

Deeskalierender Umgang mit Personen in psychischen Ausnahmesituationen

Spezifische Anwendung des Deeskalationsmodells KODIAK in polizeilichen Einsätzen mit psychisch auffälligen Bürgern

Bernd Körber & Clemens Lorei

1 Einleitung¹

Kontaktsituationen mit psychisch erkrankten oder psychisch auffälligen Personen sind für polizeiliche Einsatz-tätigkeiten nicht selten. Eine psychisch erkrankte oder durch akute Umstände vorübergehend psychisch belastete Person lenkt ihre Aufmerksamkeit oft nach innen, in ihr eigenes Befinden hinein und weg von der Situation,

in der sie sich aktuell befindet. Sie steht unter körperlicher und geistiger Anspannung. Die Umgebung erzeugt mitunter zusätzlichen Druck. Das innere Erleben und das nach außen wirkende Verhalten scheinen dann oftmals in der Situation nicht angemessen zu sein und können zu gesellschaftlichen Konflikten oder Normverstößen führen, die polizeiliches Handeln erfordern (vgl. Lorey & Fegert, 2021; Schmalzl & Körber, 2022; Lamprecht, 2023; Maier & Dittrich-Gessnitzer, 2023). Folgerichtig liegt eine derart beschriebene Kontaktsituation darin begründet, dass es sich um einen polizeilich relevanten Sachverhalt

¹ Die Autoren danken PHKin Nicole Marhauer und EKHK Bodo Mathias und cand. Psych. Marianne Schildein für die Durchsicht des Manuskripts und für ihre wertvollen Hinweise.

Zusammenfassung

Situationen mit Beteiligung psychisch erkrankter oder psychisch auffälliger Personen sind nicht selten Anlass von polizeilichen Maßnahmen. Dabei stellt die Interaktion mit diesen Menschen die Polizei regelmäßig vor besondere Herausforderungen. Dies ist vor allem deshalb der Fall, weil hier allgemeine kommunikative Handlungsroutinen mitunter nicht zum Einsatzziel führen oder die Situation sogar derart eskaliert, dass die Polizei von der Schusswaffe gebraucht macht. Der Beitrag zeigt Möglichkeiten auf, solche Interaktionen zielgerichteter, sicherer und deeskalierend zu gestalten. Ausgehend von einer schrittweisen Exploration der Interaktionsmöglichkeiten und unter Rückgriff auf beobachtbare Verhaltensweisen werden Ansätze zu strukturierter Kommunikation beschrieben.

Psychisch krank, psychisch auffällig, Deeskalation, Polizeieinsatz.

Abstract

Situations involving mentally ill or mentally conspicuous persons are often the cause of police action. Interaction with these people regularly poses particular challenges for the police. This is particularly the case because general communication routines sometimes do not lead to the objective of the operation or the situation even escalates to such an extent that the police have to use firearms. This article shows ways of making such interactions more targeted, safer and de-escalating. Based on a step-by-step exploration of the interaction possibilities and with recourse to observable behavior patterns, approaches to structured communication are described.

Mental disorder, psychologically impaired, de-escalation, police operation.

handelt und nicht, weil es sich um eine psychisch auffällige Person handelt! Das bedeutet: Das polizeiliche Handeln ist erforderlich, weil das Verhalten einer Person dieses situationsbezogen erfordert. Dabei ist diese Person psychisch gesund oder eben krank. Aber es gibt keine Notwendigkeit für die Polizei zu handeln, nur weil eine Person psychisch krank ist! Für das polizeiliche Eingreifen steht dabei im Fokus, dass Eigen- oder Fremdgefährdung sich anbahnen oder bereits im Raum stehen. Es gilt, allen beteiligten Personen Schutz zu bieten und den Sachverhalt zu entschärfen, ohne sich selbst (unverhältnismäßig) zu gefährden. Wie bei allen Sachverhalten bedarf es somit auf der Handlungsebene polizeilicher Regelwerke, begründet durch normative und wissenschaftliche Richtlinien. Diese Richtlinien geben Rahmenbedingungen vor, innerhalb derer polizeiliches Handeln möglich sein kann (Recht), und sie geben inhaltliche Fertigkeiten vor, die zur Anwendung kommen sollen (Verhaltenswissenschaften).

Es existiert eine Vielzahl psychischer Erkrankungen, und um ein Vielfaches mehr noch treten psychische Auffälligkeiten auf (z. B. bei Stress, Trauer, Alkoholkonsum; vgl. Teismann, Thoma, Taubner, Wannemüller & von Sydow, 2024). Vieles davon ist vorübergehend und im Auftreten zeitlich beschränkt (sogenannte Episoden, Schübe oder Phasen). Keines der möglicherweise auftretenden Phänomene, also Verhaltensweisen, die krankheits- oder störungsbedingt auftreten, ist immer polizeilich bedeutsam. Darum ist für Polizei der Ausgangspunkt aller Überlegungen und Vorgehensweisen der akut vorliegende Sachverhalt und die dabei von den Beteiligten gezeigten Verhaltensweisen, wobei eben auch eine psychisch erkrankte Person beteiligt sein kann. Auch bei einer solchen Sichtweise empfinden viele Polizeibeamte den Umgang mit Personen, deren Verhalten in Einsatzsituationen durch eine psychische Krankheit beeinträchtigt ist und unter anderem auch im Zusammenhang mit einer Gefährdung von sich und anderen geprägt ist, als komplex, schwierig und herausfordernd - manchmal auch intensiver, als es der objektiven Lage entspricht (Biedermann & Ellrich, 2022; Wittmann & Posch, 2022). Diese Unsicherheiten, Überforderung, kognitiven Verzerrungen und möglicherweise sogar Angst prägen selbstverständlich das Verhalten der Polizeibeamte und damit auch die Interaktion in solchen Einsatzsituationen (Litzke, 2006). Der vorliegende Beitrag versucht hier Orientierung zu geben und Handlungsstrukturen anzubieten. Dabei bleiben die Anforderungen an die kognitive Flexibilität der handelnden Einsatzkräfte und die Fähigkeit, auch in unsicheren Situationen Entscheidungen zu treffen, hoch. Einfache Ar-

beitsroutinen sind nicht zu erwarten (Schmalzl & Körber, 2022). Trotz den hier gegebenen Anleitungen und fundierten Hilfen für den Einsatz bleibt der Umgang mit Personen in psychischen Ausnahmezuständen eine Herausforderung, in der auch hoch motiviertes Verhalten und Bemühen auf einer guten wissenschaftlichen Basis scheitern können.

1.1 Charakteristika psychischer Auffälligkeiten

Unter dem eher abstrakten Begriff Psyche wird in diesen Ausführungen immer das beobachtbare *Verhalten* und das *Erleben* (die mentalen Prozesse) von Menschen verstanden. Dabei kann das Erleben nur durch Erfragen oder durch Schlussfolgerungen, die auf Beobachtung des Verhaltens basieren, erfahren werden. Medizin und Psychologie kennen in diesem Sinne viele Zustände, in denen Menschen als „auffällig“ beschrieben werden könnten. Solche Verhaltens- und Erlebenszustände können vorübergehend oder dauerhaft sein und werden in Klassifikationsschemata (ICD, DSM in der jeweils aktuellen Fassung) beschrieben und von Fachpersonal zur genauen Diagnose herangezogen. Zentral für alle „Auffälligkeiten“ ist, dass die Art und Weise, wie eine betroffene Person Informationen aus der Umwelt verarbeitet (Erleben), zu Komplikationen in der sozialen Welt führen kann (Verhalten) und zumeist Leidensdruck erzeugt.

So heterogen verschiedene psychische Erkrankungs- und Störungsbilder im Detail erscheinen (vgl. Teismann et al., 2024) und so individuell jeder „Fall“ ist, lassen sich doch aus Perspektive des Umgangs, der Interaktion mit Betroffenen gemeinsame Kategorien für viele Erscheinungsformen finden (Schmalzl & Körber, 2022). Denn wenn Menschen Informationen aus ihrer Umwelt aufnehmen, so verarbeiten sie diese nahezu zeitgleich auf der Beschreibungsebene des Affektes (emotional), des Denkens (kognitiv) und der Verhaltensplanung (behavioral). Spezifische Erkrankungen und Störungen können oft ursächlich einer der genannten Beschreibungsebenen zugeordnet werden. Sie sind dann also jeweils primär kognitiv, primär affektiv oder primär verhaltensbezogen. Das Attribut primär hat hier eine mehrschichtige Bedeutung:

- (a) Primär im Sinne von *ursächlich*. Es liegt eine vorübergehende oder dauerhafte Schädigung bzw. Beeinträchtigung einer der drei Beschreibungsebenen vor. Auf dieser Ebene kann die Person in einer Interaktion nicht oder kaum aufgenommen werden.
- (b) Primär im Sinne von *Kern- oder Leitsymptomen*. Für jede Beschreibungsebene gibt es spezifische Leistun-

gen, die ein Betroffener nicht erfüllen kann. Diese sind in der Interaktion beobachtbar.

- (c) Primär im Sinne des *Zusammenspiels*. Die von der Schädigung in erster Linie betroffene Ebene beeinflusst das (grundsätzlich gesunde) Verhalten und Erleben in den beiden anderen Ebenen. Hier kann mit der Person nach Regeln interagiert werden.

Kenntnisse über diese Zusammenhänge vereinfachen den Kontakt zu psychisch auffälligen Personen und bieten die Möglichkeit eines ziel- und prozessorientierten Umgangs in polizeilich bedeutsamen Situationen, auch ohne umfangreiche medizinische Diagnose bzw. bei fehlender Hintergrundinformation (Lorey & Fegert, 2021; Maier & Dittrich-Gessnitzer, 2023; Schmalzl & Körber, 2022). So wird beispielsweise eine ursächlich zur eigenen Person desorientierte, psychotische Person mit akustischen Halluzinationen (bedrohliche, kommentierende Stimmen hörend), mit logischen Argumenten (kognitiv) wie „Schauen Sie, hier sind doch überhaupt keine Leute, die mit Ihnen reden. Das kann also nicht sein, dass Sie Stimmen hören“ nicht zugänglich sein. Wohl aber kann die Person über die affektive Ebene angesprochen werden, indem man ihre Angst thematisiert und über angst-reduzierende Verhaltensvorschläge gemeinsam eine Lösung des Sachverhaltes anstrebt.

1.2 Interaktion mit psychisch auffälligen Personen: Perspektiven der Akteure

Man muss sich grundsätzlich darüber im Klaren sein, dass jede Belastung des menschlichen Organismus, sei diese körperlich, mental oder affektiv, Aufmerksamkeit erfordert und bindet und somit den psychischen Gesamtzustand einer Person verändert (Selye, 1956; Gerrig & Zimbardo, 2008). Das ist nicht pathologisch, kann aber zu polizeilich bedeutsamen Situationen führen. Beispielhaft sei ein Autofahrer angeführt, der bereits seit sechs Stunden ununterbrochen mit hoher Geschwindigkeit auf der Autobahn fährt. Der Organismus ist ermüdet und die Sinnestätigkeit ist überlastet, das Fahren wird unsicher und durch verzögerte Wahrnehmungsleistungen steigt die Gefahr eines Unfalls. Auf der anderen Seite sind viele psychische Erkrankungen medizinisch behandelt, sodass der menschliche Organismus „funktioniert“ und gar keine Auffälligkeit in der Interaktion mit der Umgebung existiert, die zu Krisen führen könnte.

Liegt aber eine polizeilich relevante Situation vor, in der möglicherweise gar Eigen- oder Fremdgefährdung im Raum stehen und in der eine beteiligte Person scheinbar

unangepasstes und inadäquates Verhalten zeigt², stellt sich zur Bewältigung des Sachverhaltes auch die Frage nach dem polizeilichen Umgang mit dieser Person. Das bedeutet, das Herstellen von Sicherheit ist nicht allein bezogen auf das Umfeld des Handlungsgeschehens und die damit verbundenen (verbalen) Anweisungen an die beteiligten Personen. Es ist nämlich zu berücksichtigen, dass eine psychisch auffällige oder erkrankte Person ungleich einer normal gesunden Person die Gefahren, die in der Situation bestehen, möglicherweise *nicht erkennen kann* und ebenso die Notwendigkeit, den Anweisungen der Polizisten zur eigenen Sicherheit Folge zu leisten *nicht verstehen kann*, was auch in Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte führen könnte. Damit verbunden ist somit unmittelbar also die Frage, was Polizeibeamte an „Handwerkszeug“ erwerben sollten, um eine solche Person durch den Sachverhalt zu führen und zu leiten – vor dem Hintergrund, den Sachverhalt selbst zu lösen! In einer Überblicksarbeit über die bestehende Forschungsliteratur finden Du, Wang, Yinb, Shu et al. (2017) hier leider, dass es bis 2017 zum Thema weltweit keine Studien mit randomisierten Trails gibt. Die dritte bedeutsame Frage lautet, unter welchen Umständen von einer psychisch erkrankten Person wegen der innerpsychischen Prozesse (!) Gefahr für Leib und Leben des Polizeibediensteten oder von Dritten ausgehen kann. Für die Lehre - Theorie, Übungen und komplexe Trainings - bedeutet dies z. B. Überlegungen dazu, was ein Polizist im Rahmen seines Auftrags konkret über psychische Erkrankungen und psychische Funktionen wissen muss, um einsatzkompetent und kontrolliert handeln zu können und welche Handlungsmuster im Umgang mit der Person am ehesten zielführend sind.

Psychologie und Psychiatrie können psychische Auffälligkeiten beschreiben und diese klassifizieren. Sie können diese Auffälligkeiten vielfach auch erklären. Die besondere Schwierigkeit liegt darin, dass dieselbe (beobachtbare) Auffälligkeit eventuell bei verschiedenen Krankheits- oder Störungsbildern auftreten kann. Typische Kombinationen von Auffälligkeiten jedoch lassen Rückschlüsse auf deren (krankhafte) Ursache zu. Entsprechend gilt es zu ergründen, wie mit einer betroffenen Person umzugehen ist. Die Herangehensweise an eine solche Gesprächsführung kann systematisch erfolgen, was im

² Unangepasst und inadäquat kann Verhalten bereits dann sein, wenn eine Person sich in ihrer unmittelbaren Umgebung auffällig benimmt, auch ohne dass ein Interaktionspartner anwesend wäre.

weiteren Verlauf dieses Kapitels aufgegriffen und diskutiert wird.

Während Therapeuten innerhalb einer psychiatrischen Einrichtung in einem Rahmen tätig sein können, der die Sicherheit von Patienten und Personal per se in hohem Maße berücksichtigt (z. B. bauliche Maßnahmen, Möblierung, zeitliche Abläufe und spezifisch geschultes Personal; vgl. Richmond, Berlin, Fishkind, Holloman et al., 2012; Gaynes, Brown, Lux, Brownley, et al., 2017; Robertson, Daffern, Thomas & Martin, 2012; Simpson, Sakai & Rylander, 2020), ist genau dieser in einer polizeilich relevanten Situation vorab nicht gegeben, sondern muss erst geschaffen werden. Zielsetzung ist für Polizisten dann die Lösung des Sachverhalts in einem begrenzten Zeitraum. Dies hat Konsequenzen für die Prozess- und die Zielorientierung im Kontakt zwischen Polizei und betroffener Person. Folglich müssen fachlich fundierte Techniken der Gesprächsführung prozessual zur Erreichung eines polizeilichen Ziels eingesetzt werden oder pauschal: ein Führungs- und Einsatzmittel darstellen. Man könnte dies *eine taktische, personenzentrierte Gesprächsführung* nennen.

Bei einem polizeilichen Kontakt ist nicht davon auszugehen, dass die genaue psychische Störung oder Erkrankung der Gesprächspartner im Vorfeld bekannt ist. Es ist auch nicht möglich, dass während der Interaktion eine genaue Diagnose erfolgt. Im Detail ist es auch nicht notwendig, obgleich jede Vorinformation selbstverständlich hilfreich ist. Vielmehr ist es für die Auflösung eines Sachverhalts wichtig, die problematischen Erlebensbereiche der betroffenen Person zu erfassen. Dies kann im Dialog und in der Situationsanalyse gelingen. Dafür stellen Psychologie und Psychiatrie die oben bereits grob benannten kategorialen Möglichkeiten bereit (vgl. 1.1). Zwingend notwendig ist jedoch der mentale Einstieg in den Dialog, schon *bevor* eine erste Ansprache erfolgt. Dies wird im Kontext des KODIAK-Modells einsatzkompetenten Verhaltens im Kapitel 3 erläutert. Zuvor werden die theoretischen Hintergründe für den Polizeidienst besonders relevanter Erkrankungs- und Störungsbilder vorgestellt.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Über psychisch Kranke im Polizeikontakt

Personen in psychischen Ausnahmezuständen fallen immer wieder im Zusammenhang mit Gewalt gegen Einsatzkräfte – nicht nur gegen Polizeibeamte – auf (Rau & Leuschner, 2018; Lorei, Hartmann, Müller & Ellrich, 2019; Riehl et al., 2022). Dabei scheinen Interaktionen

mit ihnen nicht nur oft schwierig, sondern auch mitunter einen polizeilichen Schusswaffengebrauch zu provozieren. So sind in der Statistik von Schusswaffengebräuchen durch die Polizei Personen mit psychischen Auffälligkeiten überrepräsentiert. In Deutschland, wie auch international, scheinen gerade bei letal endenden polizeilichen Schusswaffengebräuchen psychisch Kranke bzw. Menschen in psychischen Ausnahmesituationen massive Anteile zu haben. Feltes und Alex (2020) kritisieren den Umgang der Polizei mit dieser Personengruppe. Diederichs (2016) stellt fest, dass neun der zehn im Jahr 2005 von der Polizei erschossenen Personen psychisch krank waren oder sich in einer psychischen Ausnahmesituation befanden. Für die USA stellen Fuller, Lamb, Biasotti & Snook (2015) die Problematik vor, für Australien wird dies von Kesic und Thomas (2020) sowie Thomas (2020) diskutiert. Betrachtet man die Fallsammlung von tödlich endenden Polizeischüssen der Zeitschrift Bürgerrechte & Polizei/CILIP seit 1976³, zeigen in 102 der 500 polizeilichen Todesschüsse in diesem Zeitraum Hinweise auf eine psychische Ausnahmesituation.

2.2 Differenzierung für den Einsatz- und Streifendienst besonders relevanter Störungsbilder

Leitsatz: Sofern wir keine weiteren Informationen besitzen, müssen wir das Verhalten und Erleben des Interaktionspartners aufnehmen, d. h. *seine körperlichen & mentalen Fähigkeiten* nutzen und *seine Schwächen ausgleichen!* Dabei müssen wir bei psychisch kranken Menschen auf Fachkenntnisse zurückgreifen. Diese werden nachfolgend beschrieben. Spezifische kommunikative Besonderheiten und interaktive Maßnahmen werden in Kapitel 3 erörtert.

