedächtnis blieben als positive. Nichtsdestotrotz ermöglichten die Berichte der interviewten Klinikmitarbeiter einen Einblick in vorliegende Defizite sowie Ansatzpunkte zur Veränderung und Verbesserung. Auch im Hinblick auf die Selbstselektion der Interviewteilnehmer kann eine gewisse Verzerrung nicht ausgeschlossen werden. So ist davon auszugehen, dass sich vor allem diejenigen Klinikmit-

arbeiter und Polizeibeamte zur Studienteilnahme bereit erklärt haben, für die das Thema der Studie von persönlicher und beruflicher Relevanz ist. Die zusätzlichen Interviews mit den Polizeibeamten stellten sich zudem als wichtige Ergänzung dar, da auf Seiten der Klinikmitarbeiter wie vermutet wenig bis gar keine Kenntnisse über polizeiliche Abläufe und Prozesse vorlagen. Dies kann ebenfalls die Schilderungen der Interviewteilnehmer aus der Klinik beeinflusst haben. Zudem wurden keine Polizeibeamte interviewt, die zum Zeitpunkt des Interviews im Einzugsgebiet der teilnehmenden Klinik tätig waren, sodass eine direkte Gegenüberstellung der Aussagen von den jeweiligen Klinikmitarbeitern und der Polizeibeamten nicht möglich war.

6. Fazit & Ausblick

Die vorliegende Arbeit hatte das Ziel, den Umgang von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen sowie Entscheidungen zwischen Polizeigewalt und psychiatrischer Unterbringung aus der Sicht des psychiatrischen Fachpersonals zu reflektieren. In dieser Form stellte die durchgeführte Studie einen neuen Ansatz dar und konnte eine neue Perspektive auf die angesprochene Fragestellung liefern. Die Interviews mit Ärzten und Pflegekräften einer psychiatrischen Klinik sowie ergänzend mit Beamten der Polizei legten sowohl Chancen als auch Defizite von Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen offen. Vor allem vor dem Hintergrund der erheblichen Relevanz des angesprochenen Themas sowie Bemühungen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Anwendung von Zwang bei psychisch erkrankten Personen zu reduzieren, ergibt sich auch hinsichtlich der Rolle der Polizei in diesem Zusammenhang ein deutlicher Bedarf an Veränderungen. Aus den geschilderten Ergebnissen ließen sich folgende Implikationen für die Polizei, die Psychiatrie sowie die Forschung ableiten.

Auf Seiten der Polizei ist in erster Linie eine verstärkte Sensibilisierung für das Thema wünschenswert. Dies könnte sich zum Beispiel in einer Änderung des Dokumentationswesens von Einsätzen mit psychisch erkrankten Personen zeigen. Diese sollten gezielt dokumentiert und öffentlich zugänglich gemacht werden, um die Durchführung wissenschaftlicher Studien diesbezüglich zu erleichtern. Weitere Implikationen im Bereich der Polizei zielen vor allem auf den Umgang der Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen ab. So sollte ein flächendeckendes Fortbildungsangebot geschaffen werden, welches die Beamten auch nach Abschluss des Studiums regelmäßig zu Besonderheiten dieser Polizeieinsätze schult. Dabei sollten in diesen Fortbildungen nicht nur allgemein Informationen zu psychischen Erkrankungen vermittelt werden, sondern auch gezielte Kriterien für das Erkennen einer psychischen Erkrankung sowie konkrete Verhaltensweise und Kommunikationsstrategien im Kontakt mit psychisch erkrankten Personen, um die Unsicherheit bei den Beamten zu verringern. Auch eine Aufarbeitung des Umgangs mit der eigenen Macht und Autorität, vor allem im Hinblick auf mögliche Provokationen durch psychisch erkrankte Personen, ist zu empfehlen. Zusätzlich ist ein Abbau von Stereotypen und einer Stigmatisierung gegen-

über psychisch erkrankten Personen anzustreben, da diese zu einem unangemessenen Umgang führen. In diesem Zusammenhang ist auch eine Umdeutung des Verständnisses von Psychiatrie als einem Ort reiner Verwahrung aus Sicherheitsaspekten bei den Polizeibeamten zu begrüßen.

An diesem Punkt ist jedoch auch die Psychiatrie gefragt, da dafür ein verstärkter Austausch zwischen beiden Institutionen, wie auch von den Interviewpartnern gewünscht, notwendig wäre. Grundsätzlich kann eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie nur unter enger Beteiligung beider Einrichtungen erreicht werden. So könnten Fortbildungsangebote auch von psychiatrischen Kliniken angeboten werden, da durch diese nicht nur die notwendigen Informationen vermittelt werden können, sondern ebenso das gegenseitige Verständnis gefördert werden kann. Zudem können Schulungen auch bidirektional erfolgen, sodass auch die Psychiatrie besser über Abläufe der Polizei informiert wird. Dabei sollten diese nach Möglichkeit nicht nur auf theoretischer Basis erfolgen, sondern auch entsprechende Praxisanteile, zum Beispiel im Sinne gegenseitiger Hospitationen, beinhalten. Zudem sollte von Seiten der Klinik eine stärkere Einbeziehung der Polizei in aktuelle Diskussionen und Entwicklungen der Selbstbestimmung im psychiatrischen Kontext und dahingehend entwickelter Versorgungskonzepte erfolgen. Es ist davon auszugehen, dass von einer solchen verbesserten Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie nicht nur die beteiligten Einrichtungen profitieren, sondern auch die betroffenen psychisch erkrankten Personen, da ein Abbau von Frustration und Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern bzw. Beamten sich positiv auf den Umgang mit diesen Personen auswirken kann.

