

***Schnittstellen und gemeinsame Herausforderungen durch  
Amokhandlungen und andere schwere Gewaltandrohungen***

**Wolfgang Weissbeck**

Aus: Erich Marks (Hrsg.):  
Gewalt und Radikalität  
Ausgewählte Beiträge des 23. Deutschen Präventionstages  
11. und 12. Juni 2018 in Dresden  
Forum Verlag Godesberg GmbH 2019, Seite 403

978-3-96410-000-9 (Printausgabe)  
978-3-96410-001-6 (eBook)

## **Schnittstellen und gemeinsame Herausforderungen durch Amokhandlungen und andere schwere Gewaltandrohungen**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird wiederkehrend mit der Frage konfrontiert, ob bei der Gewaltandrohung von Schülern mit der Umsetzung dieser Ankündigung zu rechnen ist. Da Schule der zentrale Ort der Lebensbewältigung Jugendlicher ist, kommt es hier zwangsläufig bei Problemen der Bewältigung von zentralen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters zu möglicherweise öffentlich wirksamen Konflikten, nämlich wenn Jugendliche bei der Integration in die Gemeinschaft/ Gesellschaft scheitern und dies zu Amokdrohungen oder gar –handlungen führt. Auch in anderen Kontexten als Schule kann es zur Androhung von Gewalt kommen, diese beziehen sich in aller Regel aber auf den unmittelbaren sozialen Kontext und sollen im folgenden Beitrag keine Berücksichtigung finden. Neue Herausforderungen stellen die Ankündigung von Gewalthandlungen in Flüchtlingsunterkünften im Zusammenhang mit unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden, sog. UMAs, dar. Wiederholt kam es zur Androhung schwerer Gewalt in Verbindung mit dem sogenannten „Islamischen Staat“, was ebenfalls krisenhafte Vorstellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach sich zog. Insbesondere bei Strafunmündigen, also vor Vollendung des 14. Lebensjahres, scheint die Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Grund der dort in aller Regel auch vorhandenen restriktiven Möglichkeiten für die Polizei, aber mitunter auch andere Behörden, alternativlos, in Ermangelung anderer Unterbringungsmöglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe.

Ankündigungen schwerer Gewalt haben aber nicht immer etwas mit psychischer Störung zu tun, was nun unweigerlich zu einem Konflikt führt, der sich mitunter kaum auflösen lässt. Beteiligte an den Schnittstellen sind bei der Fragestellung Androhung schwerer Gewalt einerseits die Polizei, gefragt ist aber auch die Jugendhilfe, selbstverständlich neben Eltern/ Erziehungsberechtigten, andererseits auch politische Institutionen, gerade wenn die Gewaltandrohungen öffentlichkeitswirksam werden.

An den folgenden Fallbeispielen aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis soll kurz illustriert werden, welche Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Abklärung bestehen.

Da es sich um ein gesamtgesellschaftliches Problem handelt bedarf es hier der gemeinsamen Verantwortungsübernahme und des Engagements aller beteiligter Institutionen und Partnern. Es soll eine Lösungsmöglichkeit skizziert werden, wobei es zur Gefahrenabwehr sicher erforderlich sein wird, unter Berücksichtigung aller ethischen

Bedenken, auch räumliche Voraussetzungen, welche in der Jugendhilfe anzusiedeln sein werden, zu schaffen, um sich den zukünftigen Herausforderungen zu stellen. Es bedarf der Einrichtung von Clearing-Stellen, welche auch die Möglichkeiten einer zeitweisen Geschlossenheit auch unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten vorhalten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss sich ausreichend forensisch professionalisieren, hierzu bedarf es weiterer jugendforensischer Kompetenzzentren. Es bedarf darüber hinaus unter Beteiligung von Polizei, Justiz, Jugendforensik und Jugendhilfe gemeinsamer Fallkonferenzen.

### **Einleitung:**

Die Ankündigung von Amok an deutschen Schulen ist verhältnismäßig häufig: insbesondere im zeitlichen Zusammenhang mit innerdeutschen Amoktaten (z.B. Erfurt und Winnenden) kommt es etwa zu 0,3 Androhungen oder Ankündigungen auf 1000 Schüler pro Schuljahr mit steigender Tendenz (Leuschner et al 2016). In diesen Fällen führt dies wiederholt zu Vorstellungen bzw. Einweisungen in die Psychiatrie, was beinahe regelhaft zu geschehen scheint, wie in den folgenden Beispielen veranschaulicht wird. Diese Vorgehensweise der Polizei ist zunächst nachvollziehbar, da juristisch häufig die alleinige Ankündigung in aller Regel nicht für eine Inhaftierung reicht, zumal selten sofort klar wird, wie substantiell die Drohung ist, eine Klärung aber dringend geboten ist.

So titelt beispielsweise die „Hannoversche Zeitung“ am 06.04.2017: „Schüler wegen Amokdrohung in Uslar festgenommen“. In dem Artikel ist zu lesen, dass nach einer Amokdrohung der Schüler sich mittlerweile in einer „geschlossenen Abteilung der Jugendpsychiatrie“ befinde.

Die „Stuttgarter Zeitung“ berichtete am 16.08.2016 von einem Schüler des Gerlinger Robert-Bosch-Gymnasiums, der „noch auf freiwilliger Basis“ in der Jugendpsychiatrie in Winnenden „eingewiesen“ wurde. Dieser Schüler soll mit dem Amokläufer in München, der am 22.07.2016 neun Menschen erschossen hatte, in Verbindung gestanden haben. Was wir aus den Artikeln selbstverständlich nicht erfahren, ist, ob denn tatsächlich eine psychiatrische Indikation für eine Aufnahme bestand.