Will man das Verhalten eines Menschen beschreiben und annäherungsweise sein Erleben erschließen, können zunächst folgende Kategorien bedacht werden:

- *Autonome physiologische Prozesse* werden über das vegetative Nervensystem geregelt. Unregelmäßigkeiten können auch zu psychischen Belastungen führen. Die Person ist aber nicht psychisch, sondern organisch krank.
- Das *overt*, also beobachtbare *Verhalten* in einer Umweltsituation ist individuell, d. h. eine Verhaltensweise kann in Abhängigkeit von den Eigenschaften der Person auftreten oder nicht auftreten oder mit einer be-

3 <https://polizeischuesse.cilip.de>

stimmten Wahrscheinlichkeit auftreten – aber niemals absolut sicher.

- Das *Erleben* eines Menschen manifestiert sich in zentralnervösen Prozessen: Kognition, Affekt und Verhaltenspläne (zur Interaktion mit der Umwelt). Diese drei Kategorien können bei psychischen Erkrankungen primär betroffen sein. Man unterscheidet also grob zwischen Störungen der Kognition (die Orientierung betreffend), des Affektes (das Erregungsniveau betreffend) und des Verhaltens (die zwischenmenschliche Interaktion betreffend; vgl. Davison, Neale & Hautzinger, 2007). Die jeweils gestörte Erlebniskategorie strahlt in die anderen beiden Bereiche hinein, aber in den nicht direkt betroffenen Bereichen ist eine Ansprache der kranken Person möglich, also ein Führen und Leiten.

2.2.1 Störungen der Orientierung (Kognition)

Personen mit einer Orientierungsstörung („verwirrt sein“) sind ohne realistische Verankerung im „hier und Jetzt“. Sie können zeitlich, örtlich, situativ oder zur eigenen Person desorientiert sein. Auch Kombinationen sind möglich. Mögliche Ursachen sind: Ausfälle auf sensorischer Ebene, organische Grunderkrankungen (z. B. Demenz), Unterzuckerung (Diabetes), Austrocknung (bei alten Menschen), Intoxikationen oder psychische Erkrankungen, hier schizophrene und wahnhaftige Störungen.

Schizophrene und wahnhaftige Störungen (ICD 10 GM F20-F29; Freiburger, Cooper & Weltgesundheitsorganisation, 2016) sind *formale und inhaltliche Denkstörungen*. Ihre Kennzeichen sind Wahnvorstellungen, in der Folge wenig kontrollierte, mitunter heftige Affekte, Ratlosigkeit/Hilflosigkeit, keine oder kaum Krankheitseinsicht, geminderter oder gesteigerter Antrieb. In der Psychose werden die *Grenzen zwischen Ich und Umwelt durchlässig*. Der betroffene Mensch kann nicht mehr zwischen seiner reinen Gedankenwelt und der realen Umgebung unterscheiden (Margraf & Schneider, 2008). Darum ist bei dieser Erkrankung ein Wechsel von plötzlicher Freundlichkeit zu aggressivem Verhalten auch ohne situativen Einfluss möglich (Schmalzl & Körber, 2022). Schizophrene Psychosen betreffen ca. 3 % der Bevölkerung. Sie treten in Schüben auf und beginnen meist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr. Die genetische Belastung liegt bei maximal 50 %.

Schizophrene Psychosen können sich in *formalen Denkstörungen* äußern, in Form von Gedankenentzug oder -eingung, Gedankenabreißen und zerfahrenem Denken

(Übersicht bei Schmidt, 2024). Sie können sich als *Wahn* manifestieren, also einem Verfolgungs- und Beeinträchtigungserleben oder Beziehungswahn. Nicht selten entstehen ganze *Wahnsysteme* (i. e. objektiv falsche Überzeugungen von der Wirklichkeit), z. B.:

- Unfreiwilliger Empfänger von Körperempfindungen, von äußerer Macht gesteuert,
- Gedanken von äußerer Macht ins Bewusstsein eingegeben,
- eigene Gedanken werden übertragen, sodass andere sie sehen,
- Gedanken werden von äußerer Macht aus dem Kopf entzogen,
- eigene Gefühle werden von äußerer Macht gesteuert,
- eigene Handlungen werden von äußerer Macht gesteuert,
- eigene Impulse werden von äußerer Macht gesteuert.

Darüber hinaus können *Ich-Störungen* auftreten, v. a. De-realisation und Depersonalisation (außerhalb des eigenen Körpers befindend, Größe eigener Körperteile). Nicht selten treten *Halluzinationen* (Sinneswahrnehmungen bei fehlenden Umweltreizen) auf:

- Lautwerdende Gedanken,
- streitende Stimmen,
- kommentierende Stimmen.

Die Symptome Wahn und Halluzination stehen oft im Vordergrund. Sie beeinflussen die menschlichen Exekutivfunktionen der Handlungsplanung, Handlungsumsetzung und Antizipation sozialer Reaktionen. Dies ist für eine polizeiliche Deeskalation von herausragender Bedeutung (vgl. Gliederungspunkt 3). Die bei diesen Symptomen auftretenden Verkennungen der situativen Umweltgegebenheiten sind unberechenbar. Dies ist für die polizeilichen Sicherheitsaspekte wichtig: Man darf den inneren Handlungsdrang von Halluzinationen nie unterschätzen. Verhaltensbeobachtungen sollten auch zwischen den eingesetzten Beamten verbalisiert werden (Schmalzl, 2022).

Steht der Wahn im Vordergrund (Bedeutung/Größe, Abstammung, religiös, Beziehung, bizarr), so besteht dieser trotz vermeintlicher Compliance unerschütterlich fort und ist handlungsbestimmend. Wie bei Halluzinationen ist der gute verbale Abgleich im Team notwendig.

Zu den beschriebenen wahnhaft-psychotischen und halluzinatorischen Zuständen kann es auch bei *Abhängigkeitserkrankungen & psychischen Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen* (ICD 10 GM F10-F19; Freiberger et al., 2016) kommen. Dies ist insbesondere bei Entzug wahrscheinlich. Dabei ist die zumeist vorhandene Realitätsverschiebung wenig einfühlbar und Reaktionsmuster sind daher kaum antizipierbar. Die betroffene Person zeigt ein erhöhtes Risikoverhalten besonders dann, wenn Kritikminderung, Größenfantasien und veränderte Schmerz Wahrnehmung feststellbar sind und wenn die Orientierung teils zu allen Qualitäten gemindert oder gar erloschen ist (Übersicht bei Lindenmeyer, 2024).

2.2.2 Störungen des Erregungsniveaus

Störungen des Erregungsniveaus sind Störungen der Affekte bzw. der Affektkontrolle (ICD 10 GM F30-F39; Freiberger et al., 2016). Betroffene Personen können auf dieser Ebene in der Interaktion kaum oder nicht erreicht werden. Zu diesen Störungen zählen die Manie, die bipolare Störung, Depression und Suizidalität (Übersicht bei Davison et al., 2007).

- *Manische Personen* zeigen eine gehobene Stimmung, häufig mit gereiztem Grundaffekt. Sie besitzen ein hohes Maß an motorischer Unruhe im Bewusstsein von Stärke, Unverwundbarkeit, Besonderheit oder besonderer Fähigkeiten. Sie sind ideenflüchtig bis hin zum Gedankenrasen und dabei in der absoluten Gewissheit ihrer Gesundheit. Ihr Verhalten ist oft sozial unangemessen und distanzlos. In akuten Phasen ist die Kritikfähigkeit deutlich reduziert und die Impulskontrolle deutlich gestört. Darum sind die betroffenen Personen in der Regel nur sehr eingeschränkt zur Mitarbeit fähig. Eine Behandlungsnotwendigkeit sehen sie nicht. *Ihre Stimmung wechselt umweltabhängig (!) von freudiger Ausgelassenheit zu Wut und Zorn.*
- Die *bipolare Störung* bedeutet, in der Erkrankung gibt es Hochphasen (Manien) und Tiefphasen (Depressionen). Durchschnittlich dauert eine unbehandelte depressive Episode etwa 10 Monate und eine unbehandelte manische Episode ca. 3-6 Monate. Es treten Hypomanien auf, leichte, mehrere Tage andauernde manische Erregung sowie gemischte Episoden, sogenannte kritische Phasen des Wechsels extremer Stimmungshochs und -tiefs (Meyer & Hautzinger, 2024).
- *Depressive Erkrankungen* sind gekennzeichnet durch länger als zwei Wochen anhaltende gedrückte Stimmung, Verlust der Schwingungsfähigkeit, Interesse und Freudlosigkeit bis hin zu affektiver Starre sowie An-

triebsstörung (Teismann, Schauenburg & von Sydow, 2024). Oft ist die Konzentrationsfähigkeit herabgesetzt, das Selbstwertgefühl reduziert, es treten Schuldgefühle auf. Dabei kann es neben körperlichen Phänomenen wie Schmerzen und Schwäche zu psychotischen Erscheinungen (herabsetzende Stimmen, Verarmungswahn, Schuld) kommen.

Ursachen für Affektstörungen finden sich im Neurotransmitter-Stoffwechsel (Nordadrenalin, Serotonin, Dopamin). Es existieren genetische Belastungsfaktoren. Aber auch Medikamente und Drogen (XTC, Amphetamine, THC) und schwere Belastungen (life events und traumatische Krisen) können ursächlich sein. *Besonders bei Depressionen muss (!) man immer an Suizidalität denken.*

2.2.3 Störungen in der sozialen Interaktion

Es existieren eine Vielzahl an Störungen in der sozialen Interaktion. Logischerweise kann bei diesen die polizeiliche Kommunikation erschwert sein. Besondere Herausforderungen an deeskalative Verhaltensstrategien ergeben sich für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und hier wiederum den dramatisch/launischen Ausprägungen, die durch Aggressivität, Extrovertiertheit und Desorganisation gekennzeichnet sind (DSM, Achse 2, Cluster B). Obgleich zu dieser Kategorie auch die histrionische Persönlichkeitsstörung zählt, sind für besondere polizeiliche Deeskalationstechniken vor allem folgende drei Störungen bedeutsam (ausführliche Darstellungen finden sich bei Sachse & Sachse, 2024):

- *Narzisstische Störung*: Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich situationsübergreifend.
- *Borderline-Störung*: Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter bzw. in der Pubertät und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen.
- *Anti-/Dissoziale Störung*: Ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem 15. Lebensjahr auftritt.

Vergleichbarkeit der benannten Störungen besteht in Hinblick auf die zugrunde liegenden *unerfüllten sozialen Bedürfnisse* und die *dysfunktionalen Schemata* der betroffenen Personen (ausführliche Darstellungen bei Sachse

& Sachse, 2024). Es gibt also spezifische zentrale Beziehungsmotive, die in der Interaktion bedient werden müssen, damit sich die erkrankte Person auf den Dialog einlässt. Hinsichtlich der diagnostischen Kriterien für eine Störung der Persönlichkeit nennen Dilling & Freyberger (2008):

- (a) Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - a. Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
 - b. Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
 - c. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
 - d. Impulskontrolle.
- (b) Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- (c) Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- (d) Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- (e) Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- (f) Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hirnverletzung) zurück.

Für eine *Narzisstische Störung* müssen nach DSM-5 mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt etwa die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden),
- ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe,
- glaubt von sich, „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen

verkehren zu können,

- verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
- zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Handlungen,
- ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d. h. zieht Nutzen aus anderen, um eigene Ziele zu erreichen,
- zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht fähig, die Gefühle oder Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren,
- ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn.

Eine narzisstische Persönlichkeit legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d. h. besitzt übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen. Zentrale Beziehungsmotive, die im Gespräch auf jeden Fall bedient werden müssen, bevor sich eine solche Person auf Handlungen einlässt, sind *Anerkennung und Autonomie*. Für eine *Borderline-Störung* müssen nach DSM-5 mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Ich tue alles, was du willst“),
- ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist,
- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes,
- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essstörungen),
- wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen („Ich bringe mich um, wenn du mich verlässt“) oder Selbstverletzungsverhalten,
- affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung,
- chronische Gefühle von Leere („Ich fühle nichts“),
- unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren,
- vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Eine Borderline-Persönlichkeit ist schwierig im Umgang, weil sie einerseits Hilfe will, andererseits dann ihre Autonomie in Gefahr sieht und deshalb Hilfe ablehnt. Zentra-

le Beziehungsmotive, die im Gespräch auf jeden Fall bedient werden müssen, bevor sich eine solche Person auf Handlungen einlässt, sind *Verlässlichkeit, Wichtigkeit und Autonomie*.

Für eine *Dis-/Antisoziale Persönlichkeitsstörung* müssen nach DSM-5 mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen,
- Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert,
- Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen,
- Reizbarkeit und Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert,
- rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer,
- durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.

Eine Dis-/Antisoziale Persönlichkeit zeigt regelhaft fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierungen äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat. Zentrale Beziehungsmotive, die im Gespräch auf jeden Fall bedient werden müssen, bevor sich eine solche Person auf Handlungen einlässt, sind *Anerkennung, Autonomie und Unverletzlichkeit eigener Grenzen*.

2.2.4 Neurotische, Belastungs- & somatoforme Störungen

Zu den in diese Kategorie fallenden Störungen (ICD 10 GM F40-F48; Freiberger et al., 2016) zählt man auch die *Posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS). Diese kann bei einer Person im Polizeikontakt bedeutsam werden. Auslöser ist in der Regel ein traumatisierendes Ereignis von außergewöhnlicher Schwere, also eine akute existenzielle Bedrohung, eine Naturkatastrophe oder ein schwerer Unfall. Zu denken ist beispielsweise auch an Kriegsflüchtlinge oder Kindersoldaten. Es kommt dabei zu einer Hyperaktivierung des menschlichen Gefühlzentrums, der Amygdala, und Veränderungen in der HHN-Achse (Teismann & Holl, 2024). Das Auftreten einer PTBS erfolgt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis. Betrof-

fene Menschen haben unausweichliche Erinnerungen an das traumatisierende Ereignis, als plötzlich auftretende intensive Erinnerung (sog. Flashbacks), in Tagträumen oder Träumen. Sie erleben dissoziative Zustände (Person wirkt abwesend, auf Ansprache teils nicht reagierend), in denen Selbstverletzungen möglich sind. Die Betroffenen ziehen sich oft emotional und sozial zurück. Schlafstörungen und Ängste sind üblich. Es können lebensmüde Gedanken entwickelt werden. Diese Menschen benötigen im Polizeikontakt wie die zuvor benannten Gruppierungen eine besonders ausgerichtete Ansprache. Dabei muss berücksichtigt werden, ob die Person sich in einer dissoziativen, einer unruhigen oder hilflosen Phase befindet (vgl. Ibrahim & Kattenberg, 2024). Eine Übersicht über die benannten Erkrankungen und Störungen gibt Tabelle 1.

2.3 Polizeiliche Deeskalation mit KODIAK

Der Kontakt mit psychisch kranken Personen verunsichert – weil Routinen nicht mehr greifen und der gesamte Sachverhalt als unberechenbar erscheint. Dies ist so jedoch nicht richtig. Das Problem liegt auf Seiten der Kompetenzen des eingesetzten Beamten. Mangelnde Sachkenntnisse über psychische Zustände und unzureichende (Gesprächs-)Techniken ängstigen und lassen Situationen pauschal als gefährlich wahrnehmen (Schmalzl, 2009). Als Lösung zur Reduzierung der Unsicherheit kann KODIAK eingesetzt werden: Es werden also grundsätzlich Verhaltensweisen wie in anderen Einsätzen eingesetzt und auch der Rahmen eines Einsatzes bleibt identisch. Mitunter werden dabei dann mentale Prozesse, also die Aspekte des Erlebens über die Interaktion erschlossen, die für den Verlauf des Einsatzes verhaltensbestimmend sein können.

Das Modell kommunikativer Deeskalation in alltäglichen Konfliktsituationen (KODIAK; Lorei et al. 2024) bietet Polizeibeamten eine Orientierung in alltäglichen Konfliktsituationen, um systematisch und zielgerichtet zu deeskalieren. Dabei wird unter Beachtung der Eigensicherung das polizeiliche Einsatzziel erreicht, indem die Vielzahl unterschiedlicher komplexer dynamischer Situationen auf das Wesentliche für das polizeiliche Handeln reduziert und strukturiert wird. So lässt sich der Einsatz von unmittelbarem Zwang in Form von Gewalt vermeiden oder zumindest die Gewaltintensität so gering wie möglich halten sowie ebenso die Wahrscheinlichkeit eines Angriffs auf die Polizei mindern. Damit kann das Ziel der Gewaltminimierung für alle Beteiligten (also Bürger, Störer, Täter und Einsatzkräfte) erreicht werden, auch

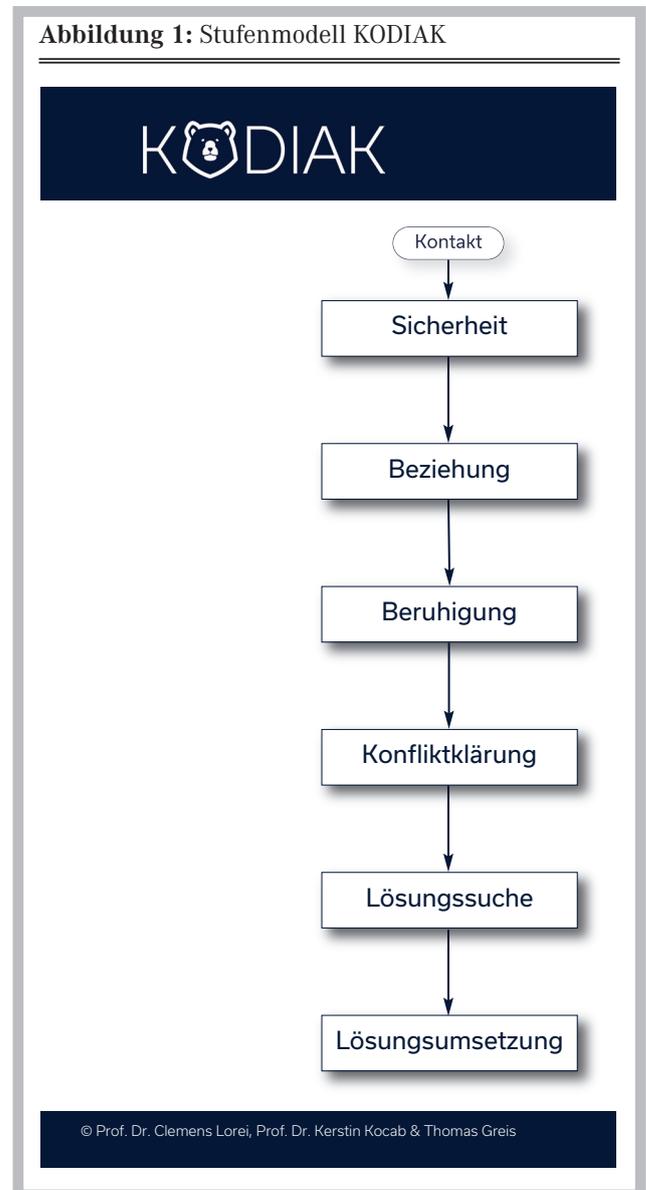
Tabelle 1: Kurzübersicht zu polizeilich relevanten psychischen Störungen und Erkrankungen mit Maßnahmen verbaler Deeskalation