Aufgrund bisher fehlender verlässlicher Zahlen zu einigen der adressierten Fragestellungen konnte die vorliegende Studie nur in explorativer Form erfolgen und die relevanten Aspekte nur an einzelnen Sachverhalten und Schilderungen festgemacht werden. Sowohl hinsichtlich des Umgangs von Polizeibeamten mit psychischen Erkrankungen als auch der Entscheidungen zwischen Gewahrsam und psychiatrischer Unterbringung sollte sich zukünftige Forschung daher bemühen, verlässliche Zahlen aus dem nationalen Raum zu gewinnen, um eine realistische Einschätzung zur Häufigkeit von Polizeieinsätzen mit psychisch erkrankten Personen zu gewinnen. Dabei scheint es

vor allem relevant zu untersuchen, wie häufig in solchen Einsätzen bei psychisch erkrankten Personen, im Vergleich zu Personen ohne psychische Erkrankung Zwang angewandt werden muss und wie häufig Personen mit psychischer Erkrankung in Polizeigewahrsam verbracht werden. Dabei sollten zukünftige Forschungsprojekte sich jedoch nicht ausschließlich auf die Generierung quantitativer Daten zu Häufigkeiten beschränken. Vielmehr sollten hinsichtlich des Umgangs von Polizeibeamten mit psychisch erkrankten Personen Risiko- und Einflussfaktoren für einen eskalativen Verlauf und die Anwendung von Zwang näher beleuchtet werden. Dies kann nicht nur quantitativ, sondern muss auch über qualitative Methoden erfolgen. Dies reicht von der Durchführung von Fokusgruppen mit Mitarbeitern von Polizei und Psychiatrie bis hin zu Beobachtungsstudien, welche Polizeieinsätze mit psychisch erkrankten Personen näher untersuchen. Auch die Entwicklung und Evaluation möglicher Fortbildungen und Schulungen sollte durch unabhängige Forscher begleitet werden. So könnten Videobeispiele oder gestellte Situationen genutzt werden, um Polizeibeamten den Umgang mit psychisch erkrankten Personen zu vermitteln sowie auf praktischer Ebene die Wirksamkeit der Intervention zu untersuchen. Vor allem bezogen auf die Entscheidungsprozesse zwischen Polizeigewahrsam und psychiatrischer Unterbringung ist weitere, interdisziplinäre Forschung vonnöten, die sich mit den juristischen, polizeiwissenschaftlichen und psychiatrischen Problemen dieser Fragestellung auseinandersetzt, da diese Schwierigkeiten nicht an der Basis gelöst werden können.

7. Literaturverzeichnis

- Alpert, G. P. & Dunham, R. G.* (2012). Understanding the police use of force. Officers, suspects, and reciprocity. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angermeyer, M. C.* (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 31, S. 246-250.
- Atkins, G., Davies, G., Wilkinson, F., Pope, T., Guerin, B. & Tetlow, G.* (2019). Performance Tracker 2019. A data-driven analysis of the performance of public services. Institute for Government.
- Baumann, A., Zäske, H., Decker, P., Klosterkötter, J., Maier, W., Möller, H. J. & Gaebel, W.* (2007). Veränderungen in der sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber schizophrenen Erkrankten in 6 deutschen Großstädten. Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung 2001 und 2004. In: Der Nervenarzt, Jg. 78, S. 787-795.
- Behr, R.* (2008). Cop Culture - Der Alltag des Gewaltmonopols. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behr, R.* (2012). Die "Gewalt der Anderen" oder: warum es bei der aktuellen Gewaltdebatte nicht (nur) um Gewalt geht. In: Ohlemacher, T. & Werner, J.-T. (Hrsg.) Empirische Polizeiforschung XIV: Polizei und Gewalt. Interdisziplinäre Analysen zu Gewalt gegen und durch Polizeibeamte. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft, S. 177-196.
- Berzewski, H.* (2009). Einführung Der psychiatrische Notfall. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1-21.
- Bock, T., Niemann, S., Dorner, R., Makowski, A., Fabek, H., Mahlke, C., Meyer, H.-J.-. & Finzen, A.* (2015). Wenn Stigma tödlich wird, kann Fortbildung lebensrettend sein. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 42, Nr. 5, S. 278-280.
- Borum, R.* (2000). Improving high risk encounters between people with mental illness and the police. In: Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, Jg. 28, Nr. 3, S. 332-337.
- Borum, R., Swanson, J., Swartz, M. & Hiday, V.* (1997). Substance abuse, violent behavior, and police encounters among persons with severe mental disorders. In: Journal of Contemporary Criminal Justice, Jg. 13, Nr. 3, S. 236-250.
- Bosold, C.* (2006). Polizeiliche Übergriffe: Aspekte der Identität als Erklärungsfaktoren polizeilicher Übergriffsintentionen - Eine handlungspsychologische Perspektive. Nomos.
- Bramesfeld, A.* (2003). Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? In: Psychiatrische Praxis, Jg. 30, Nr. 5, S. 256-265.
- Carey, S. J.* (2001). Police officers' knowledge of, and attitudes towards, mental illness in southwest Scotland. In: Scottish Medical Journal, Jg. 46, Nr. 2, S. 41-42.
- Charette, Y., Crocker, A. G. & Billette, I.* (2011). The judicious judicial dispositions juggle: characteristics of police interventions involving people with a mental illness. In: The Canadian Journal of Psychiatry, Jg. 56, Nr. 11, S. 677-685.