In den aktuellen internationalen Klassifikationssystemen für Erkrankungen (ICD-10 der WHO und DSM-5) findet sich keine entsprechende Diagnosezuordnung, allenfalls der Hinweis auf die kulturspezifische Zuordnung des „Amok“ in den westpazifischen Kulturraum. Ältere Untersuchungen (Adler et. al. 1993) gehen davon aus, dass 44 % der Amokläufer keine psychiatrische Diagnose aufweisen, eine jüngere Untersuchung an 27 Amokläufern zeigte, dass 25,9% keine psychiatrische Diagnose erhielten. Im Umkehrschluss wären somit  $\frac{2}{3}$  bis  $\frac{3}{4}$  der Amokläufer manifest psychi-

atrisch erkrankt, was die Vorstellung in der Psychiatrie und eine genaue Untersuchung rechtfertigt, einen weiteren Aufenthalt bei Ausschluss einer psychiatrischen Störung aber nicht weiter rechtfertigt, selbst wenn eine Gefährdung Dritter nicht ausgeschlossen werden kann.

Saimeh (2015) definierte Amokhandlungen als wahllos erscheinende, homizidal-suizidale Gewalttaten, in der Regel handelt es sich um einen Einzeltäter, mit dem Ziel eine Vielzahl von Menschen zu töten. Diese Definition weist zumindest auf ein Kernthema der Psychiatrie, die Suizidalität, hin. Suizidalität stellt zwar für sich genommen nur ein Symptom dar, welches bei einer Vielzahl psychiatrischer Störungen vorkommt, weist meist aber auf Vorliegen einer Depression hin. Mitunter können Amokhandlungen auch als erweiterter Suizid verstanden werden, was aber sicher nicht allen Fällen gerecht wird. Es bleibt die Frage der Kooperation, gerade wenn sich herausstellen sollte, dass die Psychiatrie nicht der richtige Ort der Unterbringung ist oder eine Gefährlichkeit besteht, aber aufgrund verschiedener Umstände, gerade bei Kindern und Jugendlichen, kein geeignetes Setting zur Sicherung zur Verfügung steht.

Der Beitrag beschäftigt sich mit den Schnittstellen anhand von Fallbeispielen aus der Praxis.

### **Fallbeispiel 1: Vermeintliche Ankündigung eines Amoklaufs**

Der Schüler E. wurde in den Abendstunden gemäß POG aufgrund einer durch die Polizei nicht klar einzuordnenden Amokdrohung in Begleitung von 2 Polizeibeamten und der Mutter vorgestellt. Grundlage der Vorstellung war ein Text, in dem er detailliert einen Amoklauf an seiner Schule beschrieb. Die Vorstellung wurde auf Druck der Schule veranlasst.

Wie sich herausstellte, hatte er den Text bereits 20 Tage zuvor verfasst. Er wurde erst kurz vor der Aufnahme von dem Lehrer, der diesen als Strafarbeit von E. eingefordert hatte, gelesen. E. hatte eigentlich nicht erwartet, dass der Text überhaupt gelesen wird.

Zur Abschätzung der Gefahrenlage wurde der Schüler zunächst stationär aufgenommen. Die Staatsanwaltschaft verweigerte, Inhalte aus dem konfiszierten Computer des Jugendlichen aus sogenannten „ermittlungstaktischen“ Gründen preiszugeben, was die Einschätzung naturgemäß erschwerte.

Outcome: Notfallmäßige Aufnahme, Entlassung am nächsten Tag, nachdem eine unmittelbare Fremdgefährdung nicht fest zu stellen war. Es erfolgte eine ambulante Nachsorge über ein Jahr. Als Grundstörung fand sich eine gering ausgeprägte hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens. E. wurde trotz der psychiatrischen Intervention unter dem nächstbesten Vorwand von dem Gymnasium verwiesen. Nach mehreren Schulwechslern erreichte er die Mittlere Reife. Infolge der Auswirkungen, die diese

Geschichte und die Folgen für ihn hatte, kam es zu einer depressiven Episode. Heute, Jahre nach dem Ereignis, macht E. eine Lehre zum Fotografen und scheint sich gut stabilisiert zu haben.

### **Exkurs:**

Aussagetechnisch ist es quasi nahezu unmöglich, eine Amokhandlung positiv richtig vorherzusagen, da das Verhältnis von Androhungen und Ankündigungen von Amok, das sogenannte „leaking“, und realen schweren Gewalthandlungen weit auseinanderklaffen, wie die Berliner Untersuchung zur Häufigkeit von Ankündigungen und Androhungen tödlicher Gewalt (Leuschner et al 2016) klar zeigt:

In dem Zeitraum zwischen 1996 und 2007 kam es nach Meldung aller Berliner Schulen insgesamt zu 427 Androhungen, diesen standen 2 bekannte und verhinderte Handlungen gegenüber. Berücksichtigt wurden nur Androhungen mit expliziter Tötungsabsicht, eine polizeiliche Erfassung erfolgte nur bei Anzeige (etwa bei der Hälfte der Ankündigungen/Drohungen). Insgesamt stieg die Anzahl der Drohungen immer weiter an, d.h. die meisten Androhungen fanden in den letzten beiden Jahren statt, insbesondere in zeitlichem Zusammenhang mit innerdeutschen medienwirksamen Amoktaten. Nichts bekannt ist gegenwärtig über den weiteren Verlauf dieser ansteigenden Kurve in den letzten zehn Jahren nach 2007. Zudem konnten nur sogenannte „Hellfelddaten“ beschrieben werden. Gleichzeitig ist bekannt, dass Ankündigungen sehr viel häufiger gegenüber Mitschülern erfolgen, welche in den meisten Fällen ihr Wissen nicht unbedingt an andere, insbesondere an Lehrer, Eltern oder andere Erwachsene, weitergeben, was bekanntermaßen fatale Folgen haben kann.