Klassifikation	Störungen der Orientierung	Störungen des Erregungsniveaus	Perönlichkeits- & Verhaltensstörungen	Neurotische, Belastungs- & somatoforme Störungen	Neurokognitive Störungen
	ICD 10 GM F20-F29 ICD 10 GM F10-F19	ICD 10 GM F30-F39	ICD 10 GM F60-F69 (DSM 5, Achse 2, Cluster B)	ICD 10 GM F40-F48	ICD 10 GM F00-F09
Allgemeine Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ohne realistische Verankerung im „hier und jetzt“ zeitlich, örtlich, situativ oder zur eigenen Person desorientiert Verkennungen der situativen Umweltgegebenheiten 	<ul style="list-style-type: none"> Unangepasste Affekte mangelnde Affektkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> Aggressivität, Extrovertiertheit Desorganisation Soziokulturell abweichendes Interaktionsverhalten 		<ul style="list-style-type: none"> Kognitive Verlangsamung Störung der exekutiven Funktionen
Erkrankung/Störung	Schizophrenie (psychotische Störung)	Bipolare Störung (manisch-depressiv)	Borderline	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	Demenz
Kennzeichen	<ul style="list-style-type: none"> Wahnvorstellungen: <ul style="list-style-type: none"> Gedankenentzug oder -eingebug Gedankenabreißen zerfahrenes Denken Halluzinationen: <ul style="list-style-type: none"> Lautwerdende Gedanken Streitende Stimmen Kommentierende Stimmen 	<ul style="list-style-type: none"> Manische Episode: <ul style="list-style-type: none"> gehobene Stimmung motorische Unruhe Bewusstsein eigener Stärke & Unverwundbarkeit Ideenflüchtig Distanzlos Impulskontrolle deutlich gestört Sehen keine Behandlungsnotwendigkeit Depressive Phase: <ul style="list-style-type: none"> gedrückte Stimmung, Interessens- & Freudlosigkeit reduziertes Selbstwertgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden instabile Beziehungen zwischen Idealisierung und Entwertung Impulsivität, auch selbstschädigend Selbstverletzungsverhalten chronische Gefühle von Leere vorübergehende paranoide Vorstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> Flashbacks dissoziative Zustände (wie abwesend, auf Ansprache teils nicht reagierend) Selbstverletzungen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> deutlich reduzierte Merk- & Gedächtnisleistung reduziertes Urteilsvermögen verminderte Affektkontrolle
Zentrale kommunikative Maßnahme der Deeskalation	<ul style="list-style-type: none"> Zugang über Gefühlsansprache Verhaltenssteuerung kleinschrittig mit Affektgleich Nicht in den Wahn begeben Achtung: Verkennungen der situativen Umweltgegebenheiten sind unberechenbar 	<ul style="list-style-type: none"> Nicht mitschwingen Formell eingehen & Versachlichen Achtung: Manie - Stimmung wechselt umweltabhängig (!) von freudiger Ausgelassenheit zu Wut und Zorn Achtung: Depression - auf plötzliche Stimmungsbesserung achten! 	Vermittlung von <ul style="list-style-type: none"> Verlässlichkeit Wichtigkeit Autonomie Sachliche Darstellung der Situation und was geschehen soll!	<ul style="list-style-type: none"> Dissoziative Phase: <ul style="list-style-type: none"> Kognitiv ausgerichtete Kommunikation wiederholt Orientierung geben Beobachtungen verbalisieren Unruhige Phase: selbst verbal & nonverbal immer ruhig bleiben Hilflose Phase: erfüllbare Aufgaben stellen 	<ul style="list-style-type: none"> häufig Orientierung geben Sprech- & Handlungstempo anpassen Maßnahmen kleinschrittig ankündigen
Erkrankung/Störung	Abhängigkeits-erkrankungen (psychotische Störung)		Narzisstische PS		
Kennzeichen	<ul style="list-style-type: none"> Wahnhafte Zustände Halluzinationen Kritikminderung Größenfantasien veränderte Schmerz-wahrnehmung 		<ul style="list-style-type: none"> grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit & Einzigartigkeit verlangt nach übermäßiger Bewunderung überheblich ausbeuterisch empathielos 		
Zentrale kommunikative Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> evtl. Zugang über Gefühlsansprache evtl. Verhaltenssteuerung kleinschrittig mit Affektgleich Achtung: Verkennungen der situativen Umweltgegebenheiten sind unberechenbar 		Vermittlung von <ul style="list-style-type: none"> Anerkennung Autonomie 		
Erkrankung/Störung			Anti-/dissoziale PS		
Kennzeichen			<ul style="list-style-type: none"> Mißachtung & Verletzung der Rechte Anderer Lügen, Betrügen Impulsivität Reizbarkeit, Aggressivität Rücksichtslosigkeit Durchgängige Verantwortungslosigkeit 		
Zentrale kommunikative Maßnahme			Vermittlung von <ul style="list-style-type: none"> Anerkennung Autonomie Unverletzlichkeit eigener Grenzen 		

wenn dies mitunter einen Mehraufwand im Sinne von Anstrengung, Zeit oder Geduld bedeutet. Berücksichtigt wird auch, dass Konflikte in Polizeieinsätzen nicht immer gewaltfrei gelöst werden können und entsprechende Einsatzlagen mit Fremd- oder Eigengefährdung den Einsatz von Zwangsmitteln erfordern können. Grundlage für jegliches deeskalierendes Verhalten der Polizei ist dabei die Eigensicherung, ohne die keine Deeskalation stattfinden kann. Grundsätzlich ist dabei die konflikthafte Interaktion zwischen Polizei und Bürgern bzw. Störern stets als Prozess zu verstehen, in dem jede Handlung sich auf den weiteren Verlauf auswirken kann. Jegliche Handlung in der Interaktion ist damit auch eskalierend oder deeskalierend. Man kann in einer polizeilichen Interaktion also nicht erst nach einiger Zeit mit Deeskalation anfangen, sondern diese beginnt unmittelbar mit der Begegnung und spätestens mit der Kontaktaufnahme und findet während der gesamten Interaktion statt. Polizeiliche Kommunikation in konflikthafter Situationen muss deshalb immer auch von Anfang an deeskalierend ausgerichtet sein (Lorei et al., 2024; vgl. auch MacIsaac, Baldwin, Semple & Bennell, 2024).

Das KODIAK-Modell geht davon aus, dass beim Deeskalieren die fünf Stufen „Sicherheit“, „Beziehung“, „Beruhigung“, „Konfliktklärung“ und „Lösungssuche“ nacheinander erreicht werden müssen, um auf einer sechsten Stufe „Lösungsumsetzung“ dann eine polizeiliche Maßnahme umzusetzen (siehe Abbildung 1). Auf jeder Stufe ist es erforderlich, die aktuelle Situation zu beurteilen. Kommt diese Beurteilung zu dem Schluss, dass eine niedrigere Stufe nicht ausreichend erfüllt ist, so muss zu dieser Stufe zurückgekehrt werden. Wenn also während der Stufe „Beruhigung“ sich die Lage verändert und die „Sicherheit“ nicht mehr ausreichend gegeben ist, muss der handelnde Polizist erst wieder auf diese Stufe zurück und Maßnahmen der Eigensicherung treffen. Erst dann kann er wieder an der „Beziehung“ arbeiten und anschließend erneut auf die Stufe „Beruhigung“ zurückkehren. Befindet sich die Interaktion auf der Stufe „Lösungssuche“ und regt sich das polizeiliche Gegenüber plötzlich wieder sehr auf, muss auf die Stufe „Beruhigung“ zurückgekehrt werden, um zunächst das Gegenüber zu beruhigen, dann die Situation neu zu klären (Stufe „Konfliktklärung“) und wieder nach einem Lösungsweg (Stufe „Lösungssuche“) zu suchen. Im Verlauf eines Einsatzes wird sich also über die Stufen vorgearbeitet und notfalls wieder auf eine frühere Stufe zurückgekehrt. KODIAK schlägt dabei für das Erreichen der Stufen helfende Techniken vor. Zu diesen Techniken regelt KODIAK (Lorei et al., 2024) dann das

Abbildung 1: Stufenmodell KODIAK



Zusammenspiel von Sicherheitsaspekten und Taktiken polizeilicher Interventionsarbeit mit spezifischen kommunikativen Haltungen, die ein Führen und Leiten psychisch auffälliger Personen ermöglichen können.

Entscheidend für ein Gelingen deeskalativen, zielgerichteten polizeilichen Kommunikationsverhaltens nach dem KODIAK-Modell und im Begegnungskontext mit den unter 2.2 beschriebenen Personengruppen, sind folgende lern- und trainierbare kommunikative Grundhaltungen und Fertigkeiten (Übersicht):

I. Zugewandtheit:

- *Erwartungshaltungen* bleiben zielgerichtet stets auf die Lösung des Sachverhaltes ausgerichtet, in dessen Kontext auch eine konkrete (auffällige) Person steht → *Beobachten* im Wechsel von Person und Situation.
- *Respekt*: das polizeiliche Gegenüber, der Bürger oder der Täter ist ein Mensch wie man selbst → (aktives) *Zuhören*.
- *Zugewandtheit* (die Person betreffend) und professionelle Distanz (die Sache betreffend) sind kein Widerspruch! Als polizeiliche Einsatzkraft machtvoll zu sein, bedeutet, im Bewusstsein der eigenen physischen Überlegenheit im verbalen und nonverbalen Auftreten menschenfreundlich auf jede Person zuzugehen, solange es die Situation erlaubt. Ein demonstratives Zurschaustellen der eigenen Stärke wird vom Interaktionspartner eher als Abweisung und Zurücksetzung oder gar Unsicherheit gewertet (vgl. Hermanutz, Spöcker, Cal & Maloney, 2005).

II. Exploration:

- Was ist das für ein Mensch? → Ich bin neugierig, ich möchte dich kennenlernen!
- Was ist los? → Ich möchte mir einen Überblick verschaffen!
- Zugewandtheit → Erzähl mir von dir!

III. Vermögen und Unvermögen überprüfen:

- Was denkst du? → kognitive Fähigkeiten
- Wie fühlt sich das an? → affektive Schwingungen
- Was möchtest du tun? → Handlungsintentionen
- Wie verhältst du dich? → overtes Verhalten (Was beobachte ich selbst bei dir?)
&: Selbstreflexion/Perspektivenwechsel → Wie siehst du mich? Was bin ich für dich?

IV. Aufnehmen:

- Persönlichkeitsstörung: betrifft soziale Interaktion/Verhalten
→ Zentrale Beziehungsmotive bedienen!
- Wahnhafte Erkrankung: betrifft kognitives Erleben
→ Nicht in den Wahn begeben; formell eingehen. Orientierung anbieten. Affekte aufnehmen!
- Affektive Erkrankung: betrifft emotionales Erleben
→ Manische Episoden: Nicht mitschwingen; formell eingehen; versachlichen!
- Belastungsstörung:
→ Dissoziative Phasen → Kognitiv ausgerichtete Kommunikation, wiederholt Orientierung geben und Beobachtungen verbalisieren,

- unruhige Phasen → selbst immer ruhig bleiben,
- hilflose Phasen → erfüllbare Aufgaben.

3 Verhalten bei der Anwendung von KODIAK

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die einzelnen Stufen des Modells beschrieben und begründet. Anschließend werden zentral erscheinende Deeskalationstechniken und -strategien erläutert und ihre spezifische Anwendung im Umgang mit psychisch kranken Menschen skizziert.

3.1 Stufe „Sicherheit“

Zentrales Ziel des Deeskalierens ist es, dass alle Beteiligten, also Polizei wie auch Bürger, ohne physischen wie auch psychischen Schaden den Einsatz überstehen. Auch wenn dies nicht immer möglich sein wird, ist es doch vorrangig anzustreben. Deshalb ist die Sicherheit von höchster Priorität und Grundlage jeder Deeskalation. Für die Sicherheit von Polizeibeamten sorgen Techniken der Eigensicherung. Eigensicherung als Teil einsatzkompetenten Verhaltens (z. B. Schmalzl, 2021) beginnt aber nicht erst, wenn man mit den am Sachverhalt beteiligten Personen zusammenkommt, sondern bereits in einer mentalen Vorbereitung und kollegialen Absprache vor dem Kontakt mit dieser. Neben der Sicherheit der Einsatzkräfte ist zugleich auch die Sicherheit des Bürgers zu bedenken. Auch diesem wird es kaum gelingen, sich auf ein Gespräch zu konzentrieren oder einzulassen, wenn er sich in Gefahr wähnt. Mitunter können die Sicherheit des Polizisten und die Sicherheit des Bürgers sich gegenläufig beeinflussen: Wenn der eine höhere Sicherheit hat, empfindet der andere diese für sich als niedriger. Im Falle einer solchen Abhängigkeit gilt es, in der Phase des Beziehungsaufbaus (vgl. 3.2) zunächst die *gemeinsame* (Auf-)Lösung des Sachverhaltes zu betonen, um das für den Verlauf motivational ungünstige „Oppositionsgefüge“ in ein „Assoziationsgefüge“ zu überführen.

3.1.1 Polizeiliche Maßnahmen der Eigensicherung

Eigensicherung oder – in einem weiter gefassten Kontext – einsatzkompetentes Verhalten (Schmalzl, 2016, 2022) ist zentrales Element jeder polizeilichen Einsatzsituation. Verantwortlich für Maßnahmen der Eigensicherung ist der handelnde Polizeibeamte bzw. das handelnde Streifenteam. Darum gelten für eigensicherndes Verhalten bei gesunden und bei psychisch kranken Personen grundsätzlich dieselben Regeln. Es gibt also kein mehr oder weniger Eigensicherung. Eigensicherung ist unabhän-

gig vom Sachverhalt und von den involvierten Personen. Insofern gelten die von Lorei und Mitarbeitern beschriebenen Wahrnehmungs- und Verhaltensleistungen auch hier (Lorei et al., 2024; vgl. auch Körber & Heusler, 2022). Darüber hinaus muss im Falle eines Kontaktes die Sichtweise der psychisch belasteten oder kranken Person *mitgedacht* werden. Damit ist nicht eine personelle als vielmehr eine situationale Antizipation gemeint und auch die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel: Wie sieht die Person mich bzw. was stelle ich für die Person dar?

Spezielle Verhaltensempfehlungen im Umgang mit der relevanten Zielgruppe betreffen die eigene *mentale Vorbereitung*, die in gemeinsame *Absprachen* mit dem Streifenpartner und einen gemeinsamen *Notfallplan* münden können (betrifft auch die Einbindung von Leitstelle, Einsatzleiter etc.; zur Beschreibung dieser Aspekte siehe Lorei et al. 2024).

Zur mentalen Vorbereitung zählt die Einstimmung auf verbale Kommunikation, d. h.:

- Nicht zu forsch auftreten,
- sich nicht selbst überschätzen,
- nicht widersprechen (aber Widersprüche können benannt werden). Beispiel: Es ist ein heißer Sommertag und die Person äußert, ihr sei sehr kalt. Entgegnung durch Feststellung: „Es ist Sommer und Ihnen ist kalt.“ statt Widerspruch: „Es ist nicht kalt, sondern sehr warm!“,
- ruhig und langsam sprechen, weder Tonlage noch Sprechgeschwindigkeit abrupt wechseln,
- grundsätzlich mit „Sie“ und Familiennamen anreden,
- ggf. Vertrauensperson dazu bitten (wenn sinnvoll und möglich! Keine Familienmitglieder bei Borderline-Störung!).

Zur mentalen Vorbereitung zählt auch die Einstimmung auf nonverbale Kommunikation:

- Die Atmung verrät Sie: Bei eigener Nervosität erhöhen sich Herz- und Atemfrequenz. Dies macht sich perivertikal im Sprechverhalten bemerkbar,
- auf Augenhöhe begegnen: das Gespräch ernsthaft betreiben, ernst nehmen, den Gesprächspartner gleichbedeutend nehmen, wie er ist,
- Mimik, Gestik, Körpersprache kontrollieren,
- Augenkontakt ohne zu starren,
- Abstand halten (bei psychotischen Personen mehr als normal),

- keine hektischen ruckartigen Bewegungen,
- langsam bewegen (hin/zurück),
- nicht den Rücken zukehren,
- Bewusstsein über die mögliche unmittelbare (ängstigende) Wirkung von Uniform, Führungs- & Einsatzmitteln und eigener Körpersprache auf die Person.

Die mentale Vorbereitung des eigenen (kommunikativen) Verhaltens ist entscheidend für den kommunikativen, deeskalierenden Verlauf. Im Gegensatz zu einer normalgesunden Person, die sich ungeachtet emotionaler Befindlichkeiten dennoch sachorientiert verhalten könnte, auch falls die polizeiliche Ansprache zu wenig professionell erfolgt, bezieht ein akut belasteter oder psychisch kranker Mensch verbale und nonverbale kommunikative Verhaltensweisen unmittelbar auf die eigene Person. Wegen seiner eingeschränkten Aufmerksamkeitskapazitäten beachtet er das situative Umfeld weniger und integriert den Situationskontext weniger in den Dialog mit den Einsatzkräften (ausführliche Darstellung der Grundlagen bei Findlay & Gilchrist, 2007; vgl. Gliederungspunkt 1). Darum wird eher jedes Kommunikationsverhalten der Polizisten von der betroffenen Person ungeachtet eines möglichen Eskalationspotenzials unmittelbar widergespiegelt.

Wenn bei der Reflektion der mentalen Vorbereitung deutlich wird, dass der eigene psychische Zustand gegenwärtig die genannten Bedingungen nicht hinreichend erfüllen kann, sollte der Streifenpartner die sprechende Rolle übernehmen, wenn dieser die Voraussetzungen erfüllen kann.

Beim Eintreten in die Situation ist das zentrale Element das *Beobachten*. In der Abfolge bedeutet das, zu beantworten, ob der eigene affektive Zustand sich verändert (Selbstreflektion), einen Überblick über die Einsatzsituation zu gewinnen, aus der eigenen Perspektive einen Überblick über die Einsatzsituation zu gewinnen (kontinuierliche Gefahrenwahrnehmung) und im Perspektivenwechsel (Was empfinden andere Beteiligte als bedrohlich?). Position, Distanz & Möglichkeiten der Deckung sowie des Rückzuges sollten durch professionelle Blickführung schnell erfasst und im Team kommuniziert werden, bevor die Zielperson fokussiert wird (grundlegende Darstellung bei Körber, 2012). Wird dann die Aufmerksamkeit auf die Person gerichtet, gilt es nacheinander zu klären, ob von der Person eine unmittelbare Gefährdung ausgeht (Kontrolle der Hände, sichtbare Bewaffnung) und ob sich die Person tatsächlich deutlich der Situation unangemessen verhält (vor der Ansprache durch die

eingesetzten Polizisten). Oft lässt sich bereits zu diesem Zeitpunkt entscheiden, ob für den weiteren Prozess Verstärkung angefordert werden sollte oder ob gar eine Bedrohungslage gegeben ist, die den Einsatz von Sonderheiten erfordert bzw. einen Notzugriff rechtfertigen (die Regelungen hierfür sind länderspezifisch). Zu bedenken ist, dass akut psychisch belastete oder kranke Menschen bei einem Zugriff auch entgegen ihrer scheinbaren körperlichen Konstitution unerwartete körperliche Kräfte entwickeln können.