- Charette, Y., Crocker, A. G. & Billette, I.* (2014). Police encounters involving citizens with mental illness: use of resources and outcomes. In: *Psychiatric Services*, Jg. 65, Nr. 4, S. 511-516.
- Coleman, T. G. & Cotton, D. H.* (2010). Reducing risk and improving outcomes of police interactions with people with mental illness. In: *Journal of Police Crisis Negotiations*, Jg. 10, Nr. 1-2, S. 39-57.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., Stewart-Hutto, T., d'Orio, B. M., Oliva, J. R., Thompson, N. J. & Watson, A. C.* (2014a). The police-based crisis intervention team (CIT) model: I: effects on officers' knowledge, attitudes, and skills. In: *Psychiatric Services*, Jg. 65, Nr. 4, S. 517-522.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., Stewart-Hutto, T., d'Orio, B. M., Oliva, J. R., Thompson, N. J. & Watson, A. C.* (2014b). The police-based crisis intervention team (CIT) model: II. effects on level of force and resolution, referral, and arrest. In: *Psychiatric Services*, Jg. 65, Nr. 4, S. 523-529.
- Cotton, D. & Coleman, T. G.* (2010). Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness: a systems approach. In: *Police Practice and Research*, Jg. 11, Nr. 4, S. 301-314.
- Council of Europe* (2010). CPT-Standards. Straßburg: Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe.
- Crocker, A. G., Hartford, K. & Heslop, L.* (2009). Gender differences in police encounters among persons with and without serious mental illness. In: *Psychiatric Services*, Jg. 60, Nr. 1, S. 86-93.
- Deister, A., Zeichner, D., Witt, T. & Forster, H.-J.* (2010). Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 37, Nr. 7, S. 335-342.
- Dessecker, A.* (2005). Die Überlastung des Maßregelvollzugs: Folge von Verschärfungen im Kriminalrecht? In: *Neue Kriminalpolitik*, Jg. 1, S. 23-28.
- Deutscher Bundestag* (1975). Drucksache 7/4200.
- DGPPN* (2018a). Dossier - psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Berlin: Heenemann.
- DGPPN* (2018b). S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhalten bei Erwachsenen.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. & Remschmidt, H.* (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-differentialdiagnostische Leitlinien. Bern: Hogrefe Verlag.
- Dupont, R. & Cochran, S.* (2000). Police response to mental health emergencies - barriers to change. In: *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Jg. 28, Nr. 3, S. 338-344.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U.*, (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5. 5. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fehn, K. & Selen, S.* (2004). Die ordnungsrechtliche sofortige Unterbringung psychisch kranker Personen. In: *Polizei & Wissenschaft*, Jg. 3, S. 58-66.

- Feltes, T.* (2012a). Polizeiliches Fehlverhalten und Disziplinarverfahren - ein ungeliebtes Thema. Überlegungen zu einem alternativen Ansatz, Teil 1. In: *Die Polizei*, Jg. 10, S. 285-292.
- Feltes, T.* (2012b). Polizeiliches Fehlverhalten und Disziplinarverfahren - ein ungeliebtes Thema. Überlegungen zu einem alternativen Ansatz, Teil 2. In: *Die Polizei*, Jg. 10, S. 309-314.
- Feltes, T., Klukkert, A. & Ohlemacher, T.* (2007). "... dann habe ich ihm auch schon eine geschmiert." Autoritätsverlust und Eskalationsangst als Ursachen polizeilicher Gewaltausübung. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, Jg. 4, S. 285-303.
- Finzen, A.* (2014). Polizei-Interventionen - jeder dritte Tote war psychisch krank. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 41, Nr. 1, S. 50-52.
- Frevel, B.* (2015). *Polizei in Staat und Gesellschaft - eine Einführung*. In: Frevel, B. (Hrsg.) *Polizei in Staat und Gesellschaft*. Hilden: VDP Buchvertrieb.
- Frühwald, S., Entenfellner, A., Grill, W., Korberl, C. & Frottier, P.* (2011). "Ein ordentlicher Polizist erschießt sich, bevor er sich aufhängt!" (Oberst Peter M. Bezirkspolizeikommandant in Y.). Ergebnisse von Schulungsveranstaltungen für Polizeibeamte in Niederösterreich. In: *Neuropsychiatrie*, Jg. 4, S. 1-9.
- Füllgrabe, U.* (2011). Der polizeiliche Umgang mit psychisch Gestörten. In: *Deutsche Polizei*, Jg. 10, S. 28-30.
- Fyfe, J. J.* (2000). Policing the emotionally disturbed. In: *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Jg. 28, Nr. 3, S. 345-347.
- Gaebel, W., Zäske, H. & Baumann, A.* (2004). Stigma erschwert Behandlung und Integration. Weltweit - auch in Deutschland - bekämpfen Antistigma-Programme Vorurteile und Diskriminierung gegenüber psychisch Kranken. . In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, Nr. 48, S. A 3253-3255.
- Godfredson, J. W., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D. M. & Luebbers, S.* (2010). Police discretion and encounters with people experiencing mental illness. the significant factors. In: *Criminal Justice and Behavior*, Jg. 37, Nr. 12, S. 1392-1405.
- Godfredson, J. W., Thomas, S. D. M., Ogloff, J. R. P. & Luebbers, S.* (2011). Police perceptions of their encounters with individuals experiencing mental illness: a victorian survey. In: *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, Jg. 44, Nr. 2, S. 180-195.
- Green, T. M.* (1997). Police as frontline mental health workers. The decision to arrest or refer to mental health agencies. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Jg. 20, Nr. 4, S. 469-486.
- Hails, J. & Borum, R.* (2003). Police training and specialized approaches to respond to people with mental illness. In: *Crime & Delinquency*, Jg. 49, Nr. 1, S. 52-61.
- Helfferrich, C.* (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 559-574.
- Helfgott, J. B., Hickman, M. J. & Labossiere, A. P.* (2015). A descriptive evaluation of the Seattle police department's crisis response team officer/mental health professional partnership pilot program. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Jg. 44, S. 109-122.