Neben den Problemen, Amokhandlungen oder andere schwere Gewaltandrohungen vorherzusagen, besteht die Fähigkeit des Psychiaters und der im Rahmen der psychiatrischen Versorgung einbezogenen Berufsgruppen in erster Linie darin, psychische Krankheiten zu diagnostizieren und diese zu behandeln. Lediglich in einem forensisch spezialisierten Kontext wird auch auf den Zusammenhang zwischen psychischer Störung und potentiellen Gewalthandlungen tatsächlich ausreichend fokussiert.

In den letzten Jahren gibt es durchaus Belege, dass psychiatrische Krankheiten zudem deutliche Geschlechtsunterschiede aufweisen, was insbesondere beim Vorliegen von Depressionen eine Rolle zu spielen scheint. So weisen beispielsweise Möller & Lehmkühler (2009) darauf hin, dass bei Männern die Depression häufig bei bedrohtem sozialem Status auftritt, bei allein Lebenden oder geschiedenen/getrennten und arbeitslosen Männern häufiger zu finden ist. Hierbei steht oft die zu erwartende depressive Stimmung nicht so sehr im Vordergrund, sondern es kommt vielmehr zu einer absinkenden Leistung, häufig einer erhöhten Feindseligkeit, einem erhöhten Alkoholkonsum und einer Zunahme an Agitiertheit sowie zu einer externalisierenden Form der Stressbewältigung, was im Rahmen der Depression bei Männern häufiger dazu

führt, dass diese nicht erkannt wird. Zudem begeben sich Männer seltener aufgrund psychischer Beschwerden in Behandlung. Diese eher externalisierende Umgehungsweise zeigt sich auch in der Suizidrate: So werden zwar deutlich mehr Frauen als Männer wegen Depressionen behandelt, die Suizidrate beträgt jedoch bei Männern gegenüber Frauen durch alle Lebensspannen ein Vielfaches. Besonders gravierend wird diese ungünstige Kombination im Rahmen einer sogenannten suizidal-homizidalen Tatkonstellation (Melo et al 2012): Hierbei kommt es zu einer Kombination von Selbsttötungsgedanken, verbunden mit Rachefantasien. Eine solche Tat wird als letzter Ausweg („last resort“) gesehen, der Suizid erscheint im Zusammenhang mit Gewalt als der nächste logische, notwendige und einzige Schritt, um die Notlage zu beheben.

Aufgrund der eben beschriebenen Tatsache, dass sich Männer häufig nicht in Behandlung begeben, bedarf es anderer Personen aus dem sozialen Umfeld, die bei Warnhinweisen dazu beitragen, dass ein entsprechend gefährdeter Mann sich freiwillig oder unfreiwillig in Behandlung begibt. Diese „Meldung“ ist im Jugendalter dadurch etwas erleichtert, dass hier in aller Regel ein engerer Bezugsrahmen besteht (Familie, Schule oder auch Jugendhilfe), der nahe an dem Jugendlichen steht und etwaige Äußerungen mitbekommen könnte. Zum Anderen können Sorgeberechtigte leichter eine Vorstellung bei einem Kliniker veranlassen oder auch erzwingen, wenn ein Minderjähriger entsprechende suizidal-homizidale Äußerungen macht oder auch fremdgefährdendes Verhalten zeigt. Hierzu bedarf es dann aber auch dem beherzten und gezielten Nachfragen nach fremdgefährdenden Haltungen, Handlungen oder Fantasien. Insbesondere bei unzureichender Kooperation und einem Deutlichwerden von externalisierendem Problemlöseverhalten ist dann auch das Mittel der Freiheitsentziehung zu berücksichtigen, unter Beachtung der entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen, welche im Jugendalter der § 1631 b BGB darstellt, falls nicht bereits eine Gefährdung Dritter zu anderen juristischen Konsequenzen, beispielsweise einer Unterbringung gemäß § 81 oder 126a StPO geführt hat. In diesem Falle wäre jedoch nicht mehr von einem präventiven Vorgehen zu sprechen. Dass die Einschätzung der fremdaggressiven Gedanken häufig zu kurz kommt, zeigt eine Untersuchung von Sanders et al (2000). Hier zeigte sich, dass Eigengefährdung so gut wie immer erfragt und dokumentiert wurde (in 93,9% der Fälle), während jedoch eine Fremdgefährdung lediglich in 13,2% der Fälle erfragt und dokumentiert wurde.

Beim Einsatz sogenannter Prognoseinstrumente ist aber zu berücksichtigen, dass die Trefferrate (ROC) bei 80 % liegt, diese Instrumente keinesfalls spezifisch sind, sondern nur allgemein für Gewalttaten gelten. Für diese spezifischen Taten gibt es kein Instrument.

Unbekannt ist auch die „time at risk“, also die individuelle Lebensspanne, in der eine besonders hohe Gefahr besteht.