Im Moment der ersten Ansprache wird dann der zeitliche Rhythmus zunächst durch die psychisch auffällige Person bestimmt werden, nicht durch die eingesetzten Beamten. *Taktisches Zeitmanagement* bedeutet Zeit geben und (Gesprächs-)Pausen aushalten – so auch für den gesamten weiteren deeskalativen Verlauf des Sachverhalts (siehe Tabelle 4). Wird dies nicht befolgt, erhöht sich der Druck für die betroffene Person und damit ihr Erregungsniveau, respektive Aggressionstendenzen und manipulative Einflussnahmen in ihren Handlungsplänen und damit die Gefahr von eskalierenden Verhaltensweisen auf Seiten aller Beteiligten.

3.2.1 Maßnahmen zur Sicherheit des psychisch Kranken

Als Maßnahmen zur Sicherheit des psychisch Kranken gelten alle Aspekte der Umgebungskontrolle und die Umsetzung der eigenen mentalen Vorbereitung (Selbstkontrolle; Schmalzl, 2008). Hierbei übernimmt der Streifenpartner zusätzlich zur Sicherung eine achtsame supervidierende Rolle für den Sprecher. Da noch nichts über die auffällige Person und deren Interaktionsfähigkeit bekannt ist, muss davon ausgegangen werden, dass sie unter Umweltverkennungen leidet, also wirkliche Gefahrenreize in ihrer Umgebung nicht korrekt deutet, während gleichzeitig zu viele verschiedene Geschehnisse in ihrem Sichtfeld rasch eine Reizüberflutung herbeiführen. Die Messlatte für eine sichere Umgebung liegt oberhalb dessen, was man als normalgesunde Person als sichere Umgebung empfindet! Solch belastete Personen benötigen also z. B. mehr Distanz, mehr ruhiges Verhalten, mehr Zeit. Es ist auf der beschriebenen Stufe „Sicherheit“ noch nicht zur direkten Kontaktaufnahme gekommen. Möglicherweise hat die psychisch erkrankte Person die eingesetzten Polizisten jedoch bereits in irgendeiner Form wahrgenommen. Darum ist es jetzt auch aus Perspektive des psychisch Erkrankten wichtig, Abstand zu halten, um diesen nicht zu ängstigen (Richmond et al.,

2012; White et al., 2019) sowie nach außen hin mit Ruhe & Sicherheit zu agieren.

Das Arbeiten auf dieser ersten Stufe ist maximal abhängig von den professionellen Kompetenzen der eingesetzten Beamten, also von deren allgemeinen Einsatzkompetenz. Die Arbeit an der Sicherheit muss zügig und handlungssicher ausgeführt sein, denn der Einstieg in Stufe 2, den Beziehungsaufbau, kann auch durch die erkrankte Person erfolgen, sobald diese die Polizei als Personen wahrgenommen hat. Gemessen am Gesamtgeschehen handelt es sich um einen kurzen Zeitraum. Dennoch ist dieser mitunter entscheidend für den weiteren Verlauf. Es geht auf dieser Stufe zugleich nämlich auch darum, der psychisch auffälligen oder kranken Person gerade auf mentaler Ebene Sicherheit zu geben, d. h. dieser von Beginn an und den ganzen Sachverhalt überdauernd verbal und nonverbal zu vermitteln „*Du bist sicher!*“ und „*Du kannst dich auf mich verlassen!*“. Gerade psychisch betroffene Menschen achten auf die Glaubhaftigkeit dieser notwendigen Appelle. Sie entwickeln eine besondere Sensibilität dafür, ob ihr Interaktionspartner ihnen zugewandt ist. *Zugewandtheit* zur Person wiederum hat etwas zu tun mit der eigenen Einstellung zum Beruf und zum Bürger (Schmalzl, 2008), eine Grundhaltung, die den Aufgaben als Polizist nicht entgegensteht, sondern taktisch den Beziehungsaufbau anbahnt und so einer deeskalierenden Sachverhaltsbewältigung förderlich ist.

3.2 Stufe „Beziehung“

Die Basis für erfolgreiches Kommunizieren und Konfliktlösungen ist eine passende Beziehung zwischen den Interaktionspartnern (Collins & Carthy, 2018). Diese sehen sowohl Kommunikationstheorien wie auch die Modelle für polizeiliche Verhandler als fundamental an (vgl. Grubb, 2023). Aber auch bei alltäglichen Polizeieinsätzen ist die Beziehung zwischen Polizeibeamten und Bürgern zentral für jegliches Miteinander und damit sehr wichtig bei der Deeskalation. Auch für den Kontakt mit einer psychisch auffälligen Person ist das eigene Verhalten zunächst nicht anders als bei anderen Einsätzen und die Analyse der Situation geht sukzessive in Richtung möglicher polizeilicher Maßnahmen. Wie bei anderen Einsätzen auch ist die Bereitschaft wichtig, die eigenen verbalen Botschaften an das Sprachverständnis des Interaktionspartners anzupassen. Bei psychisch belasteten Personen kommt häufig hinzu, dass die Sprechgeschwindigkeit wegen der verminderten Verarbeitungskapazitäten der Person reduziert werden muss. Dies kann auch

durch verlängerte Pausen zwischen den Sätzen erreicht werden.

Beziehungsaufbau und Beziehungserhalt (sog. Rapport) beginnen mit dem Moment der aktiven Kontaktaufnahme (Collins & Carthy, 2018). Eine Ansprache erfolgt aus sicherer Position heraus (vgl. 3.1). Dabei ist der verbale Einstieg derselbe wie bei anderen polizeilichen Sachverhalten auch (vgl. z. B. Hermanutz & Spöcker, 2022):

1. Der Tagesgruß,
2. die eigene Vorstellung mit Namen (und Dienststelle),
3. Transparenz: die Erläuterung der Maßnahme (Begründung, Erklärung), warum beispielsweise die Person kontrolliert oder angesprochen wird.
4. Der Person wird erlaubt, sich zu erklären und zu rechtfertigen (Erfragen der Motive).
5. Es werden ganze Sätze gebildet.
6. Man gibt das Gefühl, dass der Kontrollierte ernst genommen wird.
7. Man verwendet Positivbegriffe.
8. Auf jede Frage erhält der Bürger eine Antwort.

Besondere Bedeutung kommt währenddessen der zielorientierten *Beobachtung* zu. Dabei spielt taktisches Zeitmanagement – hier: kurze Pausen zwischen den einzelnen Ansprachen, ggf. einmaliges Wiederholen – eine wichtige Rolle, um unvoreingenommene Schlussfolgerungen über das Befinden der angesprochenen Person zu ziehen. Beobachtet werden kann:

- Zeigt die Person auf den Tagesgruß eine einfache Orientierungsreaktion in Richtung des Sprechers? Unterbricht die Person sogar ihre gegenwärtigen Handlungen? Zeigt die Person ein solches Verhalten, so ist sie in der Lage, zumindest kurzfristig ihre Aufmerksamkeit zu lenken. Bei Personen in einem voll ausgeprägten psychotischen Zustand oder inmitten einer intensiven manischen Phase kann (!) diese Orientierungsreaktion auch bei Wiederholung vollständig ausbleiben und sie reagiert nicht auf die Ansprache. Eine weitere verbale Kommunikation ist dann in der Art nicht möglich. Dies ist jedoch nicht die Regel. Sowohl psychotisches Erleben, als auch manische Phasen bauen sich über die Zeit auf.
- Reagiert die Person auf die Vorstellung mit Namen inhaltlich sinnvoll (unabhängig ob erfreut, sympathisch oder feindselig)? Hier lässt sich prüfen, ob nicht nur die Gegenwart, sondern auch verbale Botschaften verstanden werden. Für den Erkenntnisprozess ist es da-

bei wichtig, dass ein inhaltlicher Bezug zum Sprecher gesehen wird, nicht, welche Wertung in der Erwiderung liegt. Auch eine Reaktion wie „Ihr stört!“ oder „Ihr schon wieder!“ oder heftiger sind Zeichen des Erkennens und damit positiv im Sinne eines möglichen deeskalativen Fortgangs der Kommunikation. Zumindest ist damit klar, dass Aufforderungen auf sensorischer Ebene verarbeitet werden können.

- Erfolgt eine verbale Reaktion auf die Erläuterung des Erscheinens der Polizei und auf die Frage, was die Person denn da gerade tut (Rechtfertigung), ist dies ein Hinweis darauf, dass auch eine Reaktivität im Dialog gegeben sein kann, zumindest dass grundsätzlich auf Ebene der Wahrnehmung eine Gesprächsinteraktion möglich ist.
- Das schrittweise Vorgehen dient jetzt schon vorbereitend der affektiven Beziehungsgestaltung. Es verdeutlicht der Person Zugewandtheit, persönliche Verbundenheit und bahnt Vertrauen an. Es sollte also eine Abkehr von verbalem „Amtsdeutsch“ erfolgen. Eine psychisch kranke Person würde dies immer als Herabsetzung begreifen und der situative Druck würde steigen. Sie kann das dann nicht kompensieren. Auch steigt mit der Fachsprache die Wahrscheinlichkeit, dass die Person nicht versteht, was gesagt wird. Dies kann das Unwohlsein verstärken.

Ziel der Stufe „Beziehung“ aus polizeitaktischer Sicht ist somit zusammengefasst die Prüfung der Interaktionsfähigkeit und die Anbahnung der prozessorientierten Stufe „Beruhigung“, in der es um den Beziehungserhalt und die Beziehungsentwicklung geht (vgl. Lorei et al., 2024). Auf der Stufe „Beziehung“ müssen noch keine weiteren Erkenntnisse über die Ausrichtung der psychischen Erkrankung oder Störung vorliegen. Wird jedoch als Ergebnis eine Interaktionsfähigkeit vollständig negiert, müssen lageorientiert andere polizeitaktische Maßnahmen greifen (Sondereinheiten, Verhandlungsgruppe, Notzugriff) und das Ziel kann nur sein, die Situation statisch zu halten. Man kommuniziert währenddessen nur dann, wenn eine Kontaktaufnahme durch die Person erfolgt. Ist die Person als interaktionsfähig eingeschätzt und ist sie bewaffnet ohne anzugreifen, ist dabei die Situation für die Umgebung und die eingesetzten Kräfte zugleich sicher, bedeutet das noch nicht zwingend einen Abbruch deeskalativer verbaler Maßnahmen und den Übergang zu Gewalt. Auch unter solchen Bedingungen kann ein Übergang zur Deeskalationsstufe „Beruhigung“ eingeleitet werden.

Im Übergang der Stufe „Beziehung“ zur Stufe „Beruhigung“ sollte weitgehend geklärt sein, inwieweit die Person orientiert ist (kognitive Ebene), ob das Erregungsniveau veränderbar ist (affektive Ebene) und, falls beides bejaht wird, ob eine sachverhaltsbezogene soziale Interaktion möglich ist (Verhaltensebene; vgl. Schmalzl & Körber, 2022).

3.3 Stufe „Beruhigung“

In polizeilichen Einsätzen, in denen Gewalt eine Rolle spielen könnte, sind alle Beteiligten oft aufgeregt und

sehr emotional. Dies gilt für beide Seiten der Interaktion, also Bürger und auch Polizei (vgl. Baier & Ellrich, 2014, Biedermann & Ellrich, 2022, Kesic & Thomas, 2020). Der Polizist kann z. B. angespannt sein wegen der Unklarheit der Lage und der Gefahr eines Angriffs. Ein Opfer von Gewalt empfindet hohen Stress und ist verängstigt wegen der Gewalterfahrung. Der Gewalttäter bzw. die Person, wegen der die Polizei gerufen wurde, ist z. B. wütend auf das Opfer oder ängstlich wegen der Konsequenzen seiner Tat. Oder es handelt sich um eine aufgebrachte Person, die durch ihre Agitiertheit andere irritiert und ängs-

Tabelle 2: Techniken des aktiven Zuhörens – Übersicht in Anlehnung an Collins & Carthy (2018)

- | | |
|---|--|
| <p>i. <u>Zeigen Sie, dass Sie zuhören (nonverbale Rückmeldung)!“ (Verhalten)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zugewandte Körperhaltung • Blickkontakt • nicken • Äußerungen wie „hmm“, „ja“, „aha“ • Ich-Botschaften <p>ii. <u>Erzählaufforderungen geben</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulieren möglichst offener Fragen (BESEN-Technik) <p>iii. <u>Zusammenfassen und Umschreiben/Paraphrasieren (inhaltliche Rückmeldung) (Kognition)</u>
Wiederholen Sie mit eigenen Worten, was gesagt wurde, so merkt Ihr Gesprächspartner, ob alles richtig angekommen ist und kann Missverständnisse korrigieren.</p> <p>Beispiele für Satzanfänge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Habe ich dich richtig verstanden...“ • „Du meinst also...“ • „Bei mir ist angekommen...“ <p>iv. <u>Reflektieren (emotionale Rückmeldung) (Affekt)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gefühle und Wünsche des Gesprächspartners sollen möglichst genau erfasst werden • Dieser (vermutete) Gefühlszustand und/ oder Wunsch wird dem Gesprächspartner zurück gespiegelt • Effektive Pausen setzen <p>v. <u>Empathie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • aufmerksam zuhören / interessiert sein • sich versuchen in Situation und das Befinden ihres Gesprächspartners hineinzusetzen • Welches Gefühl mag in ihm stecken? (anerkennend sein) • Welcher Wunsch steckt hinter der Äußerung? • dann vermuteten Wunsch bzw. Gefühl formulieren <p>Beispiele für Gefühlsansprache:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Du bist verärgert.“ • „Das hat dich überrascht.“ • „Jetzt fühlst du dich verletzt.“ <p>Beispiele für Wunschansprache:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Du möchtest vom Druck befreit sein.“ • „Du wünschst dir mehr Verständnis.“ • „Du wüsstest gern, wie es weitergehen soll.“ | |
|---|--|

tigt, weshalb die Polizei gerufen wird. Damit befinden sich die Interaktionspartner auf einem erhöhten Stressniveau. Ein erhöhtes Stressniveau kann dann die Leistungsfähigkeit und das Handeln beeinträchtigen (Selye, 1956). Um dies auszuschließen und um weniger emotional und eher rational zu agieren, ist es notwendig, alle Beteiligten zu beruhigen und den Stress zu kontrollieren, was dann als Basis für Verhandlungen dienen kann. Wichtig ist einerseits die Beruhigung dieser Personen wie auch andererseits die eigene Stress- bzw. Emotionsregulation des Polizeibeamten. Beruhigung im Sinne der Kontrolle und Reduzierung des Stresslevels ist ein wesentliches Deeskalationsziel.

Das zweite Ziel dieser Stufe ist eine für den Sachverhalt überdauernde Bindung der Gesprächspartner (vgl. Collins & Carthy, 2018). Bindung meint hier Verlässlichkeit und Vertrauen auf Seiten der psychisch auffälligen Person und das (an Störungsmustern orientierte) Kennenlernen auf Seiten der eingesetzten Beamten. Voraussetzung für das Gelingen dieses interaktiven Prozesses ist prozessorientiertes Zuhören: das Zuhören wollen und das Zuhören können. Das Zuhören wollen betrifft die berufliche Motivation der Einsatzkräfte, nach Schmalzl (2022) die Einstellung zum Beruf (vgl. 3.1.1). Das Zuhören können ist Handwerkszeug, die Fertigkeiten des aktiven Zuhörens und die Fähigkeit, diese authentisch und planvoll einzusetzen (vgl. Tabelle 2).

In der Stufe 3 „Beruhigung“ erfolgt über die Interaktion zudem der Abgleich mit den Fähigkeiten und den Defiziten der psychisch betroffenen Person (vgl. Gliederungspunkt 2.2). Insofern kommt dieser Stufe eine weitere besondere Bedeutung zu, denn es entscheidet sich, was die Person zur späteren „Konfliktklärung“ (Stufe 4) selbstständig beitragen kann und welche Erlebensprozesse von den Einsatzkräften unterstützt werden müssen. Dies wird im Folgenden beschrieben.

3.4 Stufe „Konfliktklärung“

Nachdem die Situation relativ sicher ist, eine Beziehung für das Miteinanderagieren hergestellt wurde und die eingangs entstandene Aufregung und der Stress aller beteiligten Personen gesenkt wurden, kann begonnen werden, am Konflikt selbst zu arbeiten. Dafür ist es zunächst notwendig, Informationen zu sammeln, um zu verstehen, welche situativen Zusammenhänge vorliegen, was passiert ist, wer in welcher Rolle beteiligt und was zu tun ist (Lorei et al. 2024). Im Fall der Beteiligung einer psychisch auffälligen oder kranken Person ist stets mitzudenken,

dass die bis hierher aufgebaute Beziehung nicht zugleich ein dauerhafter Status quo sein muss. Vielmehr ist in der Phase der Konfliktklärung ebenfalls auf den Beziehungserhalt zu achten (Collins & Carthy, 2018). Das bedeutet, im Gegensatz zum Umgang mit normalgesunden Personen ist mit einem häufigeren Wechsel zwischen Stufe 4 „Konfliktklärung“ und Stufe 3 „Beruhigung“ zu rechnen. Folglich kommen der Beobachtung und dem (aktiven) Zuhören fortlaufend Bedeutung zu.

Es stellt sich die Frage, was eine psychisch kranke Person zur Konfliktklärung beitragen kann und welche Leistungen von den eingesetzten Kräften übernommen werden müssen, also zum Bestandteil des *Führens und Leitens* werden. Damit gilt es, zur Konfliktklärung und Konfliktarbeit auch die kognitive, affektive und verhaltensbezogene Befindlichkeit der Person einzubeziehen.