- Hermanutz, M. & Litzcke, S. M.* (2004). Standards für den Umgang mit psychisch Kranken im polizeilichen Alltag. In: *Polizei & Wissenschaft*, Jg. 3, S. 40-48.
- Hinsch, W.* (2016). Verfahrensgerechtigkeit. In: Goppel, A., Mieth, C. & C., N. (Hrsg.) *Handbuch Gerechtigkeit*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 138-142.
- Hodgins, S.* (2006). Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken. Neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. In: *Neuropsychiatrie*, Jg. 20, Nr. 1, S. 7-14.
- Hoff, P. & Rössler, W.* (2005). Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang - Eine Einführung. In: Rössler, W. & Hoff, P. (Hrsg.) *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hollander, Y., Lee, S. J., Tahtalian, S., Young, D. & Kulkarni, J.* (2012). Challenges relating to the interface between crisis mental health clinicians and police when engaging with people with a mental illness. In: *Psychiatry, Psychology and Law*, Jg. 19, Nr. 3, S. 402-411.
- Hunold, D.* (2012). Polizeiliche Zwangsmaßnahmen gegenüber Jugendlichen. Innen- und Außenperspektiven. In: Ohlemacher, T. & Werner, J.-T. (Hrsg.) *Empirische Polizeiforschung XIV: Polizei und Gewalt. Interdisziplinäre Analysen zu Gewalt gegen und durch Polizeibeamte*. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft, S. 107-128.
- Jäger, M. & Rössler, W.* (2012). Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. In: *Der Nervenarzt*, Jg. 83, S. 389-402.
- Janus, S. S., Bess, B. E., Cadden, J. J. & Greenwald, H.* (1980). Training police officers to distinguish mental illness. In: *Am J Psychiatry*, Jg. 137, Nr. 2, S. 228-229.
- Kammeier, H.* (2019). Psychiatrische Versorgung ohne Sicherungsauftrag und Zwang? - Eine Skizze notwendiger Strukturänderungen. In: *Recht & Psychiatrie*, Jg. 37, S. 210-218.
- Kerr, A. N., Morabito, M. & Watson, A. C.* (2010). Police encounters, mental illness and injury: an exploratory investigation. In: *Journal of Police Crisis Negotiations*, Jg. 10, S. 116-132.
- Kesic, D., Thomas, S. D. M. & Ogloff, J. R. P.* (2009). Mental illness among police facilities in Victoria 1982-2007: case linkage study. In: *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Jg. 44, Nr. 5, S. 463-468.
- Kimhi, R., Barak, Y., Gutman, J., Melamed, Y., Zohar, M. & Barak, I.* (1998). Police attitudes toward mental illness and psychiatric patients in Israel. In: *J Am Acad Psychiatry Law*, Jg. 26, Nr. 4, S. 625-630.
- Kröber, H. L.* (2009). Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Delinquenz. In: Kröber, H. L., Dölling, D., Leygraf, N. & Sass, H. (Hrsg.) *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Steinkopff, S. 321-337.
- Kuckartz, U.* (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lamb, H. R. & Weinberger, L. E.* (2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. In: *J Am Acad Psychiatry Law*, Jg. 33, Nr. 4, S. 529-534.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E. & DeCuir, W. J.* (2002). The police and mental health. In: *Psychiatr Serv*, Jg. 53, Nr. 10, S. 1266-1271.