### **Fallbeispiel 2: Vorbereitung eines Amoklaufs**

Die 16-jährige L. hatte ihren Rucksack mit Äxten, die sie speziell für diesen Fall gekauft hatte, sowie einem Molotow-Cocktail, bestehend aus Feuerzeugbenzin, gepackt. Damit wollte sie das Haus verlassen, konnte aber von den Eltern, die bereits wussten, dass sich L. seit einem Jahr mit Amokgedanken beschäftigte, festgehalten werden, wobei auch noch ein Nachbar zu Hilfe eilte, bis die Polizei kam. Wiederholt war sie wegen dieser massiven Gewaltphantasien bereits in klinischer Behandlung mit der Diagnose einer „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ“ gewesen. Nun erfolgte eine Unterbringung gemäß § 126a StPO. Als Gründe für ihren Wunsch, ihre ehemalige Klasse „auszulöschen“, gab sie an, dort massiv gemobbt worden zu sein. Im Verlauf stellte sich jedoch heraus, dass L. unter einer „paranoiden Schizophrenie“ litt, die Mobbing-Erlebnisse könnten einerseits Stressor und damit Mitauslöser der Erkrankung gewesen sein, andererseits ist es sehr wohl auch möglich, dass im Rahmen der schizophrenen Erkrankung Ereignisse als Mobbing gewertet wurden, die so gar nicht beabsichtigt waren. Dies ließ sich letztendlich nicht auflösen. Im Rahmen der Behandlung gab sie u.a. an, dass sie sich vorstelle: „Dann stehe ich vor der Klasse und bringe alle um bis auf einen, und dann gehe ich auf die Fensterbank und lege mir den Gürtel um den Hals und springe hinunter. Ich hätte das getan, dann hört das auf in meinem Kopf.“ L. stand unter einem hohen Durchführungsdruck, der ausgeprägte Wahn in Verbindung mit imperativen Stimmen ließ ihr keine Ruhe. Im Rahmen der Behandlung konnte unter Einsatz eines Depot-Neuroleptikums die Symptomatik soweit zurückgedrängt werden, dass im Rahmen der Hauptverhandlung eine Unterbringung gemäß § 63 StGB zur Bewährung ausgesetzt werden konnte. L. ging in eine spezialisierte Jugendhilfeeinrichtung, in der sie nicht nur ihren Schulabschluss nachholen konnte, sondern auch die Möglichkeit hat, eine Lehre ab zu schließen.

In diesem Fall war die Zuweisung in die Psychiatrie das geeignete Mittel, die unmittelbare Gefährdung einer schweren Gewalttat abzuwenden. Die Unterbringung gemäß § 126a StPO ermöglichte zudem eine Elternarbeit, die unter normalen klinischen Bedingungen aufgrund der emotionalen Verstrickung der Mutter mit L. kaum möglich gewesen wäre. Es wäre, wie bereits im Vorfeld häufiger geschehen, zu Behandlungsabbrüchen gekommen, auch hätte die Mutter einer Fremdunterbringung nie zugestimmt, was aber als Bewährungsauflage nun durchsetzbar war.

### **Fallbeispiel 3: Neue Herausforderungen: Alleinreisende minderjährige Flüchtlinge (UMAs) und Ankündigung von Gewalthandlungen**

R., 15-jähriger, jünger wirkender Analphabet. R. hat 14 Geschwister. Er sei im Januar 2016 mit zwei älteren Cousins aus Syrien geflüchtet und lebt seit gut vier Monaten in Deutschland. Er wohnte hier zeitweise bei einem Onkel, wurde aber von diesem aufgrund seines aggressiven Verhaltens auf die Straße gesetzt. In der hierauf folgen-

den Jugendhilfe-Einrichtung wurde er mehrfach durch massiv aggressives Verhalten auffällig: Bedrohung eines afghanischen Mitbewohners mit einem Messer, er hätte auch andere Mitbewohner gegen diesen aufgehetzt. Dabei sei es um religiöse Fragen und die Einhaltung des Ramadan gegangen. R. lege großen Wert auf muslimische Kost. Zuletzt war R. in einer Asylunterkunft mit erwachsenen Männern untergebracht. Diese hätten Angst vor dem Jugendlichen. Immer wieder bekunde er auch Sympathien für den IS.

Der Jugendliche verweigert zunächst die Teilnahme am Aufnahmegespräch auf Deutsch, gibt dann aber bereitwillig einem Telefondolmetscher Auskünfte. Wiederholt nach der Aufnahme bei uns mehrfach den Wunsch, sich bei Jugendamt, Vormund und Anderen für sein Verhalten zu entschuldigen. Er sei „nervös“ gewesen, da seine Mutter gestorben sei. R. wünscht Beschulung. Außerdem würde er gerne mit seinem Vater telefonieren. Eine Beschulungsmöglichkeit wird eingeleitet.

Im Kontakt nach der Aufnahme ruhig, angemessen, leicht weinerlich. Er antwortet adäquat auf gestellte Fragen, betont mehrfach, dass er keinen Stress machen wolle und sich an die Regeln halten werde. Weint zu Beginn häufig.

Aggressives Verhalten bestreitet er weitgehend oder stellt die Auslöser völlig anders dar. Er sei allerdings belastet durch seine Familie. Diese sei ein „Albtraum“. Daher schlafe er auch mit einem Messer unter dem Kopfkissen. Einen Hilfebedarf sieht er nicht, weiß nicht, was er hier soll.

*Outcome:* R. wurde nach dreitägiger Krisenintervention zurück in eine andere Jugendhilfeeinrichtung entlassen. Aus unserer Sicht bestand keine psychiatrische Erkrankung, die Drohungen von R. erschienen nicht ausreichend substantiell. In diesem Fall blieb die Bedrohungslage eher diffus und ließ somit keinen Raum für eine juristische Intervention (Inhaftierung oder Unterbringung nach §126a StPO in der Psychiatrie). Die Rolle der Psychiatrie war in diesem Fall nicht zwingend die richtige Maßnahme, da es zu keinem Zeitpunkt Anhaltspunkte für das Vorliegen einer psychischen Störung gab. Richtigerweise hätte R. in einer geeigneten (geschlossenen) Clearing-Stelle der Jugendhilfe untergebracht werden müssen, derartige Clearing-Stellen existieren aber in Rheinland-Pfalz nicht.