Bei Menschen mit einer *Orientierungsstörung* (vgl. 2.2.1) ist nur eine geringe geistige Leistungsfähigkeit vorhanden, aber die Affektlage kann beeinflusst werden. Das bedeutet, im Kommunikationsprozess ist eine klare, einfache und eindeutige Sprache wichtig. Wichtige Informationen werden zu Beginn benannt und notfalls wiederholt. Man redet nicht mit mehreren Personen auf den Erkrankten ein. Hinsichtlich der Affektsteuerung bedarf es eines ruhigen, sicheren Auftretens mit verstärkter nonverbaler Kommunikation und viel beruhigendem Zuspruch. So bleibt das im Beziehungsaufbau erreichte Vertrauen erhalten. Handelt es sich um eine Person mit *Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen* (vgl. 2.2.1), gilt es für die „Konfliktklärung“ über Fragen zu ergründen, wie viel Zugang die Person noch zu Themen außerhalb der Wahnwelt hat. Für die gesamte weitere Sachverhaltsbearbeitung ist es wichtig, sich **nicht** in die Wahnwelt hinein zu begeben. Auch kritische Einwände helfen nicht, sondern ärgern nur. Man kann aber auf Gedanken formell eingehen und Schutz bzw. Hilfe vermitteln, etwa durch Sätze wie „Ich glaube Ihnen, dass Sie bedrohliche Stimmen hören. Ich selbst höre sie nicht, aber ich erkenne Ihre Furcht und bleibe bei Ihnen.“ Steht eine *Abhängigkeits-erkrankung* (vgl. 2.2.1) im Raum, ist bei der Konfliktklärung wichtig, ob von der betroffenen Person überhaupt sinnvolle Antworten kommen und wie schnell abrupte Wechsel zwischen Vertrauen und Misstrauen sind. Wenn während der Stufen „Beziehung“ und „Konfliktklärung“ überhaupt eine wechselseitige Kommunikation aufgebaut werden kann, bedarf es stets klarer Ansprachen. Sprache und Handlung müssen immer eindeutig und kongruent sein. Es müssen deutliche Grenzen gesetzt werden, und

Tabelle 3: Persönlichkeitsstörungen und soziale Motive – Übersicht in Anlehnung an Sachse & Sachse (2024)**i. Borderline Persönlichkeit**

Zentrale Beziehungsmotive: Verlässlichkeit, Wichtigkeit, Autonomie

(Verlässlichkeit = Feedback darüber bekommen, dass die Beziehung des Verhandlers zur Person stabil, beständig und belastbar ist)

Wichtigkeit = Feedback darüber bekommen, die Person im Leben eines Interaktions-partners eine wichtige Rolle spielt. Sie möchte damit Informationen über ihre persönliche Bedeutung

Autonomie = Botschaften, die dem Täter Entscheidungsfreiheiten geben bzw. Entscheidungen erlauben)

Beispiele für die Ansprache:

- „*Ich mache mir ernsthaft Gedanken um Sie...*“ (ernsthaftes Interesse bekunden)
- „*Sie müssen sich schrecklich fühlen...*“ (Mitgefühl äußern)
- „*...das ist geschehen...*“ (Situation sachlich darstellen)
- „*Was möchten Sie jetzt tun...*“ (Konsequenzen von Verhaltensweisen aufzeigen und nachfragen)

ii. Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Zentrale Beziehungsmotive: Anerkennung, Autonomie

(Anerkennung = *absolute* Feedback über die eigene Person erhalten)

Beispiele für die Ansprache:

- „*Soweit ich das sehe, verfügen Sie über hohe Fertigkeiten.*“ (Person ist besonders)
- „*Mir erscheinen Sie hochgradig erfolgreich.*“ (Person hat besondere Fähigkeiten)
- „*Ich finde, Sie haben das sehr gut gemacht.*“ (Anerkennung)
- „*Wenn ich Ihr Chef wäre, mich würde diese Leistung beeindrucken.*“ (Person hat viel geleistet)
- „*Ich merke, dass Sie noch zu bescheiden sind, um dies genauso zu sehen, aber ich finde, das haben Sie toll gemacht.*“ (Schwächen normalisieren)
- „*Wenn Sie erlauben, würde ich Ihnen gerne eine Frage stellen.*“
- „*Korrigieren Sie mich, wenn ich mich irre, ich denke, dass ...*“
- „*Wenn Sie die Frage nicht beantworten möchten, ist das völlig ok.*“
- „*Dies ist nur ein Vorschlag, aber letztlich können Sie entscheiden, ob Sie den umsetzen möchten.*“

iii. Anti-/Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Zentrale Beziehungsmotive: Anerkennung, Autonomie, Unverletzlichkeit eigener Grenzen

(Grenz-/Territorialmotiv = der Person ihre eigene Domäne zusprechen)

Beispiele für die Ansprache:

- „*Ich mache auf Ihrem Territorium nur etwas mit Ihrer Erlaubnis.*“ (Respekt)
- „*Ich überschreite diese Grenze nicht, die Sie setzen.*“ (kein Machtkampf)
- „*Wir kommen nicht hinein.*“
- „*Es ist völlig ok, wenn Sie Grenzen setzen und deutlich machen, dass Sie bestimmte Dinge noch nicht ansprechen möchten.*“
- „*Ich möchte Ihre Grenzen auch respektieren und sie nicht überschreiten. Ich werde mich auch bemühen, dies nicht zu tun.*“ (Person wird angenommen)
- „*Manchmal weiß ich nicht, wo eine Grenze ist. Sollte ich deshalb eine Grenze überschreiten, bitte ich Sie um Entschuldigung und ich bitte Sie, mir das deutlich zu machen. Ich werde das dann sofort respektieren.*“

Handlungskonsequenzen aufgezeigt werden. Man muss wiederholt Orientierung bieten: wer man ist, zum Ort und zur Zeit.

Auch bei Menschen in außergewöhnlichen *Erregungszuständen* (vgl. 2.2.2) gilt für das klärende Kommunikationsgeschehen immer ein überdauerndes sicheres Auftreten und beruhigender Zuspruch in klarer, einfacher und eindeutiger Sprache. Bei diesen Personen können beruhigende Anweisungen zumindest kurzfristig über wenige Minuten erfolgreich sein. Bei *Menschen in einer manischen Episode*, also extrem hohem Erregungsniveau (vgl. 2.2.2), sollte man während der Konfliktklärung gleichbleibend ruhig bleiben und sich zudem nicht auf Diskussionen oder (verbale) Drohungen einlassen. Dies würde die Person als Bestätigung für ihre Gesundheit und (ggf.) Grandiosität ansehen. Ziel ist, die Person über das aktive Zuhören zu beschäftigen. Vielleicht gelingt es, die Person zu bitten, sich in einen sitzenden Zustand zu begeben, die Hände sichtbar zu machen und eventuelle Gegenstände wegzulegen. Am Ende steht oftmals die Zwangseinweisung nach PsychKG, nach direkter Aufforderung entweder freiwillig oder mit Gewalt. Andere Spielräume bestehen eher nicht. Ist der Affekt deutlich verflacht, wie bei *depressiven Menschen* (vgl. 2.2.2) oder ggf. bei *Borderline-Persönlichkeiten* (Renneberg, Stoffers-Winterling & Taubner, 2024), sollte innerhalb der Konfliktklärung kommunikativ geklärt werden, ob Suizidalität vorliegt. Wenn die Einsatzkräfte den Eindruck haben, dass Suizidalität vorliegt, sollten sie konkret danach fragen! Dann ist für die nachfolgenden Stufen von KODIAK eine gute soziale Begleitung notwendig. Im Dialog können einige für den Schritt „Lösungssuche“ wichtige Fragen bearbeitet werden:

- Gibt es aktuelle, einschneidende Lebensereignisse?
- Werden Suizidgedanken geäußert? Wie häufig sind die Gedanken, wie konkret?
- Sind schon früher Suizidversuche unternommen worden?
- Haben die Gedanken Zwangscharakter, drängen sie sich auf?
- Bestehen kognitive Einengungen: Inwieweit kreisen die Gedanken um den Suizid / sind ablenkende Themen vorhanden?
- Bestehen affektive Einengungen: Sind die Gefühle wie eingefroren?
- Sind bereits Vorbereitungen getroffen, etwa Medikamente gehortet worden? Gibt es konkrete Pläne?

Menschen mit Störungen der Persönlichkeit (vgl. 2.2.3) wollen in der Interaktion in *bestimmter Weise* abgeholt werden. Dieser Wunsch ist für sie **primär!** Verhält man sich dazu komplementär, wird *Kompetenzvertrauen* (personales Vertrauen) erzeugt, d. h. die Person hat den Eindruck, man will ihr nichts, man ist nicht bedrohlich, man ist auf ihrer Seite und man will wirklich helfen. Man muss also zentrale Beziehungsmotive explizit und häufig bedienen, sonst ist eine interaktive Lösungssuche nicht möglich (Sachse & Sachse, 2024). Die zentralen Beziehungsmotive sind bei den Persönlichkeitsstörungen verschieden. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die relevanten Störungsbilder, die jeweiligen sozialen Interaktionsmotive und Beispiele für die Ansprache.

Für die Konfliktklärung ist es bei Vorliegen einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* (vgl. 2.2.4) wichtig zu erkennen, in welcher Phase die Person sich befindet: dissoziativ (erlebt einen Flashback), unruhig oder hilflos. Während dissoziativer Phasen ist eine kognitiv ausgerichtete Kommunikation angezeigt (z. B. Nachfragen wie „Was genau meinst du damit?“). Es sollte viel Orientierung gegeben werden, eigene Beobachtungen werden sachlich verbalisiert. Logische Erklärungen für Gefühle sollten erarbeitet werden (z. B. Reframing: „Was du getan hast, war normal in der Situation?“). Es werden klare Entscheidungen getroffen und mitgeteilt. Liegen Selbstverletzungen vor, wird das objektiv festgestellt und sachlich erläutert, was erforderlich ist. Wenn die Person lebensmüde Gedanken äußert oder sehr ambivalent ist, sollten zügig Fachleute (Notarzt, Psychiater) hinzugezogen werden. Befindet sich die Person in einer unruhigen Phase (theatralisch, selbstinszenierend), ist darauf zu achten, ob deren Niveau ansteigt. Dann müssen deutlich die Konsequenzen aufgezeigt werden, also die Ankündigung, dass ggf. Gewalt eingesetzt wird. In Phasen der Hilflosigkeit ist es sinnvoll, der Person kleine Aufgaben zu stellen, die erfüllbar sind (für eine Übersicht vgl. Latscha, 2022; Teismann & Holl, 2024).

3.5 Stufe „Lösungssuche“

Nachdem auf der Stufe zuvor die wesentlichen Informationen erhoben worden sind und vorliegen, kann hier gemeinsam mit der betroffenen Person versucht werden, den weiteren Verlauf des Einsatzes zu gestalten. Liegen für die Polizeibeamten ein Handlungszwang und keinerlei Spielraum vor, so kann hier wenigstens die Umsetzung zusammen mit dem Bürger erarbeitet werden. Ist das polizeiliche Handeln nicht zwingend an eine Maßnahme gebunden, kann aber auch gemeinsam mit der Per-

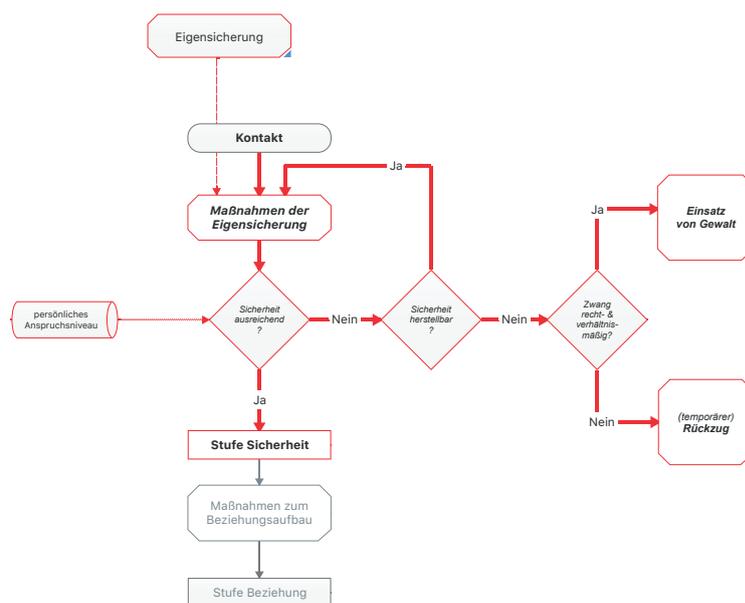
son besprochen werden, was zu tun ist (Lorei et al. 2024). Beim Umgang mit psychisch erkrankten oder gestörten Personen, die sich bereits in einer polizeilich bedeutsamen Situation befinden, ist das Sachverhaltsziel in vielen Fällen vorgegeben, nämlich eine Übergabe und Weiterbetreuung durch medizinisches Fachpersonal. Inwieweit dies freiwillig geschehen kann und Polizei nur eine passive begleitende Rolle übernimmt, ist vom Grad der Ausprägung der akuten Belastung, der Interaktionsfähigkeit der Person und den auf den vorangegangenen Stufen erzielten Interaktionserfolgen in der Kommunikation mit der Polizei abhängig. Darum kann die Stufe der „Lösungssuche“ im Gegensatz zu deeskalativem Verhalten mit normalgesunden Personen anteilig am Gesamtgeschehen zeitlich vergleichsweise kurz ausfallen. Im Grunde ist der Übergang der beiden Stufen fließend. Entscheidend für die Aufrechterhaltung deeskalativer Maßnahmen ist Kleinschrittigkeit der Verhaltensschritte. Die betroffene Person gibt die Geschwindigkeit vor, mit der sie handeln kann, die Polizei beeinflusst durch Vorschläge die Verhaltensweisen in Richtung Sachverhaltslösung. Bei allen Erkrankungen gilt es für die eingesetzten Kräfte, eigene Handlungen anzukündigen und zu erklären, was geschieht. Diese Transparenz hält Vertrauen aufrecht.

Dabei ist bei allen beschriebenen *Orientierungsstörungen* wichtig, den inneren Handlungsdrang von Halluzinatio-

nen nicht zu unterschätzen (vgl. 2.2.1). Akustische Halluzinationen können gegen die Lösungsstrategien gerichtet und auch bei offensichtlicher Mitarbeit handlungsbestimmend sein. Eine solche doppelte Buchführung findet sich auch bei systematisiertem Wahn (Wahnsystemen). Darum ist bei diesen Erkrankungen aus der Erkrankung heraus ein Wechsel von plötzlicher Freundlichkeit zu aggressivem Verhalten auch ohne äußeren Anlass möglich (Schmalzl, 2009)!

Im Umgang mit *depressiven Menschen* (vgl. 2.2.2) ist in der Stufe „Lösungssuche“ besonders kritisch zu betrachten, wenn es im beobachtbaren Verhalten zu „wundersamen“ plötzlichen Heilungen kommt. Tatsächlich kann in der Phase der Erholung der Antrieb vor der Stimmung gebessert sein (verborgener Schuldwahn). Daher müssen Aussagen der Betroffenen immer mit deren Handlungen abgeglichen werden. Letztlich gilt es ebenfalls gerade in dieser Stufe im Kontakt mit *Borderline-Persönlichkeiten* (vgl. 2.2.3), auch bei Drohung keine Angehörigen dazuzuholen, da sich dadurch das Störungsbild verstärkt und die deeskalativen Erfolge der Interaktion nicht aufrechterhalten bleiben können. Vielmehr ist es wichtig, viel zuzuhören, selbst wenig, aber eindeutig und versachlichend zu sprechen und dabei Verständnis für die Person zu betonen.

Abbildung 2: Entscheidungsdiagramm für den Einsatz von Zwang



Bei *narzisstischen Persönlichkeiten* sollte möglichst nicht davon gesprochen werden, dass der Betroffene „etwas muss“. Im Umgang mit einer antisozialen Persönlichkeit ist darauf zu achten, dass sie für positive Aspekte und Verhaltensweisen gelobt wird und falsches Verhalten weitgehend ignoriert wird. Somit können Provokationen nicht gelingen, die Menschen können aber zugleich ihr Gesicht wahren.

3.6 Stufe „Lösungsumsetzung“

In dieser Stufe geht es letztendlich darum, die beschlossenen polizeilichen Maßnahmen umzusetzen. Um auch während der Umsetzung der Konfliktlösung bzw. der polizeilichen Maßnahmen deeskalierend zu handeln, sollten bereits vorher erfolgreich angewendete Techniken und Strategien fortgesetzt werden (Lorei et al. 2024). In jedem Fall gilt die Regel, wenn einmal ein Entschluss für einen Verhaltensschritt gefasst wurde und dieser verbalisiert wurde, dann bleibt man dabei! Es werden *keine Ambivalenzen* zugelassen. Beispiel: Menschen, bei denen sich ein psychotischer Zustand anbahnt und noch nicht vollständig ausgeprägt ist, sind interaktionsfähig. Man kann mit ihnen Vereinbarungen treffen, z. B. Überführung in ein Krankenhaus. Die Person kann aber noch eine Tasche packen. Häufig neigen die Betroffenen dann dazu, den Aufbruch hinauszuzögern, indem sie beispielsweise nicht zur Entscheidung kommen, welche Schuhe sie anziehen wollen. Je nach Zugänglichkeit kann in solchen Fällen ein zeitliches Ultimatum benannt werden. Bei dessen Verstreichen wird dann die Maßnahme in jedem Fall erneut angekündigt („Jetzt ist Schluss, jetzt fahren wir los...“) und dann auch unmittelbar durchgeführt.

3.7 Wechsel zum Einsatz von Gewalt

Das prozessuale Ziel des KODIAK-Modells ist die Deeskalation. Dennoch können im Einsatzverlauf Situationen entstehen, die die Verwendung physischer Machtmittel erfordern. Direkte körperliche Angriffe auf Einsatzkräfte oder Dritte müssen unmittelbar abgewehrt werden. Der Einsatz von Gewalt in Form des unmittelbaren Zwangs kann somit insbesondere dann geschehen, wenn Gefahren von sich oder anderen abzuwehren sind, um so einen sicheren Zustand herzustellen (siehe Abbildung 2). Mitunter kann der rechtzeitige Einsatz einer Gewaltform (z. B. körperliche Techniken) dann eine intensivere andere Form (z. B. Schusswaffengebrauch) verhindern.

Andererseits kann Gewalt erforderlich sein, eine polizeiliche *Maßnahme* gegen den Widerstand eines Bürgers durchzusetzen (Stufe 6 Lösungsumsetzung, vgl. 3.6). Da-

bei muss jeweils der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (legitimer Zweck der Maßnahme, Geeignetheit zur Erreichung des Zwecks der Maßnahme, Erforderlichkeit und Angemessenheit) gewahrt werden. Auch wenn an dieser Stelle kein Dogma für den Einsatz von Gewalt formuliert werden soll, so kann jedoch darauf hingewiesen werden, welche Aspekte bei polizeilichen Sachverhalten zu erwägen sind, bei denen eine psychisch erkrankte oder psychisch auffällige Person beteiligt ist, und der Einsatz von Gewalt diskutiert werden kann.