- Lamb, H. R., Weinberger, L. E. & Gross, B. H.* (2004). Mentally ill persons in the criminal justice system: some perspectives. In: *Psychiatric Quarterly*, Jg. 75, Nr. 2, S. 107-126.
- Leygraf, N.* (2018). Behandlung im Maßregelvollzug. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, Jg. 12, S. 91-92.
- Litzcke, S. M.* (2003). *Polizeibeamte und psychisch Kranke. Wahrnehmung, Einstellung, Emotionen, Verhalten.* Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Litzcke, S. M.* (2004). Bekanntheit psychischer Störungen bei Polizeibeamten. In: *Polizei & Wissenschaft*, Jg. 3, S. 14-22.
- Litzcke, S. M. & Hermanutz, M.* (2004). Polizeirelevante psychische Störungen. In: *Polizei & Wissenschaft*, Jg. 3, S. 2-13.
- Livingston, J. D.* (2016). Contact between police and people with mental disorders: a review of rates. In: *Psychiatric Services*, Jg. 67, Nr. 8, S. 850-857.
- Livingston, J. D., Desmarais, S. L., Greaves, C., Parent, R., Verdun-Jones, S. & Brink, J.* (2014a). What influences perceptions of procedural justice among people with mental illness regarding their interactions with the police? In: *Community Mental Health Journal*, Jg. 50, Nr. 3, S. 281-287.
- Livingston, J. D., Desmarais, S. L., Verdun-Jones, S., Parent, R., Michalak, E. & Brink, J.* (2014b). Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Jg. 37, Nr. 4, S. 334-340.
- Maercker, A. & Hecker, T.* (2016). Trauma- und Gewaltfolgen - psychische Auswirkungen. In: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 59, S. 28-34.
- Manzoni, P.* (2003). *Gewalt zwischen Polizei und Bevölkerung.* Zürich: Chur: Rüeger.
- Mayring, P.* (2010). Design. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 225-237.
- Mayring, P. & Fenzl, T.* (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* Wiesbaden: Springer VS, S. 543-558.
- Mey, G. & Mruck, K.* (2010). Interviews. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 423-435.
- Mochan, C.* (2009). Ungesetzlicher Gewaltgebrauch durch die Polizei. In: Grutzpalk, J., Bruhn, A., Fatianova, J., Harnisch, F., Mochan, C., Schülzke, B. & Ziske, T. (Hrsg.) *Beiträge zu einer vergleichenden Soziologie der Polizei.* Potsdam: Universitätsverlag Potsdam, S. 18-32.
- Morabito, M. S.* (2007). Horizons of context: understanding the police decision to arrest people with mental illness. In: *Psychiatric Services*, Jg. 58, Nr. 12, S. 1582-1587.
- Morabito, M. S., Socia, K., Wik, A. & Fisher, W. H.* (2017a). The nature and extent of police use of force in encounters with people with behavioral health disorders. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Jg. 50, S. 31-37.

- Morabito, M. S., Socia, K., Wik, A. & Fisher, W. H.* (2017b). The nature and extent of police use of force in encounters with people with behavioral health disorders. In: *Int J Law Psychiatry*, Jg. 50, S. 31-37.
- Müller, J. L., Falkai, P., Schneider, F., Hauth, I. & Maier, W.* (2013). Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gefahrenabwehr und Therapie: Zwangsbehandlung in der Zeit nach der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 40, Nr. 7, S. 365-367.
- Mulvey, P. & White, M.* (2014). The potential for violence in arrests of persons with mental illness. In: *An International Journal of Police Strategies & Management*, Jg. 37, S. 401-419.
- Nau, J., Oud, N. & Walter, G.* (2019). Theorien und Modell für Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen. Wissenschaftliche Grundlagentheorien von Aggression und Gewalt. In: *Nau, J., Walter, G. & Oud, N. (Hrsg.) Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hogrefe Verlag, 2. Auflage, S. 63-75.
- Nedopil, N.* (2004). Glauben und Wissen über die Gefährlichkeit psychisch Kranker. In: *Polizei & Wissenschaft*, Jg. 3, S. 31-39.
- Oxburgh, L., Gabbert, F., Milne, R. & Cherryman, J.* (2016). Police officers' perceptions and experiences with mentally disordered suspects. In: *Int J Law Psychiatry*, Jg. 49, Nr. Pt A, S. 138-146.
- Peter, E.* (2017). Psychologe über tödliche Polizeischüsse. "Fast alle Fälle sind vermeidbar.". *TAZ*.
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A.* (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 111, Nr. 38, S. 629-638.
- Przyborski, A. & Riegler, J.* (2010). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In: *Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 436-448.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M.* (2014). Forschungsdesign für die qualitative Sozialforschung. In: *Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 117-134.
- Richter, D.* (2019). Theorien und Modelle für Aggressionen und Gewalt im Gesundheitswesen. Erklärungsmodelle für Gewalt im Gesundheitswesen. In: *Nau, J., Walter, G. & Oud, N. (Hrsg.) Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hogrefe, 2. Auflage, S. 76-85.
- Rosenbaum, N.* (2010). Street-Level Psychiatry - a psychiatrist's role with the Albuquerque police department's crisis outreach and support team. In: *Journal of Police Crisis Negotiations*, Jg. 10, S. 175-181.
- Ruiz, J. & Miller, C.* (2004). An exploratory study of pennsylvania police officers' perceptions of dangerousness and their ability to manage persons with mental illness. In: *Police Quarterly*, Jg. 7, Nr. 3, S. 359-371.

- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 32, Nr. 5, S. 221-232.
- Salisbury, T. T., Killaspy, H. & King, M. (2016). An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). In: BMC Psychiatry, Jg. 16, Nr. 54.
- Salize, H. J. (2012). Sozialpsychiatrie - wohin? In: Psychiatrische Praxis, Jg. 39, Nr. 5, S. 199-201.
- Schanda, H. (2006). Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, Jg. 74, Nr. 2, S. 85-100.
- Scherr, S. (2016). Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und in den Medien. In: Rossmann, C. & Hastall, M. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-12.
- Schmalzl, H. P. (2004). Die Gefährlichkeit psychisch Kranker in Kontakten mit der Polizei. In: Polizei & Wissenschaft, Jg. 3, S. 23-30.
- Schmalzl, H. P. (2012). Umgang mit psychisch auffälligen Personen. In: Schmalzl, H. P. & Hermanutz, M. (Hrsg.) Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag, S. 347-357.
- Schneider, F., Frister, H. & Olzen, D. (2015). Schuldfähigkeit und Verantwortlichkeit. In: Schneider, F., Frister, H. & Olzen, D. (Hrsg.) Begutachtung psychischer Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer, 3. Auflage, S. 125-162.
- Schönstedt, O. (2016). Umgang mit psychisch kranken Menschen: aus der Perspektive der Gefahrenabwehrbehörden. Richard Boorberg Verlag.
- Sellers, C. L., Sullivan, C. J., Veysey, B. M. & Shane, J. M. (2005). Responding to persons with mental illnesses: police perspectives on specialized and traditional practices. In: Behav Sci Law, Jg. 23, Nr. 5, S. 647-657.
- Singelstein, T. & Stolle, P. (2006). Die Sicherheitsgesellschaft. Soziale Kontrolle im 21. Jahrhundert. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Soares, R. & Pinto da Costa, M. (2019). Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions With People With Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment. In: Front Psychiatry, Jg. 10, S. 187.
- Steinert, T. (2001). [Mental disorders and criminal violence: myths and facts]. In: Dtsch Med Wochenschr, Jg. 126, Nr. 13, S. 378-382.
- Steinert, T. & Bergk, J. (2008). Aggressives und gewalttätiges Verhalten. In: Der Nervenarzt, Jg. 79, S. 359-370.
- Steinert, T. & Traub, H.-J. (2016). Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. In: Bundesgesundheitsblatt, Jg. 59, S. 98-104.
- Stuart, H. (2017). Mental illness stigma expressed by police to police. In: Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, Jg. 54, Nr. 1, S. 18-23.
- Stubnya, G., Nagy, Z., Lammers, C.-H., Rihmer, Z. & Bitter, I. (2010). Deinstitutionalization in Europe: two recent examples from Germany and Hungary. In: Psychiatria Danubina, Jg. 22, Nr. 3, S. 406-412.

- Teller, J. L. S., Munet, M. R., Gil, K. M. & Ritter, C. (2006).* Crisis intervention team training for police officers responding to mental disturbance calls. In: *Psychiatric Services*, Jg. 57, Nr. 2, S. 232-237.
- Thüne, M. (2014).* "Also, ich halte uns da alle für relativ inkompetent". Zum polizeilichen Umgang mit psychisch gestörten Personen. Master "Kriminologie und Polizeiwissenschaft" Abschlussarbeit, Ruhr Universität Bochum.
- Watson, A. C. & Angell, B. (2007).* Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with mental illness. In: *Psychiatric Services*, Jg. 58, Nr. 6, S. 787-793.
- Watson, A. C. & Angell, B. (2013).* The role of stigma and uncertainty in moderating the effect of procedural justice on cooperation and resistance in police encounters with persons with mental illnesses. In: *Psychology, Public Policy, and Law*, Jg. 19, Nr. 1, S. 30-39.
- Watson, A. C., Angell, B., Morabito, M. S. & Robinson, N. (2008a).* Defying negative expectations: dimensions of fair and respectful treatment by police officers as perceived by people with mental illness. In: *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Jg. 35, Nr. 6, S. 449-457.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W. & Ottati, V. (2004a).* Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. In: *Psychiatric Services*, Jg. 55, Nr. 1, S. 49-53.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W. & Ottati, V. (2004b).* Police responses to persons with mental illness: does the label matter? In: *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Jg. 32, Nr. 4, S. 378-385.
- Watson, A. C. & Fulambarker, A. J. (2012).* The Crisis Intervention Team model of police response to mental health crisis: a primer for mental health practitioners In: *Best Practices Mental Health*, Jg. 8, Nr. 2, S. 71.
- Watson, A. C., Morabito, M. S., Draine, J. & Ottati, V. (2008b).* Improving police response to persons with mental illness: a multi-level conceptualization of CIT. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Jg. 31, Nr. 4, S. 359-368.
- Watson, A. C., Ottati, V. C., Morabito, M., Draine, J., Kerr, A. N. & Angell, B. (2010).* Outcomes of police contacts with persons with mental illness: the impact of CIT. In: *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Jg. 37, Nr. 4, S. 302-317.
- Wells, W. & Schafer, J. (2006).* Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness. In: *Policing: An International Journal*, Jg. 29, Nr. 4, S. 578-601.
- Wolfersdorf, M. (2008).* Suizidalität. In: *Der Nervenarzt*, Jg. 79, S. 1319-1336.
- Wölk, W. (2014).* Arbeitsunfähigkeit und psychische Krankheit. In: *Der Neurologe und Psychiater*, Jg. 15, Nr. 1, S. 52-57.
- Wood, J. D. & Watson, A. C. (2017).* Improving police interventions during mental health-related encounters: Past, present and future. In: *Policing Soc*, Jg. 27, S. 289-299.
- Wood, J. D., Watson, A. C. & Fulambarker, A. J. (2017).* The "Gray Zone" of Police Work During Mental Health Encounters: Findings from an Observational Study in Chicago. In: *Police Q*, Jg. 20, Nr. 1, S. 81-105.