#### **Fallbeispiel 4: Neue Herausforderungen – radikalisierte Kinder und Jugendliche mit Ankündigung von Gewalthandlungen**

So stand es in der Zeitung: „Versuchter Anschlag: 12-Jähriger deponierte Nagelbombe in Ludwigshafen. Der Sprengsatz war nicht zündfähig, sollte aber viele Menschen verletzen oder töten: ein 12-Jähriger aus Ludwigshafen hat offenbar versucht, einen Nagelbombenanschlag zu verüben.“ (Spiegel-Online, 16.12.2016).

Was tun mit einem gewaltbereiten 12-Jährigen mit islamistischem Hintergrund? Da er aufgrund des Alters nicht strafmündig war, kam eine Haftunterbringung nicht in Frage. Der Junge wurde zunächst auf der Rechtsgrundlage § 1631b BGB in der Psychiatrie untergebracht. Dort war bald festzustellen, dass eine psychische Störung im engeren Sinne nicht vorlag. Das Landeskriminalamt sah eine hohe Gefährdung, die von dem Jungen ausging, eine Sicherungsmaßnahme erschien nachvollziehbar und erforderlich. Nun entbrannte aber ein Streit darüber, was die geeignete Maßnahme sei, da auch noch einmal durch einen externen Gutachter festgestellt wurde, dass eine Unterbringung innerhalb eines psychiatrischen Kontextes nicht begründbar sei, da eine psychische Störung nicht vorlag. Es begann eine Odyssee der Institutionen unter erheblichem politischem Druck. Jugendhilfeeinrichtungen lehnten die Aufnahme des Jungen aus nachvollziehbaren Gründen ab. Schließlich gelang es, einen freien Träger der Jugendhilfe zu finden, der sich auf Menschen mit Migrationshintergrund und Integration von Migranten spezialisiert hatte und dafür zu gewinnen, eine Spezialmaßnahme für diesen Fall zu kreieren, jedoch nicht ohne noch einmal in die Schlagzeilen zu geraten, weil zur Betreuung des Jungen ein mutmaßlicher Salafist eingestellt wurde. Hierbei ist jedoch der Einrichtung kein Vorwurf zu machen, da sie über das Führungszeugnis keine Informationen darüber erhalten konnte, dass der Psychologe dem radikalen Islamismus nahesteht. Diese Information hätte allenfalls von den Sicherheitsdiensten kommen können, was den Schluss nahelegt, dass hier eine Kooperationslücke bestand. Zuletzt geriet der Fall noch einmal in die Öffentlichkeit durch die Verbindung zu einem mittlerweile 18-jährigen radikalisierten Wiener, der am 13.04.2018 wegen der Anstiftung des Ludwigshafeners zu zwei versuchten Anschlägen zu einer langjährigen Haftstrafe verurteilt wurde.

Dieser Fall zeigt am gravierendsten die Versorgungslücke, die sich auftut, wenn keine psychische Erkrankung eine Unterbringung in der Psychiatrie bei einem nicht strafmündigen, aber schwer auffälligen Kind/Jugendlichen rechtfertigt. Bislang ist es auch in Rheinland-Pfalz nicht gelungen, eine entsprechende Struktur zu schaffen, wobei hierbei auch ein gewisser Mangel an Pragmatismus zu erkennen ist. Der Verfassungsschutz weist mittlerweile öffentlich darauf hin, dass es mit der Welle der heimkehrenden Frauen, die mit Kämpfern des IS verheiratet sind, auch eine Welle heimkehrender Kinder geben wird, die ihre Kindheit im Hoheitsgebiet des sogenannten Islamischen Staates verbracht haben und dementsprechend radikalisiert wurden. Darunter sind auch radikalisierte strafunmündige Kinder zu erwarten.

### **Fallbeispiel 5: Neue Herausforderung: Abgrenzung Radikalisierung und Amok**

Der 14-jährige M. ist seit 6 Monaten in einer geschlossenen Unterbringung nach mehreren vorausgehenden gescheiterten offenen stationären Jugendhilfemaßnahmen untergebracht. Bereits im Vorfeld fiel M. wiederholt durch eine erhöhte Kränkbarkeit auf. Die alleinerziehende Mutter, selbst psychisch krank, hatte zu keinem Zeitpunkt einen stabilisierenden Einfluss auf M., immer wieder drohte der Sorgerechtsentzug,