Wie in Kapitel 1.2 dargestellt, ist die Sicherheit einer Lage dann in hohem Maße gegeben, wenn die eigenen Ressourcen der eingesetzten Kräfte hinreichend sind, das Umfeld des Einsatzgeschehens kontrolliert werden kann und die Interaktion mit dem Bürger grundsätzlich möglich scheint. Dies schließt auch einen *temporären* Rückzug mit ein, der als taktisches Zeitmanagement möglicherweise erst weitere deeskalative Vorgehensweisen zulässt. Kann die Einsatzsituation auf diese Weise dem Minimalziel folgen, statisch gehalten zu werden, bestehen gute Chancen, dass auch hoch agitierte Personen über die Zeit ermüden und sich eine zunehmende Lageberuhigung von selbst einstellt.

Erlauben die als unsicher bewerteten Gegebenheiten des situativen Umfelds einen temporären Rückzug nicht, muss unter *Einsatz von Zwang* gehandelt werden. Dies kann kontrolliert geschehen. Die Botschaft, dass ein körperlicher Zugriff erfolgt, wird kommunikativ eindeutig und damit verbal und periverbal unmissverständlich angekündigt. Es muss der betroffenen Person ermöglicht werden zu erkennen, dass nun die *Ultima Ratio* vorliegt, sich doch noch friedlich zu verhalten und erneut in einen deeskalierenden Kommunikationsprozess einzutreten. Es sollte der Person also durch die Ansprache auf kognitiver und/oder affektiver Ebene letztmalig ermöglicht sein, doch noch von ihrem Verhalten abzulassen. Erfolgt dann keine Verhaltensänderung, muss der gewaltsamer Zugriff eingeleitet werden. Auf Seiten der Einsatzkräfte erfolgt dieser stets in dem Bewusstsein, dass eine psychisch erkrankte Person dies als maximale Lebensbedrohung empfinden wird und man mit maximaler Gegenwehr rechnen muss. Wenn möglich, wäre ein Überwältigen der Person mit mehr als einem Streifenteam die mildeste Lösung.

Ein körperlicher Zugriff ist immer auch mit sehr eigenen Unwägbarkeiten verbunden. Der Ausgang ist nicht immer klar und die Gefahren für Leib und Leben aller beteiligten Personen sind erhöht. Für die Einsatzkräfte erhöhen sich

Tabelle 4: Schematischer Prozessleitfaden zur Situationsbewältigung nach KODIAK

KODIAK-Stufen	Umsetzungsprozess - TO DO
Kontakt	1. Wie geht es mir? -> Self Awareness 2. Wie ist das Umfeld beschaffen? -> Situational Awareness und sichere Position einnehmen 3. Beobachten -> Verhalten beschreiben (im Abgleich mit der Umgebung)
Sicherheit	4. Erste Ansprache -> 4.1 Zeigt die Person eine Orientierungsreaktion? -> (soziale) Wahrnehmung prüfen 4.2 Kommen sinnhafte Antworten? -> verbales & nonverbales Sprachverständnis / Interaktionsfähigkeit prüfen 4.3 Entscheidungen treffen (medizinische Dienste, SE notwendig?)
Beziehung	5. Erzählauforderung geben & Zuhören (BESSEN), ggf. Nachfragen -> 5.1 „Was denken Sie?“ -> Realitätsabgleich 5.2 „Wie fühlt sich das an?“ -> Affektabgleich 5.3 „Was haben Sie nun vor?“ -> Verhaltenspläne => Hypothese über Interaktionsplan (mit Ausrichtung auf polizeiliche Ziele) (Schritt 5 ist ein Arbeitsprozess, kein einmaliges Geschehen: es wird geklärt, ob und inwieweit Zugänge vorhanden sind / geschaffen werden können. Hier erfolgt ein Abgleich von Person mit eigenem theoretischem Hintergrundwissen)
Beruhigung	6. „Wie kann ich helfen?“ -> Angebot machen (Start <i>Führen & Leiten</i>) & aktives Zuhören
Lageklärung	7. „Ich möchte Sie aus ihrer Situation herausführen! Wir machen das gemeinsam.“ -> eindeutige Ich-Botschaft
Lösungssuche	8. Verhaltensschritte einleiten und immer bei vorhandenen Fähigkeiten ansetzen! Dabei eigenes Verhalten immer ankündigen. 9. Schrittweises Annähern an polizeiliche Ziele, Geschwindigkeit und Handlungsumfang von Person bestimmt. 9.1 Bei Erfolg -> kleine Ermunterer („Das haben Sie gut gemacht!“ - Verhaltensebene) oder Affektabfrage (“Wie geht es Ihnen nun?“) und Handlungsabfolgen versachlichen
Lösungsumsetzung	Schritte 7 bis 9 werden wiederholt bis Ziel erreicht oder Entscheidung für Zugriff / Einsatz von Gewalt gewählt wird 10. alle Maßnahmen ankündigen. 11. danach keine Ambivalenzen zulassen.

die Anforderungen an die eigene Ambiguitätstoleranz noch einmal deutlich. Darum sollten sie sich im Sinne einsatzkompetenten Verhaltens (Schmalzl, 2009, 2021; vgl. Kapitel 3.1) über Absprachen im Team schon vorher darüber klar werden, ob tatsächlich konkrete Gefahr in der Situation besteht (Situationskontrolle) oder ob persönliche Verunsicherung den Entschluss zum Wechsel zu Gewalt veranlasst, vielleicht sogar, weil man überfordert ist, weil man keine Ideen mehr hat, ungeduldig wird oder ermüdet (Situationsbewusstsein; Abbildung 2 „Persönliches Anspruchsniveau“). Die klare Rücksprache im Team gibt noch einmal Gelegenheit, die entstandene Situation mit professionellem Blick zu reflektieren.

Zusammengenommen erscheint der manchmal notwendige Einsatz von Zwang nicht als der einfachere Weg, Einsatzlagen mit psychisch kranken oder auffälligen Personen zu lösen, sondern birgt ein hohes Risiko. Auch wenn der kommunikative Ansatz zunächst aufwändiger und scheinbar komplizierter erscheint, kann er aus diesem Blickwinkel durchaus weniger folgenreich sein. Einen schematischen Ablauf über den vollständigen Deeskalationsprozess zeigt Tabelle 4.

4 Verhalten bei der Anwendung von KODIAK bei Personen mit Demenz

4.1 Allgemeine Merkmale schwerer neurokognitiver Störungen

Viele neurodegenerative Erkrankungen gehen einher mit einer Demenz. Die bekannteste Erkrankung ist die Alzheimer-Krankheit. Bei den meisten Demenzerkrankungen ist eine Gedächtnisstörung das Kardinalsymptom, jedoch nicht bei allen (Thöne-Otto, 2024). Betroffene Personen erleben Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Laut ICD 10 (GM F00-F09; Freiberger et al., 2016) ist Demenz ein Syndrom als Folge einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns. Es können Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Sprache, Urteilsvermögen und andere kognitive Leistungen betroffen sein. Sie können im Verlauf von Veränderungen der Affektkontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation begleitet sein. Viele neurodegenerative Erkrankungen sind fortschreitend. Im *frühen Stadium* wirken die erkrankten Personen wie etwas „schusselig“: durch verminderte Aufmerksamkeitsleistungen kommt es zu Wortfindungsstörungen, Fehlern in der zeitlichen und räumlichen Orientierung und im Planungsverhalten. Im *mittleren Stadium* werden die Gedächtnisstörungen ausgeprägter. Die Aufnahmemenge von Informationen ist reduziert und auch der Abruf gestört. Es fällt den

Menschen schwerer, am Thema zu bleiben. Auch bereits vorhandene Gedächtnisinhalte können schwerer abgerufen werden (Person weiß z. B. nicht mehr, mit wem sie beim Familienfest zusammengetroffen ist). Es kommt zu Wortfindungsstörungen und nachfolgend zur Unkenntnis über die Verwendung von Gegenständen und Werkzeugen, vor allem dann auch zu Störungen der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit. In diesem Stadium sind die kognitiven Defizite von affektiven Symptomen begleitet. Die Stimmungslage kann apathisch-depressiv sein, deren Kennzeichen Entschlusslosigkeit im Alltagsgeschehen ist (Thöne-Otto, 2024). Aber auch ein Enthemmungssyndrom ist möglich. Darunter wird ein impulsives, mitunter aggressives Verhalten verstanden, ohne einer Entscheidung Raum zu geben. Dieses Verhaltensmuster belastet Angehörige und Erkrankte besonders. Im späten Stadium ist auch das Sprachverständnis gestört und es können flüchtige Wahrscheinungen auftreten (z. B. Person behauptet, bestohlen worden zu sein).

4.2 Bedeutung für den Einsatz- & Streifendienst der Polizei

Kontakte des Einsatz- und Streifendienstes der Polizei mit demenzerkrankten Personen sind keine Ausnahme. Betroffene können als offensichtlich orientierungslos aufgefunden werden, vermisst gemeldet worden sein oder in eine konfliktbehaftete soziale Situation geraten sein, die es zu lösen gilt. In der Regel ist beim Eintreffen der Einsatzkräfte nicht eindeutig bestimmbar, in welchem Stadium der Erkrankung sich die Person befindet. Dies kann nur durch vorsichtige kommunikative Maßnahmen erkannt werden, die durch systematisches deeskalatives Vorgehen zu erreichen sind. Wie nachfolgend dargestellt, bietet KODIAK eine gute Struktur, auch demente Personen durch einen polizeilich bedeutsamen Sachverhalt zu führen.

4.3 Besonderheiten der Anwendung von KODIAK im Kontakt mit dementen Personen

Die nachfolgende Darstellung folgt dem durch KODIAK gegebenen Stufenmodell (Lorei et al., 2024) und greift dabei diejenigen Aspekte auf, die für den Umgang mit demenzerkrankten Personen von besonderer Bedeutung sind. Einen Überblick über alle Stufen des Modells gibt Gliederungspunkt 3.2, eine schematische Darstellung findet sich in Tabelle 4.

4.3.1 Kontakt

Beim Eintreffen der Einsatzkräfte sind das *Situationsbewusstsein* und die *Situationskontrolle* von besonderer Be-

deutung (vgl. 2.3; Schmalzl, 2008). Die Klärung der Umweltgegebenheiten muss dabei aus zwei Blickwinkeln erfolgen, im Hinblick auf Gefahrenpotenziale und zusätzlich im Perspektivenwechsel mit der Frage „Wie sieht die erkrankte Person das Erscheinen der Polizei?“ Zum einen ist nicht klar, ob die demenzerkrankte Person wegen kognitiver Verlangsamung die Einsatzkräfte als Polizei erkennt, zum anderen, ob sie die Polizisten wegen vermindertem Urteilsvermögen vielleicht als beängstigend oder bedrohlich empfindet. Es ist also besonders auf Verhaltensänderungen zu achten, wenn die Person die Einsatzkräfte erblickt.

4.3.2 Sicherheit

Teil der Stufe „Sicherheit“ ist die *erste Ansprache*. Sie dient dazu, eine Beziehung anzubahnen und die Interaktionsfähigkeit der Person zu prüfen, um weitere Entscheidungen zu treffen (vgl. 3.1). Im Kontakt mit demenzerkrankten Personen ist ein sehr guter Abgleich von verbaler Ansprache und nonverbalem Ausdruck unabdingbar. Die Annäherung muss beruhigende Wirkung besitzen, da die sensorischen Einschränkungen der Person bei der Reizaufnahme sie umso empfindlicher in Bezug auf affektive Unstimmigkeiten beim Gegenüber werden lassen (vgl. Thöne-Otto, 2024). Es kann auch erfragt werden, ob man als Polizeibeamter erkannt wird. Erschwerend scheint, dass das Sprachverständnis der erkrankten Person ungleich ihrer Sprachproduktion noch gut erhalten sein kann. Der demente Mensch nimmt also sehr wohl wahr, wie man ihm entgegentritt, auch wenn er sich in ungleich schlechterem Verhältnis äußern kann. Das bedeutet auch, dass die Interaktionsfähigkeit, hier das Sprachverständnis, durchaus gegeben sein kann, obwohl sprach- und sprechmotorisch Schwierigkeiten bestehen. Polizeiliche Entscheidungen hinsichtlich einer Sachverhaltenslösung müssen also mehrfach überprüft werden. Wenn Einsatzkräfte auf dieser Stufe geduldig bleiben und Zeit investieren, steigt die Wahrscheinlichkeit einer deeskalativen Lösung des Sachverhalts deutlich.

4.3.3 Beziehung

Bei dementen Menschen ist das Sprachverständnis bis zum Übergang in das späte Stadium der Erkrankung gegeben (Krupp & Thode, 2016). Zumindest von Seiten der Einsatzkräfte ist Kommunikation also möglich. Zu bedenken ist die deutlich reduzierte Merk- und Gedächtnisleistung. Das bedeutet, man muss sein eigenes Sprech- und Handlungstempo anpassen, Maßnahmen sehr *kleinschrittig* ankündigen und dabei häufig Orientierung geben. Neben dieser Handlungs- und Verhaltensebene können da-

durch auch Stress und Druck reduziert werden, also die verminderte Affektkontrolle der Personen berücksichtigt werden.

4.3.4 Beruhigung

Kann unter den oben aufgezeigten Bedingungen eine Beziehung angebahnt werden, gilt es im Schritt „Beruhigung“ Erzählaufforderungen gegebenenfalls mehrfach zu geben, um zunächst Realitätsabgleiche („Was denken Sie?“), Affektabgleiche („Wie fühlt sich das an?“) und Verhaltenspläne („Was möchten Sie tun?“) zu prüfen (vgl. 3.2) und dann Interaktionspläne mit Ausrichtung auf polizeiliche Ziele anzustreben. Wie in Gliederungspunkt 3.2 beschrieben, handelt sich bei diesem Schritt um einen Arbeitsprozess, kein einmaliges Geschehen: Es wird geklärt, ob und inwieweit Zugänge zur Person vorhanden sind oder geschaffen werden können. Mit dem expliziten Angebot „Wie kann ich helfen?“ und Methoden *aktiven Zuhörens* beginnt das Führen & Leiten der dementen Person.

4.3.5 Konfliktklärung & Lösungssuche

Nach wie vor bleibt es auch bei der „Konfliktklärung“ und „Lösungssuche“ notwendig, jeden Handlungsschritt verbal zu begleiten. Eindeutige Ich-Botschaften geben der dementen Person Vertrauen, etwa wie „Ich möchte Sie aus ihrer Situation herausführen! Wir machen das gemeinsam“ (siehe Tabelle 2). Dann sollte das schrittweise Vorgehen beim mentalen und körperlichen Vermögen der Person ansetzen, sodass man sich dem polizeilichen Ziel annähert und nur die Geschwindigkeit und der Handlungsumfang durch den erkrankten Menschen bestimmt werden. Bei Erfolg helfen kleine Ermunterer („Das haben Sie gut gemacht!“ - Verhaltensebene) oder Affektabfrage („Wie geht es Ihnen nun?“) und weiteres Versachlichen gewünschter Handlungsabfolgen (vgl. 2.3).

4.3.6 Lösungsumsetzung

Die KODIAK-Stufen „Konfliktklärung“, „Lösungssuche“ und „Lösungsumsetzung“ werden wiederholt und in kleinen Schritten umgesetzt, bis das Lageziel erreicht wird oder eine Entscheidung für Zugriff/Einsatz von Gewalt gewählt wird. Auch hier gilt es, alle Maßnahmen anzukündigen. Im Unterschied zu Einsatzlagen mit anderen erkrankten Personen ist das Führen und Leiten der Person jedoch noch einmal deutlich kleinschrittiger und erfolgt im Abgleich mit dem aktuellen mentalen Zustand der Person. Explizite, häufige empathiebezeugende verbale Äußerungen begleiten die Aktionen (z. B. „Ich bemerke, dass das anstrengend für Sie ist, aber ich finde, wir machen das gemeinsam sehr gut.“), auch wenn es nur da-

rum geht, kleine Handlungsabfolgen zu zeigen, beispielsweise wenige Stufen im Treppenhaus zu überbrücken, wenige Meter von einer Wohnungstür zum Fahrzeug zu gehen etc. Die Richtlinie, nach erfolgter Handlungsaufforderung keine Ambivalenzen mehr zuzulassen, muss bei Menschen mit Demenz weiter gefasst werden. Sie müssen wegen der eingeschränkten Leistungen des Arbeitsgedächtnisses (Thöne-Otto, 2024) häufiger an die geäußerten nächsten Handlungsschritte erinnert werden.

Dennoch ist es möglich, dass die demente Person während des Prozesses zur Konfliktklärung die Situation erkennt, meist wenn etwas für sie Unerwartetes geschieht und sich für sie Druck aufbaut. Dann können äußerst heftige, nicht kontrollierte Wutausbrüche die Folge sein (Thöne-Otto, 2024). Eigen- und Fremdgefährdung stehen im Raum und ein Wechsel zum Einsatz von Gewalt wird notwendig. Die Person setzt dabei oftmals ungeahnte Kräfte frei.

5 Beispielsinteraktion

1. Lage, Anlass: Bedrohung mit Messer durch eine Person im psychischen Ausnahmezustand
2. Zeit: 21.01.2025, 14:23 Uhr
3. Ort: Kreishausen, Rundstr. 5
4. Sachverhalt:

Am 21.01.2025, um 14:23 Uhr, meldet eine Anwohnerin über die Leitstelle der Berufsfeuerwehr Kreishausen, dass ihr amtsbekannter Nachbar, männlich, 30 Jahre, deutscher Staatsangehöriger, im Wohnhaus herumschreie und randaliere. Durch die zuerst eintreffenden Funkstreifenwagenbesatzungen wird Kontakt zu der Person Robert R. aufgenommen. Diese bedroht die eingesetzten Beamten durch das geschlossene Fenster mit einem Messer und äußert, dass sie alle umbringen werde. Robert R. weigert sich, das Messer abzulegen und aus der Wohnung zu kommen. Er befindet sich augenscheinlich im psychischen Ausnahmezustand. Es wird ein Notzugriffsteam gebildet und der Kontakt zu Robert R. wird gehalten.