- Wright, K. & McGlen, I.* (2012). Mental health emergencies: using a structured assessment framework. In: *Nursing Standard*, Jg. 27, Nr. 7, S. 48-56.
- Wundsam, K., Pitschel-Walz, G., Leucht, S. & Kissling, W.* (2007). Psychisch Erkrankte und Angehörige unterrichten Polizeibeamte. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 34, Nr. 4, S. 181-187.
- Zielke, M.* (2014). Epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen. In: *Psychotherapeut*, Jg. 59, Nr. 5, S. 399-406.

Anhang A – Leitfaden Klinik

Leitfrage	Kontrolle	Konkrete Aspekte
Teil A – Einstieg		
Bedanken für die Teilnahme.		
Vorstellung von Person und Studie		
Erläuterung des Ablaufs (Vertraulichkeit, Anonymität, Dauer, Aufzeichnung)		
ggf. organisatorische Fragen		
Zunächst möchte ich mit Ihnen allgemein über Ihre Erfahrungen mit der Polizei im beruflichen Kontext sprechen.		
Was wissen Sie allgemein über die Arbeit der Polizei?	Zuständigkeit Grenzen psychiatrischer Kontext	Kennen Sie die Aufgabengebiete der Polizei? Verfügen Sie über Kenntnisse polizeilicher Abläufe?
Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Polizeieinsätzen gemacht?	Entweichung Amtshilfe Zwangseinweisung Abgrenzung KriPo	Welche Einsätze haben Sie bereits selbst erlebt? Wie häufig haben Sie solche Einsätze bereits erlebt? Welche Rollen spielten Sie bei diesen Einsätzen?
Wie läuft allgemein die Zusammenarbeit mit der örtlichen Polizeibehörde?	Positiv Negativ Art Gegenstand	Was funktioniert gut und was weniger gut? Wie gestaltet sich der Kontakt mit den Polizeibeamten? Gibt es spezifische Absprachen?
Teil B – Polizeiliche Einsätze im psychiatrischen Kontext		
Im Folgenden möchte ich gerne mehr von Ihren positiven und negativen Erfahrungen mit verschiedenen polizeilichen Einsätzen erfahren.		
Erzählen Sie mir jetzt bitte von der Benachrichtigung der Polizei bei Entweichungen.	Positiv Negativ	Bitte erzählen Sie mir von einer positiven und einer negativen Erfahrung.
Schildern Sie bitte nun die Hinzuziehung der Polizei zur Amtshilfe.	Positiv Negativ	Bitte erzählen Sie mir von einer positiven und einer negativen Erfahrung.
Zum Schluss möchte ich Sie bitten, mir von Zwangseinweisungen durch die Polizei zu berichten.	Positiv Negativ	Bitte erzählen Sie mir von einer positiven und einer negativen Erfahrung.
Teil C – Polizeilicher Einflusses auf die Zwangseinweisung		
Im Folgenden möchte ich gerne näher auf die Zwangseinweisung und die Rolle der Polizei in diesem Zusammenhang eingehen.		

Wie verläuft der Entscheidungsprozess bei Zwangseinweisungen (in Abgrenzung zum Polizeigewahrsam), wenn die Polizei beteiligt ist?	Relevanz Ablauf Beteiligte	Wie häufig kommt dies vor? Welche Rolle spielt die Polizei bei diesem Entscheidungsprozess?
In welchen Fällen halte Sie die Einschätzung der Polizei zur Notwendigkeit der Zwangseinweisung für unangemessen?	Gründe	Schildern Sie bitte eine solche Situation näher.
Wissen Sie auch von Fällen, in denen die Unterbringung im Polizeigewahrsam unangemessen war?	Gründe	Schildern Sie bitte eine solche Situation näher.
Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, wenn Sie die Einschätzung der Polizei nicht teilen?	positiv negativ	Schildern Sie mir bitte konkrete Situationen.
Welche Konsequenzen kann aus Ihrer Sicht eine Fehleinschätzung der Polizei haben?	Institution Individuell	Beziehen Sie sich dabei sowohl auf den Patienten als auch die Klinik.
Teil D – Polizeilicher Umgang mit psychiatrischen Patienten		
Zum Schluss möchte ich mit Ihnen über den Umgang der Polizeibeamten mit psychiatrischen Patienten sprechen.		
Wie schätzen Sie den polizeilichen Umgang mit psychiatrischen Patienten ein?	Positiv Negativ	Welche Aspekte erleben Sie dabei als positiv? Wo sehen Sie Schwierigkeiten?
Welche Konsequenzen können sich aus dem Umgang der Polizei ergeben?	Institution Individuell	Beziehen Sie sich dabei sowohl auf den Patienten als auch die Klinik.
Welche Faktoren haben einen Einfluss auf den Umgang der Beamten mit psychisch erkrankten Personen?	Positiv Negativ	Was ist hilfreich? (z.B. Fähigkeiten der Beamten) Was ist hinderlich? (z.B. Defizite der Beamten)?
Teil E – Ausblick & Abschluss		
Damit wären wir bereits am Ende des Interviews angelangt. Ich habe nur noch einige abschließende Fragen.		
Was sind aus Ihrer Sicht konkrete Verbesserungsvorschläge?	Umgang Entscheidung	Für den polizeilichen Umgang mit psychisch erkrankten Personen? Für die Entscheidungsfindung zur Unterbringung?
Habe ich etwas nicht angesprochen, was Ihnen wichtig ist? Möchten Sie noch etwas ergänzen?		
Haben Sie noch Fragen? Vielen Dank für Ihre Teilnahme.		