der letztendlich nicht zustande kam, da die Mutter zuletzt mit dem Jugendamt vermeintlich kooperierte, als es um die geschlossene Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung von M. ging, nachdem er über das Internet eine Amokdrohung mit konkretem Inhalt über ein soziales Netzwerk machte. M. begann sich zunehmend mit dem Islam per Selbststudium zu beschäftigen, ohne jedoch tatsächlich eine tiefe Religiosität zu entwickeln. Vielmehr erschien ihm der radikalisierte Islam als geeignete Blaupause für seine, durch seine massive narzisstische Kränkbarkeit ausgelöste Menschenverachtung. An dem Tag, an dem der Verfassungsschutz ihm mitteilte, dass er die Beobachtung seiner Aktivitäten einstellt, zündete er am Abend ein Feuer in seinem Zimmer in der geschlossenen Einrichtung mit einem heimlich eingebrachten Feuerzeug und stürzte sich mit einem Plastikmesser bewaffnet auf den Sicherheitsdienst, der die Tür der Einrichtung im Rahmen des ausgelösten Brandalarms und der anstehenden Evakuierung sicherte, mit „Allahu-Akbar“-Ruf. Der Junge konnte rasch überwältigt werden und wurde uns in die Psychiatrie überstellt. Aufgrund der geschlossenen Unterbringung bestand bereits ein § 1631b BGB-Verfahren. Deutlich wurde die Entwicklung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, wobei er dies für sich selbst nicht als Störung akzeptierte und sich einer Behandlung aktiv widersetzte. Damit war eine klinische Behandlung der Symptomatik nicht gegeben, dennoch bestand eine eindeutige Gefährlichkeit, da offensichtlich die öffentliche Wahrnehmung seiner Gefährlichkeit für ihn selbst von großer Bedeutung war. Die zuständige Staatsanwaltschaft beschloss nach längerem Zögern zunächst keine – aus meiner Sicht hier angemessene Unterbringung gemäß § 81 oder 126a StPO – zu veranlassen. Nachdem es nicht gelang, eine geschlossene Jugendhilfemaßnahme erneut für M. zu finden, da keine Einrichtung bereit war, ihn aufzunehmen, wurde er schließlich zu der noch immer sorgeberechtigten Mutter entlassen.

Auch hier sieht man deutlich ein Schnittstellenproblem, nämlich die unterschiedliche Wahrnehmung der Systeme: Während die Justiz hier davon ausgeht, dass kein Handlungsdruck besteht, da die Person, von der eine Gefährdung ausgeht, scheinbar sicher untergebracht ist, nämlich in der Psychiatrie oder in der geschlossenen Jugendhilfe, kann sich dies für die Psychiatrie wiederum als Problem darstellen, da aufgrund der andersgearteten Rechtslage innerhalb des § 1631b BGB, der vor allem auf das Kindeswohl abzielt, nicht zwingend eine längerfristige, auf das Gemeinwohl gerichtete Maßnahme abzuleiten ist. Zudem, wenn entweder keine psychiatrische Störung besteht oder die Behandlungsbedürftigkeit einer bestehenden Störung nicht gegeben ist oder ein nicht auflösbarer Motivationsmangel der Behandlung entgegen steht oder gar der Medizinische Dienst eine Behandlung beendet, da diese offensichtlich „forensischer“ Natur sei (was schon vorgekommen ist) ist, die psychiatrische Behandlung zu beenden. Anders wäre dies im Bereich des Jugend-Maßregelvollzugs (siehe auch Weissbeck 2009, 2016), welcher aber entsprechende juristische Hürden besitzt. Eine wesentliche Schwierigkeit ist auch, dass in den meisten Kinder- und Jugendpsychiatrien kein hinreichender Kenntnisstand bezüglich Gefährlichkeitseinschätzungen besteht, d.h., dass kein ausreichendes know-how hinsichtlich forensisch-psychiatrischer Risikoeinschätzung vorhanden ist, was beispielsweise die Handhabung von Prognoseinstrumenten angeht und eine forensische Deliktbearbeitung nicht gegeben ist. Hierzu bedarf es der Schaffung der Schaffung einer ausreichenden Zahl an ju-

gendforensischen Kompetenzzentren. Bislang gibt es nur die in der Tabelle aufgeführten Einrichtungen mit jugendforensischer Expertise. Diese Einrichtungen müssen ermächtigt werden, auch präventiv ambulant tätig zu werden. (siehe auch Tabelle).

Tabelle: Einrichtungen mit jugendforensischer Abteilung: Die Einrichtungen mit kinder- und jugendpsychiatrischer Anbindung sind grau unterlegt		
Bundesland	Name der Einrichtung	Anmerkung
Bayern	BKH II Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (MEDBO) Fachklinik für junge Drogenabhängige Parsberg II	Nur gem. § 64 StGB
	Bezirksklinikum Regensburg Medbo GmbH Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Regensburg	Nur gem. § 63 StGB
Berlin	Krankenhaus des Maßregelvollzugs -Jugendmaßregelvollzug-Berlin	
Hessen	Vitos Klinik Lahnhöhe Marburg	Aufnahme nur vor dem 18. Lebensjahr
Mecklenburg-Vorpommern	Universität Rostock Klinik für forensische Psychiatrie Rostock	Bei Erwachsenen nur §64 StGB Bei Unterbringungen nach JGG auch §63 StGB
Niedersachsen	Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn	
Nordrhein-Westfalen	Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie St. Johannes-Stift Marsberg	Auch nichtforensische Fälle
	LVR-Klinik Viersen Abt. Forensische Psychiatrie II Viersen	
Rheinland-Pfalz	Pfalzklinikum für Neurologie und Psychiatrie Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Klingenmünster	
Sachsen	Sächsisches Krankenhaus Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Arnsdorf	
Thüringen	Ökumenisches Hainich-Klinikum Mühlhausen Klinik für Forensische Psychiatrie Mühlhausen	

## Diskussion

### Gemeinsamer Umgang mit potentiellen Risikoszenarien

Der sogenannte Expertenrat veröffentlichte 2009 nach dem Amoklauf in Winnenden eine Reihe von kritischen Items, auf welche im Rahmen einer Risikoanalyse im Vorfeld von Amoktaten zu achten sei. Hierzu zählen neben der Verfügbarkeit oder einer ausgeprägten Affinität zu Waffen und Militärinhalten, welche letztendlich durch die polizeilichen Ermittlungen festzustellen wären, auch der Bereich erhöhte Kränkbarkeit, subjektive Wahrnehmung von Mobbing und Ausgrenzung, mangelnde emotionale Eltern-Kind-Beziehung sowie psychische Auffälligkeiten wie Rückzug, Depression und das Vorhandensein von Suizid- und Hassgedanken. Diese Merkmale fielen im Zusammenhang eines Bedrohungsmanagements (siehe auch <https://www.i-p-bm.com>) in die Zuständigkeit eines forensisch erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiaters oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, während die Verfügbarkeit von Schusswaffen oder Andeutungen und Anspielungen im Internet lediglich durch polizeiliche Maßnahmen verifiziert werden könnten.