5. Verlauf:

Eine Zivilstreife ist in der Nähe. Sie ist um 14:45 Uhr vor Ort. Zu diesem Zeitpunkt hat auch eine Verfügungseinheit das Gebäude, ein Reihenmittelhaus, gesichert. Das Notzugriffsteam steht mit einer Ramme bereit, für Robert R. nicht sichtbar. Er befindet sich in der Wohnung im Erdgeschoss hinter einem mit einer Jalousie verschlossenen, gekippten Fenster. Die beiden Zivilbeamten werden zum Sachstand informiert und postieren

sich links und rechts des Fensters. Robert R. redet unentwegt, teils ruhig, teils in Rage. Er berichtet über Star Trek. Er sei erst vor wenigen Tagen auf die Erde zurück gebeamt worden. Er duzt die Einsatzkräfte. (vgl. 3.1.1 Beobachten)

Sprecher: Hallo Robert. Ich bin Mike. Ich bin von der Polizei.
Pause. Erzähl mir von Star Trek. Kennst du die Leute der Mannschaft, Captain Kirk? (vgl. 2.3 Zugewandtheit; vgl. 3.1.2 Vorstellung, Erzählaufforderung)

Robert: *(erzählt zusammenhanglos weiter. Geht nicht konkret auf Fragen ein.)* (vgl. 3.1.2 Umweltverkenning möglich, Sprachverständnis unklar, Orientiertheit ungewiss)

Sprecher: Hast du als Kind Star Trek gesehen? (vgl. 2.3 Exploration; zweite Erzählaufforderung; vgl. 3.2 Orientierung zur eigenen Person prüfen)

Robert: *(erzählt weiter, geht nicht auf die Frage ein.)* (Sprachverständnis unklar, Orientiertheit ungewiss, Wahn wahrscheinlich)

Sprecher: Robert, ich bin von der Polizei. Ich bin da, weil... (vgl. 3.2 Begründung der Anwesenheit, Orientierung anbieten)

Robert (unterbricht): Ich rede nur mit der Kripo. (vgl. 3.2 Realitätsbezug möglich, Sprachverständnis gegeben, Situationsbewusstsein unklar)

Sprecher: Ich kann dir versichern, ich bin in Zivil. Du brauchst keine Angst zu haben. Ich will nur unser bestes. Ich mache mir Sorgen, weil du mit einem Messer draußen warst. (vgl. 3.3 Stufe 3: Beruhigung, Beziehungsarbeit)

Robert: Keine Sorge, es geht mir gut. (vgl. 3.2 Beziehung, versteht Botschaft, teilw. Interaktionsfähigkeit vorhanden)

Sprecher: Damit bin ich nicht zufrieden. Ich möchte dich auch sehen, Robert. (vgl. 3.4 beginnende Konfliktklärung)

Robert (heftig): Ich verstehe sehr gut. Ich gehe davon aus, dass ihr mich auch gut versteht. Das ist nicht notwendig. Wenn ihr keine ordentliche Technik habt, dass ihr mich verstehen könnt, dann ist das eure Schuld und nicht meine! (vgl. 3.4 Konfliktklärung und 2.2.1 wahnhafte Erkrankung, Person noch nicht vollständig in Wahnwelt)

Kurze Beratung der Einsatzkräfte: vermuten, dass sie nicht an Robert R. herankommen; trotzdem ein Versuch, sonst stürmen. (vgl. 3.1.1 Notfallplan und 3.7 Übergang zu Gewalt)

Sprecher: Robert, ich möchte gerne von Angesicht zu Angesicht mit dir sprechen. (vgl. 3.5 Lösungssuche)

Robert: Das geht nicht, ich bin nicht rasiert. So kann ich mich nicht vorstellen.

Sprecher: Das macht nichts. Ich habe auch einen 3-Tage-Bart. Das ist völlig okay. Ich möchte schon jetzt wissen, mit wem ich da spreche. Hast du ein Foto da oder einen Ausweis, Robert? (vgl. 3.5 Lösungssuche)

Robert (Kramgeräusche): Ja. *(fängt dabei wieder an, von Star Trek zu erzählen, Wortlaut nicht verständlich).*

Sprecher (unterbricht): Robert, kannst du vielleicht die Jalousie hochziehen? (vgl. 3.6 Lösungsumsetzung)

Robert: Das ist ein Schutzschild, damit keine Gefahr besteht.

Sprecher: Hier bin nur ich für dich da und keine Gefahr. Wie ist es, hast du ein Foto oder Ausweis da, dass ich ein Gesicht habe? (vgl. 3.5 Lösungssuche, Beziehungserhalt)

Robert (kramt): Ich habe dir ein Foto geschickt.

Sprecher: Wie hast du das gemacht? Hier ist nichts angekommen. (vgl. 3.6 Lösungsumsetzung)

Robert (erzürnt): Per Technik. Wenn du keine gute hast, kann ich es auch nicht ändern. Das liegt an deiner Ausrüstung. Hier ist alles in Ordnung *(klickt wiederholt mit einem Laserpointer)*. Damit hab ich das geschickt.

Sprecher: Ich mache mir Sorgen, wegen des Messers draußen. Ich habe auch Respekt wegen des Messers. (vgl. 3.4 Konfliktklärung, vgl. 3.5 Lösungssuche)

Robert: Man muss sich da keine Sorge machen.

Sprecher: Sag mal Robert, wie heißt denn deine Mutter? (vgl. 3.2 Beziehung und 3.4 Konfliktklärung)

Robert (schroff): Hab keine Mutter!

Sprecher: Wo wohnst du eigentlich, hier in Kreishausen? (vgl. 3.4 Konfliktklärung)

Robert: *(keine inhaltlich zusammenhängende Antwort, man hört Fragmente)* Star Trek, Soldat, Krieger; alles draußen, Polizei existiert nicht; Polizei keine Rechte, die Welt zu vertreten, das können nur Verbündete im All

Einsatzkräfte planen mit der Strategie verbal abzulenken, damit die Verfügungseinheit zugreifen kann. Die Ramme wird eingesetzt. Es kommt zur Festnahme. (vgl. 3.6 und 3.7). Während Fesselung, Durchsuchung und Verbringen auf die Trage der Rettungskräfte begleitet der Sprecher ruhig verbal alle Handlungen und kündigt alle Maßnahmen an. (Zugewandtheit; vgl. 3.3 Beruhigung)

Sprecher: Wo ist das Messer, Robert? (vgl. 3.6 Lösungsumsetzung)

Robert: Auf dem Küchentisch.

Erst beim Verbringen auf die Trage protestiert Robert R. lautstark. Die Kräfte des RTW übernehmen.

Robert: Ihr habt keine Macht. Nur die im Raumschiff können das. Ich brauche keinen Arzt.

6 Trainingsszenarien

6.1 Störung der Orientierung: Wahnvorstellungen/ akustische Halluzinationen (hier: Schizophrenie)

Auf der Wache der Polizei Hann. Münden geht folgender Notruf ein: „Hallo. Mein Name ist... Mein Freund sitzt im Badezimmer und lässt Wasser über den Fußboden laufen. Er sagt, die würden ihn kriegen und foltern. Nur ein Wasserkreis könne ihn schützen. Ich hab den noch nie so erlebt, der hört mir gar nicht zu. Der versaut mir hier die ganze Bude. Der wird richtig böse und hat auch wieder totale Angst. Das wechselt hin und her. Ich bin echt fertig. Kommen Sie schnell!“

Rollenanweisungen:

Lebensgefährtin/-gefährte: empfängt die Polizei im Flur. Aufgeregt. Verweist auf Bad. Wenn die eingesetzten Beamten nachfragen, kann die Person angeben, dass sie erst seit kurzem zusammenlebten, so etwas noch nicht vorgekommen sei. Über eine Erkrankung wüsste sie nichts, aber der Partner habe sich in den vergangenen Tagen im Verhalten verändert. Auf weiteres Nachfragen kann die Person angeben, dass sie schon einmal mitbekommen habe, wie der Partner morgens Tabletten genommen habe, das sei aber schon eine Zeit her.

→ Eingesetzte Beamte müssen RTW anfordern, Anrufer muss beruhigt werden, ggf. zweites Team anfordern, dann Badezimmer betreten... (ein Team laufende Informationsgewinnung, ein Kontaktteam).

Psychisch kranke Person: befindet sich im Badezimmer. Kauert in einer Ecke. Ein Wasserschlauch liegt um sie herum. Wasser läuft in einen Abfluss. Person spricht Beamte bei Betreten sofort an (laut, hysterisch, panisch). Sie sollen nicht näher kommen, wegbleiben. Worte wie: „Die kriegen mich, die sind hier, die bringen mich um.“ etc. Person sieht schattenhaft Lebewesen und hört deren bedrohende Stimmen.

→ Eingesetzte Beamte müssen erkennen, dass psychisch kranke Person die Aufmerksamkeit auf sie lenken kann und schlussfolgern, dass Interaktion prüfbar ist.

→ Ansprache: Sprachverständnis prüfen. Folgeleistung von Anweisungen prüfen. Zeitlichen Rhythmus der Person annehmen. Langsames Führen, wie es für die Person angemessen ist. Falls Beamte sich in die Wahnwelt begeben, macht die psychisch kranke Person nicht mit.

Falls Beamte sich auf Person adäquat einlassen können, kann Schlauch so gelegt werden, dass Person zu den Beamten hinübergehen kann. Person folgt dann unsicher, ängstlich allen Verhaltensaufforderungen.

→ Zuspruch der Beamten. Jede erwünschte Verhaltensweise wird positiv verstärkt (aktives Zuhören).

Falls Beamte ungeduldig oder zu schnell agieren (verbales und nonverbales Verhalten), wird psychisch kranke Person aggressiv, sich massiv wehrend, muss zu Boden gebracht und gefesselt werden. Psychisch kranke Person wehrt sich auch, wenn Handfesseln angelegt wurden. Übung wird sofort durch Einsatztrainer beendet. Übungsende.

Lehrziel/Nachbereitung: deutlich erschwerte Gesprächsführung – kritische Momente herausarbeiten. Deutlich erschwerte Sachverhaltsbearbeitung im Hinblick auf Informationsgewinnung bei gleichzeitig maximaler Leistung in der (Eigen-)Sicherheit. Wenn möglich die Erkenntnis, dass Regelwerk der Gesprächsführung (KODIAK) als FEM effektiv ist.

6.2 Störung der Affekte: Erregung (hier: Manie)

Auf der Wache der Polizei geht folgender Notruf ein: „Guten Abend. Ich bin Herr Meier, Hausmeister der städtischen Bibliothek in der Reuther Straße. Im dritten Stock ist eine männliche Person in weißem Kittel, die kleine Zettel an die Flurwände klebt mit irgendwelchen Kritzeleien. Ich habe die Person angesprochen, dass das nicht ginge. Da wurde sie aggressiv und hat mich mit den Worten – Stören Sie mich nicht, Sie Wurm, ich muss es jetzt finden. Gleich ist es soweit – heftig weggestoßen. Ich bin mit dem Kopf gegen die Wand geschlagen und habe Schmerzen. Kommen Sie schnell. Der spinnt!“

Rollenanweisungen:

Hausmeister: empfängt die Polizei im Treppenhaus außer Sichtweite der psychisch kranken Person. Ist benommen, hat Kopfschmerzen. Platzwunde an der Stirn. Will nicht mehr mit psychisch kranker Person in Kontakt kommen. Kann keine anderen Auskünfte geben als am Telefon.

→ Eingesetzte Beamte müssen RTW anfordern...

Psychisch kranke Person: befindet sich im Flur und schreibt Formeln auf kleine Post-It-Zettel, die sie an die Flurwände klebt. Murmelt ständig Formeln vor sich hin, unterbrochen durch Sätze wie „Gleich hab ich es“, „Ich bin genial“, „die Weltformel“, „Wittgenstein, Einstein, Leonardo, jetzt auch ich“. Ignoriert eingesetzte Beamte völlig. Reagiert nicht auf erste Ansprache. Macht einfach weiter. Bei wiederholter Ansprache wendet er sich kurz den Beamten zu. Freundlich, gehetzt, rastlos, getrieben:

„Schauen Sie, schauen Sie nur. Kommen Sie her, sehen Sie.“ Dabei permanentes Benennen von Formeln. „Dies ist der Anfang. $E=mc^2$. Dann ich $f(x) \times \sqrt{7i}$ für $i=f-k mc^2 \times 3$ Fakultät – sehen Sie...“

Bei erneuter Ansprache: „Unterbrechen Sie mich nicht. Seien Sie leise. Ich muss mich konzentrieren. Sie sind zu laut. Sehen Sie nicht...“

Bei Aufforderung, Stift wegzulegen, sich zu setzen, wahlweise folgend, aber weiter schreibend oder wütend „Sehen Sie nicht, ich bin beschäftigt, hauen Sie ab“ oder Wut und aggressive Handlungen, je nach vorhergehendem Zuspruch der Beamten.

Endet hier mit Zugriff oder mit beruhigenden Worten der Beamten. Hier auch möglich, sich einzulassen auf Thema (keine Wahnvorstellung!!!)

Spätestens nach Eintreffen und Vorstellen des Arztes wird Zu-Boden-Bringen notwendig (s. u.).

Arzt trifft ein, sollte von Polizisten informiert werden, stellt sich dann mit Dr. Schulz laut vor und spricht den psychisch Kranken mit Namen an.

Psychisch kranke Person lässt von Tätigkeit ab, läuft auf Arzt zu mit den Worten „Ich brauche das Pulver, Doktor, jetzt geben Sie mir das Pulver, jetzt, sofort, sehen Sie...“

Sofortiger Zugriff durch die Polizisten notwendig. Soll ausgeführt werden, dann Übungsende.

Lehrziel/Nachbereitung: Schnelles Erkennen, dass hier Einweisung nach PsychKG notwendig wird. Vorausschauend über Zugriff nachdenken. Zugriff durchführen bei Angriff auf den Arzt. Mit Krankheit umgehen, ohne sich über die Person lustig zu machen, auch nach dem Zugriff.

6.3 Störung der Persönlichkeit: Verhaltenssteuerung & soziale Interaktion (hier: Borderline)

Frau Elvira Schneider ruft bei der Polizei an. Sie wohne Parkweg 3. Der Nachbar Felix Meier sei bei ihr gewesen. Nach einem Streit habe seine Frau Petra sich im Badezimmer eingeschlossen. Sie habe zwei Küchenmesser dabei und habe gedroht, sich etwas anzutun. Felix Meier habe Frau Schneider aufgetragen, die Polizei zu alarmieren. Er selbst sei sofort zum eigenen Haus zurück. Frau Schneider sei aufgefallen, dass Herr Meier ein Geschirrtuch um die rechte Hand gewickelt hatte.

→ Leitstelle muss entscheiden: Entsendet entweder ein Streifenteam direkt zum Parkweg 5 oder zwei Streifenteams jeweils zu Parkweg 3 und Parkweg 5. Alarmierung RTW? Hinweis: Frau Schneider solle im eigenen Haus bleiben.

→ Bei Eintreffen des Streifenteams am Parkweg 5 ist Haus-

tür des EFH halb geöffnet.

→ Polizeiliche Auskunftssysteme negativ.

Rollenanweisung:

Elvira Schneider: Anruferin ernsthaft besorgt. Sachlich. Auf Nachfrage folgende Auskunft: Meiers eine Familie mit 6-jährigem Kind. Alter Mitte 30 bis 40 Jahre. Wohnen seit drei Jahren Parkweg 5. Obere Mittelschicht. Freundlicher Mann. Frau Meier im Gespräch „komisch“, irgendwie immer negativ zu den Dingen, kritisch zu allem, immer etwas auszusetzen.

Felix Meier: steht vor geschlossener Badezimmertür. Verzweifelt. Versucht, Ruhe zu bewahren. Hält Geschirrtuch an Hand fest. Blutet. Kind in oberer Etage. Schläft. Gibt Auskunft über Status quo: Habe beim Nachhausekommen Ehefrau berichtet, dass sein Arbeitgeber ihn über das Wochenende auf Geschäftsreise schicken wird. Das komme nicht häufig vor, sei aber immer schwierig. Frau habe oft gedroht, ihn mit Kind zu verlassen oder mit Kind alleinzulassen, weil er bloß seine Untreue vertuschen wolle. Dann würde er schon sehen. Diesmal völlig ausgerastet. Mit Messer um sich geschlagen. Er habe was abbekommen, bevor seine Frau sich im Bad eingeschlossen habe. Als das losging, habe er den Sohn in sein Zimmer geschickt. Er habe versucht, Frau Meier im Bad anzusprechen. Die habe nur höhnisch gelacht und zynische Bemerkungen gemacht. Er wisse nicht weiter, macht sich Sorgen, habe Nachbarin informiert, Polizei zu rufen. Auf Nachfrage beschreibt Herr Meier den „Charakter“ seiner Frau. Hält sie nicht für krank, sie habe aber „so Phasen“ (Herunterspielen; Angst der Unterstellung eigener Schwäche). Keine ärztliche Betreuung.

→ Vor dem Badezimmer einige Blutspuren auf dem Fußboden. Herr Meier versichert, diese stammen nicht von ihm.

→ Einsatzkräfte müssen sich versichern, dass das Kind unversehrt ist, da Herr Meier Frau und Kind kurz allein gelassen hat!

Petra Meier: Borderline-Patientin (mit histrionischen, paranoiden und narzisstischen Anteilen). Grundsätzliche Überzeugung einer feindlichen Welt. Zugleich Wunsch nach Nähe und Autonomie. Wechsel von Wut und Verzweiflung. Hat sich geritzt. Sitzt vor der Toilette mit einem Messer in der Hand. Badezimmertür verschlossen. Man kann durch ein Außenfenster Teile des Bades und Frau Meier erkennen, aber kein vollständiger Überblick.

→ Auf Ansprache: paranoide Gedankenwelt: Verhör, Folter, Euthanasie, man wisse das ja, wie es dann geht. Keines-

falls Tür öffnen, eher Suizid, dann ist der Druck weg etc.
→ Die Ärzte, nein, Labornote, Wegsperrungen, später verschollen etc.

Erwartetes Verhalten: VG, SE, RTW, soz.-psych. Dienst alarmieren (VG, SE in zwei Stunden, soziale Dienste alle im Einsatz und nicht verfügbar); ausdauernde Gesprächsführung durch geschlossene Tür: zunächst allgemeines Vorgehen wie unter 3.2 (Stufe „Beziehung“). Positiven Rapport wiederholt schaffen (vgl. Tabelle 2). Dann spezifisches Vorgehen wie unter 3.4 (Stufe „Konfliktklärung“). Soziale Motive Verlässlichkeit, Wichtigkeit und Autonomie müssen immer wieder betont und bedient werden (vgl. Tabelle 3). Dabei stets an der Sache orientiert bleiben, auch perspektivisch im Hinblick auf deeskalative Auflösung des SV.

Lehrziel/Nachbereitung: Vertrauen muss kleinschrittig und über viele Wiederholungen „erarbeitet“ werden. Höchstmaß an Geduld, auch bei verbalen Widerständen. Soziale Motive dauerhaft bedienen. Hohen Zeitaufwand akzeptieren.

6.4 Demenzielle Erkrankung

Hausmeister ruft Leitstelle der Polizei an. Er habe eine unbekannte Person in den Keller verschwinden sehen. Sie habe eine Tasche/einen Rucksack bei sich gehabt. Im Keller sei kein Licht angemacht worden. Vielleicht sei ein Einbrecher vor Ort. Hausmeister empfängt Streifenteam außerhalb des Gebäudes. Kann nur die Angabe machen, unbekannte Person befinde sich noch im Keller (Kellerräume sind nicht erleuchtet).

Parallel zweiter Anruf bei der Leitstelle. Seniorenheim meldet abgängige demente Person. Sie (Name wird genannt) sei nicht zum Frühstück erschienen. Überprüfung des Zimmers ergab, dass Person nicht anwesend. Kleidungsstücke und Zahnbürste fehlen, auch Personalausweis.

→ Streifenteams müssen erkennen, dass beide Meldungen dieselbe Person betreffen (Beide Teams müssen die Funksprüche hören können!).