Anhang B – Leitfaden Polizei

Leitfrage	Kontrolle	Konkrete Aspekte
Teil A – Einstieg		
Bedanken für die Teilnahme.		
Vorstellung von Person und Studie		
Erläuterung des Ablaufs (Vertraulichkeit, Anonymität, Dauer, Aufzeichnung)		
ggf. organisatorische Fragen		
Zunächst möchte ich mit Ihnen allgemein über die Zusammenarbeit von Polizei und Psychiatrie sprechen.		
In welcher Funktion sind Sie bei der Polizei tätig?	Aufgabenbereich Berufserfahrung Werdegang	Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits in dieser Funktion bzw. bei der Polizei?
Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Einsätzen im psychiatrischen Kontext gemacht?	Entweichung Amtshilfe Zwangseinweisung	Welche Einsätze haben Sie bereits selbst erlebt? Wie häufig haben Sie solche Einsätze bereits erlebt? Welche Rolle spielten Sie bei diesen Einsätzen?
Wie läuft allgemein die Zusammenarbeit mit der örtlichen psychiatrischen Klinik?	Positiv Negativ Art Gegenstand	Was funktioniert gut und was weniger gut? Wie gestaltet sich der Kontakt mit den Klinikmitarbeitern? Gibt es spezifische Absprachen?
Teil B – Ablauf von Einsätzen im psychiatrischen Kontext		
Im Folgenden möchte ich gerne mehr über den konkreten Ablauf dieser Einsätze erfahren.		
Erzählen Sie mir bitte vom Vorgehen der Polizei, wenn eine untergebrachte Person aus der Klinik entweicht.	Zuständigkeit Fahndung	Wer ist zuständig? Wie wird auf den Anruf aus der Klinik reagiert?
Schildern Sie bitte nun das Vorgehen, wenn die Klinik der Polizei Amtshilfe anfordert.	Zuständigkeit Vorgehen vor Ort	Wer ist zuständig? Wie wird auf den Anruf aus der Klinik reagiert?
Zum Schluss möchte ich Sie bitten, mir von Zwangseinweisungen unter Beteiligung der Polizei zu berichten.		s. Teil C
Teil C – Polizeilicher Einfluss auf die Zwangseinweisung		
Im Folgenden möchte ich gerne näher auf die Zwangseinweisung und die Rolle der Polizei in diesem Zusammenhang eingehen.		

Gibt es bezüglich Zwangseinweisungen Richtlinien für die Beamten?	Leitfaden/Richtlinien	Wenn ja, wie spezifisch? Was ist gesetzlich festgelegt?
Wer ist in solche Situationen außer der Polizei informiert? Wer wird hinzugezogen, wenn die Polizei zuerst vor Ort ist?	Ablauf Beteiligte	Welche Aufgaben übernimmt die Polizei vor, während und nach der Zwangseinweisung?
Wie verläuft der Entscheidungsprozess bei Zwangseinweisungen, wenn die Polizei beteiligt ist?	Zuständigkeit	Wie häufig kommt dies vor? Welche Rolle spielt die Polizei bei diesem Entscheidungsprozess?
Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, wenn die Klinik die Entscheidung zur Zwangseinweisung nicht teilt?	positiv negativ	Schildern Sie mir bitte konkrete Situationen.
Teil D – Kriterien für die Zwangseinweisung vs. Polizeigewahrsam		
Zum Schluss möchte ich mit Ihnen konkret über die Entscheidung zwischen Zwangseinweisung und Polizeigewahrsam sprechen.		
In welchen Situationen kommt überhaupt die Unterbringung von Personen in Frage?	Kriterien für Unterbringung	Was wären konkrete Kriterien dafür, dass eine Person nicht vor Ort verbleiben kann?
Wann ist ein Verbleib im Polizeigewahrsam nicht möglich?	Ausschlusskriterien Ablauf der Prüfung	Was bedeutet Gewahrsamsfähigkeit konkret? Wer entscheidet dies und zu welchem Zeitpunkt?
Was spricht eindeutig für die Einleitung einer Zwangseinweisung?	Kriterien für Zwangseinweisung	Ist dies immer bei fehlender Gewahrsamsfähigkeit der Fall?
Teil E – Ausblick & Abschluss		
Damit wären wir bereits am Ende des Interviews angelangt. Ich habe nur noch einige abschließende Fragen.		
Was sind aus Ihrer Sicht konkrete Verbesserungsvorschläge?	Vorgehen Entscheidung	Für das Vorgehen bei Zwangseinweisungen? Für die Entscheidungsfindung?
Habe ich etwas nicht angesprochen, was Ihnen wichtig ist? Möchten Sie noch etwas ergänzen?		
Haben Sie noch Fragen? Vielen Dank für Ihre Teilnahme.		

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Abschlussarbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Bochum, den 28.02.2020 _____

Ort, Datum