Im Rahmen eines präventiven Vorgehens bedarf es zur Erkennung von echten Bedrohungsszenarien der Schaffung von geeigneten Teams, welche multiprofessionell zusammengesetzt sind. Da es sich bei einer Häufigkeit von 0,3 Drohungen auf tausend Schüler pro Schuljahr um kleine Zahlen handelt, sollten diese Teams überregional organisiert sein. Ein interdisziplinäres Bedrohungsmanagement zielt vor allem darauf ab, bereits im Vorfeld durch „Melder“ (Schule oder soziales Umfeld) Personen zu entdecken, die durch kritische Verhaltensweisen auffallen (z.B. „leaking“) und die einer besonderen Beobachtung und/oder Intervention bedürfen. Ein solches Bedrohungsmanagementteam sollte aus Vertretern der Justiz, Polizei, des Jugendamtes sowie der forensischen Jugendpsychiatrie bestehen. Die eingeleiteten Maßnahmen können polizeilicher Art sein (Gefährderansprache), Maßnahmen der Justiz oder der Jugendhilfe, oder auch bei entsprechender Indikation die Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Während die Einführung von Bedrohungsmanagements nach Hoffmann (2000) in der Schweiz bereits in zahlreichen Kantonen erfolgte (z.B. Zürich oder Solothurn), gibt es bislang in Deutschland keine dem Autor bekannten entsprechenden Bemühungen. Daher versuchten sich eine bereits seit längerem bestehende gemeinsame Arbeitsgruppe der Polizeidirektion Landau in der Pfalz in Kooperation mit dem Schuldezernat der Stadt sowie den umliegenden Landkreisen in Kooperation mit unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie im benachbarten Klingenmünster einen solchen präventiven Ansatz gemeinsam zu entwickeln. Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich ursprünglich mit der Vorbereitung auf Krisen und einer entsprechenden Nachsorge an Schulen. So wurden mittlerweile alle Schulen darin trainiert, sich bei entsprechenden schweren Gewalttaten an Schulen adäquat zu verhalten, unter Einbeziehung von lo-

kalen Kriseninterventionsteams. Mittlerweile wurde aus unserer Sicht ein präventiver Ansatz als naheliegender nächster Schritt erforderlich. Bislang gelang es aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten nicht, sich auf eine organisatorische Form zu einigen. Zuständigkeiten sind eindeutig, wenn es um Zuweisung in die Psychiatrie geht, unklar wird die Lage im Falle einer notwendigen Jugendhilfemaßnahme, da hier zwar die Jugendämter in der Verantwortung sind, jedoch aufgrund der nicht am Bedarf ausgerichteten Jugendhilfeszene nicht immer eine geeignete Einrichtung zur Verfügung steht. Für diese öffentlichkeitswirksamen Problemfälle gibt es keine geeigneten Einrichtungen der Jugendhilfe (siehe Beispiel 4). Offensichtlich besteht eine nicht unerhebliche Scheu in allen genannten Bereichen, hier in die Verantwortung zu gehen, die letztlich aber nur gemeinsam zu tragen wäre und zudem einer entsprechenden politischen Willensbildung bedarf. Eine solche steht aus.

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bislang deutlich zu wenige jugendforensische Kompetenzzentren vorweist (siehe Liste), bedarf es hier unter der Koordination der Fachgesellschaften einer Verbesserung der forensischen Weiterbildung, auch im Bereich des Bedrohungsmanagements zur flächendeckenden Verbesserung entsprechender Kompetenzen. Die Jugendhilfe ist zudem aufgefordert, für eine bedarfsgerechte Versorgung auch entsprechende Unterbringungsmöglichkeiten vorzuhalten, insbesondere für strafunmündige Kinder. Da Bedrohungsmanagement interdisziplinär ist bedarf es darüber hinaus der Einrichtung von multidisziplinären überregional tätigen Fallkonferenzen unter Zusammenarbeit von Polizeiorganen, Schule, (forensischer) Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Justiz. Gegenwärtig ist nicht damit zu rechnen, dass sich diese hier skizzierte Problemlage von alleine klärt, auch erscheint es ohne eine Verbesserung der Struktur und der Kooperation nicht möglich, dieser uns noch lange Zeit beschäftigenden Herausforderung adäquat zu begegnen.

## Literatur

- Adler, L., Lehmann, K., Räder, K. & Schünemann, K. F. (1993). „Amokläufer“ – Kontentanalytische Untersuchung an 196 Pressemitteilungen aus industrialisierten Ländern. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 61(12), 424–433. doi: 10.1055/s-2007-999114.
- Hoffmann, J (2000): Fallanalyse und Täterprofil – Geschichte, Methoden und Erkenntnisse einer jungen Disziplin (= Bundeskriminalamt [Hrsg.]: BKA – Forschungsreihe. Nr. 52).
- Leuschner V, Bondü R, Allroggen M, Scheithauer H (2016): Leaking: Häufigkeit und Korrelate von Ankündigungen und Androhungen tödlicher Gewalt nach Meldung Berliner Schulen zwischen 1996 und 2007. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2016), 44, pp. 208-219.