Rollenanweisung:

Demente Person: macht sich auf den Weg, den Sohn in Hamburg in der Bergstraße zu besuchen. Der wüsste ja alles. Zeitlich, örtlich und zur Situation nicht orientiert. Anterograde Amnesie. Hat auf dem Weg Angst bekommen und sich in einen Keller zurückgezogen. Kauert in einer Ecke im Dunkeln und gibt leise Angstgeräusche

von sich. Bei Eintreffen der Beamten weiterer Rückzug. Hält Tasche fest umklammert und lässt diese nicht los. Sollten die Beamten Person mit Taschenlampe direkt anleuchten nimmt Angst zu. (keine Fluchtversuche, ggf. vor Angst schreien).

Falls Beamte Beleuchtung einschalten, bleibt Person ruhig, und wenn Beamte überzeugend in nonverbalem und verbalem Verhalten, folgt Person zögernd, ängstlich den Anweisungen. Person will aber keinesfalls Tasche aus der Hand geben. Fragt auch immer mal wieder nach dem Namen des Gesprächspartners und wer er/sie denn sei und wo man denn sei. Betont stets, zum Sohn zu wollen. Wenn mehrere Beamte zu dicht an Person herantreten, Zunahme von Unruhe und Angst. Auch wenn zu viele Umgebungsgeräusche gemacht werden.

Erwartetes Verhalten: Langsames Annähern. Sprechender Beamter begibt sich auf Augenhöhe der Person. Nur ein Beamter redet. Freundliche Ansprache. Immer am Beziehungsaufbau/Vertrauen arbeiten. RTW benachrichtigen. Person muss ganz kleinschrittig „geführt“ werden: aufstehen, ins Treppenhaus gehen. Es muss jeder gewünschte Schritt angekündigt werden und nachgefragt werden, ob das wohl ginge! Haus verlassen zum RTW. Alle Schritte nur in Absprache mit der dementen Person. Falls Überprüfung der Personalien gefordert wird, müssen die eingesetzten Kräfte erarbeiten, dass Person bereit ist, Tasche zu öffnen, sodass die Beamten hineinsehen können, aber keinesfalls bereit ist, Tasche aus den Händen zu geben.

Falls Beamte zu schnell vorgehen oder unter nicht angekündigtem Körperkontakt vorgehen wollen oder die Tasche „entreißen“, reagiert demente Person „hysterisch, aufgebracht und wild“. Dann muss Zugriff erfolgen. Übungsende.

Falls adäquater Umgang gelingt, Übungsende nach Verlassen des Hauses.

Lehrziel/Nachbereitung: Verhalten einer dementen Person ist immer reaktiv bezogen auf Umgebungs- und Situationsreize. Wird die Situation adäquat gehandhabt und die Person in deren Verlangsamung und Gedächtnisproblematik aufgenommen, bleibt die Lage in der Regel ruhig.

7 Fazit

Konflikte und Gewalt sind Teil polizeilicher Arbeit. Gefahren von anderen abzuwehren, sich selbst und Kollegen zu schützen sowie Maßnahmen gegen den Widerstand von Bürgern

durchzusetzen, sind grundlegende Polizeiaufgaben. Die verantwortungsvolle dienstliche Ausübung erfordert es, Gewalt zu vermeiden, aber auch einsetzen zu können. Als das wichtigste Mittel wird Deeskalation angesehen, welche den Einsatz von Gewalt verhindern oder mindern kann. Ebenso gilt deeskalatives Verhalten auch als Mittel zur Reduzierung von Gewalt gegen Einsatzkräfte (Rau & Leuschner, 2018). Deeskalation in Form von Kommunikation wird als das wichtigste und effektivste Einsatzmittel angesehen und entsprechend von der deutschen Polizeidienstvorschrift 100 (PDV 100) sowie dem Europäischen Kodex für die Polizeiethik (Ministerkomitee des Europarates, 2001) gefordert. Der geschickte Einsatz kommunikativer Deeskalation schützt nicht nur Polizei und Bürger, sondern fördert das Vertrauen in die Polizei als Organisation (Baier & Ellrich, 2014; Nägel & Lutter, 2019; Staubli, 2023). Dies kann dann zukünftige Interaktionen zwischen Bürgern und der Polizei prägen und somit weitere Konflikte reduzieren helfen.

In diesem Beitrag wurden Verhaltensweisen für Polizeieinsätze mit Personen in psychischen Ausnahmesituationen vorgeschlagen, die systematisch helfen können, unter Beachtung der Eigensicherung deeskalierend zu handeln. Es muss berücksichtigt werden, dass dies keinen gewaltlosen Ausgang des Einsatzes garantieren, sondern einen solchen nur wahrscheinlicher machen kann. Dennoch trägt dies zu einer friedlichen Konfliktlösung sowie zur Sicherheit aller Beteiligten wie auch der Gesellschaft bei. Deshalb verpflichtet diese Chance auf das Grundrecht der Unversehrtheit gleichsam Polizeiorganisationen dazu, Polizeibeamte durch Auswahl, Ausstattung und Aus- und Fortbildung in die Lage zu versetzen, deeskalierend zu handeln. Die Organisation hat im Sinne der Verantwortung für die Gesellschaft wie auch aus Fürsorgepflicht für ihre Mitarbeiter dafür zu sorgen, dass Polizeibeamte über die entsprechenden Kompetenzen verfügen, in höchstem Maße qualifiziert und umfassend trainiert in alle Einsätze gehen zu können.

Limitierungen

Sowohl das Modell KODIAK als auch das hier vorgestellte Vorgehen im Umgang mit Personen in psychischen Ausnahmesituationen sind theoretische Modelle. Die Autoren haben versucht, die beschriebenen Prozesse und Handlungsempfehlungen logisch zu begründen und wissenschaftsbasiert zu fundieren. Eine datenbasierte Evaluation ist ausstehend.

LITERATUR

- Baier, D. & Ellrich, K. (2014). Vertrauen in die Polizei im Spiegel verschiedener Befragungsstudien. In K. Ellrich & D. Baier (Hrsg.), *Polizeibeamte als Opfer von Gewalt*. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Biedermann, J. & Ellrich, K. (2022). Der polizeiliche Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen bei Menschen mit psychischen Störungen – Handlungskonzepte, Spannungsfelder und Notwendigkeiten der zukünftigen Beforschung. In: M. S. Staller & S. Koerner (Hrsg.), *Handbuch polizeiliches Einsatztraining* (S. 431 - 450) Berlin: Springer.
- Collins, K., & Carthy, N. (2018). No rapport, no comment: The relationship between rapport and communication during investigative interviews with suspects. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 16(1), pp. 18 - 31. <https://doi.org/10.1002/jip.1517>.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie*. (7. Aufl.) Beltz PVU.
- Diederichs, O. (2016). *Polizeiliche Todesschüsse 2015*. Bürgerrechte & Polizei CILIP, 111, S. 84 - 88.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2008). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 4. Auflage. Göttingen: Huber.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, W. L., Jayaram, M. B., & Xia, J. (2017). De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, 4. Art. No.: CD009922. DOI: 10.1002/14651858.CD009922.pub2.
- Ellrich, K. & Baier, D. (2015). Einstellungen zur bürgerorientierten Polizeiarbeit. Ergebnisse einer Befragung von Einsatz- und Streifendienstbeamten. *SIAK Journal*, 4, S. 39 - 54.
- Feltes, T. & Alex, M. (2020). Polizeilicher Umgang mit psychisch gestörten Personen. In: D. Hunold & A. Ruch (Hrsg.). *Polizeiarbeit zwischen Praxishandeln und Rechtsordnung*. Edition Forschung und Entwicklung in der Strafrechtspflege (S. 279 - 299). Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30727-1_13.
- Findlay, J. M., & Gilchrist, I. D. (2007). *Active Vision. The Psychology of Looking and Seeing*. New York: Oxford University Press.
- Freiberger, H. J., Cooper, J. E. & Weltgesundheitsorganisation. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (8., überarbeitete Auflage un-

- ter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification).
- Fuller, D. A., Lamb, H. R., Biasotti, M., & Snook, J. (2015). Overlooked in the undercounted. The Role of Mental Illness in Fatal Law Enforcement Encounters. Treatment Advocacy Center. <https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/overlooked-in-the-undercounted.pdf>.
- Gaynes, B., Brown, C., Lux, L., Brownley, K., Van Dorn, R., Edlund, M., Coker-Schwimmer, E., Weber, R., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services*, 68. [appi.ps.201600314](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314). [10.1176/appi.ps.201600314](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314).
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Grubb, A. R. (2023). Effective Police Negotiation: Synthesizing the Strategies and Techniques That Promote Success Within Hostage or Crisis Situations. In: M. S. Staller, S. Koerner & B. Zaiser (Hrsg.). *Police Conflict Management: Volume I - Challenges and Opportunities in the 21st Century* (pp. 285 - 314). Cham: Palgrave Macmillan.
- Hermanutz, M. & Spöcker, W. (2022): Kommunikation mit Bürgerinnen und Bürgern bei polizeilichen Routinetätigkeiten. In B. Körber, H. P. Schmalzl (Eds.), *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen* (4th ed., S. 332 - 340). Boorberg.
- Hermanutz, M., Spöcker, W., Cal, Y. & Maloney, J. (2005). Kommunikation bei polizeilichen Routinetätigkeiten. *Polizei & Wissenschaft*, 3, S. 19 - 39.
- Ibrahim, F. & Kattenberg, T. (2024) Die heuristische Gefährdungsbeurteilung - ein Fortbildungsansatz zur Verbesserung der Polizeiarbeit im Umgang mit Personen in psychischen Ausnahmezuständen. *Forens Psychiatr Psych Kriminol*, 18, S. 167 - 176 <https://doi.org/10.1007/s11757-023-00818-z>.
- Kesic, D., & Thomas, S. D. (2020). Police use of force. An examination of Australian policing. In P. Birch, M. Kennedy & E. Kruger (Eds.), *Australian Policing: Critical Issues in 21st Century Police Practice* (183-197). Routledge.
- Körber, B. (2012): Visuelle Wahrnehmung. In: C. Lorei & J. Sohnemann. (Hrsg.) *Grundwissen Eigensicherung*, Frankfurt/M. 2012. S. 67 - 82.
- Körber, B. & Heusler, B. (2022). Aufmerksamkeitssteuerung und taktische Blickführung. In: B. Körber, H. P. Schmalzl & M. Hermanutz. (Hrsg.). *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen. Ein Handbuch für die professionelle Konflikt- und Krisenbewältigung*. 4., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Boorberg. S. 81 - 92.
- Krupp, S. & Thode, P. (2016). Sprache bei Demenz. *Sprache, Stimme, Gehör*, 40, S. 126 - 130.
- Latscha, K. (2022). Posttraumatische Belastungsstörung. In: B. Körber, H. P. Schmalzl & M. Hermanutz (Hrsg.). *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen*. 4. Aufl. Stuttgart: Boorberg. S. 375 - 387.
- Litzke, S. M. (2006). Attitudes and emotions of German police officers towards the mentally ill. *International Journal of Police Science & Management*, 8 (2), pp. 119 - 132. <https://doi.org/10.1350/ijps.2006.8.2.119>.
- MacIsaac, A., Baldwin, S., Semple, T., & Benell, C. (2024). Exploring the Relationship Between Officer Safety and De-escalation in a Simulated Crisis Encounter. *Police Quarterly* 0 (0), pp. 1 - 29.
- Meyer, T. D. & Hautzinger, M. (2024). Bipolare Störungen. In: T. Teismann, P. Thoma, S. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 411 - 421.
- Lorei, C., Hartmann, J., Müller, J. & Ellrich, K. (2019) Gewalterfahrungen im Rettungsdienst. Häufigkeit, situative Umstände und Folgen. *Polizei & Wissenschaft*, 3/19, S. 35 - 66.
- Lorei, C., Kocab, K., Haini, T., Menzel, K., Groß, H., Bachmann, R. & Greis, T. (2024). KODIAK - Modell zur kommunikativen Deeskalation in alltäglichen Konfliktsituationen. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Lorey, K. & Fegert, J.M. (2021). Polizeilicher Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 15, S. 239 - 247. <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00670-z>.
- Maier, S. & Dittrich-Gessnitzer, K. (2023). Psychische Zustände erkennen, statt Störungsbilder identifizieren. *Polizei & Wissenschaft*, 3/23, S. 36 - 45.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2008). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie 2 - Störungen des Erwachsenenalters*. Berlin: Springer.
- Lamprecht, M., (2023). Weil man in andere nicht reingucken kann - Wechselwirkungen in Begegnungen mit der Polizei. *Psychiatrische Praxis* 50 (06), S. 333 - 334.
- Lindenmeyer, J. (2024). Substanzbezogene Störungen. In: T. Teismann, P. Thoma, S. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 369 - 384.

- Ministerkomitee des Europarates (2001). Europäischer Kodex für die Polizeiethik. URL: <https://rm.coe.int/16804d79ed>.
- Nägel, C., & Lutter, M. (2019). The 2017 French Riots and Trust in the Police. A Quasi-Experimental Approach. <https://doi.org/10.31235/osf.io/9ad37>.
- Rau, M. & Leuschner, F. (2018). Gewalterfahrungen von Rettungskräften im Einsatz – Eine Bestandsaufnahme der empirischen Erkenntnisse in Deutschland. *Neue Kriminalpolitik*, 30 (3), S. 316 - 335.
- Renneberg, B. & Stoffers-Winterling, J. & Taubner, S. (2024). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: T. Teismann, P. Thoma, S. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 545 - 557.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., & Aly, R. M. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 13(1). <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2024). Persönlichkeitsstörungen verstehen. 12. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schmalzl, H.P. (2008). Einsatzkompetenz: Entwicklung und empirische Überprüfung eines psychologischen Modells operativer Handlungskompetenz zur Bewältigung kritischer Situationen im polizeilichen Streifen-dienst. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Schmalzl, H. P. (2009). Zur Frage der Gefährlichkeit psychisch Kranker in Kontakten mit der Polizei. In C. Lorei (Hrsg.). *Eigensicherung & Schusswaffeneinsatz bei der Polizei. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis 2009* (S. 183 - 201). Frankfurt/M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Schmalzl, H. P. (2022). Einsatzkompetenz - Ein Modell zur Bewältigung kritischer Einsatzsituationen. In: Körber, B., Schmalzl, H. P. & M. Hermanutz (2022). *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen*. 4. Aufl. Stuttgart: Boorberg, S. 178 - 196.
- Schmalzl, H. P. & Körber, B. (2022). Umgang mit psychisch auffälligen Personen. In: B. Körber, H. P. Schmalzl & M. Hermanutz (2022). *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen*. 4. Aufl. Stuttgart: Boorberg, S. 475 - 488.
- Schmidt, S. J. (2024). Schizophrenie und andere psychische Störungen. In: T. Teismann, P. Thoma, S. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 385 - 397.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Staubli, S. (2023). Police Trust and Legitimacy in Modern Societies: Fairness in Interactions as a Key. In: M. S. Staller, S. Koerner, & B. Zaiser. (eds.) *Police Conflict Management, Volume I*. Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-41096-3_2.
- Teismann, T. & Holl. J. (2024). Posttraumatische Belastungsstörung. In: T. Teismann, P. Thoma, S. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 484 - 493.
- Teismann, T., Schauenburg, H. & von Sydow, K. (2024). Depressive Störungen. In: T. Teismann, P. Thoma, S. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 398 - 410.
- Thöne-Otto, A. (2024). Neurodegenerative Erkrankungen. In: T. Teismann, P. Thoma, S. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 704 - 714.
- Thomas, S. H. D. (2020). Critical Essay: Fatal encounters involving people experiencing mental illness. *Salus Journal*, 8 (2), pp. 100 - 116.
- Riehl, C., Leuschner, F., Herr, A. T., Lorei, C. & Kippnich U. (2022). Forschungsprojekt AMBOSafe: Angriffe auf Rettungsdienstpersonal – Charakteristika und Prävention. *Rettungsdienst* (11), S. 22 - 26.
- Robertson, T., Daffern, M., Thomas, S., & Martin, T. (2012). De-escalation and limit-setting in forensic mental health units. *Journal of Forensic Nursing*, 8, pp. 94 - 101.
- Simpson, S. A., Sakai, J., & Rylander, M. (2020). A Free Online Video Series Teaching Verbal De-escalation for Agitated Patients. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 44(2), pp. 208 - 211. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01155-2>.
- Wittmann, L. & Posch, L. (2023). Zur Besonderheit von Polizeieinsätzen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: M. S. Staller, B. Zaiser & S. Koerner. (Hrsg.). *Handbuch Polizeipsychologie* (S. 519 - 539). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40118-426>.

Anhang: Merkliste / Übersicht

I. Zugewandtheit und Geduld:

- *Respekt*: das polizeiliche Gegenüber, der Bürger oder der Täter ist ein Mensch wie man selbst.
- *Zugewandtheit* (die Person betreffend) und professionelle Distanz (die Sache betreffend) sind kein Widerspruch!

II. Exploration:

- Was ist das für ein Mensch? → Ich bin neugierig, ich möchte dich kennenlernen!
- Was ist los? → Ich möchte mir einen Überblick verschaffen!
- Zugewandtheit → Erzähl mir von dir!

III. Fähigkeiten und Defizite überprüfen:

- Was denkst du? → kognitive Fähigkeiten
- Wie fühlt sich das an? → affektive Schwingungen
- Was möchtest du tun? → Handlungsintentionen
- Wie verhältst du dich? → overttes Verhalten (was beobachte ich selbst bei dir?)

&: Selbstreflexion/Perspektivenwechsel → Wie siehst du mich? Was bin ich für dich?

IV. Aufnehmen:

- Persönlichkeitsstörung: betrifft soziale Interaktion/Verhalten
→ Zentrale Beziehungsmotive bedienen!
- Wahnhafte Erkrankung: betrifft kognitives Erleben
→ Nicht in den Wahn begeben; formell eingehen. Affekte aufnehmen!
- Affektive Erkrankung: betrifft emotionales Erleben
→ Manische Episoden: Nicht mitschwingen; formell eingehen; versachlichen!
- Belastungsstörung:
→ Dissoziative Phasen → Kognitiv ausgerichtete Kommunikation, wiederholt Orientierung geben und Beobachtungen verbalisieren,
→ Unruhige Phasen → selbst immer ruhig bleiben,
→ Hilflose Phasen → erfüllbare Aufgaben stellen.

V. Sicherheit geben:

- Bei jeder psychischen Erkrankung immer verbal und nonverbal vermitteln:
→ Du bist sicher!
→ Du kannst dich auf mich verlassen!

Kontakt

Dr. rer. nat. Bernd Körber
Professor an der Polizeiakademie Niedersachsen

E-Mail: bernd.koerber@polizei.niedersachsen.de

Prof. Dr. Clemens Lorei
Hessische Hochschule für öffentliches Management und Sicherheit

E-Mail: Clemens.lorei@hoems.hessen.de