- Meloy JR, Hoffmann J, Guldemann A, James D (2012) The Role of Warning Behaviors in Threat Assessment: An Exploration and Suggested Typology. *Behavioral Sciences and the Law* 30: 256–279
- Peter, E. & Bogerts, B. (2012). Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufes: Erste Ergebnisse einer Analyse der Strafakten von 27 Amokläufern. *Nervenarzt*, 83(1), 57–63. doi: 10.1007/s00115–011–3250–6.
- Möller-Leimkühler AM. Männer, Depression. *Fortschr Neurol Psychiat* 2009; 77: 412–422.
- Saimeh N (2015): Dehumanisierung als Zündstoff- maligner Narzissmus als Motiv für Amok. In: Hoffmann Roshdi (Hrsg.): Amok und andere Formen schwerer Gewalt. Schattauer. 7-21.
- Sanders et al.: Assessment of aggression in psychiatric admissions: semistructured interview and case note survey. *BMJ* 2000; 320 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7242.1112> (Published 22 April 2000) Cite this as: *BMJ* 2000; 320:1112.
- Wolfgang Weissbeck, Michael Brünger (2016): Jugendmaßregelvollzug. In: Bilke-Hentsch O, Sevecke K (Hrsg.): Aggressivität, Impulsivität und Delinquenz. Von gesunden Aggressionen bis zur forensischen Psychiatrie bei Kindern und Jugendlichen. Thieme Verlag, Stuttgart, New York. 152-157.
- Weissbeck, W. (2009): Jugendmaßregelvollzug in Deutschland. Übersicht über Maßregelvollzugseinrichtungen für Jugendliche in Deutschland-Auswertung der Basisdokumentationen 2004-2005 Jugendforensischer Einrichtungen und konzeptuelle Überlegungen, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

## **Inhalt**

Vorwort der Herausgeber 7

### **I. Der 23. Deutsche Präventionstag im Überblick**

*Ute Frevert*

Präventionsrede: „Gewalt und Radikalität, heute und gestern“ 9

*Dirk Baier*

Gutachten für den 23. Deutschen Präventionstag:  
„Gewalt und Radikalität – Forschungsstand und Präventionsperspektiven“ 13

*Erich Marks*

Zur Eröffnung des 23. Deutschen Präventionstages in Dresden:  
Angesichts der zunehmenden Komplexität von Krisen „muss die  
Prävention im Mittelpunkt unseres Handelns stehen“ 99

*Erich Marks, Karla Marks*

Zusammenfassende Gesamtdarstellung des 23. Deutschen Präventionstages 115

*Merle Werner, Rainer Strobl*

Evaluation des 23. Deutschen Präventionstages am 11. und 12. Juni 2018  
in Dresden 145

### **II. Praxisbeispiele und Forschungsberichte**

*Frank Buchheit*

Resonanzachsen und ideologische Deradikalisierung 199

*Marc Coester*

Der schmale Grat zwischen Hate Speech und Meinungsfreiheit 217

*Mathieu Coquelin*

Da.Gegen.Redde – Ein Modellprojekt zur Stärkung im Umgang mit  
Hass im Netz 227

*Bernt Gebauer*

„Free to Speak – Safe to Learn“ - Democratic Schools for All  
Unterrichten kontroverser Themen als Extremismusprävention 239

<i>Rüdiger José Hamm</i> Prävention im Bereich des religiös begründeten Extremismus: Herausforderungen für zivilgesellschaftliche Träger	253
<i>Yuliya Hauff</i> Prävention von Radikalisierung in nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten	261
<i>Christian Heincke; Anika Aschendorf, Annika Jacobs</i> „Helden statt Trolle – Krass gesagt? Hinterfragt!“	268
<i>Franziska Heinze</i> Bewährte Modelle der Radikalisierungsprävention verbreiten	275
<i>Frank König</i> Rechtsextremismusprävention: Vom Spezial- zum Regelangebot	285
<i>Oliver Malchow</i> „Politische Radikalisierung – Prävention ist Aufgabe aller“	297
<i>Colette Marti</i> Narrative zur Prävention von Radikalisierung im Internet: ein gesamtschweizerisches Projekt der Nationalen Plattform Jugend und Medien	303
<i>Björn Milbradt</i> Rechtspopulismus als Herausforderung für Radikalisierungsprävention und Demokratieförderung	307
<i>Iris Alice Muth, Katharina Penev-Ben Shahr</i> Radikalisierungsprävention im Bund: „Demokratie leben!“	319
<i>Uwe Nelle-Cornelsen</i> Radikalisierte/-ierung im Justizvollzug – ein Praxisbericht	329
<i>Thomas Pfeiffer, Stefan Wößmann</i> VIR: VeränderungsImpulse setzen bei Rechtsorientierten Jugendlichen und jungen Erwachsenen	337
<i>Juliane Reulecke, Daniel Speer</i> Ein virtuelles Training gegen Hass und Gewalt	345
<i>Karoline Roshdi</i> Spektrum Reichsbürger – Gefahren der Gewalt	353

<i>Larissa Sander</i> Zentrum Deradikalisierung im Thüringer Strafvollzug	365
<i>Tanja Schwarzer</i> Extremismusprävention auf lokaler Ebene – Ein Videospot	371
<i>Kerstin Sischka</i> Psychotherapeutische Beiträge zur Extremismus-Prävention. Erfahrungen, Grundlagen und Kooperationsmöglichkeiten.	375
<i>Melanie Wegel</i> Radikalisierungsprävention durch Theaterpädagogik	387
<i>Tilman Weinig</i> X-Games - Spiel zur Radikalisierungsprävention an Schulen	397
<i>Wolfgang Weissbeck</i> Schnittstellen und gemeinsame Herausforderungen durch Amokhandlungen und andere schwere Gewaltandrohungen	403
<b>III Autor*innen</b>	417